

Bilim ve Gelecek Kitaplığı



psikiyatri

Ali Nahit Babaoğlu



Kitap
Dizisi

11

Bilim ve Gelecek Kitaplığı - 24

50 Soruda Kitap Dizisi - 11

50 Soruda Psikiyatri

Ali Nahit Babaoğlu

© Bu kitabın yayın hakları

7 Renk Basım Yayın ve Filmcilik Ltd. Şti.'ne aittir.

Birinci Baskı: Bilim ve Gelecek Kitaplığı, Kasım 2011

ISBN: 978-605-5888-22-0

Dizi Editörü: Nalân Mahsereci

Kapak Tasarımı: Deniz Akkol

Sayfa Tasarımı: Eren Taymaz

Baskı: Kayhan Matbaacılık

Davutpaşa Cad. Güven Sanayi Sitesi B Blok

No: 244 Topkapı - İstanbul

Tel: 0212.612 31 85

7 Renk Basım Yayın ve Filmcilik Ltd. Şti

Moda C. Zuhâl Sk. No: 9/1 Kadıköy-İstanbul

Tel: 0216.349 71 72

<http://www.bilimvegelecek.com.tr>

e-mail: bilgi@bilimvegelecek.com.tr

psikiyatri

ALİ NAHİT BABAOĞLU



Kitap Dizisi -11

Sunuş

Kitabın, derginin üretim süreci, bizler için asıl olarak mutluluk veren bir uğraşıdır. Yayını matbaaya yolladığımızda, üretim sürecinde ne kadar zorlanmış, yorulmuş, kimi olağanüstü aksiliklerle baş etme çabaları ve yetiştirme telaşıyla gerilmiş olsak da, geriye kalan, rahatlama gibi türev durumları da içeren tam bir doyum duygusudur. Sonrası, matbaadan gelecek olan ürünün kaygıyla karışık bir heyecanla beklenişi...

Elinizdeki kitabın hazırlık sürecine, bizim için artık olağanlaşmış bu duygusal yaşantıları gölgeleyen başka duygular eşlik ediyordu: Hüzün ve burukluk... Üzerinde çalıştığımız metnin sahibinin artık aramızda olmadığını, takıldığımız yerlerde ona danışamayacağımızı, son telif çalışmasının kitap bütünlüğüne ulaştığını göremeyeceğini bilmek... Sevgili Ali Nahit Babaoğlu'nu, yazarımızı, büyüğümüzü, dostumuzu yitirdik. Yitirilen kişinin yakınlarına kalan “keşke”lerden biri de, son çalışmasının yayıncısı olarak bize düştü: Keşke, onun sağlığına yetiştirebilseydik, 50 Soruda Psikiyatri kitabını. Mümkündü. Metni bize Şubat (2011) ayında teslim etmişti. “Önsöz” ve “Sonsöz”ünü Mart ayında... 50 Soruda Psikiyatri, 50 Soruda dizisinin ikinci paketinde yer alıyordu. Önceliği, ilk paketin kitaplarının hazırlığına verdik. Nereden bilebilirdik, onu 15 Temmuz 2011’de yitireceğimizi... Oysa Bilim ve Gelecek dergisinin 30 Mart’daki 7. yaşgünü yemeğinde, sağlığı oldukça yerinde görünüyordu. Eşi Gülşen Hanım, kızı Asya Banu, oğlu Ülken Tunga için de beklenmedik olmuştu, kaybı. Türkiye aydın kamouyonun, hekim camiasının, yakınlarının, dostlarının, hepimizin başı sağ olsun.

Ali Nahit Babaoğlu, çok yönlü entelektüel birikiminin yanı sıra ülkesinin ve mesleğinin sorunlarına yakın ilgisi, toplumsal çözümler için elini taşın altına koymaktan çekinmemesi, sosyalizmden yana tavrı ve her daim örgütlülüğüyle, kendi deyimiyle, ülkemizin tükenmekte olan sayılı “dinozorlarından”, çok değerli aydınlarındandı.

Ali Nahit Bey ile kolektifimizin tanışıklığı 15 yıl öncesine gidiyor. O zamanlar çıkarmakta olduğumuz Bilim ve Ütopya dergisinin 22. sayısında (Nisan 1996), İstanbul Tabip Odası’nın hazırladığı Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Taslağı çerçevesinde şekillenen tartışmaları aktarmak üzere, taslağın hazırlayıcılarından olan Babaoğlu ile bir söyleşi yapmışım. Böylece kurulan ilk temas, yerini zamanla yoğun iletişime bıraktı. Çok geçmeden, Babaoğlu’nun sonradan kitaplaşacak, uyuşturucu bağımlılığını tüm boyutlarıyla ele aldığı bir çalışması, Bilim ve Ütopya’da kapak dosyası oluyordu (Sayı 31, Ocak 1997). Ali Nahit Babaoğlu bu 15 yıl boyunca çıkardığımız tüm dergiler (Bilim ve Ütopya, Bilim ve Gelecek), hazırladığımız televizyon programları (Ulusal Kanal) için psikiyatri ile ilgili tüm konularda danıştığımız, makaleler talep ettiğimiz, konu ve yazar önerisi aldığımız, söyleşiler yaptığımız, yakın çalıştığımız bir yazarımız olacaktı. Bilim ve Ütopya’nın çevresindeki aydın ve akademisyenleri, daha etkin bir çalışma için bir araya getirdiği bir örgütlenme girişimi BÜVAK ve BİLKOOP’un da kurucularından ve Yönetim Kurulu Üyesi’ydi.

Aslında Ali Nahit Babaoğlu, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde okuduğu yıllardan itibaren, “örgütlü” bir aydın olmuştu. 1950’lerdeki öğrencilik yıllarında Talebe Cemiyeti Üyesi’ydi; 27 Mayıs öncesindeki gençlik hareketlerinde yer aldı. 60’lı yıllarda TİP Gençlik Kolları Başkanı’ydı. 1969-71 arasında asistanlık yaptığı Hacettepe Üniversitesi’nde Asistanlar Sendikasını kurmuş ve yöneticisi olmuştu. 1971 Mart’ından sonra, üniversiteden uzaklaştırılmış ve böylece 1984’e kadar kalacağı ve psikiyatri eğitimi alacağı Almanya yılları başlamıştı. Örgütlülüğünü meslek yaşamı boyunca sürdürdü;

İstanbul Tabip Odası'nda 1994-1996 döneminde Yönetim Kurulu, 1998-2000 döneminde Onur Kurulu Üyesi olarak çalıştı. Son yıllarda kurulan İstanbul Grup Psikoterapileri Derneği'nin de Kurucusu ve Yöneticisi'ydi.

Ali Nahit Babaoğlu dinamik psikiyatri eğilimliydi. Jung yönelimli psikodrama uyguladı. Psikodrama eğitmeniydi. “Tanı ve Terapide İmgesel Görüntü Yaşantısı” başlığıyla katatimi eğitimleri verdi. Kültürel ve sosyal psikiyatriye ilgi duydu. Psikiyatri alanında çok sayıda makale ve kitap yazdı, çeviri yaptı.

Ali Nahit Bey'in entelektüel ilgi alanları hayli geniş ve özgündü. Örneğin, izm'leri irdelediği bir dizi kitap kaleme aldı: Nazizm, Hermetizm, Sadomazohizm, Hipnotizm, Okkultizm, Faşizm, Darwinizm gibi. Kim Bu Çılgın Türkler? kitabında, halkımızın kimlik özelliklerini kültürel kökenleriyle inceledi. Ezoterik ve batını oluşumları tarihsel perspektifle incelediği Gizler ve Gizemler adlı bir çalışma yaptı. Edebiyatta Demans isimli kitapta Kral Lear örneğinde bunamayı şiirsel bir dille anlattı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Klinik Şefliği'nden 2001'de emekli olduktan sonra, psikiyatri alanına kuramsal çalışmalarla yaptığı katkıları artırdı; kitaplar yazmaya, çeviriler yapmaya yoğunlaştı. Burada örnek olarak, 2002 yılında yayımlanan temel ve boyutlu çalışması Psikiyatri Tarihi kitabından söz edebiliriz. Yazdığı ve çevirdiği kitapların tam bir listesini, kapak içinde yer alan özgeçmiş bilgilerinde bulabilirsiniz. Son çevirdiği kitaplar, Carl Gustav Jung'un İnsan ve Sembolleri ile Rollo May'in Özgürlük ve Kader adlı eserleri idi. Son çalışması ise, elinizde tutmakta olduğunuz 50 Soruda Psikiyatri oldu.

50 Soruda kitaplarının sunuşları, genel olarak kitapların bağlamından yola çıkıyor. Yazarının, hüznünü sıcak tutan taze yitimi nedeniyle, sunuşu kitap yerine yazarına odaklamayı yeğledik. Ali Nahit Bey, 75 yıllık ömründe ülkemizin siyasal ve toplumsal altüst oluşlarını örgütlü bir aydın olarak yaşamış, bunlardan demini almış ve mesleğinin gereği ve sonucu olarak, çağının ve ülkesinin insanına toplumsal, kültürel ve bireysel boyutlarıyla yakından bakmış olmanın olanca bilgeliğini taşırdı. Onu bu sunuş vesilesiyle, her daim sıcak bakan, gülen mavi gözleri, ağzının içinden kısık bir sesle sakın sakın konuşması, ince alaylı esprileri, kesik kesik gülüşü, elinden düşürmediği sigarası, kalender ve babacan tavırları, sosyalizmden yana politik ve bilge duruşu ve toplumcu aydın tutumuyla, sevgiyle, saygıyla anıyoruz.

Elinizde nitelikli bir örneğini tutmakta olduğunuz “50 Soruda” dizisi, bilimin ve felsefenin temel kuramlarını ve alanlarını konu edinen, Türkiyeli bilim insanlarının kaleme aldığı popüler bilim kitaplarından oluşuyor. Bu kitaplar, bilimin, anlaşılmaz, karmaşık, hayattan kopuk, soğuk, kuru ve teknolojiye indirgenmiş bir bilgi yığını olmadığını; tam tersine, evreni, doğayı, toplumu ve insanı anlamak için doğru anahtarlar sunan; bilme, öğrenme coşkusu uyandıran; en güvenilir bilgi kaynağı olduğunu ve sağlam bir düşünme yöntemi kazandırdığını gösterebilmeyi hedefliyorlar.

Bir aydınlanma hizmeti olarak tasarladığımız “50 Soruda” dizisinin 23 kitaplık listesinin tamamına ve bu kitapları edinebilmekle ilgili özel kampanya duyurularına, elinizdeki kitabın arka sayfalarından ulaşabilirsiniz.

Herkes bilim!

Nalân Mahsereci

Önsöz

Psikiyatri gibi, eskilerin gayya kuyusu dedikleri cinsten bir alanda sadece 50 sorunun yanıtlarıyla konuyu tam anlamıyla kapsayabilme iddiası, kuşkusuz ki cesareten de öte bir gözükaralıktır. Ancak böyle bir gözükaralık da gereklidir. Çünkü psikiyatri genel olarak tam anlaşılamayan ve insanların belli bir tedirginlikle baktıkları bir alandır. Aslında konu 50 değil tek sorunun yanıtı olarak da sunulabilir. Örneğe, “Psikiyatriye ilişkin olarak neler biliyorsunuz? Anlatınız” böyle bir soru olabilirdi. O zaman 50 soru değil, 500 sayfalık bir kitap bile yeterli olmayabilirdi. Bu bakımdan sorun okuyucu için ilgi çekici olan soruları tahmin ederek yanıtlayabilmekte toplanmaktadır. Bu tahmin bakımından kılavuzum, bize sorulmakta olan sorular olacaktır. Gene de kamuoyunun ilgisini çeken şeyleri farz etmekte bir parça özürlü sayılmalıyım, yanılabilirim.

