

KONSÜLTASYON-LİYEZON PSİKİYATRİSİNDE DEPRESYON TANISI VE AYIRICI TANISI*

DIAGNOSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN CONSULTATIONAL LIASON PSYCHIATRY

Kemal Arıkan¹, Gülşen Aydoğan²

Özet

Yazı İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nın deneyimlerinden yola çıkarak bu yaklaşımın anahatlarını vermekte ve izlenen iki vakayı sunmaktadır. Tıbbi tedavi gören hastalarda depresyon ve demoralizasyonun ayırıcı tanısı, tedavi ve bakım yaklaşımları ele alınan diğer konulardır.

Anahtar sözcükler: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, depresyon, demoralizasyon

Summary

In this article we aimed to give an outline of the attitude of the Consultational Liason Psychiatry Department in Istanbul University Cerrahpaşa Medical School, by introducing two cases. The differential diagnosis between depression and feeling down, treatment and caring attitudes in patients who are under medical treatment are discussed.

Key words: Consultational-liason psychiatry, depression, feeling down

Giriş

Tıbbi nedenle tedavi altında olan her hasta üzüntülü değildir. Ancak, bu durumun sıklıkla gözlemlendiği de bir gerçektir. Aslen, tedavisinde güçlükler yaşanan, hatta kimi zaman tedavi edilemez nitelikte bir hastalıkla baş etme çabası içinde olan, vücut yapısında değişikliklere yol açan cerrahi, ortopedik, dermatolojik kalıcı sekeller taşıyan hastaların mutsuz olmaları kadar doğal bir şey yoktur. İşte çoğu kez depresyondan ayırt edilmesi gereken durum, söz konusu bu mutsuzluk halidir.

Depresyon ayırımında zorluklara yol açan, mutsuzluk dışında, bir çok başka semptomatik benzerlikler vardır. Örneğin, böyle bir hastanın uyku sorunları yaşaması sık rastlanan bir durumdur. Çok kez tanımladığı uyku sorunu depresyonu düşündürecek nitelikte olabilmektedir. Uykuya dalmakta güçlük çekmektedir. Geceleri sık uyanmaktadır. Bu durumda tekrar uykuya dalmak istediğinde bunu başaramamaktadır. Sabahları erken kalkmak-

tadır. Uykusunu alamamaktan, kendisini uykusuz hissetmekten yakınmaktadır. Güne yorgun başlamaktan şikayet etmektedir. İştahı kesilmiş olabilir. Bizzat yaşadığı hastalığın etkisiyle izah edilemeyecek boyutlarda kilo kaybına rastlanabilir. Hayattan zevk alamamaktadır. Hobbilerinden uzaklaşmıştır. İntihar düşünceleri içinde bile olabilir. Bunu açıkça itiraf ettiği durumlarla karşılaştığımız da nadir olmayarak yaşadığımız bir klinik deneyimdir.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim dalının kuruluş tarihinden bu yana kliniğimizden istenen konsültasyonların büyük çoğunluğu depresyon ön tanısını taşımaktadır. Uykusuzluk, sinirlilik, irritabilite, kooperasyon güçlüğü vb bulgulara işaret edilmekte ve ardından söz konusu tanıya yer verilmektedir. Konsültasyonların % 50 den fazlası: Sıkıntı (%25), uykusuzluk (%13) ve ajitasyon (%8) gerekçesiyle istenmiştir. Konsültan hekimlerin koyduğu tanıları ve sıklıklarına bakılacak olur-

* Bu yazı "Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller" konulu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu tarafından düzenlenen 2-3 Aralık 1999 tarihli sempozyumunda sözel olarak sunulmuştur.

¹⁾ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, Psikiyatri Uzmanı, Prof. Dr.

²⁾ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri Asistanı

sa; depresyon (%24), anksiyete bozukluğu (%18) ve deliryum (%14) olarak sıralanmaktadır.¹

Oysa yukarıda da belirtildiği gibi, elbette bir insan hastalığı hakkında kötü bir haber aldığına ya da iyileşmesi geciktiğinde üzülür. Böyle bir durumda duygu durumu, depresyonla kıyaslandığında çoğu kez kısa sürer.

Depresyonla arasındaki önemli farklardan birisi, tedavi reddinin görülmemesidir. Oysa depresyon olguları genellikle tedaviye karşı isteksiz, hatta dirençlidir. Ancak söz konusu tablo "demoralizasyon" olarak adlandırılabilir. En önemli ayırt edici kriterlerden bir diğeri de, hasta içinde bulunduğu durumu hiç bir zaman hak edilmiş bir ceza gibi algılamaz.

Gerçekten günlük yaşantıda sıklıkla kullanılan bu kavramın tıp dilinde kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Buna öncülük eden gözlemler daha çok konsültasyon-liyezon psikiyatristlerine aittir.²

Genel olarak sözlüklere bakıldığında demoralizasyon sosyal içerikli bir kavramdır. Toplumdaki manevi değerlerde (mâneviyat-ahlak-töre) çöküntü demektir. Tıpsal alanda ise kavram bireysel içerik taşımaktadır. Ruhsal direncin kırılması demektir. Ruhsal direnci kırılan bir bireyde ise ego gücü azalmakta, eylem yapma cesareti beklenmedik kötü bir olay nedeniyle azalmakta, hatta yok olmaktadır. Demoralize olan bir kişide "artık her şey kötüye gidecek, sorunlar çözülemeyecek" gibi bir kaygı belirlemektedir. Söz konusu beklenmedik olayla ilgili çözüm üretildiğinde ise ruhsal direnç gücü yeniden toparlanmaktadır.

