

BİR HASTANIN GÜNCEİ: KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILAN HASTALARA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Vesile Şentürk*, Meltem Yayır**, Ahmet Yavuz Civelek***

ÖZET

Yüksek doz kemoterapi eşliğinde olog veya allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda; bunalı, keder, ambivalans, çocukluk dönemine gerileme ve bilişsel işlevlerin bozulması tedavi sürecinde sıklıkla karşılaşılan olağan ruhsal durumlardır. İntihar eğilimi ve/veya girişimi, keder duygusundan öte ciddi depresyon, yoğun bunalı duygusu, patolojik gerileme ve delirium tablosu hızlı tanı ve tedavi gerektiren durumlardır. Tedavi sürecinde kullanılan kemoterapötikler, kortikosteroidler ve narkotikler gibi ilaçların yan etkileri, metabolik ensefalopati ve elektrolit dengesinin bozulması ile birlikte kanser tanısının kişide oluşturduğu duygusal travma, kemik iliği nakli kararı ve nakil sürecinin güçlükleri bu dönemde karşılaşılan zorluklardandır. Hastaların yaşam kalitelerini azaltan,

birey üzerinde ciddi fiziksel, ekonomik ve ruhsal etkiler yaratan kemik iliği nakli tedavisine psikososyal tedavi boyutunun eklenmesi bir zorunluluktur. Bu yazıda kemik iliği nakil ünitesinde olog kemik iliği nakli yapılan bir üst düzey bürokratin klinikte yattığı süreçteki duygu ve düşüncelerini yansıtan makalesi ve yayınlardan kısaca aktarılan bilgiler yer almaktadır. A.Y.C'nin nakil döneminde geçirdiği duygusal sürecin aktarıldığı makale, okuyucuya farklı bir bakış açısı getirmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kemik iliği nakli, ruhsal sorunlar, psikososyal yaklaşım

A Patient Journal: The Psychosocial Aspects of A Bone Marrow Transplant Patient

SUMMARY

In receiving a of bone marrow transplant some psychological reactions are regarded as normal. These reactions are anxiety, grief, regression, ambivalence and neuropsychiatric disregulation of the brain. Besides these widely

* Uz. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

** Doç. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KİT Ünitesi.

*** T.C. Tarım Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı.

accepted reactions some psychological symptoms which may need intervention can also be observed in these patients. These reactions include; persistent suicidal ideation or frank suicidality, depression that clearly departs from the normal grief reaction, disruptive anxiety, pathological regression which may be attaining frank psychiatric decompensation and organic delirium. When patients have one of these symptoms urgent psychopharmacological and psychotherapeutic interventions are needed. Some problems presented by being an established cancer patient and the side effects of the used drugs (chemotherapeutics, corticosteroids and narcotic analgesics) metabolic encephalopathy and electrolit imbalance. These treatments created a suitable medium for these reactions to occur. In bone marrow transplant patients, the psychological symptoms may arise in any phase of the course of the disease (diagnosis, therapy, or recovery). For that reason, psychological treatment modalities should be included in to the whole process of the medical treatment protocol. In this paper, the psychological state of the person during such therapy is presented through his writings. This paper can raise a new viewpoint in the evaluation of such patients.

Key Words: Bone marrow transplantation, psychiatric disorder, psychosocial perspective

BİR HASTANIN GÜNCESESİ: KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILAN HASTALARA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Kemik iliği nakil ünitesinde tedaviye alınan kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin duyguları ve ruhsal belirtileri kendilerine sağlanması gereken duygusal ve bilgisel sıklıkla göz ardı edilmektedir. Bu konu belki de en iyi içimde bu süreci yaşayanlarca anlatılabilir:

HASTALIĞIMIN ALACAKARANLIĞINDA GEZİNİRKEN SIFIR ÇİZGİSİNDEKİ ON GÜN

Hazırlık ilaçlarının bitiminden iki gün sonra, 4 Eylül 2000 günüydü... Sabahtan itibaren, daracık odamda başlayan hummalı ve titiz olağanüstülüğün sebebini ilk parti kök hücre nakliyle birlikte, biraz sonra gelen, pırlanta kalpli servis hekimlerinin ve hemşirelerinin "yeni doğum günü" mü kutlayışları sırasında anladım. Artık her şey sıfırlanmıştı... Mevcut hastalığıma ilişkin bütün varedici mekanizmaları da, ama bu esnada vücudumun bağışıklık sistemini de ortadan kaldıran bu uygulama; bugün öyle anlıyorum ki, herhalde artık bir insanın "ölüme en yakın" noktada bırakılışı idi... Bu kahredici yapayanlızlığı, hayatın başka bir evresinde ve böylesi acınası bir biçimde yaşamak, zannedi-yorum imkansızdır.

Rahmetinin gazabının çok üzerinde olduğunu bildiğim Yaratıcımızın, şüphesiz himayesi vardı da; sizi bir türlü bırakmaya gönüllü olmayan endişe ve vehimin kollarından bir türlü kurtulamıyorsunuz. Doğrusu, en çok burada takılıp kaldım on gün boyunca... Bu on gün, asla şahsıma münhasır bir sürenin ifadesi değildi; hekimlerin de kabul ve teslim ettikleri, beklentilerini üzerinde teksif ettikleri, herkes için geçerli ortalama bir normale dönüş performansını ifade ediyordu. Tam tamına benim için de hükmünü icra etti...