Bu kitabın başlangıç kısımlarında psikiyatrik bozukluklar sistematik olarak ele alınmaya çalışılacaktır. Daha sonra da sağaltım için yapılmakta olanlara ilişkin olabildiğince muhtasar bir bilgi verilecektir. Kuşkusuz ki bu kitap kapsamında anlatılanlar bütün bir psikiyatri bilim dalını tam olarak kavramak için yeterli değildir. Amaç sadece en fazla merak edilenler konusunda okuyucuyu bilgilendirmektir. Psikiyatrik olgular gibi, insanların ürküntüyle baktıkları, kendilerinden de kuşkulandıkları konulardan söz etmek, aynı zamanda o insanları yatıştırmaya da yarar. Okurken birçok hususların sizler için de söz konusu olduğunu düşünebilirsiniz. Gerçekte bu noktada psikiyatrinin ana sorununa dokunmuş olursunuz. Psikiyatri neyin ne kadar **normal** ve hangi sınırdan sonra **anormal** sayılması gerektiği konusunda düşünmek de demektir. Çünkü anlatılacak olanların büyük çoğunluğu “**insanlık durumu**” sayılması gereken durumlardır. Herkeste bir parça olabilir. Önemli olan kişinin kendini nasıl hissettiği, bu durumdan rahatsız olup olmadığı ve başkalarının da bu durumu ne gözle gördüğü noktasıdır. İşte burada psikiyatrik olguların sadece kişiye özgü özellikler olmadığına, aynı zamanda toplumun da bir taraf olarak işin içine katıldığına tanık oluruz. Psikiyatrinin görevi aynı zamanda kişileri toplumun bu müdahalesine karşı savunmaktır da. Bu bakımdan görevimizin önemli bir kısmı **normal** sınırlarda olanı **anormal** sınırını aşanlardan ayırmaktır. Bu görev, bozuk olanı tanımak kadar onun sınırlarını da tam olarak bilmeyi gerektirmektedir. Biz psikiyatrlar hem konuşmayı severiz, hem de konuşmalarımız hastalarımızın kişisel haklarıyla sınırlı olmak zorundadır. Onun için de olgu örnekleri vermeyi pek sevmeyiz. Olgularla örnekleme o anlatılan olguların kişisel özgürlük ve haklarına karşı bir saygısızlıktır çünkü. Ayrıca örnek olarak verilen olgularla insanların kendilerini özdeş olarak görmeleri ve bu nedenle kafalarının karışması daha kolaydır. Bu bakımdan da kaçınılması gerekir.

Bu kitabın baş kısımlarında doğrudan doğruya Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM adı verilen bozukluklar listesinin tanı ölçütlerinden faydalanılacaktır. Daha sonraki sağaltım yol ve yöntemleri konusunda ise ilaç tedavilerine ilişkin bilgilerden sonra Psikoterapiler: Eğitim ve Süpervizyonlar adlı kendi kitabımızın (Morpa Yayınları, 2006, İstanbul) özeti verilecektir. Ayrıca son soru olarak da psikiyatrik bozuklukların yasal ve hukuksal durumlarına ilişkin bilgi verilecektir. Çünkü psikiyatrik denilen bozuklukların hukuk karşısında özel bir durumları vardır. Kimi bozuklukların cezai ehliyeti yoktur ya da azalmıştır, kimi bozukluklar da hukuki ehliyeti ortadan kaldırır ya da azaltırlar. Kuşkusuz bu bölüm de bütün hukuki sorunları anlatmaya yetecek kadar uzun olamayacaktır. Ancak en önemli konularda bir bilgi vermek istenmiştir.

Belirtilmesi gereken önemli bir husus da, psikiyatride artık **hastalık** kavramının olmadığıdır. Çünkü

hastalık diye tıpta ancak belirli bir nedenden olan, belirli bir tablo kastedilir. Oysa psikiyatrik bozukluklar çeşitli nedenlerden, birden fazla nedenin bir arada etkilemesinden ve diğer bozukluklarla birlikte olabildikleri gibi, aynı nedenler bir başkasını hiç de hasta etmeyebilir. Bunun için hastalık ya da sendrom sözcüğü yerine “**bozukluk = disorder**” sözcüğü yeğlenmektedir. Denildiği gibi pek çok durum gündelik işlevlerde ya da kişinin yetilerinde ve kişilerarası ilişkilerinde bir bozulmaya neden olmaktadır. Ve ancak bu bozulmanın olması halinde bozukluk olarak nitelendirilebilir. Yoksa pek çok kimse aynı bozukluğa sahip olmalarına, aynı bozukluğu göstermelerine karşın, kendi yaşamlarını çok rahat olarak sürdürebilmekte ve işlevleri de bundan etkilenmemektedir. O halde akılda tutmamız gereken ölçüt, kişinin bundan kendisinin şikayetçi olması ya da kamu içinde zorluklarla karşılaşmasıdır. Yoksa “bende de var” demekle, kişi psikiyatrik bakımdan bozuk sayılamaz ve hele tedaviye hiç zorlanamaz.

Son olarak Bilim ve Gelecek Kitaplığı’nı giriştikleri bu aydınlanma hareketinde kutlamak isterim. Çıkmakta olan kitaplar kuşkusuz ki konularında bütün bilgileri vermek için yeterli sayılamaz. Ancak her **aydın** kişinin ve **aydınlanmak** isteyen kişinin çağımızda mutlaka bilmesi gereken, olmazsa olmaz bilgileri başarıyla sağlamaktadırlar. Bu bakımdan başta Sayın **Ender Helvacıoğlu** ve **Nalân Mahsereci** olmak üzere Bilim ve Gelecek çalışanlarına kamunun bir üyesi olarak teşekkürlerimi de sunarım. Elleri dert görmesin.

*Ali Nahit Babaoğlu,
Mart 2011*

1. Bölüm PSİKİYATRİ NEDİR?

1- Psikiyatri ne demektir, nelerle uğraşır? Psikiyatri nasıl öğrenilir? Nasıl psikiyatri uzmanı olunur?

Psikiyatri sözcüğü Eski Yunanca kökenli bir sözcüktür. Büyük Yunan düşünürü Pithagoras (Pisagor) insan varlığının iki öğeden oluştuğunu ileri sürmekteydi. Bunlardan birine “soma”, öbürüne ise “psihe” adını veriyordu. Soma insanoğlunun bedensel varlığını, etini, kemiğini, kanını; psihe ise bu bedensel varlığa hayat veren, onu canlandıran, hareket etmesini, düşünüp tepki vermesini sağlayan gücü anlatmaktaydı. Bu görünmeyen varlığa verilen psihe adı, aslında Yunan alfabesinin iki harfinin, “psi” ve “he” harflerinin yan yana okunmasından oluşmaktaydı. Ve bu iki harf aynı zamanda sessiz okunuşlarından ötürü Yunanca “can” demek oluyordu. Böylece “psihe” kelimesi de “canın canı” gibi bir anlam taşımış oluyordu. Pithagoras’ın bu soma-psihe ayrımı, çok uzun binyıllar genel kabul gördü. Tektanrılı dinlerin ortaya çıktığı Ortadoğu da, aslında Yunan kültürünün çok güçlü etkisi altında bulunduğu için bütün tektanrılı dinler ve onlara bağlı düşünce akımları bu ayrımı temel kabul ettiler.

Bilimler de bu temel düşüncüler üzerine kurulduğundan, insanın dışarıdan görülemeyen iç güç ve yetilerini inceleyen doğa bilimi dalına psikoloji dendi. Psikiyatri ise bunun hekimlik yanısıdır ve sözcük, “psihe” ve gene Yunanca olan “iatros = hekim” sözcüklerinin birleşmesinden oluşmuştur. Böylece “psihe-iatrie” de “ruh hekimliği” demek olmaktadır.

Özellikle tektanrılı dinsel temele dayalı düşünürler, “ruh hekimliği” kavramını yadsımakta, ruhun Tanrının bir yansıması ve uzantısı olduğunu, dolayısıyla da hasta olamayacağını ileri sürmektedirler. Bu sav, Roma Katolik Kilisesi’nde olduğu gibi, bugün de ileri sürülmektedir. Oysa söz konusu olan, “ruhsal” dediğimiz görüngülerin şu ya da bu şekilde alışılmadık ya da istenmeyen yönde sapmalarının tıbbi yöntemlerle ve hekimlerce düzeltilmesine çalışmaktır. Bu eylemin de din adamları tarafından yapılması gerektiği aynı çevrelerce ileri sürülmektedir ve gerçekten Katolik Kilisesi’nin bu amaçla bir örgütü de vardır.

Ruhsal bozukluklar genel adı altında toplanan bu sıra dışı durumlar, insanın zekâ, algılama, düşünme, yargılama, bellek ve dikkat gibi melekelerinde olabilecek bozulmalarla, genel olarak yönelim, tutum ve davranışlarındaki çevreye uymayan, genel olarak kabul görmeyen, hatta istenmeyen sapmalardır. Psikiyatri bilim dalından beklenen de, bütün tıp dallarında olduğu gibi, bu istenmeyen durumların giderilmesi, olmuyorsa azaltılması ve düzeltilmesi, bu da olamıyorsa en azından ilerlemesinin engellenmesi, hiçbirinin mümkün olmadığı durumlarda da o insanın sakat olarak kabulüyle yaşama koşullarının sağlanmasına çabalamak, çareler bulmak ve çareler geliştirmektir. Dünya Sağlık Örgütü bütün tıp dalları için bu hedefleri koymuştur. Psikiyatrinin ödevleri arasına bir de sağlığı koruma önlemlerini bulup uygulamaya çalışmak da eklenebilir.

Psikiyatrinin zorluğu ve temel sorunu, insanlardaki hangi davranışların normal, hangilerinin anormal olduğunu saptayabilmektir. Bunun için esas olarak psikoloji biliminden faydalanır. Çünkü psikoloji bilimi normal insan gelişmesini, insana özgü davranışları, insanın yeti ve yeteneklerini inceleyen bilimdir. Psikoloji bunun için hayvanları da inceler ve böylece insanoğlunun en önemli farklılıklarının bir dökümüne sahiptir. Fakat psikiyatriye verilen görev böyle objektif olarak saptanabilen alanlarla sınırlı değildir. Çoğu zaman toplum ve hukuk da istenmeyen tutum ve davranışları tespit ve ilan eder ve bunlara karşı önlemleri de psikiyatriden bekler. Oysa bu beklentiler her zaman doğanın doğrultusunda olmayabilir. Bu durumlarda psikiyatrinin görevi, topluma ve hukuka karşı insanı, bireyi korumaktır.

Psikiyatrinin altdalları da vardır. Çocukların ve gençlerin yaşlarına özel sorunlarını ele alan ve çareler arayan psikiyatri dalı çocuk ve genç psikiyatrisidir. Özellikle yatarak tedavi koşullarının farklı olmasından ötürü, yataklı kurumlarda eğer çocuk ve gençler de yatırılacaksa, en azından servislerin farklı olması zorunludur. Ancak özellikle çocukların yatırılarak tedavisi başlı başına bir sorundur ve tercih edilmemesi gerekir. Ayrıca çocuklar aile çevresinin dışında psikiyatrik sorunlar bakımından pek tedavi edilemezler. Genç dediğimiz buluş çevresindekiler için de aynı şey söz konusudur. Dolayısıyla da çocuk ve gençlerin ancak ağır psikotik bozukluklarının servislerde tedavisinin düşünülmesi, onun dışında tedavinin ayaktan yürütülmesi uygundur. Türkiye’de de çocuk psikiyatrisi tamamen ayrı bir uzmanlık dalıdır. Ancak çocuklara ve gençlere özgü yataklı psikiyatri kliniği bulunmamaktadır. Sadece büyük bir psikiyatri hastanesi olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde çocuklar için servisler ayrılmaya çalışılmıştır.

Aynı şekilde yaşlı kimselerin özgün psikiyatrik bozuklukları da vardır. Yaşlılar psikiyatrisi demek olan gerontopsikiyatri de özgün bir daldır. Ancak onların özgün kapalı kurumlarda tedavisi gibi bir zorunluluk yoktur. Sadece istenildiği zaman kapanabilen, yani giriş çıkışları kontrollü ayrı bir servis

yeterli olur. Türkiye’de gerontopsikiyatri ayrı bir uzmanlık dalı değildir.

Psikiyatrinin bir başka özgün alanı da adli psikiyatridir. Ruhsal bozukluğu olan kimselerin hukuk sisteminde ayrı bir yeri vardır. Buna uygun olarak en azından büyük hastanelerde ayrı adli psikiyatri birimlerinin olması zorunludur. Nitekim Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde oldukça büyük bir adli psikiyatri bölümü vardır ve tam kapalı tutulması gereken tutuklular ve tedavi aşamasında olan hükümlüler onlar için ayrı kliniklerde yatırılmaktadır.

