

KLİNİK OLGU KONFERANSI BİR PSİKİYATRİSTİN HASTASININ İNTİHARINA TEPKİSİ*

Çev: Tijen BAŞKAN**

Giriş:

İntihar psikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan en sık ölüm nedeni olup, birçok kitapta, araştırma ve felsefe yazısında bu konu ele alınmıştır (Roy 1986, Mann ve ark. 1999, Shneiodman 1969). Konuyla ilgili literatürde, ruh sağlığı profesyonellerinin hastalarının intiharına verdikleri tepkiler en az tartışılan konudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl tedavi altındaki 30000 kişinin intihar ettiği ve bir çoğunun son olarak bir pratisyen hekimle ilişki kurduğu düşünülünce, bu konudaki suskunluk dikkat çekicidir (Jaminson ve Baldessarini 1999).

Aşağıda sunulacak olgu tartışmasında, hastası intihar etmiş bir klinisyenin tepkisi, bu konuda sınırlı sayıda bulunan literatürler gözden geçirilerek, sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

İhtisasının bittiği ilk hafta içinde, Dr. G asistanlık programı yöneticisi tarafından kendine,

depresyon tedavisi için refere edilen ilk özel hastasını kabul eder. Paul yirmili yaşlarda, distimi ve tekrarlayan major depresyon öyküsü olan bir hastadır. Hastanın birkaç yıl önce bir intihar girişimi vardır. İlk muayenede orta şiddetli bir depresyonu ve minimal düzeyde intihar düşüncesi mevcuttur. Haftada bir-iki seans psikoterapi ile süren altı ayı aşkın bir tedavi programı sürdürülür. Bu süre içinde ya yeterli yanıt alınamadığı ya da yan etkiler nedeniyle değiştirilen bir seri antidepresan ilaç da kullanılır. Tedavinin başlamasından altı ay sonra, Paul, aynı şehirde oturan, O'na destek olan bir akrabasının taşındığını söyler. Bu olayla Paul'un aniden intihar riski artmıştır, eninde –sonunda intihar edeceğini ama bunu hemen veya yakın bir zamanda yapmayacağını söyler. Ailesi başka bir şehirde oturmaktadır ve Paul cenazesinin oraya giderken bedeninin acı çekeceğini düşünmekte ve kendini ailesinin yanına gidince öldüreceğini söylemektedir. Dr.G Paul'un hastaneye yatmasını gündemler ama Paul Dr. G'yi hemen intihar etmeyeceğine ikna ederek, hastaneye yatışını ertelettirir. Paul kendini kötü hissedince doktorunu arayacağına söz verir ve iki gün sonra yani Cuma günü Dr. G'yi arayıp hafta sonundan

* Gitlin J.M: A Psychiatrist's Reaction to a Patient's Suicide. American Journal of Psychiatry, 156:10, October 1630-1634.

** Uz. Dr., A.Ü.T.F. Psikiyatri A.B.D

once bir goruşme gereksinimi olup-olmadığını kararlaştırmayı kabuleder Cuma gunu öğleden sonra 3 olduğu halde Paul aramayınca, Dr G onu aramaya başlar Birkaç saat sonra Dr G Paul'e ulaşamamış, sonunda bir arkadaşından Paul'un o gun hiç gorulmediğini öğrenmiştir Bunun üzerine Dr G polise haber vererek, Paul evine gitmelerini ister Polisler eve ulaştıklarında, Paul'un cansız bedenini gorurler, yaptığı alışveriş paketi hala mutfak masasının üzerinde durmaktadır Paul evinde bulunan, yuksek doz antidepressan (trisiklik ve monoamino oksidaz inhibitörleri) ilacı içerek intihar etmiştir Intihar notu bırakmamıştır Polis Dr G yi aradıktan sonra, O da Paul'un ailesini arayarak onlara bu korkunç olay hakkında bilgi verir

