

## BİR RUHSAL OTOPSİ DENEMESİ

Ahmet DİLSİZ\*

İntihara Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da yüksek ölüm hızları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmakta ve incelenmektedir. Biyolojik, sosyal ve ruhsal sorunların karmaşık bir zemin oluşturduğu intihar davranışı, toplum genelinde ve hasta gruplarında incelenir.

İntihara ilişkin bilgi sağlayan çalışma yöntemlerinden birisi "Ruhsal Otopsi" dir (Brent ve ark. 1988). Anahtar nitelikteki kişilerle gerçekleştirilen görüşmelerle ölen kişinin tıbbi, psikiyatrik, aile ve sosyal özellikleri belirlenir ve intihara yol açan olaylar değerlendirilir. Böylece risk altındaki popülasyon saptanarak, risk faktörlerinin modifikasyonuna çalışılır (Brent ve ark. 1988). İntihar ederek ölen kişiyle ilişkisi olan, aile üyeleri, eşler, tanıdıklar, iş yeri arkadaşları, hekimlerle görüşülür ve aile hekimi, hastane, okul ve polis kayıtları da incelenerek bilgiler tamamlanır (Brent ve ark. 1988, Rich ve ark. 1988b, Rich ve ark. 1991). Kuşkusuz bu tür bir çalışma yerleşik kayıt sistemlerini, kurumlar arası iletişimi, eğitilmiş bir ekibi ve toplumun işbirliğini gereksinir. Ülkemizde günah, gizlenilecek, utanılacak bir davranış olarak nitelenen intihar davranışının (Sayıl ve ark. 1988) bu yöntemle çalışılmasının güçlükler getireceği söylenebilir. Bu tür çalışmaların bir bölümünde temel amaç intihara yol

açan ruhsal sorunların tanınması ya da intihara neden olan stresörlerin belirlenmesidir (Rich ve ark. 1988a, Davidson ve ark. 1989, Rich ve ark. 1991, Barraclough ve ark. 1974, Henriksson ve ark. 1993). Yeterli kayıt sistemi varsa psikolojik otopsi çalışması doğrudan kayıtlara dayalı olarak sürdürülebilir (McAlpine 1990).

Bu çalışmalar aynı zamanda ölen hastalarından yola çıkarak tedavi ekibine, verilen bakımın değerlendirilmesi için önemli veriler sağlar (Amchin ve ark 1990).

Son yıllarda yurdumuzda da intihar sorunu giderek artan sayıda çalışmaya konu olmaktadır (Sayıl ve Azizoğlu 1992). Bu çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla intihar ederek ölen yedi kişiye ilişkin veriler sunulmuş ve sınırlı sayıyla da olsa bu tür bir çalışmada karşılaşılan sorunlar vurgulanmıştır.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma grubu 1991-1992 yıllarında intihar girişimlerini inceleyen bir çalışma süresinde oluşmuştur. İki yıl boyunca incelenen 216 intihar girişiminin 7 tanesi ölümle sonlanmıştır. Ölen 7 kişiye ilişkin veriler intihar girişimlerinden ayrılarak bu yazıda sunulmuştur.

Ölen kişilere ilişkin bilgiler demografik özellikler, intihar için risk faktörleri ve intihar davranışının

\* Dr. SSK Tepecik Hastanesi- İZMİR.

oluş biçimini belirlemeye yönelik soruları içeren bir soru formuyla elde edilmiştir.

Görüşmeler çalışmacı tarafından ölen kişilerin ulaşılabilen yakınlarıyla yapılmıştır. Ancak intiharla ölüm gibi aile ve diğer yakınları derinden etkileyen ve toplumsal kabul görmeyen bir durumda ölen kişinin yakınlarıyla ilişki kurabilmek oldukça güç olmuş, bir grup yakını hiç görüşülememiştir. Bu bilgiler ölen kişinin yalnızca tıbbi bakımını içeren hastane kayıtlarıyla birleştirilmiştir.

Ölen 3 kişinin ailesiyle hiç görüşülememiş, bir kişinin ailesiyle ölümden sonraki günler için randevulaşmış ancak görüşme sağlanamamış, giderek yapılan görüşme girişimleri yakınlarca reddedilmiştir. Benzer durum bir diğer olguda yaşanmış ancak hastane kayıtlarından ve basındaki zengin malzemeden yararlanılmıştır.

Ölen üç kişinin yakınları ile görüşülmüş ve istenen bilgiler tümüyle elde edilmiştir.