Psikiyatri hekimliğin bir uzmanlık dalıdır. Psikiyatri eğitimi görebilmek için önce altı yıl süren tıp eğitimini bitirmek, tıp doktoru olmak gerekir. Bundan sonra yurdumuzda geçerli olan yasa ve tüzüklere göre önce tıp doktorlarına özgü olan 30 aylık bir zorunlu hizmetin doktor olarak yapılması şarttır. Bu sırada ya da hemen öncesi ya da sonrasında başvurarak tıpta uzmanlık sınavı demek olan TUS’a girilir. Yeterli puan alındığında ve zorunlu hizmet de bitmişse, uzmanlık eğitimi başlar. Türkiye’de psikiyatri anabilim dalında eğitim veren kurumlar, Sağlık Bakanlığı’na bağlı birkaç hastane ve üniversite hastanesidir. Sağlık Bakanlığı TUS sınavı ardından hemen atama yapar. Fakat eğer ister ve kadro bulursanız, üniversite hastanelerine girebilirsiniz. Oralarda beş yıl uzmanlık eğitimi görülür. Bu eğitimin 8 aylık süresi nöroloji bölümünde rotasyon yani döngülü asistanlık yaparak, üç ayı da gene rotasyon şeklinde iç hastalıkları bölümünde geçer. Bu sırada sıfatınız asistan doktordur. Muayenehane açamaz, bağımsız olarak hasta bakamazsınız. Beş yılın sonunda bir tez hazırlanmış olur ve uzmanlık sınavına girilir. Başarırsa psikiyatri uzmanı, resmi adıyla ruh hastalıkları ve sağlığı uzmanı olunur. Uzmanlığı kazandıktan sonra, gene 30 ay süren bir zorunlu hizmet süresi vardır. Bu hizmet ruh sağlığı kurumlarında yapılır. Bu tamamlandığında bağımsız olarak psikiyatri uzmanı olunmuş olunur. Türkiye’de psikiyatri uzmanı yetiştiren en önemli kurum Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’dir. Yurdumuzdaki psikiyatri uzmanlarının yarısından çok daha fazlası buradan yetişmiştir.

Psikiyatri hizmetinde daha başka meslek ve uzmanlık mensupları da bulunmaktadır. Bir kere sinir hastalıkları uzmanlığı demek olan nöroloji ve onun cerrahi dalı olan nöroşirurji, psikiyatrinin kolay ayrılamayan yoldaşlarıdır. Ayrıca hizmette çok sayıda psikolog da çalışır. Psikoloji lise sonrası psikoloji bilim dalı bölümü bulunan üniversitelerde okunur. Genellikle dört yıl süren bu eğitim sonunda psikolog olunur. Ancak bir psikoloğun doğrudan doğruya bir psikiyatri kurumunda çalışması kolay değildir. Eğer kadro bulunursa ve giriş sınavlarını başarırsa psikolog olarak çalışmaya başlar. Bundan sonrası yurdumuzda çok ayrıntılı düzenlenmiş durumda değildir. Çoğu psikolog arkadaş bu aşamada bir üniversitede master programına katılmakta ve hatta doktora programları yürütmektedir. O zaman uzman psikolog ya da doktor psikolog olarak görevlerini sürdürürler. Ya da akademik kadrolara geçerler. Psikologların yanında psikolojik danışmanlık ve rehberlik eğitimi görmüş olanlar da vardır. Bazı durumlarda onlar da psikolog kadrolarında çalışırlar. Ayrıca ve özellikle çocuk servislerinde, eğitim bilimi demek olan pedagoji uzmanları da bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireliği alanında eğitilmiş ve deneyimli hemşireler de bulunmaktadır. Bütün bu takımın başkanlığını psikiyatri uzmanı yürütür. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde bu elemanların hemen hepsi görevli bulunmaktadır. Diğer kurumlarda, kadro durumlarına göre bazı elemanlar eksik olabilir.

2-Psikiyatri ne zaman ortaya çıkmış ve nasıl gelişmiştir?

Psikiyatri tıbbın oldukça genç dallarındandır. Modern psikiyatrinin sembolik doğum tarihi olarak Fransız Devrimi'nden sonra, o zaman delilerin kapatıldığı bir tür tımarhane olan Bicetre'in 1793'te bir akıl hastanesi sıfatını kazanması ve Phillippe Pinel'in onun başına getirilmesi sayılmaktadır. Aslında o sırada oldukça modern akıl hastaneleri başka yerlerde de vardı ve bir süreden beri psikiyatrik hastaları tedavi de etmekteydiler. Ancak Pinel'in hastaların zincirlerini dramatik bir şekilde çözmesi ve bunun Fransız Devrimi içindeki sembolik anlamı bu olayı öne çıkarmış ve bu tarihten sonra akıl hastaları kesinlikle tıbbın ilgi alanı içinde olarak sayılmıştır. Önceleri "moral terapi" gibi adlarla hastaların daha çok rehabilitasyonuna yarayan bazı şeyler, müzik, spor, oyunlar, toplu aktiviteler gibi yöntemler kullanılıyordu. Ama 19. yüzyılda tıbbi yaklaşımlar öne geçti ve böylece daha biyolojik tedavi biçimleri yaygınlaştı. Daha sonra da ruhsal bozukluk ve sıkıntıların ruhsal dediğimiz fenomenlerle, yani insanlar arasındaki standart iletişim yolu olan konuşma kullanılarak ve kişinin ruhsal tepkileri aracılığıyla, sürekli işleyen ve çalışan ruhsal işlevlerin gücüyle yönlendirilmesi demek olan psikoterapi yöntemleri geliştirildi. Bunun için sağaltım kurumları, yani ruh hastaneleri ve kliniklerinin, bu tedavi yönteminin uygulanabileceği koşullarda yeniden düzenlenmesi ve çalışması sağlanmaya başladı.

Ruhsal ve zihinsel fenomenlere dışarıdan bazı maddeler, yani ilaçlar vererek müdahale ise başlangıçta çok zordu. Çünkü bu fenomenlerin olup bittiği organın, yani merkezi sinir sisteminin biyolojisi ve kimyası kolay bilinmiyor, ilaçların ve çeşitli maddelerin bu sistem üzerindeki etkileri izlenemiyordu. Uzun yıllar bu konuda yapılabilen ancak çok istenmeyen bazı belirtileri yatıştırmak için yöntemler aramak ve uygulamaktan ibaret kaldı. Merkezi sinir sistemine kimi maddelerin şu ya da bu şekilde etki yaptığı, tarihin en eski çağlarından beri bilinen bir şeydir. Öteden beri bilinir ki, bazı maddeler sinirlerin bazı işlevlerini bozar. Örneğin alkol sarhoş eder, afyon uyku verir, esrar algılamaları bozar. Önceleri bunlar ve benzeri maddeler, kişiyi yatıştırmak, sakinleştirmek, rahatlatmak için kullanıldı. Yapılabilen bundan ibaret kalıyordu. Giderek farmakoloji, yani ilaçbilimi daha sağlam temellere oturtuldu ve 19. yüzyılın sonlarına doğru, kimya bilimindeki büyük devrimle birdenbire bir sanayi doğdu. Bugün ilaç sanayisi, boya sanayisi ile birlikte, genel endüstrinin en geniş ve yoğun çalışan alanlarından biridir. Tıbbın diğer alanlarına ilişkin araştırma, çalışma ve buluşlarla birlikte, 20. yüzyılın ortalarından itibaren muazzam bir ilaç endüstrisi gelişti. Türkiye'de de ilaç endüstrisi, endüstri alanlarının en gelişmişlerinden biridir.

Elbette bu gelişme ruh ve sinir hastalıklarını da etkilemeden duramazdı. Psikofarmaka dediğimiz, ruh alanında etkin olan ilaçlar şimdi, enfeksiyonlara karşı kullanılan antibiyotikler ve kalp-damar ilaçlarıyla birlikte ilaç endüstrisinin amiral gemileridir. Dediğimiz gibi yurdumuzda da bu dallardaki endüstri, genel olarak endüstrimizin en güçlü alanlarından. Elbette bu durum bütün endüstrilerin ortak sorunlarının, araştırma, geliştirme, ekonomik koşullar, pazarlama gibi sorun odaklarının, alanımızda da yansımaya yol açmaktadır. Bu da kimi politik ve de meslek ahlakı demek olan etik sorunlar olarak yansımaktadır. Özellikle araştırma işinde hukuksal ve etik sorunlar çok fazladır. İnsanlar üzerinde araştırma olanakları, ahlak ve hukuk kurallarıyla çok sınırlıdır. Ruh hastalıkları alanı da hayvanlar üzerinde yapılacak deneylerle izlenemez. Kaldı ki artık hayvan deneyleri de hayvan hakları karşısında etik bakımdan sınırlıdır.

Bütün bu gelişmeler klinik araştırmalara yoğun şekilde yansımaktadır. Bu araştırmalar ve yeni tedavi yöntemleri, birtakım hastalıkların değişik tiplerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamakta, bu da yeni ve daha değişik tedavilere yol açmaktadır. Bu durum yalnız psikiyatrik hastalıklar değil, diğer alanlardaki bütün hastalıklar için de söz konusudur. Bazen bir hastalık için önerilen bir tedavi

yöntemi, o hastalıkla birlikte bir başka hastalığın da iyileşmesine yol açmakta, o zaman bu iki hastalığın aynı nedene bağlı oldukları ya da ikisinin aynı hastalığın iki ayrı türü olduğu anlaşılmaktadır. Buna karşılık bazen de bir hastalık için önerilen tedavi yöntemi, o hastalık tablosuna benzeyen bazı hastalıklarda işe yaramamakta, bu da aslında bu ikisinin farklı hastalıklar olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Dediğimiz gibi, bu durum bütün hastalıklar için söz konusudur. Ayrıca dünyanın çeşitli bölge ve ülkelerinde birbirinden farklı hastalık tabloları vardır. Psikiyatrik bozuklukların bölge kültürlerine göre farklı olması ve çeşitli bölgelerde gene kültüre bağlı olarak farklı hastalık neden ve düzeneklerinin olması da uluslararası araştırmaların ve sistemlerin başa çıkması gereken sorunlardandır. Bunun için uluslararası bir sınıflandırma sistemi ortaya koymak kolay değildir. Oysa psikiyatrik bozukluklar, ortaya çıkardıkları hukuksal sorunlardan ötürü aynı sistemde toplanmak zorundadır. Bu amaçlarla kurulmuş olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), özgün adıyla World Health Organization (WHO), gene bu amaçlarla hastalıkları dünya çapında gözleyip incelemek ve her yer için geçerli olan hastalık indeksleri yayımlamak zorunda kalmıştır. İlki 1920'lerin sonlarında yayımlanan bu listelere International Clasification of the Diseases (ICD) adı verilir. Bu listeler zaman zaman gözden geçirilir, yeni buluş ve görüşlerle incelenir ve yeni listeler hazırlanır. Halen ICD'nin 10. versiyonu yürürlüktedir.

Bunun yanında ABD'de özellikle 2. Büyük Savaş'ın ardından çok gelişen ve diğer ülkelerden farklı bir gelişme gösteren psikiyatri bilimi, orada psikiyatrik hastalıklar için daha farklı bir sistemleştirmeyi zorunlu kılmış ve bunun üzerine 1952 yılında, ICD'nin 6.'sı yürürlükteyken, Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association – APA) Amerika için ayrı bir liste hazırlayıp yayımlamıştır. Bu liste de Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistik El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM) adını taşımakta ve bu da gereksinimlere göre yeniden revize edilmektedir. Şu anda DSM IV yürürlükteyken, Zaman içinde bu iki sınıflandırma sistemi birbirini etkilemiş ve ikisi birbirlerine yaklaşmıştır. Gene de sistematizasyonun farklı olması ikisinin tam çakışıp birleşmesini önlemektedir. Türkiye'de ikisi de kullanılmaktadır. Ancak yayınlarda İngilizcenin ve ABD kaynaklarının daha ağırlıklı olması yüzünden, meslektaşlar arasındaki konuşma ve yazışmalarda DSM sistemi daha çok kullanılmaktadır. Fakat resmi yazı ve istatistikler için ICD kodunun kullanılması zorunludur. Biz de bu kitapta DSM kodlamasını kullanmayı yeğleyeceğiz.

Bu kodlamalarda her bozukluk üç haneli bir sayı ile gösterilir. Sonra bir nokta konup gene bir ya da iki haneli bir sayı ile o bozukluğun alttiplerine işaret edilir. 295.30 Şizofreni – Paranoid tip, 295.20 Şizofreni – Katatonik tip, 300.4 Distimik Bozukluk, 296.40 Bipolar I Bozukluğu gibi.

Psikiyatride “hastalık” deyimini pek kullanılamaz. Çünkü tıpta hastalık diye tek bir nedenden olan belli bir hastalık tablosu anlaşılır. Oysa psikiyatride aynı neden birden fazla tabloya neden olabildiği gibi aynı tabloyu farklı nedenlerin ortaya çıkarması da mümkündür. Onun için “hastalık” deyimini yerine “bozukluk” deyimini kullanmak bizce daha doğrudur.