Paul'un intiharından sonraki ilk birkaç gun içinde, Dr G eski hayatına devam eder, rutin profesyonel ve özel aktivitelerini yerine getirir, davranışlarında dikkati çeken bir farklılaşma yoktur Dr G'nin içinde hissettiği ise bilinçli olarak kendi davranışlarını taklit ediyor hissidadir ve bu daha once hiç yaşamadığı bir **depersonalizasyon** duygusudur Kısa bir süre sonra bu duygu zayıflar ve yerini intiharla ilişkili olarak tetiklenen anksiyetenin yaşandığı, aşağıda anlatılacak olaylara bırakır

Dr G utanç ve sıkıntı hissetmeye başlamıştı ve bunun doğru olmadığını bilmekle beraber, meslektaşları ve arkadaşları arasında hastası intihar eden tek psikiyatrist kendisiymiş gibi hissediyordu(çünkü bu olayı bir yakın arkadaşı dışında kimseyle konuşmamıştı ve arkadaşının da hiçbir hastası intihar etmemişti) Bu olayı diğer psikiyatristler öğrenirse, O'na depresyon hastası refere etmeyeceklerinden korkmuştu Dr G'nin özel çalışma alanı depresyondur ve bu onun kariyerinin bozulmasına ve O'nun mesleki camiada gunah keçisi haline gelmesine neden olacaktı Bu korkuyla beraber yasal olarak ceza alma korkusu da vardı (Geniş profesyonel topluluklarda birçok mesleki kotu uygulama

olaylarının sessizce hasır altı edildiğini bilmeyecek kadar genç ve tecrubesizdi) Utanç, anksiyete ve kariyerini koruma endişeleriyle hastanın tıbbi-dokumentasyonu ile ilgili bilgi toplamaya başladı Elinde hastayı hastaneye yatırmama kararı ile ilgili yeterince dokuman var mıydı? Bu durum juriye veya bilir kişiye nasıl gorunecekti? Kendi ile pazarlık yaptı, eğer bir sene içinde başka bir hastası da intihar ederse başka bir şehirde çalışacaktı çünkü bu kadar kısa surede, bu konuda "uzman olmuş birini" bu şehir artık kabul etmezdi

Dr G bitmez-tukenmez bir şekilde, intihar niyetiyle ilgili gozden kaçırıldığı bir ip-ucu var mı diye, Paul ile yaptığı son seansı kafasında canlandırıyor ve düşünüyordu Intihar gunu tele-sekreterde yanıtız bir arama vardı (Bu gerçekten de sık karşılaşılan bir durumdur) Dr G Paul'un intihar etmeden once aradığına inanmıştı Intihardan sonraki birkaç ay ne zaman yanıtız bir arama olsa, hızlıca hasta listesini aklından geçirip, borderline/intihar riski olan hastalarından hangisinin aradığını ve o anda intihar ettiğini düşünüyordu Paul'un son seansı ile ilgili ruminasyonlar oyle bir hal almıştı ki Dr G gece uyanıyor ve borderline hastalarıyla yaptığı son seansları düşünüyordu Orneğin, Bob son seansda "umarım gelecek Perşembe goruşuruz"derken eskisinden daha somurtkandı demek ki intihar edecek gibi düşünceler kafasından geçiyordu Dr G frajil borderline hastalarını seanslar arasında aramamak için mücadele ediyordu çünkü bunu terapotik endişelerden daha çok kendini rahatlatmak için yapacağını farkındaydı

Dr G, intihar düşüncesi olmayan hastalarında bile mekanik, rutin bir şekilde intiharı sorguluyor ve hastadan negatif yanıt alınca da en azından sordum diye kendine guvenini tazeliyordu

Dr G Paul'un olumuyle ilgili derin bir uzuntu yaşıyordu O'nu sevmişti, borderline hastaları

gibi Paul O'nu ofkelenmemişti. Uzuntusu bir tur yaşla karışmıştı. Bu kariyeriyle ilgili beklenti ve umutlarının değişmesiyle ilgili duyduğu acıydı. Yeteneği, empatisi ve iyileştiriciliği ile tüm hastalarının yaşamında olumlu değişiklik yapacağı ile ilgili primitif fantazileri ortaya çıkmıştı. Dr. G bu fantaziyi kaybetmenin yasını yaşıyordu. Profesyonel hayatında ilk kez, hasta insanlarla çalışmak için, psikolojik olarak dayanıklı olup-olmadığını düşünüyordu.