Gerçekte, klinik alanda demoralizasyon ve major depresyon genellikle kolayca ayırt edilebilir. Örneğin, demoralizasyonda hastanın emosyonel durumu hastalıkla ilgili sorunlar (ağrı, ishal, ateş vb) azaldıkça düzeler. İntihar düşünceleri varsa azalmaya başlar. Hasta, hayata daha bağlı bir görünüm içindedir.

Demoralizasyon ve depresyon ayırıcı tanısı için günümüzde değişik ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan en sık kullanılanı PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview) skalası adını alır. Söz konusu skalanın önemli ölçütlerinden birisi demoralizasyondaki insanın depresyondan farklı olarak iyi bir haber karşısında duygulanımının düzelmesidir.³ Bu bulgu tıbbi hastalığa bağlı demoralizasyon olgularında da geçerlidir. Söz konusu durumdaki bir insan için herhalde en iyi haber, hastalığının iyileşmekte olduğuna dair bir haber olacaktır.

Ancak, demoralizasyon olarak adlandırılan, söz konusu üzüntü hali geçmez ya da hastanın hastalığının üstesinden gelmek için sahip olduğu motivasyon azalırsa o zaman bunun bir majör depresyon olup olmadığını sorgulamak gerekecektir.

Demoralize bir kişi yüz ifadesiyle, davranışlarıyla, sözleriyle aynı psikiyatrik anlamıyla depresyonu düşün-

dürececek özelliklere sahiptir. Duygulanım hüznüldür. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz sorusuna "üzüntülü" gibi depresyonu düşündürecek yanıtlar verir.

Tanımlanan bu özellikleri ile hastaya unipolar, bipolar, distimik ya da siklotimik tanımlamalarına uygun bir afektif bozukluk tanısı koymak mümkün değildir.

Gerçekte, uzaklara, başkalarının yaşadığı deneyimlere bakmaya bile gerek kalmaksızın şunu açıkça biliriz ki, zaman-zaman, belirli zor, koşullarla karşılaştığımızı demoralize olmak veya karamsarlığa kapılmak kadar doğal bir şey olamaz.

Yaşam moral bozukluğuna yol açabilecek sayısız olayla doludur. Böyle bir durumda ilk söylenen şey "kadersizlik", "talihsizlik" olabilmektedir. Ancak en sık rastlanan demoralizasyon nedeni kuşkusuz hastalıktır. Klinikte moral bozukluğuna yol açabilen pek çok hastalık vardır. Kalp yetersizliği, kanser, solunum yetersizlikleri, ağır viral ve diğer enfeksiyonlar, metabolik hastalıklar, ortopedik hastalıklar, dermatolojik hastalıklar. Bunlara daha bir çok hastalık eklenebilir. Bu tür hastalıklar ölüm kaygısını yaşatabilir, vücut şeklini bozabilir. Bazen de tedavisi imkansız olabilir, hatta ölümle sonuçlanabilirler.

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin temel ilgi alanlarından biri olan kronik hastalıklarda demoralizasyon sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bunu belirleyen faktörlerden birisi hastalığın niteliğidir. Ağrılı olması, kanser vb ilerleyici olması, vücut yapısında istenmedik değişikliklere yol açması, hareket kısıtlılığı yaratması demoralizasyon olasılığını doğrudan arttıran bir olasılık olarak akılda tutulmalıdır.

Her zaman hastalıkla demoralizasyon arasında zamansal ilişki vardır. Hastalığın seyrinde meydana gelen olumlu gelişmeler, umut verici bilgiler depresyon diye düşünülen durumun birden ortadan kalktığını gösterir. Bu durum demoralizasyon için neredeyse tipiktir. Birçok olguda destekleyici görüşmelerle sorunun tamamen ortadan kalktığına tanık olabiliriz. Destekleyici görüşmeler hastaya mood'u ("bu gün ruh haliniz nasıl?") ve meşgul olduğu şey ("şu an sizin için en zor olan şey ne?") vb. ile ilgili sorularla gerçekleşir.²

Bir diğer etken hastanın kişilik yapısıdır. Negativizm, mükemmeliyetçilik, yüksek panik eğilimi, hiperaktivite, kuşkuculuk gibi belirli özellikler demoralizasyon eğilimini arttırmaktadır. Örneğin aktif ve hareketli bir insanın hareket kısıtlılığına yol açan, örneğin bir kırık, felç vb hastalıktan sonra demoralize olması sürpriz olmayacaktır. Ya da temiz, titiz, mükemmeliyetçi, kısacası obsesif özellikleri olan bir hastanın taşımak zorunda kaldığı kolostomi torbasından demoralizasyon yönünde etkilenmemesi neredeyse olanaksızdır.