Ruhsal bozukluk ise Haarstick ile Faber'in 1994'te yaptıkları tanıma göre algılamada, bellekte, yaşantıların ele alınışı ve yargılanışında, bedensel ve toplumsal işlevlerde hastalık niteliğinde, istenç dışı ve kişinin kendi isteği ve çabası ile düzelmeyen bir bozulma olması durumudur.

2. Bölüm PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR ve TANILARI

3-Psikiyatrik bozukluklar ne zaman ve nasıl bozuk sayılır?

Merkezi sinir sisteminin yüksek işlevlerinden oluşan ve bizim ruhsal aygıt diyebileceğimiz işlevler, ayrı ayrı isimler taşır. Örneğin zekâ denilen bir kavram vardır ki, bu da aslında birden fazla işlevden oluşur. Düşünme diye de bir kavram vardır ve o da birden fazla işlevin toplu adıdır. Anlama, öğrenme, bellek, hatırlama, tanıma, yargılama ve tartma, yani muhakeme de gene her biri birden fazla işlevden oluşan fakültelerdir. Bu alanların birinde, birkaçında ya da çoğunda olan bozulmalarla farklı tablolar ortaya çıkar. Bir tabloda genellikle birkaç bozulma birden görülür. Pek çok bozukluk ise münferit, yani tek başınadır. Hemen hepimizde bu alanların alt işlevlerinde, standarttan sapan, normalde olmaması gereken bazı özellikler vardır. Bu küçük normalden sapmalara rağmen bize ruhsal yapısı bozuk ya da ruh hastası, akıl hastası denilemez. Herkes kendi münferit bozukluğuna rağmen kendi yaşamını normal sınırlar içinde sürdürür. Ama böyle küçük sapmalar kişinin işinde, mesleğinde, yaşamında kimi zorluklara neden olabilir. Bu küçük sapmalar yaşamda başarılı ve mutlu olmayı büyük ölçüde zorlaştırabilir. Ya da çoğu insanın yaşamı boyunca yaptığı gibi, diğer sağlam işlevlerin yardımıyla bu küçük bozukluk örtülür ve insan sağlıklı, başarılı, mutlu bir yaşam sürer. Bu durum bütün hastalıklar için de aynıdır. Pek çok insanın kan basıncı, ya da kan şekeri, olması gereken en uygun sınırların üstünde ya da altındadır. Gene, pek çok insan dolaşım, ya da sindirim sistemindeki ufak tefek arızalara rağmen tamamen normal bir yaşam sürüp gider, bunların farkına bile varmaz. Ancak çok ayrıntılı, hassas bir muayeneyle bunlar ortaya çıkarılabilir ve insan belli bir bozukluğu olduğunu öğrenmiş olur. Psikiyatride de böyledir. Hepimizde ufak tefek kusurlar, normalde olmaması gereken özellikler vardır. Ama bunlar bizim işimizde, yaşamımızda, başarılı ve mutlu olmamıza engel değildir. Eğer engel oluyorsa o zaman psikiyatra gidilir ve çaresi aranır. İşte bu yüzden psikiyatride münferit bir bozukluğun tedavisine girişilmesi, ancak o hastanın kendi isteği ve onayıyla olmalıdır. Yoksa eşin dostun, sağın solun “hasta” demesiyle kişi tedaviye zorlanamaz. Ancak belirli bir bozukluğu olan kişi, eğer o bozukluk toplumsal zorluklara neden oluyorsa “hasta değil” diye de kabul edilemez. Toplumsal koşullar o bozukluğun olmamasını, varsa düzeltilmesini şart koşabilir. O halde bir bozukluğun “hasta” olarak kabul edilmesi, kişinin ve toplumun ortak değerlendirmesiyle olacaktır. Buna rağmen davranışlardaki bazı bozukluklar, kişinin isteği olmadan da “anormal” olarak kabul edilebilir ve toplum, o bozukluğun düzeltilmesi için zorlayabilir. Böyle durumlarda hukukun ilkelerine uygun olarak, yani toplumun koyduğu kurallara göre yargının buna karar vermesi gerekir. İşte psikiyatrinin önemli bir özelliği de budur. Psikiyatri, diğer tıp dallarına göre, yargının denetiminin ve zorlamasının daha yoğun olduğu bir daldır.

4- Psikiyatrik bozukluklarda ne tür bozulmalar görülür?

Bozukluk tablolarında olan bozuklukları ileride daha ayrıntılı olarak sayacaksak da, burada bu

bozulma alanlarının belli başlılarını şöylece sıralayabiliriz:

Zekâ ve gelişim bozuklukları, genellikle çocuğun erken gelişimi sırasında ya da doğumundan hemen sonra kendisini belli eden bozukluklardır. Çocuğun zekâ gelişimi ve dolayısıyla bedensel gelişimi ileri derecede ya da görünür derecede bozuktur. Doğumdan önce annenin maruz kaldığı fizik etkilerin, örneğin aldığı ilaçlar ya da maruz kaldığı radyasyonun sonucunda olur. Psikiyatrik bozuklukların önemli bir bölümünü oluşturur.

Bellek bozuklukları, genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan bozukluklardır. Genellikle yakın geçmiş belleği daha çok bozulur. Daha eski dönemlere ilişkin ise daha sağlam kalır. Zaman zaman belirli ilaçların etkileriyle ve bazı ruhsal travmalar sonrası bir bellek yitimi ya da bozulması da olabilir. Travma sonrası olanlar genellikle geri dönüşümlüdür. Bir süre sonra bellek yeniden geri döner.

Algılama bozuklukları, olan bir olayın ya da söylenen bir sözün algılanmasındaki bozulmalardır. İlaçların etkisiyle olabildiği gibi fizik hastalıkların seyri sırasında da olur. Uyku sersemi dediğimiz durumlarda da normal olarak algılama kusuru vardır. Söylenen sözler tam anlaşılmayabilir, hareketler tam algılanmayabilir.

Dikkat bozuklukları uyanık dikkatin ya da spontan dikkatin bozulmasıdır. Bozulma dikkatin azalması ve dağılması şeklinde olduğu gibi, ileri derecede artması şeklinde de olur. Dikkatin aşırı artması örneğin manide görülür. Dikkati belirli bir şey üzerinde toplayamamak, dikkatin uçuşması da sık görülen bozukluklardandır.

Öğrenme bozukluklarının okuma öğrenmedeki bozukluklar ve matematik bozukluğu gibi alttipleri vardır. Başkaca bir bozukluk olmasa da, çocuğun okul başarısını ve dolayısıyla yaşamdaki başarısını ağır şekilde kısıtlar. Bir de yazılı anlatım bozukluğu vardır. Bu da çocuğu başarısız kılar. Matematik bozukluğu hariç bu bozukluklar Türk dilinin çok işlevsel olmasından ötürü yurdumuzda, Batı ülkelerine göre daha az görülür. Dilin yapısının bu bozukluğun ortaya çıkması üzerindeki etkilerinin araştırılması gerekmektedir.

Konuşma bozukluklarının dili anlama, sözel anlatım bozukluğu, belli sesleri çıkarmadaki zorluklar ve herkesin bildiği kekeleme gibi alttipleri vardır. Bu eğitimde önemli zorluklara neden olan bir şeyse de, genellikle kolay alt edilmekte, eğitimi önemli ölçüde zedelememektedir. Ama gene de sosyal bir zorluktur.

İletişim bozuklukları çocuğun, ergenin, hatta erişkinin yakın ve uzak çevresiyle olması gereken iletişim olanak ve olasılıklarının bozuk olmasıdır. Bunlar anne ve babanın ya da yakın çevrenin kusurlu olmasından olabilir. Çocukta ve ergende özellikle nörotik dediğimiz türden bozulmalara neden olurlar. Bir de çocuğun kendisinin iletişim kurmada güçlükler sergilemesi vardır ki, otizm ya da rett bozukluğu türünden ağır bozukluk sayılırlar.

Yeme bozuklukları, aşırı yemek yeme kadar yemek yemekten kaçınma ya da besin değeri olmayan maddelerin yenmesi gibi davranışlar, derin ruhsal nedenlere dayanır ve tedavisi zor sorunlardır. Yemek yemekten kaçınma ve olmayacak maddelerin yenmesi gibi davranışlar yaşam için ciddi engeller oluşturur, hatta yaşamla bağdaşık değildir.

Uyku bozuklukları da önemli bozukluklardır. Birçok psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkarlar. Aşırı uykululuk durumundan çok, uykunun bedenin işlemesi için gerekli olan asgari miktarının azalması bazı psikiyatrik bozuklukların en önemli bulgularındandır.

Düşünme bozuklukları, özellikle psikotik dediğimiz ağır psikiyatrik bozukluklarda düşünce akışı hızı ve düşünce içeriğinin ağır şekilde bozulmasıdır. Bunları yeri geldiğinde inceleyeceğiz.

Mizaç (mood) bozuklukları, duygudurum bozukluklarının genel adıdır. Psikiyatride en önemli ve

yaygın bozukluklardandır. Depresyon pek çok insanın yaşamında belli ya da belirsiz bir süre olur. Ve çoğu zaman tedavisi gerekir.

Cinsel kimlik bozuklukları. Kişinin cinsel kimliğini terk edip karşı cinsin kimliğinde yaşaması kişiye büyük sorunlar yaratan ve acı veren bir durumdur. Yalnız bu eşcinsellik ile bu karıştırılmamalıdır. Eşcinsellik artık sadece bir cinsel tercih olgusudur ve psikiyatrik bir bozukluk sayılmamaktadır. Ancak kişinin kendisinin bu durumdan şikayetçi olması halinde, psikiyatrinin yardımcı olmaya çalışması söz konusu olabilir. Cinsel kimlik bozukluğu başlığı altında incelenmesi ve ele alınması gereken bozukluklar, daha çok transseksüalizm gibi daha ağır bozukluklardır.

Cinsel işlev bozuklukları. Erkeklerde iktidarsızlık ve kadınlarda cinsel istekteki azalma ya da bozulmalar da çoğunlukla psikiyatrinin yardımıyla çare aranması gereken ruhsal sorunlardan kaynaklanan olgulardır.

Davranış bozuklukları dediğimiz antisosyal ve asosyal davranışlar. Kleptomani ya da sorun yaratan suç işleme bozuklukları ayrı başlıklar altında psikiyatrinin konusu olur.

Kimlik bozuklukları kişinin kendi kimliğinde bir bozukluk olması durumudur. Çok ağır derecelere ulaşabilir.

Madde kullanım bozuklukları. Çeşitli bitkisel ve kimyasal maddeler insanlar tarafından, genellikle keyif verici olarak kötüye kullanılmaktadır. Bu, psikiyatrinin uğraşması gereken önemli bir sorun oluşturur. Madde kullanımı olduğu kadar kullanılan maddenin yoksunluğu da sorun oluşturan tablolar ortaya çıkarır.

Dürtü denetimi bozuklukları. Kişilerin kendi dürtülerini toplumsal ve fizik koşullara göre denetim altında tutabilmeleri zorunludur. Bazı durumlarda bu denetim düzeneği yoktur ya da bozuktur. Özellikle çocuk yaşlarda ortaya çıkan bu bozukluk çocuğun sosyal uyumunu fena halde bozan bir durumdur.

Uyum bozuklukları, kişilerin çeşitli ortam ve koşullara uyum göstermelerindeki eksiklik ya da bozukluklardır.

Kişilik bozuklukları kişinin erişkin kişiliğindeki bozukluklardır. Aktif olarak bir şey yapılamasa bile, konu bir bütün olarak psikiyatrinin ilgi alanındadır.

İlişki bozuklukları. Problemlili olan pek çok ilişki, özellikle karı-koca arasındaki ilişkilerde olan bozulmalar psikiyatriden yardım ararlar.

Ruhsal huzuru etkileyen bozukluklar. Yukarıdaki konuların dışında da ruhsal huzuru olumsuz etkileyen birçok bozukluk söz konusudur. Bunlar da psikiyatriden yardım ister ve görürler.

Dikkat edilirse bu bozuklukların çok küçük bir bölümü, filmler ve romanlarda psikiyatri adı altında sunulan bozukluklardır. Psikiyatrinin uğraştığı alanın büyük bölümü zekâ gerilikleri, gelişim bozuklukları ve psikoz dediğimiz ağır ruhsal bozukluklardan oluşur. Bunları yukarıdaki sırayla değil, DSM'deki sıraya göre teker teker ele almaya çalışacağız. Bu seçimimizin nedeni, yurdumuzda DSM'nin daha makbul ve muteber sayılmasıdır. Ancak resmi raporlar ve diğer resmi evrakta ICD kodunun ve adının kullanılması zorunludur.