Veriler olgu sunumları biçiminde sunulmuştur. Sınırlı sayıda olgu nedeniyle yorum yapmaktan kaçınılmış, ancak ortak özellikler vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmanın, intihar literatürümüzde benzer çalışmalara öncül olabileceği düşünülmüştür.

## OLGULAR

1. Ş.U. 19 yaşında, erkek, ilkököl mezunu, bekar. Ailesi doğuda bir kentte. 2 yıldır İzmir'de bir otomobil tamircisinin yanında çalışıyor. Geceleri tamirhanede yatıyor.

Konuşulan ustası Ş.U. nun annesinin 4 yaşında iken öldüğünü, babasıyla belirgin sorunları olduğunu belirtiyor. Baba "benden olduğu ne malum" diyerek evden kovar, dışlanmış. Belki de yaşadığı kenti bu nedenle terk ederek İzmir'e gelmiş. Zaten bu konulardan çok az söz edermiş.

Zaman zaman İzmir'deki bir yakınlarının yanına gidiyor; yine ustasının ifadesiyle bu ailenin kızına duygusal yakınlık hissediyor. Bu kişiler dışında

edinebildiği bir çevresi yok. İntihar olayından iki hafta kadar önce bu kız, başka bir erkekle kaçmış. Bu olaydan sonra Ş.U. içe kapanmış, konuşmaz, gülmez olmuş. İntihardan bir gün önce yakınlarına gidip, onlara olan borcunu kol saatini bırakarak ödemiş ve kendini öldüreceğini söylemiş. Bu günlerde ustası "artık kimsem yok, senden ve dükkanından başka", "rüyamda kendimi astığımı gördüm" dediğini anımsıyor. Ancak, intihar girişiminde bulunacağı ustanın hiç aklına gelmemiş. Geceleyin masaları üstüste koyarak, dükkanın önündeki elektrik direğine çıkmış ve otomobil vantilatör kayışıyla kendini asmış. Ertesi sabah ölüsünü indirmişler. Bıraktığı notta "böyle yaşamaktansa, yaşamamak iyidir. Bu sokak iyi bir sokak, kıymetini bilin. Elveda" yazıyormuş.

Bu olguda intihar risk faktörlerinden parçalanmış aile ve sosyal destek sistemlerinin yokluğu, bekarlık ve yalnız yaşama, erken yaşta obje kaybı, parasal sorunlar ve intihara öncül olabilecek, kısa süre önce, sevilen-önemli bir kişinin kaybı belirgindir. İntihar öncesi tanımlanan ruhsal durumu belirgin depresif bir dönemi betimlemektedir. Önceki günlerde insan ilişkileri modeli, kendini öldüreceğini ya da rüyasında intihar ettiğini gördüğünü söylemesi, not bırakması ve intiharın gerçekleştirilme biçimi, girişimin planlı ve ölme amaçlı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, ardında bıraktığı, kıymeti bilinmesi gereken "iyi bir sokak" dışında birşeyinin olmaması derin bir yalnızlık ve umutsuzluk göstergesidir.

2. Ş.B. 36 yaşında, erkek, ilkököl mezunu, 13 yıllık evli, 2 çocuklu, serbest meslek sahibi. Eşiyle görüşüldü. 15.8.1990'da paranoid psikoz tanısıyla sağaltıma başlanmış. Birkaç aylık sağaltımdan sonra belirginleşen depresif klinik görünüm nedeniyle yatırılmış, düzelmeye taburcu edilmiş. Bundan birkaç ay sonra intihar düşüncesi ve girişimleriyle yineleyen ağır bir depresyon dönemine daha girmiş. Ardışık iki intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatış sırasına alınan hasta, bu bekleme süresi içinde kendini İzmir körfezine bilinmeyen bir biçimde atarak intihar etmiş. Ölüsü birkaç gün sonra bulunarak, denizden çıkarılmış.

Aile ya da yakınlarına intihara ilişkin hiç söz etmemiş. Belirgin iş, evlilik, bedensel sağlık sorunu tanımlanmıyor. İntihar nedeni doğrudan ağır bir depresyona eşlik eden, intihar düşünceleridir. Olasılıkla aile çevresinde; ilaçla yaptığı önceki girişimlerin farkedilerek önlenmesi ve yüksek düzeydeki ölme kararlılığı, hastayı bu intihar biçimine yönlendirmiştir.