Bir başka faktör ise, hastanın insan ilişkileridir. İnsan ilişkilerindeki yüzeysellik ya da yetersizlik hastanın so-

runlarıyla başa çıkmasında gereksinme duyduğu sosyal destek konusunda hazırlıksız yakalanmasına yol açacaktır. Öte yandan, mevcut sosyal ilişkilerini kullanmayı zorlaştıran ayrılıklar, ki çalıştığımız kurumda sıkça rastlanan bir durumdur, demoralizasyonu arttıran önemli bir sorundur. Bilindiği gibi tedavisi zor hastalıklar insanları yaşadıkları yerden, ailelerinden, ve diğer sosyal ilişki ağından uzaklaşmaya zorlamaktadır. Daha gelişmiş tıbbi olanaklara sahip olan, ama hastanın yabancı olduğu yerlere taşınmaya sebep olmaktadır.

Yabancı bir ortama gelen böyle bir hastanın bir de, kimi zaman uzunca bir süre yaşamak zorunda olduğu kurumda yeni sosyal ilişkiler kurma konusunda karşılaştığı sorunları göz önüne alırsak konültasyon-liyezon psikiyatrisinde depresyon-demoralizasyon ayırıcı tanısının taşıdığı önemi kavramak daha da kolay olacaktır. Birincisi, sağlık personelinin, hasta için yeni bir sosyal "network"ün parçası olduğu gerçeği vardır. Söz konusu "network"ün en önemli parçası kuşkusuz hekimlerdir. Çalıştığımız kurumda yaptığımız çalışmaya göre, hekimlerimizin ne yazık ki önemli bir bölümünün insani anlamda hasta-hekim ilişkileri konusunda kendilerini yetersiz hissettiği saptanmıştır. Hatta bilim dalımıza bu konuda özel eğitim gereksinimi içinde oldukları yönünde talep dile getirmektedirler.⁴ Genellikle, sorun hekimlerin hastalarıyla ilişkilerinde hasta merkezli olmaktan çok hastalık merkezli bir tutum içinde oldukları bir vakıdır. Hastaların algıladıkları şey ise, "tepeden bakan" hekim, ilgisiz hemşire, ilgisiz sağlık görevlisi vb şeklinde olabilmektedir. Böyle bir durumda hasta kendisini yalnız hissetmekte, taşıdığı hastalığın kendi açısından önem verdiği boyutlarıyla başetme konusunda çaresizlik duyumsamakta ve sonuç olarak da "demoralize" olmaktadır. Hekimler hastane çalışanları ise sözkonusu demoralizasyonu tanımakta zorluk çekmekte, yine hastalık merkezli bir düşünüşle "depresyon" tanısı koymak suretiyle hastalarına yarıdıcı olmaya çalışmaktadırlar.

Öte yandan, ekonomik sorunları olan, özellikle de sosyal güvencesi olmayan hastaların yaşamakta olduğu hastalığın bizzat kendisinin yarattığı iş gücü kaybı, ve hastalığın tedavisinin oluşturduğu maddi külfeti karşılamakta karşılaştığı zorluklar demoralizasyon olasılığını önemli ölçüde şiddetlendirecektir.

Ancak, belirli vakalar da vardır ki, demoralizasyon için yukarda sayılan risklerin hemen hiçbirisini taşımadığı halde ciddi bir hastalığa yakalandığında demoralize olabilmektedirler.

Depresyon ön tanısıyla bize yollanan bir çok hastamızda, hastalıkla ilgili gelişmelere paralel olarak depresyon düşündürülen bulguların azaldığı, hatta yok olduğu ve yerini neşeli bir duygu durumuna bıraktığı, veya şiddetlendiği gözlenmektedir.

Sonuç

Unutulmamalıdır ki, çağdaş psikiyatri ve psikoloji terminolojisinde ruh, akıl gibi kavramlar yerini genel olarak beyin işlerine terk etmiştir. Afeksiyon (duygulanım) ise beyinin işlerinden birisidir. Beynin söz konusu işlevi "nöral networkler" ve nöronlar düzeyinden başlayıp moleküler düzeye dek mekanizmalarla anlaşılabilir, araştırılabilir özelliklere sahiptir.

Afeksiyon (duygulanım), beyin diğer işlevlerinde olduğu gibi, bir bütün olarak yer aldığı bir süreçtir. Yani belirli beyin bölgeleri ile kısıtlı bir mekanizma olarak ele alınamaz. Ancak, moleküler düzeyde bakıldığında belirli nöral mekanizmaların özellikle etkin olduğu anlaşılır.

Mekanizmanın sağlıklı çalışıp çalışmadığının en önemli göstergesi kişinin içinde bulunduğu koşullarla, nitelik ve nicelik olarak uyumlu olup olmadığıdır. Yani, normal koşullarda, kişinin içinde bulunduğu koşullarla açıklanamayacak denli fazla abartılı çökkünlük hali veya mutluluk (elevasyon) halinin olmaması, ya da üzüntü duyulması beklenen koşullara sevinç gösterilmemesi, sevinilecek olaylara ise üzüntü duyulmaması beklenir.

İnsanların duygulanım derecesinin farklılıklar göstermesi de tahminen genetik düzeylere dek inebilecek nöral mekanizmalarla açıklanabilir bir durumdur. Ama acı olaylara karşı her normal kabul edilen kişinin bir kırılma noktası olduğu, neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir bilgidir.⁵

Kısacası, demoralizasyon duruma bağlı gelir geçer bir duygu-durum bozukluğu iken, depresyon yapısal temelleri olan, çoğu kez kalıcı bir beyin hastalığıdır.