5-Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde ortaya çıkan ve tanısı konan bozukluklar nelerdir?

Zekâ gerilik ve eksiklikleri soydan gelen ya da hamile annenin maruz kaldığı çeşitli dış etkilerin bebeği etkilemesinden olan, bir kısmı da en erken çocukluk döneminde çocuğun maruz kaldığı durumlardan kaynaklanan bozukluklardır. Bunlar çocuğun olması gerektiği gibi gelişip serpilmesini engeller. Çocuğun gelişimi yaygın alanlarda ya da belirli sınırlı bir ya da birkaç alanda durur. Bu duraklamanın nedenleri arasında kalıtsal etmenlerden başka annenin ya da bebeğin maruz kalacağı çeşitli kimyasal maddeler, örneğin alınan bazı ilaçlar, annenin geçireceği çeşitli hastalıklar, bebeklik ya da erken çocukluk döneminde geçirilen bazı hastalıklar, çocuğun iç salgı bezlerindeki bozukluklar sonucunda ortaya çıkan durumlar ve çocuktaki çeşitli beslenme yetersizlik ve bozuklukları bulunmaktadır. Zihinsel durgunluk demek olan mental retardasyon zekâ geriliklerinin başlıca tanısıdır. Önce bu durum tespit edilir ve bunun nedenleri sonra araştırılır. Mental retardasyon, hafif, orta, ağır ve ileri derecede ağır olmak üzere sınıflanır.

Sınırlı bozukluklar bir ilerideki başlık altında ele alınır. Bunlardan biri öğrenme bozukluklarıdır. Bunun sınıflandırılması da okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu grupları altında olur. Her biri için bozukluğun derecesini tayin etmek önemlidir. Bu amaçla çok çeşitli olan testler kullanılır. Testler psikologların saptamış oldukları, bozukluk ve derecesini saptamaya yarayan soru listeleridir. Genel olarak zekâyı değerlendiren Binet, Simon, Stanford, Wechsler testleri en bilinenlerdir. Bunlarda çocuğa sorulan bir soruya çocuğun vereceği ya da veremeyeceği yanıt değerlendirilir. Ve çocuğa bir not verilir. Çocukların normalde verebilmesi gereken yanıtlar ve çocuğun ulaşması gereken sayı arasındaki uygunluk ya da fark çocuğun zekâ düzeyini gösterir. Öğrenme faktöründen ötürü bu testlerin duyarlılığı çok büyük değildir. Ortaya çıkan sayı ancak yaklaşık bir değerdir. Gene öğrenme faktörü nedeniyle her test ancak bir kez uygulanabilir. İkinci kez kullanımda çocuk öğrenmiş olacağı için performansı daha yüksek çıkar ve yanıltıcı olur. Ortaya çıkan sayıya bazen zekâ yaşı denilir. Çünkü testler yaş gruplarına göre düzenlenmiştir. Ama daha doğru bir deyim “zekâ katsayısı = intelligence quotient = IQ”dur. Bunda değerlendirme 100 üzerindendir. Ancak 100 tam zekâ değil, ancak sınırda zekâyı gösterir. Örneğin liseyi bitirmek ve yükseköğrenime geçebilmek için gereken IQ 120-130 civarındadır. İleri zekâ ise 150’nin üstüdür. Öğrenme bozuklukları için ayrıca özgün testlerin kullanılması gerekir.

Bir sonraki başlık devinsel, yani motor becerilerdeki bozukluklardır. Parmakların, ellerin, ayakların ve bacakların koordine, yani eşgüdümlü hareketlerindeki bozukluklar buraya girer. Bunları saptamak için de çeşitli koordinasyon muayeneleri listeleri vardır. Parmak ve ellerin koordine hareketlerindeki bozukluklarda, çocuğun kalem tutup yazı yazmasında ya da ayak ve bacakların koordinasyonundaki bozulmalarda yürüme, kaldırma çıkıp inme, merdiven çıkma gibi becerilerde çeşitli derecelerde zorluklar, bozukluklar olur. Tanıda bunların teker teker incelenip değerlendirilmesi gereklidir. Çocuğun hareketleri hantal, sakar, düzensiz olabilir. Ya da sadece sportif becerileri zayıftır. Bunlar daha çocuk oyunlarında belli olmaya başlar. Toplu çocuk oyunlarına çocuk katılamaz, arkadaşları tarafından istenmez, hatta itilir. Bu da çocuğun grup bağlantılarını fena halde bozabilir, zorluklar çekmesine neden olur.

Bir sonraki başlıkta iletişim bozuklukları bulunmaktadır. Bunda sözel anlatım bozukluğu, karışık dili algılama-sözel anlatım bozukluğu, gelişimsel söyleme bozukluğu, kekeleme gibi bozukluklar söz konusudur. Sözel anlatım bozukluğunda sözcük sayısının çok sınırlı olması, dilbilgisi yönünden zaman seçiminde hatalar yapma, sözcükleri anımsamakta ya da gelişimine göre uygun uzunlukta ve karmaşıklıkta cümle kurmakta güçlük çekme gibi bozukluklar vardır. Dili algılamakta da bozukluk varsa, bu da karışık algılama ve anlatım bozukluğu olur. Konuşma seslerini çıkarmada zorluklar,

yanlış sesler çıkarma, kullanma, belirli sesleri çıkaramama, örneğin kelime sonlarındaki sessiz harfi atlama, ya da bir sessiz harf yerine bir başkasını söyleme gibi bozukluklar vardır. Örneğin “kurt” yerine “kurk” demek, kelime sonundaki sessiz harfi yutmak, “gelir” yerine “geli”, “olur” yerine “olu” demek (ve bunu şımarıklıktan yapıyor olmamak) söz konusudur. Kekeleme ise zaten bilinen ve tarife gerek olmayan bir şeydir.

Bir sonraki başlık yaygın gelişimsel bozukluktur. Bunda en bilinen tablo otistik bozukluk dediğimiz durumdur. Toplumsal etkileşimde nitel bozulma, konuşulan dilde bozulmalar, ilgi ve etkinliklerde sınırlılık ya da gariplik ya da basmakalıp ve sınırlı oluş bu durumun belirgin özellikleridir. Bu bozukluk erken çocukluk dönemi dahil hemen her gelişim aşamasında, genel olarak bir hastalığın ardından ortaya çıkar. Ve ömür boyu kalıcıdır. Buna benzeyen bir başka bozukluk da Rett bozukluğudur. Ayrıcı özelliği baş büyümesinin beşinci ayda durması ya da yavaşlamasıdır. Garip el, kol hareketleri, koordinasyonu bozuk yürüme ya da vücut hareketleri vardır. Daha ileri yaşlarda kısmen düzelmeler olsa da durum ilerleyicidir. Bir başka bozukluk da çocukluğun dezintegratif bozukluğudur. Bu da 2 yaşına kadar oldukça normal gelişmiş olan çocuğun, yetilerini 10 yaşından önce bırakması, bir bağlamda duraklayıp geri gitmesi ile kendini gösteren bir bozukluktur. Sözel iletişim bozuktur, toplumsal etkileşimde bozulma vardır, davranış, ilgi ve etkinliklerde basmakalıp ve yineleyen örüntüler vardır. Bu başlık altındaki bir bozukluk da Asperger bozukluğudur. Çocuk toplumsal iletişim kurmada dikkati çeken bazı eksiklikler gösterir. Yaşıtlarıyla gelişimine uygun bağlantı kuramaz. Sözel olmayan ifade tarzında büyük ya da küçük bozulmalar vardır. Çocuk basmakalıp ilgi örüntüsü içinde kapanıp kalmıştır. Bazı davranışları törensel tarzda ısrarla yapar.

Bir başka başlık da dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluğudur. Çok yaygın görülen ve okullarda öğretmenler tarafından da abartılan basit tipi, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğudur. Bu tanıyı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinden en az altısının en az altı ay sürmüş olması, hiperaktivite semptomlarından da altısının en az altı aydır sürüyor olması gereklidir. Dikkat gerektiren ayrıntılara varamamak, okul ödevlerinde dikkatsizlik hataları yapmak, üzerine aldığı görevlerde dikkatinin dağılması, konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünmesi, yönergeleri izleyememesi, üzerine aldığı işleri düzenlemekte zorluk çekmesi, sürekli zihinsel çaba gerektiren şeylerden kaçınması, gerekli eşyayı kaybetmesi, dikkatinin dış uyaranlarla kolayca dağılması, günlük etkinliklerde unutkan olması, dikkatsizlik belirtilerinden başlıcalarıdır. Hiperaktivite belirtileri de şunlardır: Çoğu zaman çocuğun elleri ayakları kıpır kıpırdır, oturduğu yerde kıpırdanıp durur, oturduğu yerden sık sık kalkar, uygunsuz durumlarda da koşturup durur, sağa sola tırmanır, sakın bir şekilde oyun oynama zorluğu vardır, motor takılmış gibi davranır, çok konuşur, sorulan soru tamamlanmadan yanıt yapıştırır, sırasını beklemekte güçlüğü vardır, başkalarının sözünü keser, yaptıklarının arasına girer. Bu bozukluklar çok uzun vadede kendiliğinden düzelebilir. Ancak bu sırada çocuğun eğitimi, öğrenimi fena halde aksar, yakın çevresinden de dışlanabilir. Kalıcı olduğu durumlar da vardır ve kalifiye olmayan işlerde çalışarak yaşamını da şöyle böyle sürdürebilir. Çocuğun okul başarısının sağlanabilmesi için, zekâsında bir eksiklik olmadığından hareketliliğinin yatışması yeterli olabilir.

Başka bir başlık davranış bozukluğudur. Tanı ölçütlerinden üçünün 12 aydır bulunması ve bunlardan birinin altı aydır görülmesi gereklidir. Ana bozukluk tipleri hayvanlara ve insanlara karşı saldırganlık, eşyalara ve mala zarar verme, aldatma ve hırsızlık, kuralları ciddi biçimde bozma, evden kaçma, okuldan kaçmadır. Bu bozukluklar okul başarısında, meslek yaşamında, genel olarak sosyal uyumunda ciddi bozulmalara neden olur. Ayrıca hafif, orta ve ağır derecede olmak üzere de

sınıflandırılır.

Bu dizide bir başlık da karşıt olma-karşı gelme bozukluğudur. Çocuk sık sık hiddetlenir, büyükleriyle tartışmaya girer, büyüklerin isteklerine ve kurallarına uymaya karşı gelir, çoğu zaman isteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar, kendi yaramazlıkları için başkalarını suçlar, çoğu zaman alıngandır, kolay kızar, kolay kızdırılır, kızgın ve güceniktir, kincidir. Bu davranış benzer yaş grubunda olanlardan fazlaysa hesaba katılır. Grup davranışları bu hesapta sayılmaz.

Bir başlık da bebek ve küçük çocuklardaki yeme bozukluklarıdır. Bunların başında pika gelir. Pika, yenebilir olmayan şeylerin yenmesidir. Toprak yemek bunların en yaygınıdır. Yenebilir olmayan maddelerin gevelenmesi, kemirilmesi ve yenmesi yaşına uygun değilse, bu sınıfa girer; yoksa bebeklerin her şeyi ağızlarına götürmeleri bu bozukluk kapsamında elbette ki değildir. Bu bozukluklardan bir başkası da geviş getirme bozukluğudur. Yenilen şeylerin yeniden ağıza getirilmesi ve yeniden çiğnenmesidir. Bu her iki bozukluk, pika ve geviş, bir başka bozukluğun belirtisi olarak oluyorsa bile, ayrıca not edilecek ve üzerine gidilecek kadar ağır bozukluklardır.

Başka bir bozukluk başlığı tik bozukluklarıdır. Bu bozukluğun en ciddi şekli Tourette bozukluğudur. Tik, birden ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan bir hareket ya da ses çıkarmadır. Tourette bozukluğunda genellikle motor ve vokal tikler bir arada bulunur ya da birbirini izler. Bu tikler bir yıldan daha uzun zamandan beri aralıklı olarak ya da hemen her gün, günde bir ya da birkaç kez ortaya çıkar. Başlangıcı buluşğdan öncedir. Belirli bir sıkıntıya ve toplumsal alanda zorluklara neden olur. Tik bozukluğu Tourette dışında da gelip geçici, tekrarlayan ya da kronik olabilir. Bunlar Tourette bozukluğundan farklı tablolardır. Nedensellikleri de farklıdır.