Az sayıda bulunan literatürde, terapistin hastanın intiharında verdiği tepkiler birkaç şekilde tanımlanmıştır. İlk tepkiler, inanmama-inkar etmeyi izleyen depersonalizasyon, utanç, suçluluk ve alamet bulma (finding of omens) (Sacks 1989, Menninger 1993). Dr. G büyük bir inkar sergilememiştir. O'nun ilk yanıtı depersonalizasyon olmuştur.

Utanç ve suçluluk hastanın intiharında yaşanan en sık tepkidir. Suçluluk psikiyatristi yanlış itiraflara goturur. Bir psikiyatrist hastasının intiharından sonraki hastaya yetersiz, düşük doz ilaç verdiğini düşünür. Ama gerçekte oldukça yüksek doz ve gereksinimden fazla ilaç vermiştir ama suçluluk duygusu yanlış hatırlamalara neden olur (Sacks 1989). Dr. G'nin yasal olarak suçlanma endişesi (Paul olgusunda dava açılmamıştır) tipik bir tepkidir. Özellikle akademik merkezlerde dokumentasyon konusuna bu nedenle önem verilir.

Dr. G'nin başka şehre taşınma fantazisi ilk kez karşılaşılan bir durum değildir. Bir olgu bildiriminde, hastasının intiharından sonra, kendini bir tepralı gibi hissedip kaçıp saklanmak isteyen bir psikiyatrist tanımlanmıştır (Perr 1968).

İpucu arama (searching for omens), yani Dr. G'nin, Paul'un intihar niyetini gösteren ipucu arama davranışı, yordanamaz bir dünyada, anksiyeteyi bastırmak için, bir insanın kontrol

illüzyonunu sürdürme gereksinimidir. Bir intihar olayından sonra doktorların ve kurumların tedavi uygulamalarında değişiklikler olur. Bu değişikliklerin bazıları gerçekten istenmeyen bu olayları engelleyici nitelikteyken, bazıları buyusef düşüncesinin ürünleridir. Dr. G'nin ritualistik bir şekilde intihar düşüncesini sorgulayışı, kendini rahatlatmakta ama klinik olarak yararlı olmayan bir yöntemdir. Bir hastanın hastaneden çıkmak için yaptığı başvurudan mahkemeden olumsuz yanıt aldığı gün intihar etmesinden sonra, o hastanede benzer bir durumdaki hasta, mahkeme kararı verileceği gün korunaklı bir odada gözlem altında tutulmaya başlanmıştır ve bu intiharı engelleyici bir önlemdir.

Dr. G'nin Paul'un olumundeki yası anlaşılabilir. Bu durumdan yazıda çok az söz edilmiştir ama bu O'nun mesleki grandiyositesinin kaybıdır. Bu kayıp, genç psikiyatristlerde, tecrübeli olanlara göre daha yoğun olarak yaşanır.

Paul'un intiharından haftalar ve aylar sonra Dr. G'nin utanç hissi ve hastalarının intihar potansiyelleriyle ilgili ipucu arama davranışı sürmekteydi. O normal işlevlerini sürdürmekle beraber, huzursuzdu. Paul'un intihar gününü düşünmeden duramıyordu. Ne zaman akşamları evindeyken telefon çalsa, kalp atışları hızlanıyor geçici bir süre için, polis O'nu arayıp, bir hastasının reçete ettiği yüksek doz ilacı alarak olduğunu bildireceklerini düşünüyordu.