Merhum Ziya Taşkent'in "Gücüme gidiyor böyle yaşamak" şarkısı gibi, güzel ve anlamlı bir ilk hareket vericim vardı... Hasta olmadığım değil, ama hasta olmamam gerektiğine dair inancımı ve ısrarla herhangi bir tedavi yolunu bulunmadığı söylenmesine rağmen, bir gün uygun bir çareyi Allah'ın göndereceğine ilişkin ümidimi hiç yitirmedim. "Kendiliğinden İyileşme"

eserinde Dr. Andrew Weil, "Yaşamının bir yolu daima vardır, bunu doğru zamanda bulmalı. Farklı insanlar için, farklı iyileşme yolları olabilir, ancak bir yol mutlaka vardır. Aramaktan vazgeçmeyin" diyordu; bu söz benim için de doğru olmalıydı.. Halbuki, binbir zahmetin, bir rahmetlik karşılığı bile, benim için yeterli olabilirdi. Bunun için çaresizliğe mahkum olmayı asla kabullenemiyor ve kendimi, yetişme tarzımın bana sürekli öğrettiği "çile ahlakı" içinde, akla gelebilecek her müşkül ve her mihnete hazırlıklı tutuyordum bu anlamda, Epiktetos'un "Elinde olmayana üzülme" sözü bile , benim için teselli imkanı yaratmıyordu.

18 Aralık 1998'in o iç burkucu gününde, duymaktan hiç hoşlanmadığım, Kronik Lenfostik Lösemi (KLL) olduğuma dair teşhis, apansız yüzüme karşı söylendiğinde; hayat filmimi geriye doğru sarıp, hızla gözden geçirdiğimi ve gelecek günlerde yapacak hangi işlerimin bulunduğu, kendi kendimle bir değerlendirmesini yaptığımı hatırlıyorum. Başbaşa kaldığım kendi gerçeğimle dolu düşüncelerim, artık bitevi düğüm düğüm bağlanan ve bir türlü çözülemeyen bir muameleler yumağı idi.... Ama bir şey için, hiç değilse "İnsanların en hayırlısı insanlara en faydalı olandır" anlayışına amade olmak üzere yaşamaya devam etmeyi arzuluyor ve bunun için bile fırsat elde etmeyi sık sık dualadığımı hatırlıyorum. Aslında, hayat bir biçimde hepimizi birer birer sorgularken, biz de bir yandan hem kendi hayatımız için cevaplar çıkarıyor öte yandan da hayata sürekli cevaplar vermiş oluyoruk.

Oldum olası hayatın sır kapılarıyla dolu olduğuna çokça inanan bana, tam anlamıyla "bir bilinmez-bir görülmez" imkan hasıl oldu..

Hastalığım tam 16 ay boyunca öyle kalakaldı, sanki donduruldu... Hep söylerler, kronik hastalarda iyileşme ve zihin arasında en yaygın bağlantı; kişinin hastalık dahil, hayatıyla ilgili bütün şartları tamamen kabullenerek, bu değişiklik içerisinde derin bilinçsel gevşemeye geçmesi ve insanın hayata karşı kendini savunmak zorunda hissetmemesi önemlidir diye... Bilge Lao-tzu da bunun için diyordu ki; "Nasıl ki, suyun yumuşak teslimiyeti inatçı taşı yarar / Hayata teslimiyet de, çözülmeyeni çözecektir.

Sonra, hiç düşünmediğim bir şekilde, insanlara hayli faydalı olabileceğim bir dünyevi rütbeye getirildim. Buna, olması gerektiği gibi ne kendim ve ne de ailemin sevinemediğini itiraf etmeliyim. Çok gariptir, sağlığımı kazanmam değil, onun hedefi olan "insanlara yararlı olmak" istikametinde bir irade hükmünü icra ediyordu... Takiben de, kendi kök hücrelerimin transplantasyonu yoluyla, Türkiye'de bir tedavi imkanı hasıl oldu. Çok ağır sabır imtihanları silsilesinin birinden ötekine yöneliyor olmalıydım... Kendisine olan minnet borcumu asla ödeyemeyeceğim ve yüce gönüllülüğüne hep eşine rastlanmaz fazilet örnekleriyle şahit olduğum; hastalığımı benimle yüz yüze konuşamayacak kadar yufka yürekli bir büyüğüm, ismi gibi güzel bir insanın; ufkuma değil, önüme koyduğu ABD ve İngiltere'ye gitme alternatiflerini göz ardı edişim de bunlara dahildi... Bilmem, herhalde Atatürk'ün 72 yıl önceki arzusu gibi; ben de, Türk hekimlerine güvenin çağdaş bir versiyonunu, yurt dışında tedavi görme konformizmine karşı koyuş olarak sergilemek dileğindeydim. Bugün düşünüyorum da, iyi ki öyle yapmışım.

