

OLGU SUNUMU: “BAŞIMIZA DÜŞEN HASTA”

G. Güleç*, Ç. Yenilmez**, C. Kaptanoğlu***

ÖZET

İntihar şizofrenili hastalarda önde gelen ölüm nedenidir. Genel nüfus ile karşılaştırıldığında şizofrenili kişiler 9 kez daha fazla intihar nedeni ile ölmektedir. Şizofrenili kişiler arasında intihar davranışı oranı %20-40 olarak tahmin edilmektedir. Depo hastanelerin tasfiye edildiği ülkelerde yatarak tedavi gören şizofrenili hastaların hastanelerdeki günlük yatak işgali 25 yıl öncesine göre %60 oranında azalmıştır. Bunun anlamı daha önce hastanelerde bulunan şizofrenilerin 2/3'ünün daha az süpervizyon alması ve daha az gözlem altında tutulmasıdır. Ayrıca şizofreni tanısı konan hastaların artık daha çok toplum içinde sağaltılması, ailelerin yaşadığı sorunların artmasına neden olmaktadır. Aşağıda intihar girişimi sırasında üstüne düştüğü kişinin ölümüne sebep olan bir şizofreni olgusu sunulmuştur. Olgunun diğer bir

özelliği iki kız ve bir erkek kardeşinin de şizofreni hastası olması ve sosyal desteklerinin bulunmamasıdır. Kız kardeşlerden biri tamamlanmış intihar sonucu ölmüş, diğer kız kardeş ise kendi çocuğunu öldürmüştür. Bu olgu bağlamında süregelen ruhsal hastalığı olan birey ve ailelerinin sorunları toplum psikiyatrisi temelinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, intihar, aile, gündüz hastanesi

A Case Report: The Patient Who fell on to us

ABSTRACT

Suicide is the leading cause of premature death among persons with schizophrenia. Compared to the general population, persons with schizophrenia are nine times more likely to die by suicide. The estimated rate of suicidal behavior among persons with schizophrenia is between 20% and 40%. In countries where decentralization, the number of schizophrenia bed days in hospital setting is now only one-third of figures from 25 years ago. This mean that patients representing two-thirds of all schiz-

* Ar. Gör., Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

** Yard. Doç. Dr., Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

*** Prof. Dr., Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

ophrenia bed days are now under a lower degree supervision and observation than formerly. In additional, treating patients with schizophrenia mostly in the community causes more problems for the families. We report a female schizophrenic patient who caused death of other person during suicide attempt with jumped from heights. The other characteristic of case; she had two sister and one brother with schizophrenia and no social support. One of the sisters committed suicide and the other sister killed her son. In the light of this case; we discussed problems of individuals with chronic psychiatric disorders and their family based on community psychiatry.

Key Words: Schizophrenia, suicide, family, day hospital

GİRİŞ

Şizofreni, değişken sebepleri ve sonuçları olan genellikle süregelen, hastaların hayatı üzerinde bir çok olumsuz etkileri olan, yüksek intihar riski taşıyan ve hayatı tehdit eden pek çok durumu içeren heterojen bir hastalıktır. Bu bozukluğa sahip hastaların bakımında multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekir. Böylece hastalığın alevlenme sıklığı, süresi, atakların şiddeti, genel olarak mortalite ve morbiditesi azaltılır. Hastanın psikososyal fonksiyonları, bağımsızlığı ve yaşam kalitesi yükseltilir. Hastaların çoğu sadece tedavi süreleri ile sınırlı olmayan kapsamlı ve sürekli bir bakıma ihtiyaç duyarlar. Ancak erken dönemde başlayan yüksek kalitedeki psikososyal hizmetler morbiditeyi en aza indirir ve daha az yoğunluktaki bakımla daha normal sosyal hayata kavuşmalarına yardımcı olur (American Psychiatric Association 1997).

İntihar, şizofreni hastalarında önde gelen erken ölüm nedenidir. Şizofreni hastası olan kişilerin %30'undan fazlası intihar girişiminde bulunmakta ve %4-10'u intiharı tamamlamaktadır. Genel nüfus ile karşılaştırıldığında

şizofreni hastaları 9 kez daha fazla intihar nedeni ile ölmektedir (American Psychiatric Association 2004, Jorgensen 2001). Genel nüfusta intihar için bildirilen önemli risk faktörleri şizofreni hastaları için de geçerlidir. Ancak bazı ek risk faktörleri de göz ardı edilmemelidir. Bunlar; genç yaş, hastalık öncesinde okul başarısının ve sosyoekonomik düzeyin yüksek olması, hastalığın erken başlaması, süregelen ve tekrarlamalarla kötüye doğru giden hastalık seyri, hastalığa yönelik daha fazla iç görüye sahip olmadır. İlk hastaneye yatıştan sonraki 6 yıl içinde ve hastalığın başlangıcından 5-10 yıl sonraki yıllık dönemde intihar riski oldukça yüksektir (American Psychiatric Association 2004).