Demoralize bir insanın beyin işlevleri, duygusal rahatsızlık yaratan süreç karşısında kompensasyon mekanizmaları yolu ile er-geç olağan dengesine kavuşurken, depresyonda dengeye kavuşsa bile farklı bir set-point tercih etmektedir, ya da hiç bir zaman kompanse olamamaktadır.

Klinik olarak, duygulanıma tekrar vurgulamak gerekirse; demoralize bir hastaya bakıldığında, belirli tanı ölçeklerinin (DSM, ICD vb) depresyon kriterlerinin tamamının gözlenmesi olasıdır. Oysa, depresyona özgü olduğu sanılan somatik yakınmalar, hastanın sahip olduğu hastalıkla açıklanamayacak nitelikte olabilir. Ya da tam tersi de mümkündür. Major depresyon semptomu sanılan bazı somatik bulgular aslında bir başka hastalığın ön bulgusu niteliğinde de olabilir. Mesela bizim bir çok hastamızda görüldüğü gibi, çökkün duygulanım ve irritabilite moral bozukluğu yüzündendir. Bitkinlik, iştahsızlık, uyku bozukluğu tıbbi hastalığın ağrı ve benzeri karakteristiklerine ve tedavisinin yol açtığı yan etkilere bağlıdır. Kısacası depresyonu belirli tanı kriterlerine dayandırmak gerekseydi, söz konusu hastalarda "majör depresyon" kriterlerinin hemen tamamı gözlenecekti, ama hastalığın yarattığı moral bozukluğu dikkate alınmamış olacaktı ve

antidepresan tedavi başlanacaktı, bu da deliryum riskini arttıracaktı.

Burada psikiyatrinin bir temel ilkesinden söz etmek gerekmektedir. Psikiyatride hemen her türlü semptom herhangi bir hastalığa tanı koymak amacıyla kurulan bir denklemin öğeleri olarak değil, açıklanması gereken bulgular olarak ele alınmaktadır. Daha doğrusu, öyle ele alınmalıdır. Hasta bir belirti gösterdiğinde bunun altında yatan anlamı yakalamak hastaya tanı koymaktan çok daha önemlidir.

Bu arada, majör depresyonun Huntington,⁶ Parkinson,⁷ hipotiroidi,⁸ felç,⁹ pankreas kanseri¹⁰ gibi bazı tıbbi hastalıklarla da oluşabileceği hatırlanmalıdır. Buradaki depresyonlar yaşamı ileri derecede olumsuz etkileyen her hangi bir hastalığın yol açtığı bir demoralizasyon değildir. Bunlar az önce ifade ettiğim, beyin duygulanım işlevini doğrudan etkileyen hastalıklardır. Ortaya çıkan duygudurum bozukluğu ise bir sendrom olarak algılanmalıdır. Gerçekte, bu tür hastalıkların duygulanımı düzenleyen nöral mekanizmaları nasıl bozduklarına dair yeterli ipucu yoktur. Ancak, örneğin hepatik ensefalopatide olduğu gibi belirli hipotezler vardır. Bu tür hastalıklarda depresyon veya demoralizasyon ayırıcı tanısı için kritik nokta; duygulanım bozukluğunun hastalıkların ortaya çıkışı ile zamansal ilişki içinde olmamasıdır. Duygulanım bozukluğu, genellikle hastalık tanısı konmadan önce başlamaktadır.

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi söz konusu olduğunda belirli ilaçlara bağlı duygulanım değişikliklerinde hesaba katılması gerekmektedir. Örneğin kortikosteroid ve bazı antihipertansifler sinir sistemine muhtemelen direkt etki ile duygulanım bozukluklarına yol açabilmektedir.¹¹ Ayrıca, demoralizasyon-depresyon ayırıcı tanısı yapılan olgularda, ilaç etkisini değerlendirirken, ilaçların olağan koşullarda kan-beyin bariyerini geçmediğini bilmenin yeterince rahatlatıcı olmaması gerekir. Zira, konsültasyon-liyezon psikiyatrisine gereksinme duyan hastaların bir çoğunda söz konusu bariyer de de bozukluklar olabilecektir. O nedenle kan-beyin bariyerinin bozulması durumunda, belirli ilaçların beyne ulaşması halinde ne gibi psikiyatrik belirtiler olabileceği de iyi bilinmelidir. Bunlardan bir tanesi depresyon olabilir. Bu, özellikle kemoterapide ve infeksiyon hastalıklarında kullanılan, normalde kan-beyin bariyerini geçmeyen bazı antibiyotiklerin etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Yine bu vakalarda da duygulanım bozuklukları ile ilaç kullanımının başladığı tarih arasındaki zamansal ilişkinin bilinmesi konuyu netleştirmeye yardımcı olur.

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde demoralizasyon olasılığını düşünürken önemli bir başka nokta deliryumdur. Deliryumda da disfori, kooperasyon bozukluğu gibi bulgulara sıkça rastlanmaktadır. Burada doğru tanıya hastanın kognitif durumunu değerlendirdikten sonra ulaşılabilir. Ancak özellikle onkoloji koşullarında, has-

tanın hem deliryumda hem de demoralize olmasının pek nadir bir durum olmadığı unutulmamalıdır.