Ekspresyonist bir tavırla kendimi anlatmaya gelince; sanırım asıl yapmak istediğim

o..Kök hücre naklini takip eden günler, o müşfik sesli servis direktörümüzün, bir bir olacağını haber verdiği fizyolojik sıkıntılar en ağır şekliyle kendilerini göstermeye başladılar. Haberli olmak paniklemeyi önüyor da, kafanızın içindeki çimento torbasından kurtulabilip, kendimizi yönetememek ve planlayamamak ne kadar da yadırgatıcı...Pırlanta kalpli hekimlerimizin, olabileceklere hazırlıklı ve güven veren tutumları olmasa, sanırım artık kendinize karşı sarsılan güveninizi, daha başka boyutlara da götürürsünüz....Bir ara, ruhumun yattığım odanın içinde bedenimi yukarılardan bir yerden seyredişine bile tanık oldum dersem, emin olun mübalağa olmaz. Artık, tenimle hemen bütün hissi bağlarımın yok olduğunu ve ruhumla tenimin fark edilir, ama belli belirsiz bir "uzak bağ" ile temas halinde olmaları haliydi yaşadığım... Açıkçası psikolojik ve fizyolojik olarak bitmekle bitmemek arası bir yerlerdeydim. İtiraf etmeliyim ki, artık bitiriyorum diyerek, tam iki gün şartlara teslim bile olmuşum ama bitmiyordum. Yemedim, içmedim, bakmadım düşünmedim, konuşmadım... Hayat diye bir şeyi, normal zamandaki, gibi algılamıyor, oysa bir sevk-i tabii halinde soluk alıp vermeye devam ediyor, yani yaşamaya pasif bir biçimde cevap veriyordum. İki cam bölmenin ötesinde, 10 metre yakınım kadar yaklaşabilen eşim ve çocuklarımla karşısına bile, mesleğin adının anlamına uygun bir yüce gönüllülüğü taşıyan, şefkatli bir kız kardeş desteğinde ne kadar da acz içerisinde çıkabilmişim; tarih o gün 11 Eylül'ü gösteriyordu ve ben o günü hiç unutmuyorum...

Hayatı, herkesin ve kendimin algılamayacağı bir başka boyutta yaşamak... Veya bir bilinmez fırtınaya kapılmak günün her vaktinde, hep güler yüzlü çehreleri, munis, şefkatli, dikkatli ve

sizi hiç terketmeyeceklerinden emin olduğunuz, doktor oluşlarından çok, her yönüyle güzel yaratılmış birer insan oluşlarıyla algıladığım, emanet edildiğimiz pırlanta kalpler, mutlaka böyle düşünmüyorlardı... Ve bu, **Dr. Bob Fulford**'un "Doktorların inanışları, hastaların iyileşme güçleri üzerinde son derece etkilidir." sözünün tam bir klinik uygulaması oluyordu.

Sonra "Düşünüyorum, o halde varım" diyen filozofun aksine, "Varım, o halde düşünmeliyim"le yeni bir varolma yaklaşımı yakaladığımı hatırlıyorum. Bilmem ki, şu ünlü "zihin-vücut" etkileşimi mi artık devreye giriyordu... Yoksa, içsel bir yoğunlaşmaya geçip, geçmişe kaçmak suretiyle; varoluşun boşluğundan, terk edilmişliğinden ve ruhsal yoksulluğundan kurtulmamı sağlayabilecek durumda filan değildim.

Alain "Şüphe düşüncenin tuzudur" diyordu. Order gereği verildiği söylenen, koruma amaçlı, kimi doğrudan, kimi izotonikle ve kimi de ağızdan tatbik edilen ilaçlara ait endişemi; Alain'i doğrularcasına, onları bir kağıda yazıp alacak kadar, çaresizliğe ve şüpheyeye bile düşmüştüm. Oysa bu bile, benim için bir varolma denemesiydi; çaresizce bile olsa, tastamam öyleydi... Aksi halde, titizlenmenin bu kadarı, Allah korusun akla ziyan bile olabilirdi... Sıfır çizgisinde geçirdiğim on gün boyunca, her gün tam 15 ayrı ilaç, 43 defada uygulanıyordu... Sonra, iki kere albümin ve peş peşe tam altı kez yapılan trombosit takviyesi için cabası... Acaba bu kadar ilacı sağlıklı bir insana verebilir miydiniz ve şayet verirsiniz ne sonuçla karşılaşırınız? İnanıyorum ki düşünce şüpheyeye başlıyor. Bitevi alınımı, ellerimi ve ayaklarımı tutuşturan şu yüksek ateş iptilası olmasa, o çileli günlerde kim bilir daha nelere şüphe duyardım.

Fizyolojik olumsuzlukların ve acıların akla gelen her türlüüne maruz bulunuyordum. Ayrıca, en az bunlar kadar etkili ruhsal olanlar da cabası... Büyüklükleri ne kadar subjektif olursa olsun, bunları ruhumda ve bilincimde bu şekilde hissetmek kafiydi. **Schopenhauer**'in acıdan kurtuluş sağlayabilen "negatif mutluluk" imkanlarından bile mahrumdum. İnsan bedenini kutsayan, yücelten, aşırı beğenen, onun gücüne güvenen, onu bir geçim yolu haline getiren ve onunla her meseleyi çözebileceğine inananların, ne kadar alaya müstahak bulduklarını işte o zaman anladım. Beden, can emanetini taşımada sadece bir vasıtaydı, ancak kendisine kendine pek de güvenilecek bir vasıta değil... Şayet can emaneti kendine biraz uzak kalsa, hemen bitip-yitecek bir et ve kemik yığını... İnsanın kendisi, tamamen bu beraberlikle kaim. Bilemiyorum mesafeleri ne kadardı, onların birbirlerinden biraz uzaklaşmalarına şahit oldum da, bilerseniz bedenin aczine o kadar acıdım ki...