İntihar girişiminde bulunanlar ile tamamlayanlar arasında birkaç ufak farklılıktan söz edilmektedir. İntihar girişiminde bulunanlar daha az oranda girişim öncesi haber verir, depresif semptomların yaygınlığı daha azdır, daha az oranda tek başına yaşarlar (American Psychiatric Association 1997).

Dünyanın bir çok ülkesinde uzun süreli hastaneye yatışlar terk edilmiş, bunun yerine kronik hastalıkların tedavisi kısa süreli hastane yatışları, krize müdahaleler ve taburculuktan sonra poliklinik hizmetleri ile sınırlandırılmıştır. "Döner kapı" sistemi olarak tarif edilen bu durumun şizofrenide intihar için spesifik bir risk faktörü olduğu ileri sürülmektedir (Jorgensen 2001).

Şizofreni hastalarının çoğunun hastanede kaldığı dönemlerde, hastanelerin yoğun gözlem için daha elverişli ortamlar olması sebebi ile intihar riski daha azdı. Ancak son 20-30 yılda tedavi sistemlerinin organizasyonundaki radikal değişiklikler sonucu, depo hastanelerin tasfiye edildiği ülkelerde hastanelerdeki şizofreni hastaları tarafından yapılan günlük yatak işgali 25 yıl öncesine göre 1/3 oranındadır. Bunun anlamı daha önce hastanelerde bulunan şizofreni hastalarının 2/3'ünün daha az süpervizyon alması ve daha az gözlem altında tutulmasıdır.

Antipsikotik tedavisindeki gelişmelere rağmen hastalığın tekrarlama oranlarının değişmemesi tedaviye uyum sorunlarının devam ettiği şeklinde yorumlanır. Bu bulgular ışığında şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar oranlarının artabileceği hipotezi mantıklı olur (Jorgensen PM 2001).

Sadece hastanede yatma süresinin kısaltılması ile sınırlı kalan ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasındaki yetersizlik, hasta bireyin bakım maliyetini arttıracak gibi hasta, aile ve toplum üzerinde de olumsuz psikososyal etkiler yaratacaktır. Toplum psikiyatrisinin temel sloganı "toplum içinde tedavidir". Bunu, hastanın ailesiyle baş başa bırakılması olarak yorumlamak son derece yanlıştır. Olması gereken, hasta toplum içinde yaşarken, tedavi veya bakımının ona ulaştırılmasıdır. Bunun için gerekli kurumlar ve ruh sağlığı politikaları, onlarca yıldır bilinmekte ve pek çok ülkede uygulanmaktadır.

Yerel ve ulusal medyada "Başına kadın düştü", "İntihar tesadüf", "Hakimin kafasını karıştıran dava", "Dava hukukçuları böldü" başlıkları ile yer alan intihar girişiminde bulunan bir şizofreni olgusu aşağıda sunulacaktır.

OLGU

BK, 1980 doğumlu, kadın, lise mezunu, bekar, çalışmıyor. Kronik şizofreni tanısı ile tedavi gören hasta 4 kardeşin en küçüğü. Annesinin meme kanseri için tedavi görmek amacıyla şehir dışındaki bir hastaneye gittiği gün evlerinin penceresinden atlayarak intihar girişiminde bulunması üzerine Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine getirildi. Acil serviste yapılan tetkik ve muayeneleri sonucunda L2 vertebrada kompresyon kırığı, sol unlar cisim+sol radius proksimal ve distal uçta deprese kırık, sağ humerusta 1/3 orta hatta segmenter kırık, sağ olecranonunda kırık hattı tespit edildi. Ajitasyonu sebebi ile hastaya pozisyon verilemediğinden ultrasonografi ile intraabdominal organları değerlendirilemedi ve iç kanama şüphesi ile genel cerrahi servisine yatırıldı.