Bir konu başlığı da dışa atım bozuklukları olmalıdır. Enkoprezis dışkı kontrolünün yapılamadığı, dışkının alta bırakıldığı durumdur. Bunun kabul edilebilmesi için çocuğun takvim yaşının en az dört ve daha yukarı olması gerekir. Çok çeşitli psikiyatrik tablolarda enkoprezis görülebilir. Enurezis de idrarın tutulmayışı olayıdır. Bunda da takvim yaşının en az beş ve daha yukarı olması, tanı için zorunludur. Sadece geceleri, sadece gündüzleri ve hem gece hem gündüz olabilir. Gerek enkoprezis, gerekse enurezisin psikiyatrik bozukluk sayılabilmesi için, buna neden olacak fizik bir hastalığın olmaması şarttır.

Çocuklarda görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğu da bu bölümün konu başlıklarından biridir. Evden ya da bağlandığı kimselerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde aşırı sıkıntı duyma, bağlandığı kişileri yitireceğinden yoğun ve sürekli korku duyma, kötü bir olayın bağlandığı kimselerden kendisini ayıracağından sürekli kaygı duyma, ayrılma korkusundan dolayı okula ve benzeri yerlere gitmeyi istememe, tek başına kalmak ya da bağlandığı kimselerin yakınlığı olmadan bir yerde bulunmaktan aşırı kaygı ve korku, ayrılma konulu kâbuslar görme, bağlandığı kimseden ayrıldığında belirli bedensel semptomlar (örn. baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma) gösterme. Bu gruptan sayılması gereken bir bozukluk da seçici konuşmazlıktır (elektif mutizm). Çocuk konuşması gereken yerlerde konuşmaz ya da tutulur. Bir de bebeklik ve küçük çocukluğun tepkisel bağlanma bozukluğu vardır. Çocuk bağlanacağı kimselere karşı kaçınılmalı bir bağlanma gösterebilir, hırçınlaşır. Ya da normalde bağlanması gerekmeyen kimselere aşırı sokulma, bağlanma görülür. Bu son bozukluklar yuva ve yurt çocuklarında, daha ileri yaşlara kadar da görülebilir. Hatta izleri erişkinlikte de sürer.

6-Bunama ve diğer bilişsel bozukluklar nelerdir? Nedenleri nedir?

Bunama, yeni bilgiler öğrenme ya da daha önce edinilmiş bilgileri anımsama yetisinde azalma ve konuşmada, nesneleri tanımada, bildiği işlevleri yerine getirmede yaygın bozukluk ortaya çıkması, bu yüzden işlevsellik düzeyinde belirgin düşmeyle beliren bir durumdur. Yeni bilgiler öğrenme ve öğrenilmiş bilgileri anımsamadaki bozukluk yanında, afazi (dil bozukluğu), apraksi (öğrenilmiş işleri ve hareketleri yapmada bozukluk), agnozi (nesneleri tanıyamama) ve tasarlama, düzenleme, soyutlama gibi işlevlerde bozulmalar bulunur. Genellikle orta yaşın üzerindeki kimselerde olur. Durum kalıcıdır ve yitirilen beceriler yeniden kazanılamaz, tersine bozukluk ilerler. Tıbbi adıyla demans denilen bu durumun en yaygın görülen tipi Alzheimer tipi demanstır. Başlangıcın 65 yaş altında olması erken başlangıç sayılır. Bu demans çeşitli metabolizma ürünlerinin sinir hücrelerinde birikmesine bağlıdır. Bu maddeler arasında alüminyum tuzları biraz daha fazla görülür. Bu nedeni ortadan kaldırmak hemen hemen olanaksızdır. Ancak çeşitli ilaçlar yardımıyla demansın ilerlemesi yavaşlatılabilir. Sinir hücrelerindeki değişiklik ve bozulmaları geri döndürmek mümkün değildir. Alzheimer tipi demanstan başka, damarlardaki bozukluklara bağlı olan multiinfarkt demanslar da vardır. Bunda Alzheimer tipi demanstan farklı olarak beyin damarlarındaki tıkanmalara bağlı nörolojik bozukluklar da birlikte görülür. Ayırıcı tanı da böyle yapılır. Yoksa klinik tablo aynıdır. Klinik tablonun aynı olduğu bir durum da genel tıbbi bir durumdan dolayı oluşan demanslardır. Bunlarda da ayırıcı tanı o klinik hastalığın tanısıyla olur. Demansa neden olan klinik hastalıklar arasında AIDS, yaralanmaya bağlı beyin hasarı, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, Pick hastalığı, Jakob-Kreuzfeld hastalığı, hipotiroidi ve vitamin B12 eksikliği, çeşitli beyin tümörleri sayılabilir. Tanı için bu hastalığın varlığı gösterilmelidir. Her türlü demansta yitirilen yetilerin geri dönmesi imkânsızdır, sadece seyri yavaşlatılabilir. Tamamen durdurulması da mümkün değildir. Uyuşturucu madde kullanımı da uzun vadede demansa neden olur.

Bilişsel işlevlerde görülen bir bozukluk grubu da amnestik bozukluklardır. Bunda da öğrenememe ve daha önceki bilgileri anımsayamama görülür. Çoğunlukla kısa sürelidir. Uzun süreli olanlarda da zaman zaman kısmi düzelmeler olur. Nedenleri genel hastalığa ve madde kullanımına bağlı olabilir. Bu maddeler başta alkol olmak üzere sedatif (yatıştırıcı), hipnotik (uyutucu) ya da anksiyolitik (kaygı giderici) maddeler olabilir. Genel tıbbi durumlar arasında da çeşitli ateşli hastalıklar, diyabet, bazı metabolizma bozuklukları ve habis anemiler vardır.

Bir bilişsel bozulma durumu da deliriumdur. Dikkati belirli bir konu üzerine odaklama, yeni bir konuya kaydırma ve dikkati sürdürmede azalma ile giden bilinç bozukluğuna delirium denir. Çeşitli yaygın bedensel hastalıkların, özellikle ateşli hastalıkların seyri sırasında bu durum ortaya çıkabilir. Genellikle sınırlı bir süre devam eder ve genel tıbbi durumun düzelmesiyle geçer. Madde kullanımı da bu tabloyu ortaya çıkarır. Ama aynı zamanda kullanılan bir maddenin yoksunluğundan da ortaya çıkabilir. Kullanılan maddeler sinir sistemini ağır şekilde etkileyen alkol, esrar, afyon alkaloidleri, kokain gibi maddeler olduğu gibi sedatif yani yatıştırıcı maddeler, hipnotik yani uyku ilaçları, anksiyolitik yani trankilizan ilaçlar da yüksek dozda ya da sürekli kullanımda böyle bozukluklara neden olur. Daha iyi tanımlamak için bildiğimiz sarhoşluğun da bir delirium tablosu olduğunu anımsatalım.

7-Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar nelerdir?

Keyif verdiği için ya da keyif verdiği öne sürülerek kullanılmakta olan kimi maddelerin kullanımı nedeniyle ortaya çıkan bozukluklar vardır. Bu amaçlarla kullanılan her madde merkez sinir sisteminde mutlaka birtakım değişiklikler yapıyor demektir. Bu bakımdan başlı başına bir bozukluktur. Bazı ilaçlar da doğrudan doğruya sinir sistemini etkilemedikleri halde bedende yaptıkları ve kişiye o an için olumlu gelen işlev değişiklikleri yüzünden, gittikçe kötü kullanılır hale gelirler ve bunun bedene olumsuz etkileri ortaya çıkmaya başlar. Yaşlı kimselerde görülen laksatif (müshil) kötü kullanımı bunlardan biridir. Ancak bu müshillerin etkisi giderek düşer ve her seferinde daha çok alınması gerekir. Bu da sindirim sisteminde ve organizmada birçok bozulmaya neden olur.

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar iki grupta incelenebilir. Birisi madde kullanım bozuklukları (madde bağımlılığı ve madde kötü kullanımı), diğeri ise madde kullanımının yol açtığı bozukluklar (madde entoksikasyonu, madde yoksunluğu, madde kullanımının yol açtığı delirium, madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans ve kalıcı amnestik bozukluk, madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluğu, madde kullanımından ileri gelen anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları ve uyku bozukluğu).

Madde bağımlılığı, tolerans ve yoksunluk belirtilerinin olmasını gerektirir. Tolerans, gerekli entoksikasyonun oluşması için başlangıçta gerekenden daha yüksek dozda maddeye gereksinim olması durumudur. Her madde bir entoksikasyon yapar. Entoksikasyon, zehirlenme demektir. Alınan maddenin tutması, yani keyfinin alınabilmesi için işte bu zehirlenme sınırının aşılması gerekir. Fakat madde kullanıldıkça bu düzeye ulaşmak için gereken miktar yükselir, madde yetmemeye başlar. Bu, o maddeye karşı vücutta belirli bir tolerans oluştu demektir. Toleransla birlikte genellikle yoksunluk belirtileri de başlar. Yani zamanında alınmadığı zaman birtakım durumlar ortaya çıkar. Bunlar için eroin ve kokain gibi yüksek bağımlılık yapıcı maddelere gerek yoktur. Her gün içilen kahve ve çay ya da sigara da yüksek derecede bağımlılık meydana getirir ve gerek toleransları, gerekse yoksunluk belirtileri vardır. Madde bağımlılığından söz etmek için şu koşullar aranır:

- İstenen etkiyi sağlamak için artan miktarlarda maddeye gereksinim olması,
- Sürekli olarak aynı miktar alındığında etkinin azalması,
- Yoksunluk belirtilerinin olması
- Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için aynı maddeden ya da yakın benzerinden alınması.

İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan, yineleyici bir biçimde madde kullanma, fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde madde kullanma, madde ile ilgili yineleyici yasal sorunlar, maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın madde kullanımı durumunda da madde kötüye kullanımından söz edilir.

Maddelerle ilişkili olarak entoksikasyon, yoksunluk, madde entoksikasyonu deliriumu, madde yoksunluğu deliriumu; maddenin yol açtığı kalıcı demans, maddenin yol açtığı kalıcı amnestik bozukluk, maddenin yol açtığı hezeyanlarla giden psikotik bozukluk, maddenin yol açtığı halüsinasyonlarla giden psikotik bozukluk, maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğu, maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu, maddenin yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, maddenin yol açtığı uyku bozukluğu ayırt edilebilir. Bunlar alkolden, hatta sigaradan başlayarak bütün maddelerde görülebilir.

Madde kullanımına bağlı bozukluklar tarihin bütün çağlarında, bütün kültürlerde ve her yerde

görülür. Madde kullanımından muaf toplum yoktur. Madde kullanım bozukluğu bazı memeli hayvanlarda bile vardır. Erkeklerde kadınlara oranla bir parça daha fazla görülür. Ama bu fark sadece maddeye ulaşımın onlar için daha kolay olmasından ileri gelen bir fazlalıktır ve sanıldığından çok daha küçüktür.

Madde bağımlılığı için altı gidiş belirleyicisi vardır. Ancak en az bir ay süreyle madde bağımlılık ya da kötüye kullanımı ölçütlerinden hiçbiri olmazsa, dört remisyon¹ belirleyicisi uygulanabilir. Yineleyebilen sorunların olabileceği tanı ölçütleri için remisyon belirleyiciler ancak tanı ölçütlerinden herhangi biri hiçbir zaman olmadıkça uygulanabilir. Örneğin bir kez bile sarhoş araba kullanma kişinin remisyonunda olduğunun düşünülmesi için gerekli koşulları ortadan kaldırmaya yeter. Bu dört tip remisyon tanımı, bağımlılığın sonlanmasından beri geçmiş olan zaman dilimine göre değerlendirilir. En az bir ay süreyle ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak bağımlılık ve kötüye kullanım için tanı ölçütleri hiç yoksa erken remisyon belirleyicisi kullanılır. En az bir ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden bazıları karşılanmış, bütün ölçütler karşılanmamışsa erken kısmi remisyon belirleyicisi konulur. Eğer 12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde bağımlılık ve kötüye kullanım kriterleri hiç olmamışsa, kalıcı tam remisyon söz edilebilir. 12 aylık bir sürede bağımlılık tanı ölçütleri tam karşılanmamış, bununla birlikte bağımlılık ya da kötüye kullanımın bazı belirtileri varsa, kalıcı kısmi remisyon söz edilir.

1) Remisyon: Kronik hastalığı olduğu bilinen kişilerde hastalık aktivitesinin bulunmadığı durumlar için kullanılan tıbbi bir terimdir. Psikiyatrik bozukluklarda, hastalığın kontrol altına alındığı durumlar için kullanılır.