Edebi bir hüsn-ü talille ve başka bir amaçla söylenir gerçi, ama Bayburt'un "**Eridi köz, bitti söz**" deyimi acaba bana da rasgeliyor muydu? Hayır bitmemişti... Kurt dereli Mehmet Pehlivan'ın, Atatürk'e söylediği söze benzer bir manyetizmanın etkisini hisseder gibi oldum. Benimki Türk milleti değildi, ama arkamda bir ananın her sabahın seherin emanet gözüyaşlı niyazları, yüzlerce gönül dostunun dua, destek ve güvenleri vardı... Tedavi dışından geliyordu ama iyileşme içeridendi... Daha açıkçası, iyileşmenin kaynağı kendimizdik.. Çizgideki on günün, yedi veya sekizinci günü, içine düştüğüm acz sebebiyle, birşeyler düşünmeyi değil, fakat düşünmem gerektiğini ve ancak düşünerek kendimi yakalayabileceğimi farkettim... "İnsan tabiatını tanıma" isimli eserinde Alfred Adler bunu formülleştirmişti: "Kendini tanıma mutlu-

luğun ilk kanunudur" kendini yeniden tanımak ve böylece yeniden bulmak için düşünmeyi deniyordum... Hayata dönüş için acıların kaynaklarıyla uğraşmak yerine, meçhul olana, bir bakıma da muhayyel olana gönül bağlamak olacaktı bu... Gerçi Alain, bedenimize düşüncelerimizden daha fazla söz geçirebildiğimizi söyler, ama "**var olmanın dayanılır ağırlığı**"nı yaşamak ve şu canı tenle buluşturmak için "**düşünmeye karar vermek**" dosdoğru bir yaklaşımdı... Zaten sağlık dediğimizde, "**zihin-vücut-ruh**" ölçüsünün bütünleşmesi olmuyor muydu? İşte o an; orderdaki bütün yazılı farmasötik nesnelere karşı, üç ay önce benden alınmış kök hücreler, infüzyon sonrası tam on gün "**engraft**" olmaya direnmelerine karşı ve kemoterapi uygulamasına karşı, ancak düşünmeye karar vererek galebe çıkabileceğini anladım... Uyumayı, dinlenmeyi, görmeyi, unutmayı, farkına varmayı, konuşmayı, yiyip-içmeyi, gülümsemeyi hep bu denemelere borçluyum. **Spinoza**'da benzerlerini ifade etmişti. "**Acı duygusu, buna ilişkin net ve kesin bir tablo oluşturduğumuz an acı olmaktan çıkar**". Yeniden başarmamda, bu metodun çok büyük etkisini gördüm.

Düşünerek karşı karşıya olduğu muamaları bir bir çözmek mümkündü. Bu anlamda düşünmek, bir meydan okuyuş; gerektiğinde de kıyasıya bir savaşa atılmaktı. Zaten düşünemediğimiz ölçüde insanlaşmıyor muyduk? **Nietzsche**'nin psikoterapik bir parola olarak söylediği "**Yaşamak için bir sebebi olan kişi, hemen her "nasıl" a katlanabilir**" sözü bu anlamda isabetli bir yol göstericiydi. Esasen cesaret ve umut gibi ruhsal olumluluk halleri, vücudun bağışıklık sistemini hemen etkileyip, direnci yükseltiyordu. Elbette, geleceğine ait inancını yitirmemek de bunların arasında mutla-

ka sayılmıyordu. Ayrıca benim gibi "**Ancak yarından sonraki gün benim**" diyen biri için, bir de bu hususun varlığından söz edebilirdi....

Napolyon, Fontanos'la konuşurken şöyle der; "**Bilir misiniz, dünyada en çok sevdiğim şey nedir? : Sadece kuvvetle hiçbir şeyin kurulamaması... İki şey dünyaya hükmeder: Biri kılıç, biri düşünce... Kılıç, eninde sonunda düşünceye yenilir**". Yok yok, benimkisi öyle kılıçlara hükmeden bir düşünce filan değildi... Zaten bir umutla geldiğim bu mekanda, öncelikle geleceğe açmayı arzuladığım kapıları ve pencereleri aradım. **Hanri Benazus**'un tabiri ile, "**Umut düşüncenin saltanatı**" idi ve hep hayatı güzelleştirmeye hazır bir ruhsal hareketliliği ateşliyordu. Umut, sürekli yarınlarda gezinen bir uçarı değil, gönüllerde bitevi güzelleştirilen "**beklenen gün**"ün kendisiydi ve aradığım pencereler o güzel günün taze umutlarına açılıyordu...

Batılılar "insanın kendi kaderini eline alması" diye tabir ederler; ben cüz'i iradenin hedefine kilitlenmesi diyebiliyorum... O hedef fikri, **Dostoyevski**'nin çok korktuğu, "acılarına değmemek" ihtimalini bile paramparça ediyordu. Kendi kendine teslim olduğu zamanlar pek nadir bir vaka olan insanın, düşünce ufuklarında dur-suz duraksız kanatlanmaya hazır olması ne kadar da şaşırtıcı... Ve ben, bir şeyler düşünme kararımı, kimi vakit umut adlı zümrüdüanka kuşunun kanatlarına tutunarak, Kaf Dağı'nın ötesine, çocuk hülyalarındaki bir seyrü seferle özdeşleştiriyordum. Öyle ya, ne de olsa hekimlerimin iddiasına göre, daha 4 Eylül 2000 doğumlu birisiydim. Şu halde, yıllar öncesinin bir şiirini okuma kitabımdan gönülümce almamda hiçbir beis yoktu: "**Çocuktum, ufacıktım / Top oynadım acıktım ...**"