Alınan öyküde hastanın intihar girişimi sırasında evin altında bulunan dükkanın sahibinin yakını kapının önünde oturmakta iken, şahsın üzerine düştüğü ve ölümüne sebep olduğu öğrenildi. Genel cerrahi servisten psikiyatri servisine devralınan hasta, 2 gün sonra operasyon amacı ile ortopedi bölümüne devredildi. Hastanın operasyondan sonraki 2. haftada genel durumunun düzelmesi üzerine tekrar psikiyatri servisine devralındı. Hastanın psikiyatrik semptomlarına yönelik tedavisinin yanı sıra organik problemlerine yönelik tedavisi de 8 ay sonraki taburculuğuna kadar psikiyatri servisinde yatarak yapıldı. Serviste yattığı süre boyunca ilk günlerdeki ajitasyonu yatışan BK'nın, sağlığı ile ilgili, ölüme sebebiyet verme nedeni ile hakkında açılan dava ve cerrahi operasyondan sonra tekrar tedavi için şehir dışına giden annesinin sağlığı ile ilgili endişeleri mevcuttu. Annesinden alınan anamneze göre, liseyi bitirdikten sonra içe kapanma, kendi kendine konuşma gibi şikayetler ile hastalığı başlayan BK'nın, şehirdeki çeşitli hastanelerin psikiyatri servislerinde tekrarlayan yatışları olduğu, hastanede yatmadığı zamanlarda da düzensiz olarak farklı hastanelerde farklı psikiyatristlerden ayaktan tedavi aldığı öğrenildi.

BK'nın ortopedi bölümünden psikiyatri servisine devralındığı gün, kendisinden 13 yaş büyük ablasında da psikotik alevlenme olduğu öğrenildi. Annesinin BK'nın yanında refakatçi olması ve anneden başka ablasına destek olabilecek bir yakınlarının bulunmaması sebebi ile hastanın ablası da servise yatırıldı.

Anne HG 55 yaşında, ilkökul mezunu, 4 çocuk annesi, ev hanımıydı. Öyküde evlendiğinden beri eşi ile şiddetli geçimsizlikleri olduğunu, eşinin sürekli kendisine ve çocuklarına yönelik şiddet uyguladığını, çocuklarının bu nedenle defalarca intihar girişiminde bulduklarını söyledi. Çocuklarındaki hastalıkların tek sorumlusunun eşi olduğunu söyleyen anne HG, 3. kızı LK'nın 5 yıl önce ateşli silah ile intiharından sonra eşinden boşandığını ifade etti.

Eşi ile uzaktan akrabalıkları olan HG'nin halasının ve eşinin kardeş çocuklarının uzun süreli psikiyatrik hastalık öyküleri vardı.

Baba CK'nın 58 yaşında, emekli ve oğlu ile birlikte yaşadığı, görüşme isteklerimize cevap vermediği için eşinden öğrenildi. Çiftin ilk çocukları 1967 doğumlu NK, ikinci çocukları 1969 doğumlu SK, üçüncü çocukları 1973 doğumlu LK ve son çocukları 1980 doğumlu olgumuz BK idi.

Abla NK 1967 doğumlu, lise mezunu, boşanmış ve çalışmıyordu. Servise geldiğinde genel durum ve kendine bakımı orta, duygulanımı labil, konuşması hızlı ve enkoherandı. NK'nın işitsel-görsel halüsinasyonları, paranoid-persekütif- kontrol hezeyanları, ayrıca dezorganize ve absürd davranışları vardı. 10 yıl önce etrafındakilerden şüphelenme, korku, hayaller görme (yılanlar), sesler duyma gibi şikayetler ile ilk kez hastaneye başvurduğu, şizofreni tanısı ile yatırıldığı ve tedavi aldığı öğrenildi. O dönemde evli ve 2 yaşında çocuğu olan NK'nın hastalandıktan sonra eşinden boşandığı ve ailesinin yanında yaşamaya başladığı saptandı. Düzenli ilaç kullanımı olmadığı için depo antipsikotikler ile tedavi edilen NK'nın daha önce yaklaşık 15 kez değişik hastanelerde yatışı olduğu öğrenildi. Çocuğu 4 yaşındayken bir psikotik alevlenme döneminde kendi babasının, çocuğu evde istemediği ve boşandığı eşine vereceği gerekçesi ile, aile üyeleri evde misafir ile meşgulken çocuğunu bıçaklayarak öldürdüğü saptandı. On yıllık hastalık sürecinde, hızlı yıkıma uğradığı gözlenen hastada dezorganize konuşma ve davranışlarında hiçbir iyileşme olmadığı öğrenildi. Ayrıca BK'nın intihar girişiminden 6 ay önce ilaç tedavisini kesen NK'nın daha öncesine ait 2 intihar girişi vardı.