Kişide 12 aylık bir dönem içinde uygunsuz bir madde kullanımı söz konusuysa bu, madde kötüye kullanımı olarak saptanır. Kişinin işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamaması ile sonuçlanan yineleyici bir madde kullanımı, örneğin madde kullanımı nedeniyle sık sık işe gitmemek ya da işte başarı gösterememek, madde kullanımı yüzünden okula gitmeme, okulu asma ya da okuldan kovulmalar, çocukların ya da diğer ev halkının ihmal edilmesi görülür. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici madde kullanımı vardır. Örneğin maddenin yarattığı bozukluklar sırasında otomobil kullanma ya da bir makineyi işletme olur. Madde ile ilgili olarak ortaya çıkan davranım bozukluğu durumlarında yasal sorunlar, örneğin tutuklanmalar, göz altına alınmalar, polisle sorunlar olması ortaya çıkar. Maddenin etkilerinin neden olduğu toplumsal ve kişilerarası sorunlara, örneğin eşle ve anne-babayla olan tartışmalara, arkadaşlarla olan fiziksel kavgalara rağmen sürekli madde kullanımı olur. Kişi sağlığındaki bozulmalara rağmen madde kullanımından vazgeçemez.

Madde dediğimiz zaman bunun korkunç, polisle başının derde girmesine neden olacak eroin ya da kokain cinsinden bir madde olması gerekmez. Çok daha basit, alkol ve çay-kahve, sigara da madde kapsamına girer ve aynı koşullarda değerlendirilir. Alkolde önce söz konusu olan intoksikasyon, yani zehirlenme durumudur. Alkol alımı sırasında ya da hemen sonrasında gelişen belirgin şekilde uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler, örneğin uygun düşmeyen cinsel ya da saldırgan davranışlar, duygudurumunda değişiklik, yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevlerde bozulmalar görülür. Sözler ağızda gevelercesine konuşulur, koordinasyonda belirgin bozulma vardır, örneğin yalpalayarak yürür ya da eliyle hedefi bulmakta zorluk çeker, sendeler; nistagmusu vardır, yani gözbebekleri sağa ve sola bakışta tespit edilemez, sağa, sola kıpırdar. Dikkati ve belleği bozulmuştur, sonunda bu bilinç bozulması stupor denilen bilinç kapanmasına ya da komaya kadar gider. Buna karşılık çok ve uzun zaman alkol kullanıldığında, alkol alımı sonlandırılınca ya da azaltılınca ellerde artmış bir titreme (tremor), otonomik hiperaktivite, örneğin terleme ya da yüzün

üzerinde bir nabız, uykusuzluk, bulantı ve kusmalar, gelip geçici görsel, dokunsal ya da işitsel halüsinasyon (hayal görme) ya da illüzyonlar (göz aldanması), psikomotor ajitasyon yani huzursuzluk, anksiyete ve grand mal konvülsiyonlar yani sara nöbeti olabilir. Halüsinasyon ve illüzyonlar nadiren gerçeği değerlendirme ve algı bozukluğu olmadan, yani kişinin bunun gerçek olmadığını bilmesi şeklinde de olabilir; ama çoğu zaman algılama da ağır şekilde bozulmuştur.

Bir de çok daha masum bir maddeyle, örneğin kahve ya da çayla olan kafein intoksikasyonuna bakalım. Bu intoksikasyon 250 mg.'dan fazla kafein, yani 2-3 bardaktan daha fazla filtre kahve tüketimiyle ortaya çıkar. Bu sırada ya da hemen sonra huzursuzluk, sinirlilik, heyecan, uykusuzluk, yüzde kızarma, aşırı idrara çıkma, mide-bağırsak bozuklukları, kas seğirmesi, konudan konuya atlayarak konuşma ve düşünce akışı, çarpıntı hatta kalp aritmisi, yorgunluk duymama dönemleri, psikomotor ajitasyon olur. Bu belirtiler toplumsal bakımdan önemli işlevsellik alanlarında bozulmalara da neden olur.

Doğal maddelerden elde edilen uyuşturucu maddelerden başka, doğal maddelerden yarı sentezle, ya da tamamen sentetik olarak elde edilen birçok bağımlılık yapıcı, kötüye kullanılan madde vardır. Afyondan (*Papaver somniferus*) elde edilen afyon ve bunun türevleri olan morfin ve onun da sirke asidiyle olan tuzu heroin en iyi tanınan uyuşturucu maddelerdir. Bundan başka Hint kenevirinden (*Cannabis indica*) elde edilen esrar ve onun doğrudan kullanımı demek olan marijuana, koka (*Erythroxylon coca*) yapraklarından elde edilen kokain de en şiddetli bağımlılık yapan ve entoksikasyonu da en hızlı olan maddelerdendir. Tamamen sentetik olarak elde edilen LSD (liserjik asit dietilamid) tam anlamıyla psikozomimetik, yani psikozu taklit eden bir maddedir ve kullanımından sonra kalıcı algı bozuklukları da yapabilir. Çeşitli maddelerin çözücüsü olarak kullanılan tinerler de solunum yoluyla kullanılmaktadır. Yaptıkları sersemlik hissi, gözlerde nistagmus, koordinasyon bozukluğu yani sarsaklaşma, sözü ağızda geveleyerek konuşma, sendeleyerek yürüme, uykuya meyil (letarji), reflekslerin yavaşlaması, psikomotor gerilik (retardasyon), ellerde titreme (tremor), yaygın kas zayıflığı, görme bulanıklığı ya da çift görme (diplopi), öfori (patolojik neşeli hal) ve komadır (stupor).

Kullanılan sigaranın birden kesilmesinde 24 saat içinde nikotin yoksunluğu belirtileri olur. Bunlar disforik (kederli, karamsar) ya da depressif duygudurum, uykusuzluk (insomnia), kolay sinirlenme ya da öfkelenme (irritabilite), anksiyete (kaygı, sıkıntı), düşünceleri yoğunlaştıramama, huzursuzluk, kalp hızında azalma, iştah artması ve kilo alma olur.

8-Psikoz ne demektir, şizofreni nedir?

Ruh hastalık ve bozukluklarında şimdi de kullanılmakta olan eski bir ayrım vardır. Ağır tablolarla seyreden, organik yani yapısal bir bozukluktan ileri gelmeyen, zihinsel yeti ve özelliklerde çeşitli bozulmalarla kendini belli eden ve temelli olarak düzelmeyen bozukluklara Kraepelin tarafından konan adla psikoz adı verilir. Buna karşılık daha hafif seyreden ve salah (düzelme), hatta şifa ile sonuçlanabilen durumlara da sinir bozukluğu anlamına gelmek üzere nevroz denmiştir. Bu adlar artık geçerli değilse de, durumun ağırlık ve ciddiyetini belirtmek üzere halen kullanılmaktadır. Psikozların en önemli örneği şizofrenidir. Şizofreni, başlangıçta gene Kraepelin tarafından 1893'te tarif edilmiş

ve “dementia praecox = erken bunama” adı verilmiş olan durumun, daha sonra Bleuler tarafından konulmuş olan adıdır. Çünkü bunun bunama, yani demans durumuyla hiçbir ilgisi yoktur. Bu tam bir psikozdur. Bleuler tarafından ayırt ve tarif edilmiş olduğu için buna “Morbus Bleuler = Bleuler hastalığı” da denir. Hiçbir nörolojik ya da organik bozukluğa bağlı değildir. Bozukluk, sinir hücrelerinin fizyolojisinde, işlev ve işleyişindedir. Nedenleri arasında kalıtım başta gelir. Diğer nedenler hâlâ tartışmalıdır ve kesin nedenleri saptanabilmiş değildir. Klasik “deli” deyimini bu hastalığa uyar. Bu hastalığın belirtileri, hezeyanlar (sanrılar), halüsinasyonlar (varsanılar), darmadağın (dezorganize) konuşmalar, ileri derecede dağınık ya da katatonik (katılaşmış) davranış gibi pozitif, ya da duygusal donukluk, konuşmazlık gibi negatif semptomların olmasıdır. Burada pozitif ve negatif deyimleri kişinin çevreyle ilişkisinin olması ya da olmamasına göre konulmakta olan sıfatlardır. Kişide toplumsal, özellikle mesleki işlevler bozulur. Genellikle gençlik, erken erişkinlik döneminde belirginleşir. İleri yaşlarda ortaya çıkması son derecede nadirdir. Genellikle ailede yüklülük vardır ya da aile yaşantısında ayırt edilebilen çok olumsuz süreçler bulunur. Şizofreni üreten (şizofrenojen) aile yapısı diye bir kavram vardır ve bunda büyük gerçek payı da bulunur. Ancak bu yapıda aile bireylerinde çok açığa çıkmamış şizofreniler bulunması da mümkündür. Dolayısıyla kalıtım daha olası bir durumdur. Ancak şizofrenojen olarak tanımlanabilecek pek çok ailenin bireyleri arasında, sadece nörotik yakınmaları olan, hatta tamamen normal olan pek çok kimse de bulunur. Yani bu kalıtım mutlak değildir.

Şizofreni birkaç alttıpe ayrılır. Bu tipleri ayrı ayrı tarif edeceğiz:

Paranoid tip: Hastada hezeyanlı düşünceler vardır. Kendisinin düşmanları bulunduğu, onların kendisini takip ve izaç ettiğinden (tedirgin etme, bunaltma) söz eder. O düşman ya da hasımlara yönelik önlemler alır. İzlendiği düşüncesindedir. Bu hasım ya da düşmanlar uzaydan ya da sanal birtakım ülkelerden gelmiş olabilir. İşitme varsanıları sıkıdır. Ya da en azından işittiği çeşitli söz ve konuşmalarda kendisine ilişkin anlamlar bulur. Bu izlenme hezeyanları mantıklı ve olası olabildiği gibi son derece saçma, tuhaf da olabilir. Takip edilme fikirlerine kendince birtakım nedenler bulabilir. Hiçbir neden de göstermeyebilir. Büyülenmiş olmak, birtakım kem gözlülerin nazarına ya da iyi saatte olsunların hışmına uğramış olmak gibi düşünceleri de olabilir. Bazen hezeyanlar erotik nitelik kazanır. Falancanın kendisine âşık olduğunu ve bu nedenle kendisini izaç ettiğini ileri sürer. Hastanın davranışları hezeyanlarına uygun olarak normaldir. Dezorganize değildir, katatoni geliştirmez, yani kasılıp kalmaz. Ancak kendisini rahatsız eden hayali düşmanlardan korunmak amacıyla garip davranışlar, duruşlar sergilediği olabilir. Dinsel hezeyanları da olabilir. Özellikle işitsel varsanılardan ötürü kendisine vahiy geldiğini, Tanrı ya da öteki âlemden görevler yüklendiğini ileri sürebilir. Daha nadir olmakla birlikte görsel varsanıları da olabilir. Karşıdaki evin damında kendisini gözetleyen ya da kendisine kasteden insanlar bulunduğunu iddia edebilir. Ya da ortaçağdan çıkma zırlı bir şövalye görebilir. Hasta bazı kimselere karşı perseküte, yani yönelmiş hezeyanlı olabilir. Durum genellikle progressif, yani ilerleyicidir. Hastalık nadiren de olsa başkaları için tehlikeli olabilir. Hasta önlem olarak silahlanabilir ve bu silahla suç da işleyebilir. Ancak bu olay gerçekten çok nadirdir. Çünkü hasta işleyeceği suçun ağır şekilde cezalandırılacağından korkar. Gene nadiren hezeyanı doğrultusunda istemeden suç işleyebilir; örneğin yatağında uyuyan kadının, yani karısının aslında bir şişme bebek olduğunu düşünebilir ve bunu kendine kanıtlamak için onu bıçakla delebilir, yani öldürebilir. Hastalık nadiren dezorganize tipe ya da katatonik tipe dönüşebilir. Fakat çok ilerlemiş durumlarda rezidüel tipe dönüşebilir.