Ayırıcı tanı çözümlenince ve mood bozukluğu tanımlandıktan sonra tedavi başlayabilir. Demoralizasyon tanısı söz konusu olduğunda tedaviyi en iyi yapacak kişi hastanın kendi doktorudur.

Tedavi

Demoralizasyonun başarılı bir şekilde tedavisi öncelikle "karşılıklı anlayış" ve "iletişim" ile sağlanır.¹² Hastanın temel beklentisi kuşkusuz empatidir. Hekim ve diğer sağlık çalışanları hastanın emosyonel durumuna değer vermelidir. Kendisini rahatsız eden şeyleri anlattığında buna kulak vermelidir. Hastalarımızda bir komplikasyonu diğer komplikasyonun takip etmesinin yarattığı tükenmişlik hissinin farkına varmak, durumu hastalıkla kuşatılmış olmasıyla ilişkilendirmek ve onun yerinde kim olursa aynı şekilde hissedeceği konusunda hem fikir olmak, belki de hastalarımızın temel beklentisidir. Ayrıca kendisine yaşadığı hastalığın sonuçlarını anlamakla kalmayıp aynı zamanda olayın yol açtığı moral bozucu etkileri de fark ettiğimizi açıklamanın etkisi büyük olacaktır.

Böylece, hastalar yaşadıklarının anlaşılır olduğunu hissedeceklerdir. Çekingenlikleri azalacak ve daha ümitli olacaklardır. Böylesi bir ilişki yakınlarının çökkünlüğünden dolayı demoralize olan hasta yakınları, hemşireler ve doktorlarda da terapötik etki gösterecektir. Burada doktorun kendini iyi hissetmesi özellikle büyük önem taşımaktadır. Çünkü hastalar, aile ve çalışanların hepsi de doktorlardan anlayış ve eylem beklerler.

Doktorların verimli olabilmeleri için dört şeyi bilmeleri gerekir:

Birincisi; hastayı en çok ne zorluyor? Doktorlar özellikle tanı üzerine yoğunlaşabilirler. Hastalarsa yaşadıklarına konsantre olmuşlardır. Halsizlik, ateş, bulantı, uykusuzluk, diyare gibi... Bu semptomlar genellikle hasta tarafından üzerine basa-basa bildirilir. Böyle bir durumda hekim hastada demoralizasyon gözlüyorsa, söz konusu semptomlarla hastanın ruh hali arasındaki ilişkiye dikkat vermelidir. Hekim, bunları ilaçsız tedavi etmenin başka yolları var mı? diye bir düşünmelidir. Aile bireyleri hastayla en iyi nasıl ilişki kurabilecekleri konusunda bilgilendirilebilir. Benzer hastalığa sahip olanlar yardım grupları oluşturabilir. Demoralize bir hastanın "hiçbirşeyin yapılamıyacağı hiç bir durum yoktur"a her zaman inanan bir doktora ihtiyacı vardır.²

Keşfedilmesi gereken ikinci şey, hastanın hastalığından ve tedavisinden ne anladığıdır. Kendisi semptomların hangisinin hastalıktan hangisinin tedaviden olduğu hakkında tam olarak bilgilendirilmiş midir? Hastalığın uzaması ya da tekrarlamasına neden olan durumun ne olduğu konusunda ne düşünmektedir? Prognoz hakkında

verilen bilgilerin doğru olduğuna inanmakta mıdır? Bunları hastaya aktarmak her zaman kolay olmaz. Hasta demoralizedir, çekingendir, korkuları vardır. Özellikle hastalıkla ilgili kötü haber alma olasılığına karşı inkar etme eğilimindedir. Tıbbi terimlerin anlaşılabilirliği korkularını, yetersizlik duygularını daha da beslemektedir. Sonuçta, hasta sıklıkla ayrıntıları, klinik sonuçları kavramakta zorlanır. En iyisi tıbbi bilginin sessiz ortamda verilmesi ve tartışma için zaman tanınmasıdır.

Üçüncü önemli nokta, hastanın premorbid kişiliği hakkındaki bilgidir. Bu hastanın ailesi ya da kendisinden alınabilir. Kendisi titiz, kuşkucu, inatçı mıdır? Zorluklara anlayışla, karşı koymakla ya da kabullenmeyle mi yanıt vermektedir? Hastanın kişilik özelliklerinin bilinmesi hastalığın yarattığı sorunlara karşı tepkilerinin anlaşılmasını daha da kolaylaştırır. Ayrıca, tercih edilecek tedavi yöntemi hakkında da belirleyici rol oynar. Örneğin hastamızın kişilik özelliklerini anladığımızı ifade etmemiz, hastalıktan daha çok hareketlerinin kısıtlanmasına yol açtığı için rahatsızlık duyduğunu belirtmemiz, bağımsızlık taleplerine karşı açıkça destekleyici davranmamız, onun moralinde belirgin bir iyileşmeye yol açacaktır.