SK, 1969 doğumlu, erkek, meslek lisesi mezunu, bekardı. Liseyi bitirdikten sonra içe kapanma, kendi kendine konuşma ile başlayan hastalık belirtileri gösterdiği, bu dönemde birkaç kez ası ile intihar girişiminde bulunduğu, annesi tarafından kurtarıldığı öğrenildi. Askere giden

ancak tamamlayamadan geri dönen SK, şu anda işsiz ve tedavi alıp almadığına yönelik yeterli bilgi babası ve kendisi ile görüşülemediğinden dolayı alınamadı.

LK, 1973 doğumlu, annesi tarafından zeki, çalışkan biri olarak tarif ediliyordu. Annesinin kendine bir şey olursa kardeşlerine bakar diye umut ettiği LK başka bir şehirde trafik polisliği yaparken çalıştığı şehirdeki psikiyatristten istirahat raporu alarak ailesinin yanına geldiği, evde babasının NK'yı dövmeye kalkması üzerine babası ile tartıştığı ve ertesi gün beylik silahı ile kendisini vurarak intihar ettiği öğrenildi. Bu olaydan sonra eşinden boşanan anne HG, iki kızı ile birlikte yaşıyordu. Tüm yaşananlardan sorumlu tuttuğu eşi ile ne kendisi ne de kızları görüşmüyorlardı.

Anne HG, çocuğunu öldürdükten sonra kendi yakınlarının bile kızı NK'yı evlerine almadıklarını, komşuların ilişkilerini azalttıklarını, BK'nın intihar girişiminden sonra ise üzerine düşerek ölümüne sebep olduğu kişinin yakınlarının, kendisinden kızlarını apartmana getirmemesini istediklerini belirtti. Halen meme kanseri sebebi ile tedavi gören HG, son olarak 4 ay önce kemoterapi için şehir dışına gittiğinde dezorganize konuşma ve davranışlarında artış olan NK sosyal destek amacıyla kısa süreli hospitalize edildi. NK ve BK'nın takip ve tedavileri halen anabilim dalımızda psikoz polikliniğinde sürdürülmektedir.

TARTIŞMA

Hastanede kalış süresinin kısalmış, sağaltımın artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması bir çok şizofreni hastasının ailelerinin birincil bakım verici konumuna gelmesine neden olmuştur. Bu durumun bir dizi sorunu beraberinde getirmesiyle birlikte çoğu kez hastalığın aile üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Oysa ki hasta için akrabaları ile birlikte hastane dışında yaşamayı olanaklı kılan bir denge aynı zamanda ailenin yaşamını da sınırlar. Şizofreni hasta birey kadar hastanın

yakınındaki insanları da etkiler. Süreğen ruhsal hastalığı olan bireyle yaşamının aileye getirdiği yükün yanı sıra, toplumun şizofreniye olumsuz bakışı ailelerin yükünü daha da arttırmaktadır (Gülseren 2002).

Ayrıca aile ve toplumsal destekleri yeterli olan hasta grubunun yanında, destek sistemleri yetersiz olan bir grup da vardır. Ekonomik nedenler ya da yaşlılık, hastalık gibi nedenlerle hastalar bazen kendi başlarının çaresine bakmak zorunda kalabilmektedirler. Bu da tedavi kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir etkidir. Desteksiz ya da yardımsız kalan bir hastayı, hastalığın yinelenme veya süreğenleşme riskindeki artış, kendine veya çevresine zarar verme riskinde artış, kötü muamele görme riskinde artış gibi tehlikeler bekler. Hastaların tıbbi tedavilerinin yanı sıra gereksinim duyanlar için örgütlenmiş sivil toplum kuruluşları, bakımevleri, vakıflar, dernekler yada sosyal hizmetler gibi kurumlarla ilişkiye geçilmelidir. Ülkemiz bu alanda oldukça fakirdir. Desteksiz ve yardımsız olanlar bir yana, şizofreni hastası olan ailelerin kendilerinden sonra çocuklarına ne olacağına dair sorularına bile verilecek doyuruca bir yanıt henüz yoktur (Yıldız 2005).

Sadece kurumların kapatılması ya da uzun süreli hastanelerde yatışların sonlandırılması şizofreninin yol açtığı sorunların birden ortadan kalkmasını sağlamamaktadır. Kısa süreli yatışlar için ayrılan yatakların doluluk oranları artmakta, hastalıkları ağır olan şizofreni hastalarının kabulünde sıklıkla gecikme olmakta, hastalar erken taburcu edilmektedir (McCreadle 2002).