Dr. G, başka bir hastasının intihar edeceği korkusu, Paul'e karşı duyduğu kızgınlıkla karışlıyordu. Paul'e eve donmeden intihar ettiği için kızlıyordu, böyle yapsaydı Dr. G'nin sorumluluğu kalmayacaktı. Dr. G Paul'e çektiği sıkıntı, suçluluk ve acıya neden olduğu için kızlıyordu. En fazla da O'nun reçete ettiği ilaçlarla intihar ettiği için kızlıyordu. Dr. G'nin hastalarının yazdığı ilaçlarla intihar etmeleri endişesi o kadar yoğunlaştı ki, bazı hastaları bile bunu

farketmiştiler Orneğin, borderline bir hemşire hastası bir gün O'na "sana intihar etmeyeceğime söz veremem ama ama söz yaparsam senin verdiğin ilaçlarla yapmayacağım"dedi

Dr G'nin gece uyanmaları, intihar günü ile ilgili zorlayıcı düşünceleri (intrusive thoughts), telefon sesiyle olan irkilmeleri (startle response) ve daha önce yaşadığı depersonalizasyon tumuyle postravmatik sendromun semptomlarını karşılamaktadır Ayrıca böyle bir durumda halüsinasyon, kazaya yatkınlık ve intihar düşünceleri gibi semptomlarda görülebilir Bir çalışmada, bir hastasının intiharından sonraki altı ay içinde psikiyatristlerin %57 sinde, zorlayıcı düşünceler ve kaçınma davranışı klinik popülasyonla karşılaştırılabilir düzeyde bulunmuştur (Chemtob ve ark 1988) Hastasının intiharından sonra psikiyatrist, kızgınlıkla kurtulma arasında, gıdıp-gelen bir içsel çatışma yaşar Sıklıkla, kızgınlığını diğerlerine-hastanın ailesine, danışmanına (supervisor), hemşireye-yoneltir (projection) Kurtulma ise, hastanın sürekli olan intihar düşünceleri ve tehdidine karşı olan mücadelenin bitmiş olmasından duyulan rahattır Kurtulma hissi, en sık kronik intihar riski olan hastaların intiharından sonra yaşanır Paul böyle bir hasta olmadığı için Dr G, bu duyguyu yaşamamış ama birkaç yıl sonra kronik intihar riski olan bir hastasının intiharından sonra bu duyguyu yaşamıştır

Sonunda, Dr G intiharla ilgili meslektaşlarıyla ilişki kurmak istedi Dr G Paul'un intiharını iç hastalıkları doktoru olan, çok yakın bir arkadaşıyla konuştuğunda, arkadaşı küçük bir şaka yaparak konuyu değiştirmişti Asistanlığından tanıdığı birkaç arkadaşıyla konuştuğunda, O'nun beklediği gibi sempatik davrandılar ama hiçbirini hastası daha önce intihar etmemişti Dr G' ye bu konuşmalar yardımcı olmadı ve O kendini " çok elit bir klubun

uyesi" gibi hissetmeye başladı. Oyle ki bu klubde derin bir acı vardı ve bu acıyı gerçekten yaşayan anlayabilirdi

Dr G iki eski hocasıyla da konuştu İlk asistanlık eğitimi sorumlusu ve Paul'u, O'na refere eden hocasıydı Dr G hocasını bir baba figuru olarak gördü ve yetersizlikleri ile ilgili netlik kazanacağını umuyordu Beklenen şekilde, hocası O'nu destekledi ve kınamadı Hocasının da hiçbir hastasının intihar etmemiş olması, Dr G'nin olumlu ve olumsuz duygular içinde kendini tekrar özel (special) hissetmesine neden oldu İkinci görüşmesini eski danışmanı (supervisor) ile yaptı Bu danışman kronik intihar riskli hastalar konusunda tecrübeli olan kıdemli bir kişiydi Danışmanı, Dr G'ye Paul olayını halledene kadar intihar riski olan hasta kabul etmemesini önerdi Yıllar sonra Dr G bu iki görüşmeyi hatırladığında, verilen öneri haricinde görüşmelerden çok yararlandığını düşündü