Son olarak doktor, hemşirenin, diğer çalışanların ve hasta yakınlarının kaygılarını, varsa hastaya yönelik olumsuz duygularını ele almayı iyi bilmelidir. Yönlendirici ve uzlaştırıcı olmalıdır. Ailelerin sürece dahil edilmesi oldukça önemlidir. Zira, sadece hastane içinde değil, taburculuk sonrasında hastanın moralinin korunmasında bu insanların özel yeri ve önemi vardır.¹³

Unutulmamalıdır ki, hasta, hekim, sağlık personeli ve hasta yakınları hep birlikte hastalıkla mücadele vermektedir. Ancak, gerçek olan hastalığın hastaya ait olduğudur. Diğer faktörler, hastanın destekleyicisi, sorunun üstesinden gelmekte ona omuz veren değerlerdir. Bir başka ifadeyle, örneğin hekimi, hastasından sadece bir adım önde, ona deneyimlerinden ve bilgisinden yararlanma olanağı tanıyan bir arkadaş olarak tanımlamak olasıdır.

Bizim temel hedefimiz hiç bir hastayı tam olarak iyileştirmek değildir. Öyle bir omnipotans (tüm güçlülük duyumsaması) olsa-olsa çözüm yerine hekimlerde çaresizlik, yetersizlik duygularına yol açacaktır. Çünkü, biyolojik bilimlerde yüzde yüz diye bir şey yoktur. Tabii, yüzde yüz iyileştirmek de bir ütopyadan ibarettir. Omnipotent özellikler bu amaca ulaşılmadığı durumda depresyona yol açacak ve hastayı da hekimi de çaresiz bırakacaktır.

Biz hekimlerin temel hedefi, hastalarımızın yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmekten ibarettir. Bunu yaparken, hastanın biyolojik, sosyal, ekonomik vb rezervlerini harekete geçirmekte yaşadığı güçlükleri saptarız ve bunların önünü açmak için kendi ölçülerimizde ve bilimsel gelişimin verdiği olanaklar çerçevesinde elimizden gelen çabayı sarfederiz.¹⁴

Tabii, sorun demoralizasyondan öteye geçmiş, major depresyon halini almışsa tedaviyi psikiyatristin üstlenmesi gerekecektir.

Vaka 1

AG, 49 yaşında, erkek, metalurji mühendisi, evli, çocuksuz

Eylül 99'da öksürük, ateş, efor dispnesi ve kilo kaybı yakınmaları başlamış. Antibiyotik tedavisi sonrası ateşi düşmüş ancak yakınmaları sürmüştü. Çekilen akciğer grafisinde solda kitle görülmesi üzerine toraks BT çekilmiş. Sol üst lobda hava yolunu daraltan kitle ile bronkoskopi önerilmesi üzerine CTF Göğüs Hastalıkları ABD'ne başvurmuş. Hastada hızlı ilerleyen plevral sıvı gelişmiş ve 13.10.99'da hastaneye yatırılmış. Torakosentezlerle plevral sıvı boşaltılmış. Dispnesi arttığı için antibiyotik, O₂ ve bronkodilatör tedavisi kullanılmış. 22.11.99'da kemoterapi yapılmış ve 3 hafta süre ile taburcu edilmesine karar verilmiş. Ancak dispnesinin artması üzerine hastaneye geri gelen hastaya 24.11.99'da psikiyatri konsültasyonu istendi. Panik, huzursuzluk, uykusuzluk yakınmaları, O₂'siz ve hastane dışı ortamda hastalığının ağırlaşacağına inanma ve iki gündür ağlama şikayetleri mevcuttu. Hasta ilk olarak psikiyatri asistanı tarafından görüldüğünde yatağın kenarında elinde O₂ aleti ve çocuksu bir yüz ifadesi ile oturuyordu. Anksiyözdü. Şikayetini şöyle tanımlıyordu. "Evde 3 haftayı sağlıklı geçireceğime inanıyordum ama olmadı ve moralim bozuldu". O₂'yi neden sürekli kullandığı sorulduğunda "bu olmadan yaşayamam" diyordu. Oysa dahili doktorunun ifadesine göre torasentez yapılmıştı, dispnesi yoktu ve kan gazları normaldi. Uyku bozukluğunu, ağlamalarını ise bir gün önce evinde kalamamasının yarattığı moral bozukluğuna bağlıyordu. Karısı eşinin hastalığının ağırlığını reddediyor ve her şeyin iyiye gideceğine inanıyordu. Psikiyatri asistanına "yavrucuğum, her şey griple başladı, başımıza bu geldi. Önce Allah'a sonra doktorlara güveniyoruz" diyordu. Eşinin 'karıncayı dahi incitmeyen çok iyi bir insan' olduğunu söylüyordu. Bu ifadeler hastalığın ağırlığının inkar edildiğini açıkça gösteriyordu. Asistan doktor hastanın ve eşinin içinde bulunduğu tablo karşısında ve hastalığın prognozunun kötü olduğunu anlayınca yoğun anksiyete yaşamaya başladı ve hastaya 'tedavi ile işlerin daha iyiye gideceğine inandığını' söyledi. Hastaya demoralizasyon ve anksiyete tanımları ile alprazolam tb 0.5 mg+1 mg başladı.