3. Ş.B. 42 yaşında, erkek, ilkokul mezunu, 19 yıllık evli, 2 çocuklu. 15 yıl yurtdışında çalışıp emekli olduktan sonra, eski kenti İzmir'e dönmüş. Eşiyle görüşüldü. Yurtdışındayken zaman zaman sıkıntıları olurmuş, ancak hiçbir hekime başvurmamış ve sağaltılmamış. Bu dönemlerde her gün alkol alarak rahatlamaya çalışmış. Babası da sürekli alkol kullanan biriymiş. Bu alkol kullanımı bir yıl önce Türkiye'ye dönene dek sürmüştü. Son bir yıldır kesinlikle alkol kullanmıyormuş. Ancak, hiç evden çıkmıyor, korkuyor, evdekilerin başına birşey geleceğini, izlendiklerini, çocuklarının kaçırılacağını söylüyor, uyku uyuyamıyormuş. Eşi bu dönemde çok evhamlı olduğunu, kendisini de hiçbir yere salmadığını söylüyor. Son aylarda yine azar azar alkol almaya başlamış. Doktora başvurmamış. Birkaç ay önce, alt katlarındaki lokantacı borçlanarak iflas etmiş ve kaçmış. Bu olaydan sonra, kuşkuları daha da belirginleşmiş. Ancak eşi sosyal ve ekonomik hiçbir sorunları olmadığını yineleyerek vurguluyor. Bir gece eşinin uyumasını beklemiş. Kapıyı onun üzerinden kilitleyerek çatıya çıkmış. Oradan yan bloktaki, bir yakınına ait boş daireye geçmiş, kendini asmış. Ertesi sabah ölüsü, aranarak bulunmuş. Eşi birkaç gün sonra, yazlığa gitmek üzere tüm hazırlıklarını tamamladıklarını, ancak hastanın o gün "belki kısmet olmaz, gidemem" dediğini anımsıyor. Bu olguda da intihar olasılığı, yakınlarınca hiç düşünülmemiş. Yapılan otopside savcı, cesedin alkolsüz olduğunu belirtmiş.

Bu olguda da öncekine benzer biçimde intihara öncül olabilecek sosyal ya da ekonomik bir sorun yoktur. Eş tarafından betimlenen ruhsal tablo, paranoic bir sürece uymaktadır. Burada da intihar eylemi etraflıca planlanmış, farkedilmeye karşı

önlemler alınmış, gece saat iki sularında ası gerçekleştirilmiştir. Ölme niyeti aynı gün "belki kısmet olmaz" sözcükleriyle belirtilmiştir. Alkol kötü kullanımı bağımlılığı yalnızca bu olguda vardır.

4. H.K. 15 yaşında, kız, İmam Hatip Lisesi I. sınıf öğrencisi. Arkadaşlarıyla gittiği bir piknik sonrası okuldan atılacağını, kızlık muayenesi yaptırılacağını öğrenince evde bulunan, annesine ait isoptin adlı ilaçtan 30 tane almış. Uşak Devlet Hastanesine kaldırılmış. Benzer koşulları yaşıyan kız arkadaşı da çok sayıda mide ilacı alarak intihar girişiminde bulunmuş, ancak kurtarılmış. Uşak'taki tıbbi olanakların yetersizliği nedeniyle İzmir'e getirilmiş. Ancak derin komadaki hasta, tüm önlemlere karşın, kurtarılamamış, yatırılışından iki saat kadar sonra ölmüş. Basında genişçe yer alan bu olaya ilişkin aileyle görüşülememiştir.

Olgu impulsif doğadaki ergen intiharlarını andırmaktadır. Genç kendisi için oldukça travmatik kızlık muayenesi ve okuldan atılma tehditleriyle karşı karşıya kalmıştır. Olasılıkla almakta olduğu eğitim ve sosyal çevresi nedeniyle ağır bir süperego baskısı, suçluluk, çaresizlik duygularıyla intihara başvurmuştur. Ancak, birlikte intihar girişiminde bulunan diğer kız arkadaşı gibi rastlantısal olarak mide ilacı alsaydı, büyük olasılıkla ölmeyecekti. alınan antiaritmik ilaçlar ölüme neden olmuştur. Bu olguda yerleşik ruhsal bir sorundan çok, intiharın akut kriz döneminde gerçekleştirilmesi söz konusudur.

5. H.K. 34 yaşında, kadın, bekar, genelevde çalıştığı belirtiliyor. Üç yıl kadar önce ameliyat olarak cinsiyet değiştirdiği dolaylı görüşmelerle öğrenilebildi. Birkaç kez "akıl hastanesine" yatarak sağaltılmış. Yüksek dozda nöroleptik alarak intihar eden hasta, yoğun bakımdaki çabalara karşın kurtarılamamıştır.

Aile ve yakın çevresiyle ölümden sonraki günlerde görüşülmek üzere sözleşilmiş ancak görüşme gerçekleştirilememiş, giderek ardışık görüşme girişimleri rededilmiştir.