Gerçekten, 26 günlük son yatılı serüven bittikten bir buçuk ay sonra, bunu eşim ve çocuklarımla da konuştum. Ya 4 Eylül 2000'de doğan ve henüz kırkını bile doldurmamış bir çocukta karar kılabilirdim veya 2 Eylül'de başlayan ve bu muhasebeyi yaparken de süren dingin ruh haliyle, içine dönmüş ve bir çok stresi peşinen defterinden silmiş biri olabilirdim yahut da, şayet mümkün olabilirse o eski kendimi yakalayabilirdim.. Bunu uzun uzun tartıştığında, üçlü oybirliği ile üçüncü halimi tercih ettiler. Dördüncü bir seçenek var mıydı ve neydi bilemiyorum; ama ben bu mutasavver seçeneklerden çocukluğu daha bir sevmiştim... Ailenin iki çocuğundan, kız kardeşine ağabey olacak büyük sorumluluk ve yetiştirme tarzının verdiği, hep olduğundan daha ileri beklentilere muhatap kalmanın doğurduğu eksik yaşanmış bir çocukluğu sürekli hatırımda bırakmış olmalıyım ki, herhalde onu tamamlama fırsatına hemen sarılıyordum.

Sonra çocukluğun anlamı, ferhunde bir alemde uçurtma uçurmak ve hep bulutların üzerinde gezinmek değil miydi? Üstelik yıllarla beraber geçen, belki kimi vakit de gereğinden fazla önemsendiğinden, "delip de geçen" sorumlulukların hepsinden şıp diye bir çırpıda kurtuluvermek... Farkında olmadan, ciddiye almadan, oyunmuşçasına, ayrıntısına girmeden, daha basit ve daha yalın, olabildiğine sevimli ve sempatik yaşamak... Onu, **Cahit Srtkı Tarancı** "Çocukluk" şiirinde ne güzel ve ne kadar bize özgü anlatmıştı: "**Affan dedeye para saydım/ Sattı bana çocukluğumu/ Artık ne yaşım var, ne adım/ Bilmiyorum kim olduğumu/ Hiçbir şey sorulmasın benden/ Haberim yok olup bitenden**" Ünlü Fransız şair **Baudelaire**, şiirlerinde çocukluğunun yeşil cen-

netlerini daima hasretle anan bir duygusallığı yaşar; hatta dehayı da, "dilediğimiz anda kavuşulabilen çocukluk" diye tarif eder. Benim düşünce duruşum da buna çok yakın... Bu sebeple de "İçindeki çocuğu hep yaşatmaktır hüner.." diye bir gerçeği, Őimdi daha iyi anlıyorum. Ailenin oy birliğine riayet ettiğimden, Şu nazenin çocukluk alemine kanat aĀamasam bile; hiĀ değilse iĀimdeki çocuğu arayıp bulabilir ve hep onun elinden tutabilirdim... Siz istiyorsanız, buna çocukluk demeyin de kendini yeniden biĀimlendirmek deyin; hiĀ fark etmez....

Acıların en dayanılmazlarını ve meŐakkatlerin en katlanılmazlarını Āekerken, servisteki kader arkadaŐlarıma bir telkin terapistiymiŐ gibi hep söylediğim; söylerken her seferinde benim de inanmaya baŐladığım bir yaklaŐımım oldu; **"HiĀbir acı kalıcı olamaz.! Nasıl olsa unutulacaklarsa, bırakın acılar hükmünü icra etsin.."** Acılardan zevk alacak değildik, fakat üzerlerinde ĀokĀa durup, onları büyüterek ruhsal ve bedensel ıstırabımızı artırmanın anlamı da yoktu... **Baudelaire**, böylesi durumlar iĀin, "hayatın önemli durumlarında, bedensel tepkilerin abartmalı gerĀeđi" tabirini kullanır. Kim bilir, belki de biraz  yleterdi.. Üstelik bunların olacağını önceden bilmenin, yüksek iradelerde **"acıları bal eyleme"**ye bile imkan vermesi beklenebilirdi. Değil miki, **Victor E. Frankl**'ın dediği gibi, **"Acı ve ölüm olmaksızın insan hayatı tamamlanmıyor"...** Ve yine **Rilke**'nin dizelerindeki **"Wie viel ist aufzuleiden"** (Bitirilecek ne kadar Āok acı var) beklentisi ne kadar da haklı... Ayrıca acılar hatıralaŐınca, birden ve bir bir g zelleŐiyorlardı. Zaten önümüzde de, bizi güzelim bir hayatın beklediğine inanıyor ve ona doğru koŐmuyor muyduk?

Hayatımızın önüne kurulmuŐ amansız bir pusudan bizi kurtarmaya gönül veren pırlanta kalpliler iĀin, bütün bu olan bitenler olağandı belki; fakat, o olağandaki olağanüstülüğü takdir edemediğimizde, aŐtıđımız manianın yüksekliğini görmemiz mümkün olabiliyordu. Hayatı sürdürmek, bir bakıma da Āekilen acılarda anlam buluyordu. Halbuki büyük hedeflere düz yollardan gidildiğine hiĀ rastlamamıŐım... Düz yolda ilerlemeyi sevenlerin de, asla zirvelerde yeri olmamıŐtı. Kim bilir, daha ileri gidip, Nietzsche gibi, tehlikeli bir hayat yaŐamanın faziletinden ve **"bizleri  ld rmeyen Őeylerin, bizi daha g c l  kilmaya yardım edeceğinden"** bile söz edebilirdik... O vakit, hastalığı büyük deđiŐimlerin bir basamağı olarak da kullanma imkanı olabilirdi.