3.12.99'da torasentezin başarılabilmesi üzerine hasta Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'na radyoterapi önerisi ile gönderilerek 6.12.99 tarihinde adı geçen kliniğe yatırıldı. 7-29.12.99 arasında toplam 7 kür radyoterapi uygulandı. 15.12.99 tarihinde "geceleri uyuyamama, de-

luzyonel, halusinatif bulgular' gözleendiğinden ikinci kez psikiyatri konsültasyonu istendi. Hasta sıkıntılı gözüküyordu. O2 gereksinimi daha az olmasına karşın sıkıntısında bir önceki görüşmeye oranla herhangi bir azalma yoktu. Uyku bozukluğu mevcuttu ve psikomotor aktivasyonu artmıştı. Eşinin ve ablasının sürekli yanında durmasını istiyordu. Hastane odasında ev düzeni kurulmuştu. Hasta "evet hiçbir ağrım sızım yok, her şey düzelecek" diyordu. Ama artık yataktan kalkamıyordu ve eşinden sürekli isteklerde bulunuyordu. Karısı 'Sana ne oldu? Sen böyle mi olacaktın?' sözleriyle eşine sanki hasta olduğu için kızılıyordu. Asistan doktor bu tabloyu trajik bir filmin sahneleri gibi algıladı, eşler arasındaki sevgiye ve karşılıklı yaşanan çaresizliğe tanık oldu. Aileye 'hastane odasını nerdeyse evi aratmayacak şekilde düzenlemiş olmalarının hoş bir şey olduğu ve bunun zorluklarla baş etmek için iyi bir yol olduğunu' söyledi.

Psikiyatri asistanı hastada ölüm korkusunun olduğunu düşündü ve yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu tanısı ile daha önce uygulanmakta iken kesilen alprazolam 0.75 + 1 mg tedavisine tekrar başladı.

22.12.99'da psikiyatri konsültasyon isteği tekrarlandı. Çünkü uykusuzluğu ve huzursuzluğu devam ediyordu. Önerilen tedaviden faydalanmamıştı.

Hastanın psikomotor aktivitesine bakılırsa sıkıntısının artmış olduğu anlaşılıyordu. Sürekli "içim sıkılıyor, kötüyüm" diyor ve istekleri bitmiyordu. Gündüz uyuyor, geceleri ise ne kendisi uyuyor ne de yakınlarını uyutuyordu. Ölüm korkusuna bağlı separasyon anksiyetesi yaşıyordu. Karısı 'gereken herşeyi yapıyoruz' diyerek eşini azarlıyor, hastanın prognozunun iyi olmadığı konusunda yapılan açıklamalara karşın 'hayır, radyoterapiden faydalandı, tamamen olmasa da işler iyiye gidiyor yavrucuğum' diyordu. Eşini azarlıyor ve "sen böyle mi olacaktın" diyordu.

Hastaya Ativan tb 1g 2x1 başlandı. Uykusu, iç sıkıntısı tamamen düzeldi. Hasta 29.12.99'da beklenmedik bir anda sakin bir şekilde öldü.

Vaka 2

BA, 47 yaşında, erkek, ilkokul mezunu, liman işçisi, evli, 2 çocuklu.

Şubat 99'da başdönmesi, halsizlik, denge bozukluğu yakınmaları başlamış. Mart 99'da CTF İç Hastalıkları ABD'na yatırılmış. Yapılan tetkiklerinde toraks, beyin tomografisinde çok sayıda lenfadenomegali, her iki akciğerinde nodüller ve n.rekurrens basısına bağlı ses kısıklığı bulunmuş. Biopside difüz tipte büyük hücreli non-Hodgkin lenfoma tanısı almış. Kemoterapi başlanmış ve PPD (+)'liği için 9 aylık tüberküloz tedavisi eklenmiş. 10.03.99'da taburcu edilmiş.

Aldığı tedavilerin herhangi bir yan etkisi olmamış ve normal yaşamını sürdürebilmiş. Hasta bu süreçte hastalığının tedavi edilebileceğini düşünüyormuş.

21.07.99'da terleme, boynunun iki yanında şişlik yakınmaları ile tekrar hastaneye yatırılmış. Bu dönemde hastalığının iyileşmeyeceği korkusuna kapılmış ve aşırı öfkeliymiş. Sivri dilliymiş, yapılan tedavilere inanmıyor ve küçümsüyormuş. Bunun üzerine otolog KİT (kemik iliği transfüzyonu) hazırlığı başlamış. İstenen psikiyatri konsültasyonunda öfkeli ve ağlamaları olduğu belirtildi. Hastayla yapılan görüşmede ağlaması vardı ve iyileşmeyeceğini düşünüyordu. "Ya tamamen geçsin ya da öleyim" diyordu. Kendisinin de gerekli gördüğü ilaçlar dışında ilaç almayı reddediyor, hemşirelere kötü davranıyordu. Asistan doktor hastaya 'bu tür bir hastalık kimin başına gelirse moralinin bozulmasının normal olduğunu ancak tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabileceğini, ilaç yan etkilerinin de can sıkıcı olduğunu ama katlanması gerektiğini' söyledi. Hasta otolog KİT hazırlığındaki teknik aksaklık nedeniyle 13.08.99'da taburcu edildi.

Eşiyile yapılan görüşmede katı mizaçlı, tertipli ve ailesine düşkün bir insan olarak tanımlanan hasta eşine sürekli hakarete bulunuyordu. Hastanın demoralizasyon yaşadığı düşünüldü ve anksiyetesi için Alprozalam tb başlandı.