Bu olguda olasılıkla olumsuz çevre koşulları, cinsel kimlik sorunları ve hastaneye yatmayı gerektirecek ruhsal sorunlar intihara yol açmıştır.

İntihar için kullandığı ilaçlar göz önüne alındığında "psikotik" olduğu söylenebilir. Bu sosyal ve psikolojik görünüm içinde olasılıkla intihara yol açan bir akut olay yaşanmıştır. Ancak tüm çabalara karşın gerekli bilgi alınamamış, hastanın çevresi bu konuda görüşmeyi reddederek, olayı ört-bas etme yolunu seçmiştir.

6. S.Y. 40 yaşında, erkek, evli, çocuksuz, işçi. Eğitimi yok. 23.5.1991'de hastaneye getirilen hasta bir gün sonra öldü. Bir şişe folidol içmişti. Aile ve yakınlarıyla görüşülemedi, yalnızca hastane kayıtlarından bilgi edinildi. Kayıtlarda da uygulanan sağaltım yöntemleri dışında bilgi bulunamadı.

7. H.Ç. 22 yaşında, kadın, evli, çocuksuz, ilkokul mezunu. İntihardan bir gün önce başvurduğu kadın-doğum uzmanı anksiyete bozukluğu tanısı koyarak Nervium (15mg/gün) kullanmasını önermiş. Yakınları yoğun bakım hekimine hastanın 8 aylık evli olduğunu ve cinsel ilişki kurarsa öleceğine inandığını belirtmişlerdir. 11.12.1991'de folidol içerek komada getirildiği ve yoğun bakım ünitesinde öldüğü yoğun bakım hekimince bildirilmiştir. Aile ve yakınlarıyla görüşülemedi.

Son iki olgu için çok sınırlı bilgi edinildi. Her ikisi de çok ağır durumda hastaneye getirilmişti. 7. olgunun 8 aylık evlilik süresine karşın cinsel ilişkiyi gerçekleştirememesi, ölümden önceki günlerde, sağlık karnesinde belirtilen anksiyete bozukluğu tanısını alması, süregelen bir cinsel işlev bozukluğu ve buna bağlı aile içi çatışmayı düşündürmektedir.

Sonuç olarak aşağıdaki özellikler vurgulanmalıdır:

1. Yeterli bilgi alınabilenlerde açık psikiyatrik bir sorun vardır.

2. Olguların tümünün seçtikleri yöntem (4. olgu dışında) belirgin ölme kararlılığını göstermektedir. Ası yöntemi kullananların dışındaki hastaneye getirildiklerinde derin komadaydılar. Bu intihar yöntemleri Türkiyede sık uygulanan yöntemlere uymakla birlikte (Fidaner ve Fidaner 1988) olguların azlığı nedeniyle yorumdan kaçınılmıştır.

Ancak bu tür hastaların girişim ağırlıklarını ölçerek belirleyecek bir ölçüt yurdumuzda kullanılmamaktadır. Yapılacak çalışmalar için bu tür bir ölçütün geliştirilmesi yararlı olacaktır.

3. Ölen iki kişinin intiharlarından kısa süre önce (2. ve 7. olgular) bir hekimle ilişki kurdukları ancak olası intiharın belirlenemediği gözlemi çarpıcıdır. "Yardım çığlığının" sıklıkla duyulmaması ve kötü yönlendirilmesi kaynaklarda da belirtilmektedir (McCulloch ve Philip 1972).

4. İntiharın önlenmesinde hekimlerin yazdığı ilaç miktarının sınırlanması gerekliliği vurgulanırken, bu önlem tarım ilaçlarının satışı için de düşünülmelidir.

5. Ölenlerin bir bölümünün olaydan kısa bir süre önce bu niyetlerini dolaylı biçimlerde çevrelerine belirttikleri, ancak çevrenin bunu dikkate almadığı, sonradan anımsandığı, görülmektedir. Olasılıkla bu tutum kültürel olarak hoş görülmeyen intiharla ölüm düşüncesinin inkarına bağlıdır (Sayıl ve ark. 1988). Bu sinyaller algılanıp, önlem alınsaydı intihar engellenebilirdi. Bir çalışmada intihara karşı umursamaz, görmezden gelen toplumsal tutum vurgulanmıştır.

6. 4. olguda olduğu gibi akut kriz dönemlerinde planlanmadan, impulsif doğada gerçekleştirilen bazı ergen intihar girişimleri "kaza ile" ölümlerle sonlanabilir. Bu nedenle her düzeydeki girişim önemsenerek ele alınmalıdır.