Ben ve servisteki kader arkadaŐlarım, o tehlike imtihanını bilmem kaĀ kere ve hücre hücre baŐararak, yeni bir geleceğe, belki de yeni bir hayata, artık "acı Āekmeyi bilen" kiŐiler olarak "merhaba demeye sessizce ilerliyoruz. Üstelik, göklerden hiĀ inmemesine dilek tuttuğumuz hayat uĀurtmamızın kanatlarında, hep engin ufukları gözleyen bir h lyalanıŐla..."Hayat dersi" demek belki Āok iddialı, ama "hayattan dersini" almıŐ olarak ve sessizce...

KİN HASTALARININ PSİKOSOSYAL SORUNLARI

Kemik iliği nakli (KİN) çocukluk Āađı ve yetiŐkinlik dönemi kanserlerinin tedavisinde giderek artan düzeyde uygulanmaya baŐlanmıŐtır (Gürman ve ark. 2000). Sıklıkla kötü seyir gösteren lösemi ve lenfoma hastalarında önerilmektedir (Fawzy ve Greenberg 1996). İlerlemiŐ solid tümörlerin tedavisinde de uygulanmaktadır (Strouse ve ark. 1996). İlk

organ naklinin yapıldığı 1950'lerden bu yana, nakil öncesinde depresyonu ve anksiyetesi olan hastaların, nakil sonrasında kötü seyir gösterdikleri bildirilmektedir (Illescas ve ark. 2002).

Hastanın KİN sürecinde yaşadıklarını Brown ve Kelly (1976), sekiz basamaklı bir tablo olarak anlatmaktadır: Birinci basamakta; hastanın KİN'i kabul etmesi, ikinci basamakta; hastanın başvurusunun değerlendirilmesi ve vakanın planlanması, üçüncü basamakta; hastanın hazırlanma- yalnız bırakılma (izolasyon) aşaması, dördüncü basamakta; nakilin yapılması, beşinci basamakta; dokunun reddi, altıncı basamakta; dokunun bireyi reddi hastalığının oluşma riski, yedinci basamakta; taburculuğa hazırlık, sekizinci basamakta ise hastanın hastane dışı hayata uyumu yer almaktadır. Hasta birinci basamakta ambivalans, inkar, hafif veya ciddi düzeyde bunaltı yaşarken daha sonraki aşamalarda kızgınlık, yalnızlık, yas, ölüm düşünceleri yaşar ve beden imgesinde değişiklikler, duygulanımda sığılaşma, bilişsel yetelerde bozulma ve depresyon belirtileri gösterir. Özellikle hazırlık-yalnız bırakılma ve doku reddi aşamasında ciddi ruhsal sorunlar görülebilir. Örneğin hazırlık-yalnız bırakılma aşamasında geri dönüşün olmayacağını hisseden hastanın, yalnızlık ve sıkışmışlık hissi daha da artar, klostrrofobi gelişebilir ve tüm bunlar hastanın bunaltısını artırır. Kemik iliği nakli gerçekleştirildikten sonra ağrı ve debilité nedeniyle yaşanan sıkıntı ve tüm bu sıkıntıların hızlıca kaybolmayacağı düşüncesi ağırlık kazanır.

Wellisch and Wolcott (1994) KİN hastalarının uygulanan yöntemden (allojenik veya otolog KİN, tüm vücuda radyoterapi uygulan-

ması veya uygulanmaması gibi) bağımsız olarak gösterdikleri **bunaltı, keder, ruhsal gerileme (regresyon), ambivalans ve nöropsikiyatrik bozulma** beklenen ve normal tepkiler olarak değerlendirmektedir.

Hafiften orta dereceye uzanan bunaltı KİN hastasında beklenen yanıtlardan biridir (Trask ve ark. 2002). Ölüm korkusu ve inkarın kayboluşuyla birlikte bunaltı en üst düzeye ulaşır ve ajitasyon olarak tanımlanan motor huzursuzluğa ulaşır. Ajitasyon müdahalenin gerekli olduğu belirtilerendir (Wellisch and Wolcott 1994).

Keder kayıp yaşantısına verilen normal ve beklenen tepkidir. Sıklıkla depresyon ile karıştırılır. Depresyonu taklit edebilir ancak kederde uyum patolojik olmayıp, fonksiyoneldir. Yas-keder tablosu KİN hastalarında nakil sırasında oluşur ve daha sonraki aşamalarda özellikle taburculuktan sonraki dönemde devam eder. Keder depresyondan farklı olarak dalgalanma gösterirken, depresyon sabit bir seyir gösterir. Kederde birey nadiren değersizlik hissi ve intihar fikirlerine sahip olur.

Ruhsal gerileme, bunaltıyla ilişkili savunma mekanizmasıdır. Kişi bunaltısını kontrol etmek ister. Hayatının eski dönemlerinde yaşadığı mutluluğu yeniden kazanmaya çalışır (Futterman ve Wellisch 1990).