Ayrıca psikiyatri polikliniklerinde akut semptomu olmayan ve yatmalarına gerek olmayan kronik hastalar 1-2 aylık aralarla, tahminen rotasyonlar sebebi ile her seferinde farklı doktorlar tarafından izlenmektedir. Ayrıca poliklinik tedavilerinde psikofarmakoloji ön planda olup kronik hastaların psikososyal yönü ihmal edilmektedir. Oysa ki bu hastaların taburculuktan sonra poliklinik tedavisine alternatif, yoğun

bir geçiş tedavisine gereksinimleri vardır (Güney 2001).

Ruh sağlığı alanındaki olumsuz gelişmeler tüm dünya ülkelerini etkilemektedir. Ancak, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde daha şiddetli yaşanmaktadır. Çünkü Türkiye'nin henüz bir ruh sağlığı politikası, ruh sağlığı yasası yok. Avrupa da ortalama her 100 000 kişiye 9 psikiyatrist, her 10 000 kişiye 8.7 yatak düşmektedir (Sayıl 2004). Türkiye de ise Sağlık bakanlığı'nın 1999 yılı verilerine göre 10 000 kişiye düşen yatak sayısı 1.3 iken, 100 000 kişiye yaklaşık 1 psikiyatrist düşmektedir. Bu durumda 1.basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesinin gerekliliği aşikardır. Sağlık ocaklarında oluşturulacak olan ruh sağlığı birimlerinin düzenli ev ziyaretleri ile, çöplük evler, zincire vurulmuş ya da başımıza düşen hastalardan bu olaylar gerçekleşmeden haberdar olup, gerekli müdahalelerde bulunabiliriz.

Olağan günlük işlerini tek başına yürütemeyen hastalar için hastaneye kısmi yatışlar önerilir. Kısmi yatış programları yataklı tedavi programlarına benzer. Kısmi yatışlar ya da gündüz hastaneleri 4-8 saat süre için hastaneye yatışları içerir. Böylece tedavinin sürekliliği ve rehabilitasyon sağlanabilir. Kendi doğal ortamlarında tedavi edilemeyen sürekli denetim ve bakıma ihtiyaç duyulan hastaların kalabileceği terapötik grup evleri, teröpotik kamp merkezleri, bağımsız yaşam merkezleri ile de bu hastaların barınma sorunlarına çözüm sağlanabilir. Akut olgular ve kriz durumundaki olgular için 24 saat hizmet verecek kriz merkezlerine, bu merkezlere bağlı olarak hizmet veren mobil krize müdahale ekiplerine acil olarak ihtiyaç vardır (Dodge 2003, Başkan ve ark. 2004).

Süreğen bir ruhsal hastalığı olan bireylerin sorunlarının çözümü ve yukarıda sunulan olgudaki gibi binlerce ailenin sıkıntılarının son bulması, toplum psikiyatrisi uygulamalarının hızla gelişmesi ve yaygınlaşmasına bağlıdır. Aksi takdirde hastalar "başımıza düşmeye" devam edecektir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2004) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition. The American Journal of Psychiatry, 161 (2 suppl.) p.29.

American Psychiatric Association (1997) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, 154 (4 suppl.) p.35.

Başkan T, Doğan S, Oğuz TF, Yalnız Ö (2004) Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenmesi Bir Proje Önerisi-1999. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Sayı I (Editör), Eler Matbaacılık, İstanbul.

Dodge KA (2003) Psikiyatrik Bakımın Sürekliliği, Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. İng. Çev. Özgen A. Güneş kitabevi, Ankara, s.189-193.

Gülseren L (2002) Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13:143-151.

Güney M (2001) Psikiyatrik Rehabilitasyonda Gündüz Hastanesinin Yeri. Klinik Psikiyatri, 4:268-276.

Jorgensen PM (2001) Suicidal Behavior in Schizophrenia, Comprehensive Care of Schizophrenia, Lieberman JA, Murray RM (eds), Martin Dunitz Ltd, s.219-226.

Sayı I (2004) Dünyada Çağdaş Boyutta Ruh Sağlığı Politikalarına Geçiş. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Sayı I (Editör), Eler Matbaacılık, İstanbul.

McCreadele RG (2002) Toplum İçinde Şizofreni Tedavisi, Şizofrenini Psikofarmakolojisi. İng. Çev. Ulusoy B, Demiralp T, Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, s.251-262.

Yıldız M (2005) Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir, Neden Nasıl Şizofreni, Candansayar S (eds), Peday, Ankara, s.237-268.