7. Bu olguların tümünün Devlet İstatistik Enstitüsüne yollanan ölüm fişleri ve defin ruhsatları arşivden bulunarak incelenmiştir. İlaç olarak ölenlerin tümünün ölüm nedeni "ilaç entoksikasyonu" olarak belirtilmişti. Bu olguların bir bölümünün adli kanalla intihara bağlı ölüm olarak D.İ.E.'ne yansıdığı, ancak adli kanala geçmeyenlerin istatistiklere ilaç zehirlenmesine bağlı ölüm olarak geçtiği açıktır. Belki de yurdumuzda intiharla ölüm hızlarının düşüklüğünü açıklayabilecek nedenlerden biri budur. İntiharla ölümler, daha sağlıklı verilere ulaşabilmek için en azından bir grup bulaşıcı hastalık gibi "bildirilmesi zorunlu" hale getirilebilir.

Ayrıca, hastane kayıtları, yalnızca uygulanan sağaltımı içermektedir. Oysa, bu kayıtlarda hastalara ilişkin daha fazla bilgi olmalıydı. İntiharı görmezden gelen, umursamaz toplumsal tutum sağlık kurumları örgütlenmesinde de geçerlidir. Nitekim II Sağlık Müdürlüğü'nde de intiharlara ilişkin bir kayda rastlanmamıştır. Resmi kayıtlardaki benzer yetersizlik ve buna bağlı intihar hızlarında düşüklük İtalya'da yapılan bir çalışmada da bildirilmiştir. (Crepet 1992).

B. İntihara bağlı ölümler yurdumuzda da belirli bir yöntem geliştirilerek, ekip çalışmasıyla etraflıca incelenebilir. Kurumlararası (Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler vb.) işbirliğiyle ve kapsamlı biçimde sürdürülecek böylesi çalışmalar sorunun daha iyi anlaşılmasına ve çözüm önerilerine anlamlı katkılar sağlayacaktır. Ayrıca bu tür kapsamlı-yöntemli bir çalışma düzenini, intihar hızı düşük ülkeler arasında olduğumuz biçimindeki yaygın kanıyı da değiştirebilir.

#### KAYNAKLAR

Amchin, J, Wettstein, R M, Roth, L H (1990) Suicide, Ethics and the Law S J Blumenthal and D J Kupfer (Eds) *Suicide Over the Life Cycle*, American Psychiatric Press Washington 637-64

Barraclough, B et al (1974) A Hundred Cases of Suicide Clinical Aspects. *Brit J Psychiat*, 125, 355-73

Brent, D A et al (1988) Risk Factors for Adolescent Suicide A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 581-8

Crepet, P (1992) Suicide Trends in Italy New Epidemiological Findings *Eur Psychiatry*, 7, 1-7

Davidson, L E et al (1989) An Epidemiologic Study of Risk Factors in Two Teenage Suicide Clusters *JAMA*, 262 (19), 2697-92

Fıdaner, H ; Fıdaner, C (1988) Türkiye'de Uygulanan İntihar Yöntemleri 24 Ulusal Psikiyatri ve Norolojik Bilimler Kongresi Ankara Sayfa, 1988 558-65

Henricson, M M et al (1993) Mental Disorders and Comorbidity in Suicide *Am J Psychiatry*, 150 (6), 935-40

McAlpine, D E et al (1990) Suicide in Olmsted County, Minnesota, 1951 Trough 1985 *Mayo Clin Proc*, 65, 13-22

McCulloch, J W, Philo, A E (1972) Implications for Prevention J P Nursten (Ed) *Suicidal Behavior* Pergamon Press Oxford 99-110

Rich C L, Fowler, L A, Young, F D (1988) San Diego Suicide Study III Relationships Between Diagnosis and Stressors *Arch Gen Psychiatry* 43, 589-92

Rich, X L et al (1988) Some Differences Between Men and Women Who Commit Suicide *Am J Psychiatry*, 145 (6), 718-22

Rich C L et al (1991) Suicide, Stressors, and the Life Cycle *Am J Psychiatry*, 148 (4), 524-7

Sayıf, İ ve ark (1988) Toplumda İntihar Olgusunda Tutum ve İnançlar ustune Bir Araştırma 24 Ulusal Psikiyatri ve Norolojik bilimler Kongresi Ankara Sayfa, 1988 536-51

Sayıf, İ, Azizoğlu, S (1992) İntiharı Konu Alan Yayınlar Ustune Bir Çalışma *Kriz* 1 (1), 38-41