Kişi ambivalan duygulanım içerisindeyse aynı kişiye veya duruma karşı tezat duygular hisseder. Tezat iki duygudan birisi baskın olur ve bilinçsiz halde kalırsa kişinin bunaltısı ve suçluluk duygusu artar. Bilinçsiz düşmanlık duygusu tedavi ekibine yönelebilir. KİN hastalarının tedavi ekibinin üyelerine karşı ambivalan duygular içine girmesi çok muhtemeldir. Tedavi ekibi bu durumu anlamakta zorlanabilir (Futterman ve Wellisch 1990).

Siklofosfamid ve mekloreタミン bilişsel işlevlerin bozulmasına neden olabilir. GVHD tablosunun tedavisinde steroid ve siklosporin kullanımı gündeme gelir. Steroid ve siklosporin kullanımı ensefalopati ve duygudurum bozukluğu oluşturma riski taşır (Trestman ve ark. 1998). Alkol veya madde kullanımı, geçirilmiş kafa travması öyküsü ve kötü prenatal bakım nöropsikiyatrik sorun görülme riskini artırır.

A.Y.C'nin yazısında keder ve regresyon fark edilmektedir. Hastanın yaşadığı çaresizlik hissi, çaresizliğe rağmen ümidin kaybolmaması, kendisini güzel bir hayatın beklediğine inancı, hastalığa teslim olmayışı, çözüm arayışının sürmesi keder yaşantısının göstergeleridir. Hastanın çocukluk anılarını yoğun biçimde hatırlaması, kendisine çocuk kimliğini yakın buluşu ve çocuk olmayı tercih etmesi, hayatın eski dönemlerinde yaşadığı mutluluğu kazanma çabasının güzel bir örneğidir.

KİN hastalarında **devam eden intihar düşüncesi veya intihar girişimi, kederden açıkça ayırt edilebilen depresyon, bunaltı bozukluğu, patolojik regresyon ve organik beyin sendromu (delirium)** beklenmeyen ruhsal bozukluklardır. Bu durumda hasta hızla değerlendirilmeli, psikofarmakoloji ve psikoterapötik önlemler alınmalıdır (Wellisch and Wolcott 1994).

KİN depresyon oluşturabilen bir süreç olmakla birlikte, hastaların hepsi depresyon tablosu göstermez (Breitbart 1994, Gürman 2000). Durumluk bunaltısı, KİN'in her aşamasında depresyondan daha yüksek oranda gözlenirken, yaygın bunaltı bozukluğu düşük oranda gözlenmektedir (Gürman 2000). Hastanın bunaltısının nedeni pulmoner emboli gibi tıbbi sorunlar olabileceği gibi, daha önce var

olan bunaltı bozukluğu da olabilir. Hasta, **patolojik regresyonda** korkulu, gergin, veya uyarılmış bir ruhsal durum gösterebilir. Patolojik regresyon hastanın işlevselliğini ve tedaviye uyumunu bozabilir (Futterman ve Wellisch 1990).

Hasta **delirium** tablosunda iken tehlikeli davranışlar sergileyebilir. KİN hastalarında deliriumun başlaması halinde dikkatli tıbbi ve ruhsal değerlendirme yapılmalı ve agresif önlemler alınmalıdır. Delirium tablosunun altında ciddi tıbbi sorun olma riski çok yüksektir ve delirium tablosu hastanın yeniden tıbbi değerlendirilmesini gerekli kılar. KİN öncesinde delirium nadir görülür. Bu dönemde görülen delirium tablosunun nedenleri, merkezi sinir sistemi hastalığı, enfeksiyon, psikoaktif madde zehirlenmesi veya çekilme belirtileridir. Daha sonraki aşamalarda görülen delirium tablosunda ise neden sıklıkla enfeksiyon, interstisyel pnömoni, GVHD, immünosupresif ajanların oluşturduğu nöropsikiyatrik toksisitedir. Nakilden iki-sekiz ay sonra organik nedene bağlı gecikmiş ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilir. Uzun dönemde seçici dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulma görülebilir (Harder ve ark 2002).

KİN hastasının yaşayabileceği ruhsal sorunlar ve hastanın bu sorunlara vereceği yanıt, hastanın daha önceki ruhsal bozukluk öyküsü, aile ve çevre desteğinin niteliği, hastalık ve tedavi ile baş etme becerisi, duygu durumunun niteliği, geçmişteki ve şu andaki bilişsel durumu ve beklenti bunaltısına yakınlığı ile doğrudan ilişkilidir (Futterman ve ark 1991). Bu risk faktörleri temel alınarak yapılan sınıflandırmaya göre hastaların ruhsal bozukluk gösterme olasılıkları farklı üç basamakta değer-

lendirilir; birinci basamaktaki hasta hafif düzeyde ruhsal sorun yaşarken, üçüncü basamaktaki hasta ciddi düzeyde ruhsal sorun yaşar. Tedavi sürecinde üçüncü basamaktaki hasta psikotik atak düzeyinde tepki verebilir. Bu durumda hasta-aile-tedavi ekibi arasındaki tedavi işbirliği tehlikeye girer (Futterman ve ark. 1991).

KİN hastalarında beklenmeyen ruhsal sorunlar görüldüğünde, psikofarmakolojik ve psikoterapotik tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. KİN hastalarının kullandığı çeşitli ilaçlar (immünsupresanlar gibi) ruhsal bozukluklara neden olabilir. Psikofarmakolojik müdahaleden önce hastanın tıbbi tablosu bütünüyle gözden geçirilmeli ve organik kökenli ruhsal bozukluklar dışlanmalıdır. İlaç seçimi, hastanın tıbbi durumuna, ruhsal bozukluk öyküsüne ve şimdiki tablosuna uygun biçimde yapılmalıdır. Hastanın ruhsal durumu ve tedaviye yanıtı yakın izlenmeli ve gerektiğinde uygun psikofarmakolojik değişiklikler yapılmalıdır.