13.09.99'da nefes darlığı yakınması ile tekrar yatırıldı. Otolog KİT ön hazırlığı için yapılan kemoterapinin bulantı ve kusma yan etkilerinden fazlasıyla etkilenen hastaya tekrar psikiyatri konsültasyonu istendi. Kendini "enerjisi tükenmiş, yan etkilerden bunalmış" olarak tanımlıyordu. Sinirlilik ve ağlaması mevcuttu ancak iyileşme ümidini koruyordu. Doktor hastaya 'sıkıntılarını anlattığını, bazen dayanmanın zor olabileceğini ancak ne zaman isterse bizimle görüşebileceğini ve ona yardımcı olmaya çalışacağını' söyledi. Demoralizasyon tanısı ile destekleyici psikoterapi uygulamaya başlandı. Gerektiğinde kullanılmak üzere anksiyolitik düşünüldü, ancak bağımlılık riski göz önüne alınarak anksiyolitik etkisi yüksek bir antidepresan olarak Remeron tb (15mg/gün) çok düşük doz (antidepresan dozun çok altında) tedaviye eklendi. Hasta otolog KİT tedavisi sonrası kimseyle görüşürülmediği odaya alındı. Burada kaldığı süre boyunca yan etki yapıyor diye oral ilaçlarını almamış, işlerini iyi yapmıyorlar diye hemşirelere kötü davranmış, eşine hakaret etmiş ve Allah'a isyan etme ve yalvarmaları olmuş.

Hasta tekrar servise alındığında üçüncü defa psikiyatri konsültasyonu istendi. Psikiyatri asistanına "tedavinin işe yaramadığını, iyileşmeyeceğini düşünmeye başladığı için ağladığını" söyledi. Ancak servise geçtiğinden beri çevresine daha iyi davranmaya başlamıştı. Servise alınmasını hastalığı açısından olumlu bir gelişme olarak yorumluyordu. İlaç tedavisini neden reddettiği sorulduğun-

da yan etkileri gerekçe gösteriyor ve psikiyatrik yardıma gereksinimi olmadığını söylüyordu. 'Eğer hastalığım tamamen geçerse hiçbir problem kalmayacak, eskisi gibi neşeli olacağım' diyordu. Hastaya 'ilaç tedavisi yaşadığınız zorluklarla başatmenizde size yardımcı olacaktır' dendi.

Hasta radyasyon onkolojisi kliniğine aktarıldı ve radyoterapi başlandı. Yapılan dördüncü psikiyatri konsültasyonunda doktora "benim sizlik işim yok, zaten her şeyi anlattım, ışın tedavisi ile iyileşeceğim" diyordu. Eşi doktordan bir daha gelmemesini rica etti çünkü hastanın tepki duyduğunu ve kendisine de kötü davranmasına yol açtığını söylüyordu. Hastanın radyasyon tedavisi halen devam etmektedir.

Kaynaklar

1. Arıkan MK. "Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Uygulamaları" Türk Psikosomatik ve Psikoterapi Derneği Sempozyumu Sempozyum Kitapçığı, 11-12 Haziran, 1998, İstanbul.
2. Slavney PR. Psychiatric Dimensions of Medical Practice. Baltimore, John Hopkins University Press, 1998.
3. Roberts RE, Vernon SW. Usefulness of the PERI demoralization scale screen for psychiatric disorder in a community sample. *Psychiatry Res.* 1981; 5(2): 183-93.
4. Arıkan MK, Caner A, Uysal Ö. "Hekimlerin Psikolojik Destek Gereksinimleri" III.Türk-Alman Psikiyatri Kongresi Kongre Kitapçığı, 14-19 Eylül, 1998, Berlin.
5. Swank RL. Combat exhaustion: A descriptive and statistical analysis of causes, symptoms and signs. *J Nerv Ment Dis* 1949; 109: 475-508.
6. Folstein SE. Huntington Disease: A Disorder of Families. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1989.
7. Cummings JL. Depression and Parkinson disease A review. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 443-54.
8. Loosen PT. Hormones of hypothalamic-pituitary-tyroid axis: a psychoneuroendocrin prespective. *Pharmacopsychiatry* 1986; 19: 401-15.
9. Starkstein SE, Robinson RG, Price TR. Comparison of cortical and subcortical lesions in the production of poststroke mood disorders. *Brain* 1987; 110: 1045-59.
10. Green AI, Austin CP. Psychopathology of pancreatic cancer: A psychobiologic probe. *Psychosomatics* 1993; 34: 208-21.
11. Arıkan MK. Temel Psikiyatrik Sendromlar, İstanbul, Çantay Yayınevi, 1999.
12. Viederman M, Perry SW. Use of a psychodynamic life narrative in the treatment of depression in the physically ill. *Gen Hosp Psychiatry* 1980; 3: 177-85.
13. Goodenow C, Reisine ST, Grady KE. Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology* 1990; 9: 266-84.
14. Arıkan MK. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamaları: psikiyatri konsültasyonu isteyen hekimlerin, konsültasyon sonrasında hastalarını psikiyatrik açıdan izleme faktörünün en önemli belirleyeni. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kongre Kitapçığı, 6-12 Eylül 1999, Trabzon.

Geliş tarihi: 05/02/2000

Kabul tarihi: 10/03/2000

İletişim adresi:

Prof. Dr. Kemal Arıkan
İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
K.M. Paşa 34303 İSTANBUL
Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Bilim Dalı
Tel: (0212) 588 48 00 / 1767