Meslektaşların tepkisi, hastanın intiharından sonraki en sık endişe duyulan konudur Dr G gizlenme ile özel olma hissi arasında gıdıp-gelmıştır Bazı yazarlar bu duyguyu şöyle tanımlar, *bu yaşantı bir kişinin dayanıklılığını metanetini kanıtlaması ve gerçek doktor (real physician) oluşudur* (Sacks 1989) Bu yalnızlık duygusu, Dr G'nin de yaptığı gibi meslektaşlarla paylaşma gereksinimi ortaya çıkarır Maalesef, iç hastalıkları doktoru olan arkadaşının tepkisi sık karşılaşılan bir tepkidir Birçok doktorun hastası tedavisi altındayken olur ama onlar bu olumu bir psikiyatristin hastasının intiharını algıladığı gibi algılamaz

Eğitim programlarında ve psikiyatri hastanelerinde *psikolojik otopsi* veya *intiharin gözden-geçirilmesi* standart bir uygulamadır Bu konferanslarda psikiyatrist olguyu sunar ve diğer uyelerle birlikte olgu tartışılır Bu toplantıları yararlı olup-olmadığı net değildir Bir çalışmaya göre de psikolojik otopsi psikiyatristin sıkıntısını

azaltmayıp, arttırmaktadır (Goldstein ve Buongiorno 1984). Sıklıkla psikolojik otopsi toplumsal utancı beslemektedir.

On yıllı aşkın bir süre geçmiş ve Dr. G tedaviye dirençli depresyon hastalarıyla çalışmayı sürdürmüştür ve başka hastaları da tedavisi altındayken intihar etmiştir. Dr. G kariyeri gelişmiş ve mesleki olarak önemli bir yere ulaşmıştır. Bir hastasının intiharı, O'na Paul'un intiharından sonra yaşadığı tepkileri yaşatmakta ama artık kariyeriyle ilgili endişe yaşamamaktadır. Farmakolojik tedavisini başka bir psikiyatristin yürüttüğü bir terapi hastasının intiharında benzer endişeleri, sıkıntıları yaşamış ama daha az suçluluk duymuştur.

Bir psikiyatristin hastasının intiharındaki tepkisini şekillendiren bazı unsurlar vardır. Bunlardan iki temel unsur; hasta-psikiyatrist arasındaki ilişki ve psikiyatristin psikolojik yapılanması (psychological makeup), kişilik özellikleri, kariyerindeki gelişim evresidir.

Genellikle, daha yoğun bir ilişkinin olması, tepkiyi kuvvetlendirir. Ama bazen uzun süreli olan psikofarmakolojik bir tedavi ilişkisinde de bu olay ağır yaşanabilir. Bir diğer önemli unsurda hastanın tedavi sorumluluğunu başka bir profesyonelle paylaşıyor olmasıdır. Bu durum sorumluluk ve suçluluğu azaltır.

Psikiyatristin içinde bulunduğu psikolojik unsurlar hastanın intiharında geliştirebileceği tepkileri yordayabilir. Obsesyonel bir kişilik yapısı, içselleştirme eğilimindedir ve anksiyete ve depresyona yatkınlık yaratır. Hastanın intiharı her zaman acı ve trajiktir ama psikiyatrist daha tecrübeli, profesyonel kimliği gelişmiş ve kabul görmüş bir kişiye acısıyla başa-çıkma kullanacağı içsel güçleri daha fazladır.

Paul'un ölümünden on yıl sonra, Dr. G asistan ve meslektaşlarına *hastaların intiharında*

terapistin tepkileri konulu konferanslar vermeye başladı. Bu konuşmaları hazırlamak ve sunmak oldukça zordu, her toplantıdan önce huzursuzluk hissediyordu. Ama her seferinde sonunda memnuniyet duyuyordu çünkü bir veya daha çok (çoğunlukla kıdemli) katılımcı utançlarından dolayı gizledikleri benzer yaşantılarını paylaşıyorlardı.