Psikoterapötik girişimin etkili olması için, hastanın yer aldığı kemik iliği nakli aşamasıyla birlikte uyum düzeyi değerlendirilmelidir. Orta derecede ruhsal bozukluk yaşanan ikinci düzeyde, destekleyici psikoterapi daha yararlı iken, üçüncü düzeydeki hasta, yüzleştirici tedaviden daha çok yararlanmaktadır. Psikoterapötik girişimin amacı hastanın kontrol hissini arttırmaktır. Kriz durumu oluştuğunda, açıkça belirlenmiş bakım planı yapılmalıdır. KİN hastasının baş etme becerilerini ve uyumunu arttırmak için çevresel koşulların elden geldiğince istikrarlı olması sağlanmalıdır. KİN hastalarında gevşeme egzersizleri ve sistemik duyarsızlaştırma gibi davranışçı teknikler bunaltının kontrolünde yarar sağlar. Sistemik

duyarsızlaştırma beklenti bulantısının ve kusmanın kontrolünde etkilidir (Wellisch and Wolcott 1994)

Sistemde çok önemli yer tutan aileye gereken önem verilmelidir. KİN hastası, verici-alıcı, KİN hastası-eşi, KİN hastası ve çocuklar, KİN hastası ve ailesi bağlamında çeşitli ilişkiler içindedir. Eşler ve çocuklar için hastanın yer almadığı grup terapileri önerilebilir. Ergenlerde madde kötüye kullanımı, rasgele cinsel ilişki, evden kaçma, hasta ebeveynle somatik özdeşim, intihar düşünceleri ve girişimi, kronik uyku ve yeme sorunları mutlak yardım alınması gereken durumları oluşturur. Daha küçük çocuklarda ise, ateş yakma, çalma, tuvalet alışkanlığını kaybetme, okula gitmeyi reddetme, kronik uyku problemi, anoreksiya, obezite, hasta ebeveynle somatik özdeşim, intihar düşünceleri ve girişimi danışılması gereken durumlardır (Futterman ve ark. 1991)

KİN ünitesinde hasta ile kurulan yakın ilişki ve yüksek morbidite ve mortalite oranı tedavi ekibinde en çok stres yaratan durumlardır. Tedavi ekibi tükenmişlik sendromu gösterebilir ve hastanın tedavisi doğrudan olumsuz biçimde etkilenir. Hastanın kabulü döneminde hasta ile psikososyal görüşme, tüm ekiple haftalık değerlendirme yapılması ve tükenmişliği önlemek üzere çalışma gruplarının düzenlenmesi tedavi ekibini destekleyecektir (Kiss 1994)

Tedavinin planlanması ve yürütülmesinde, bilimsel verilerle birlikte hastanın birebir yaşantıları yol gösterici olacaktır.

Teşekkür Prof. Dr. Taner DEMİRER'e yazının oluşmasındaki katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Breitbart W (1994) Psycho-oncology: depression, anxiety, delirium. *Semin Oncol.* 21(6):754-769.

Brown HN, Kelly MJ (1976) Stages of bone marrow transplantation: A psychiatric perspective. *Psychosom Med.* 1976; 38:439-446.

Fawzy FI ve Greenberg (1996) Textbook of consultation liaison psychiatry, Rundell JR, Wise MG (eds), American Psychiatric Press s.687.

Futterman AD and Wellisch DK (1990) Psychodynamic themes of bone marrow transplantation. *Hematol Oncol Clin North Am.* 4(3):699-709.

Futterman AD, Wellisch DK, Bond G ve ark. (1991) The psychosocial levels system: A new rating scale to identify and assess emotional difficulties during bone marrow transplantation. *Psychosomatics*; 32 (2):177-186.

Gürman G, Oğuz TF, Haran S ve ark. (2000) Anxiety and depression throughout the hematopoietic cell transplantation process. *Journal of Ankara Med School* 22(3), 141-145.

Harder H, Cornelissen JJ, Van Gool AR ve ark. (2002) Cognitive functioning and quality of life in

long-term adult survivors of bone marrow transplantation. *Cancer*, 1;95(1):183-192.

Illescas-Rico R, Amaya Ayala F, Jimenez-Lopez JL ve ark. (2002) Increased incidence of anxiety and depression during bone marrow transplantation. *Arch Med res*, 33(2):144-147.

Kiss A (1994) Support of the transplant team. *Supportive Care Cancer*, 2(1): 56-60 Strouse TB, Wolcott DL, Skotzko CE. (1996) Textbook of consultation liaison psychiatry, Rundell JR, Wise MG (eds), American Psychiatric Press s.640.

Trask PC, Paterson A, Riba M ve ark. (2002) Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant*, 29(11):917-925.

Trestman RL, Woo-Ming AM, Vegvar M ve ark (1998) Treatment of personality disorders. Textbook of psychopharmacology, second edition, The American Psychiatric Press, Schatzberg AF and Nemeroff CB, s .903.

Wellisch DK & Wolcott DL (1994) Psychological issues bone marrow transplantation, *Bone Marrow Transplantation* ed. S.J Forman, K.B. Blume, & E.D. Thomas, s 556-570.