Hastanın intiharından duyulan sıkıntıyla başa-çıkmanın üç temel yolu vardır; izolasyon duygusunu azaltmak, düzeltici-onarıcı davranışlarla uğraşmak ve özel bilişsel savunmaları kullanmak. İzolasyonu azaltmanın yolu, hastalarımıza önerdiğimiz şekilde, yani güvendiğimiz, sevdiğimiz, arkadaşlarımızla, meslektaşımızla ve terapistemizle konuşmaktır. Dr.G'nin olgusunda O'nun kız arkadaşıyla ve iki hocasıyla konuşması çok yararlı olmuştur. Psikolojik otopsi, iyi yapılırsa, izolasyonu azaltır. Bazen, psikiyatristin ölenin ailesiyle biraraya gelmesi, yasın birlikte yaşanması yardımcı olur. Paul olgusunda aile Dr. G'nin davetini kabul etmemiştir. Diğer olgularda Dr. G ailelerle görüşmüş ve bundan yararlanmıştı.

Başkalarını benzer yaşantılara hazırlamak ve başa-çıkma sırasında yardımcı olmakta onarıcıdır. Dr. G'nin yaptığı gibi toplantılar veya olgu sunumlarıyla bu yapılabilir. Yazdığım bu olgu konferansında olduğu gibi aslında Dr. G 'kisvesine bürünmekte başka bir başa-çıkma yöntemidir.

Kabul gören belirli unsurlar ve felsefi düşünceler de hastanın intiharı ile başa-çıkma yardımcı olabilir. Bu düşüncelerden biri, intihar major psikiyatrik hastalıkların öngörülür bir sonucudur, özellikle de depresyon için. İntihar, hasta bu konuda kararlıysa kaçınılmazdır ve hiçbir kimse için intihar, riski tam olarak öngörülemez (Pokorny 1983). Dr. G sıkça, şiddetli depresyonu olan popülasyondaki intihar potansiyeli ile terminal dönem kanser olan

onkoloji hastalarının tedavilerini karşılamıştır. Her iki gruptaki olumlerin, doktorun bireysel yetersizliğinden değil, hastalıkların doğasından ve tedavi modalitelerinin yetersizliklerinden kaynaklandığını düşünmüştür. Şüphesiz bu düşünce, uygunsuz kullanılırsa, terapötik bir nihilizm ve tedavi sorumluluğunu inkar eden klinisyenler yaratır.

SONUÇLAR

Psikiyatristlerin büyük çoğunluğu, kariyerlerinin bir noktasında bir veya daha çok sayıda hastasının intiharını yaşayacaktır. Bu konuda literatur bilgisi ve asistanlık eğitimi

yetersizdir. Hastaların intiharı bir psikiyatristin yaşamındaki en zor psikolojik yaşantıdır. Dr. G'nin Paul'un intiharında, diğer olgularda da benzer şekilde tanımlanan tepkiler- post-travmatik stres bozukluğu semptomları -sergilemiştir. Dr. G'nin yaşadığı gibi, mesleki kariyerin başında olunması durumu daha güçleştirmektedir. Önerilen eğitim programları katılanları böyle bir trajik olaya hazırlayacak, klinisyenin izolasyonunu, aşırı sorumluluk duygusunu azaltacak ve hastalarının hayatı üzerinde kontrolü ile ilgili fantazilerini sınırlayacaktır.

KAYNAKÇA

Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Tongue RY. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1988; 145:224-228.

Goldstein LS, Buongiorno PA. Psychotherapists as suicide survivors. *Am J psychother* 1984; 38:392-398.

Jamison KR, Baldessarini RJ. Effects of medical interventions on suicidal behaviors. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:4-6.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.

Menninger WWW. Patient suicide and its impact on the therapist. *Directions in Psychiatry* 1993; 13:1-8.

Perr HM. Suicide and the doctor-patient relationship. *Am J Psychoanal* 1968; 18:177-188.

Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249-257.

Roy A (ed). *Suicide*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1986.

Sacks MH. When patients kill themselves, in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol 8. Edited by Tasman A, Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp 563-579.

Shneidman ES. *On the Nature of Suicide*. San Francisco, Jossey-Bass, 1969.