Katatonik tip: Şizofreninin en ağır tablolarındandır. Tabloya motor hareketsizlik ya da aşırı

hareketlilik egemendir. Motor hareketsizlik, taş gibi kasılıp kalma şeklindedir. Bu sırada genellikle anlamlı olmayan bir postür yani duruş görülür. Hastada bu hareketsizliğe refakat eden düşünce ve konuşmalar görülmez. Bu taş gibiliğe balmumu durumu da refakat edebilir. Balmumu durumu (Fleksibilitas careas), hastaya dışarıdan belirli bir duruş verildiğinde bunu değiştirmeden muhafaza etmesidir. Kolumu arkaya ya da öne doğru bükebilir, bir bacağını havaya kaldırabilir, başını yana çevirebilirsiniz. Bu son derecede rahatsız durumu hasta, bazen saatlerce muhafaza eder, yerinden kıpırdamaz. Bazen de tersine, kendisine verilecek tavırlara şiddetle karşı koyar, o hareketi, o durumu almamak için direnir. Her iki durumda da hasta konuşmaz, sözel iletişim kurmaz. Bu taş gibiliğin nedeni hastanın çeşitli korkular içinde kasılıp kalmış olmasıdır. Korkular kendi yapacaklarından olan korkulardır. Aşırı hareketlilik de hiçbir amaca yönelik değildir. O sırada hasta dış dünyayla temas kurmaz, dış dünyadan, dış uyaranlardan etkilenmez. Hareketleri mekân içinde firdolayı dolaşmak, koşup sıçramak şeklinde olabildiği gibi, bulunduğu yerde garip postürler almak, garip yüz hareketleri, el ve kol hareketleri şeklinde de olabilir. Hastada spontan konuşmalar olabildiği gibi, ekolali denilen, dışarıdan söyleneni tekrar etmek şeklinde de olabilir. Bu ekolali ve bir de ekopraksi, yani karşısında gördüğü bir hareketi taklit etmek bu tip için çok karakteristiktir. Ekolali bazen söylenen bir sözün son bir-iki hecesini sonsuz yinelemek şeklinde olur. Katatonik hastaların beslenmeleri sorundur. Çünkü kendileri yemek yemezler, kendilerine verileni de almazlar. Buna karşılık çok büyük bir enerji harcarlar. Genellikle bu tutum ve davranışların birkaçı bir arada bulunur. Zaman zaman hareket ve tutumlarına kısa aralar verirler ve o sırada aşırı bir şekilde tıknırlar. Ama hemen hareket ve tutumlarına geri dönerler.

Dezorganize tip: Eski adı hebefreni olan bir şizofreni tipidir. Bu da çok ağır bir şizofreni olgusudur. Hasta darmadağın ve saçma sapan konuşur. Davranışlarında da aynı darmadağınlık vardır. Duygudurumu uygunsuz ya da donuk olur. Sürekli konuşması sırasında durdurularak kendisiyle sözel iletişime girilemez. Çevreyle ilgili değildir. Çevreden etkilenmez. Konuştukları bazen kafiye ya da yakın çağrışımlıdır. Çağrışımları çoğunlukla ses çağrışımları şeklindedir. Kafiye gibi görünenler de tunç kafiye denilen sese bağlı çağrışım kırıntılarıdır. Hastanın öz bakımı çok bozuktur. Yemeği tıknır gibi yer. Çok hareketlidir ya da durgundur ama çok konuşur. Diğer şizofreni tiplerinde olduğu gibi bunda da intihar olayı hiç görülmez. Yalnız çok hareketli olabildiklerinden kazaya uğrama olasılıkları yüksektir. Hasta hezeyanları doğrultusunda uçmaya kalkışabilir ve pencereden düşerek ölür, ya da demiryolu rayları üstünde koşmaya çalışırken gelen trenin altında kalarak parçalanabilir. Suç işleme olasılığı da çok düşüktür. Çünkü işlenecek suçun niteliğine bağlı olarak tuhaf korkular içindedir ve harekete geçemez. Genellikle dağınıktır. Bir hedefe yönelemez.

Farklılaşmamış tip: Her tipten bulguların olduğu bir tiptir. Ancak bu bulgular diğer tiplerin özelliklerini tam olarak karşılamaz. Bu da ağır bir olgu tipidir. Ancak düzelme olasılıkları daha yüksektir. Tedavilere daha iyi yanıt verirler.

Rezidüel tip: Hastalığın alevli dönemleri dışındaki yatışmış durumlarında belirgin hezeyanlar ya da dağınık konuşmalar, garip davranışlar ya da donuk bir duygulanım kalmış olan olgular bu tipe girer. Hastalık alevli safhaları geçirmiş ama sakat bir ruh hali kalmıştır. Genellikle tedavi görmüş ya da görmemiş olsun, kronikleşmiş bazı olgular bu durumda kalırlar. Negatif semptomlar dediğimiz otizm, mutizm (konuşmama) ve temas kurmaktan kaçınma da buna refakat edebilir. Çevreyle ilinti kurmakta daha büyük zorluklar gösterdikleri ve kişinin ruhsal varlığının tümüyle bozulmuş olmasından ötürü bunlara negatif semptomlar denilmektedir. Buna karşılık kişinin sürekli hezeyanlar üretmekte olduğu tablolardan pozitif semptomlar olarak söz edilir. Gene de negatif tablonun egemen olduğu durumlarda

da, zaman zaman kendi kendine konuşma, halüsinasyon görünümünde davranışlar görülebilir. Seyrek olarak hastalık tablosunun kısa süreli kısmi alevlenmeleri olabilir.

Şizofreni kronikleşerek rezidüel bir durum almamışsa, genellikle episodlar halinde seyreder. Zaman zaman alevlenir, her episod aylarca sürer; episodlar arasındaki süreler de çok uzun, hatta yıllarca olabilir. Tam remisyonda gibi görünen hastaların bile, birden yeniden hasta oldukları olabilir. Bu gidiş bakımından da hastalar sınıflanabilir:

- a) Episodlar arasında rezidüel semptomları olan episodik,
- b) Episodlar arasında rezidüel semptomları olmayan episodik,
- c) Zaman zaman alevlenmeler olmakla birlikte, belirgin episodları olmayan kronik,
- d) Tek episod geçirmiş olup da kısmi remisyonda olan kronik,
- e) Tek episod geçirmiş olup da tam remisyonda olan şeklinde bölünmeler ayırt edilebilir.

Episodlar, akut semptomların alevlendiği dönemlerdir. Şizofreni bugün etkin ilaç tedavisi olan, bu tedaviye iyi yanıt veren bir hastalıktır. İlaç tedavilerini bu kitabın ileriki sayfalarında daha yakından inceleyeceğiz. Şizofrenilerde ilaç tedavilerinin yanında, psikoterapilerin ve özellikle sosyal önlemlerin de etkin biçimde yürütülmesi gereklidir. Sosyal desteği olmayan, çalışma ortamından ve toplumsal yaşamdan dışlanmış hastalar, toplumun başına bir sorun olmaya adaydır. Ancak son derecede önemli olan aile desteğini sağlamak zordur. Çünkü genellikle zaten sorunlu olan aileler, kendi çarpıklıklarını kendilerine anımsatan bu hastaları kabul edip onlarla birlikte yaşamayı kolay kabul edemez. Şizofrenilerin tedavisinde ve yaşama tutunabilmesinde en büyük sorun budur. Batı ülkelerinde aile desteğindeki bu eksiklik hasta kulüpleri, yarı-yol evleri, korumalı işyerleri gibi sosyal etkinliklerle büyük ölçüde giderilebilmektedir. Ne yazık ki yurdumuzda bu tür örgütlü destek pek yoktur. Buna karşılık aile şefkat ve desteği, Batı ülkelerine oranla bir parça daha güçlüdür. Ne var ki son yıllarda çok etkili ilaçların piyasaya çıkmış olması hastalara büyük faydalar sağlamış, zaman zaman alevli episodlara girseler bile, sosyal yaşamlarını oldukça iyi sürdürebilmelerine olanak vermiştir. Bugün ABD’de şizofrenlerin silahlı kuvvetlerde bile aktif görev yapabildikleri bilinmektedir. Bu, toplumda belli bir uyanıklığı gerektirse bile, kuşkusuz ki sosyal politika bakımından çok olumlu bir gelişmedir. Eski Sovyetler Birliği’nde de bu tür hastalara aktif sosyal destek son derecede organize ve düzenliydi. Orada da hastalar topluma entegre, aktif ve mutlu bir yaşam sürdürebilmekteydi. Rusya’nın ve eski Sovyet Cumhuriyetlerinin sonraki gelişmesinde bu aktif sosyal desteğin, piyasa ekonomisi gereği zayıflamış olduğu anlaşıyor.

9-Başka psikoz türleri var mıdır, nelerdir?

Başka psikoz türleri de vardır. Bunlardan en göze çarpanı şizofreni benzeri semptomlarla giden bozukluk demek olan **şizofreniform bozukluk**dur. Bunda yukarıda anlatılmış olan şizofreni belirtilerinin birçoğu bulunmakla birlikte, süresinin kısa olmasıyla şizofreniden ayrılır. Bir de belirtilerin bir bölümünün olmayışı ya da atipik olması bu tanıyı akla getirir. Bunda süre aylarla değil, haftalarla sınırlıdır; hastada kendi semptomlarına karşı belli bir şaşkınlık görülür, hastada hastalık öncesi toplumsal ilişkiler iyi durumdadır, hastanın duygulanımında şizofreni için tipik olan küntlük pek bulunmaz. Hasta kendi durumuyla daha çok ilgilidir. Şizofreniform bozuklukta en fazla

görülen hastalık tipleri, dezorganize ve bir de paranoid tiplerdir. Örneğin hasta evinin ya da işyerinin önünden kırmızı renkli bir-iki arabanın geçtiğine tanık olur ve kırmızı renkli araba kullanan birilerinin kendisini takip ettiği sonucuna varır. Arkasından halüsinasyon ya da illüzyon olarak kırmızı arabalar görmeyi sürdürür. Ya da kent ışıklarının belli aralarla yanıp sönmekte olduklarını düşünür ve bundan kendince birtakım anlamlar çıkarır. Ama bu anlamları sistematize etmez. Sadece kaygılanmakla kalır. Bu bozukluk birkaç hafta içinde düzelir ama ardında hasta için bir şaşkınlık ve soru işaretleri bırakır. Bu bozukluğun tedavisinde de ilaçlar ve psikoterapi desteği şarttır. Hastalığın iyi bir seyri olsa bile, bu tür bir destek olmalıdır. Hastalığın nedenleri arasında, genellikle, öğrencilerin yoğun ders çalışma dönemleri, işyerindeki zorluklar ya da genç kızların düğün hazırlıkları gibi kimi zorlanmalar vardır.

Bir başka psikoz da **şizoaffektif bozukluk** dediğimiz durumdur. Bunda şizofreninin akut semptomlarından biri ya da birkaçıyla eşzamanlı ve birlikte olarak, daha sonra göreceğimiz bir major depressif durum ya da manik episod, bazen de bir mikst episod bulunur. Depressif duygudurumu ya da manik bir tablo, şizofreninin bir ya da birkaç belirtisiyle birlikte olur. Mikst olan tipinde ise genellikle manik bir tabloya zaman zaman ve geçişli olarak depressif elemanlar katılır. Hasta bir yandan paranoid ya da dağınık tipte bir şizofreni tablosu gösterirken, orta ve ağır derecede manik elemanlar ya da depressif bir duygudurumu buna refakat eder. Ya da gene zaman zaman katatonik bir görünüm kazanır. Özellikle dezorganize tipte bir şizofreni ile birlikte manik bulguların olmasında, tanı konması çok zorlaşır. Hastanın uzunca bir süre gözlemlenmesi gerekir. Tanı genellikle duygudurumu semptomlarının bulunmadığı; ama şizofreni bulgularının bulunduğu en az iki haftalık bir dönemin görülmesiyle konur. Yoksa şizofreninin remisyona girmeye başladığı evreye birçok durumda depressif bir tablo da eşlik eder. Bu normaldir, çünkü hasta kendi semptomlarının farkına varmaya başlamış ve bundan ötürü kederlenmiştir. Şizoaffektif bozukluk klinik tablosu sıradan şizofreniye göre genellikle daha kısa sürer. Ancak tanının konması için episodun sonuna kadar beklemek sosyal bakımdan pek mümkün olmaz. Neyse ki tedavi esas olarak farklı değildir. Bunun için hemen tedaviye başlanması ve hastalığın seyrinin gözlenmesi gerekir. Bozukluk genellikle depressif tipte gider. Arada manik bir evre de bulunursa, bipolar tipte bir şizoaffektif bozukluktan söz edilir. Dediğimiz gibi, ayırıcı tanı kolay değildir. Uzunca süre klinik gözlem sonucunda bu kanaate varılmaktadır. Bütün şizofreni ve psikoz tipleri gibi bunda da ayırıcı tanı için madde kullanımı olmadığının kesinleşmesi gereklidir. Çünkü gerek kullanılan bazı ilaçlarla, örneğin kortizon ve diğer kortikosteroid ilaçlarla, gerekse kötüye kullanılan bazı maddelerle, örneğin esrar (Cannabis), kokain ya da uyandırıcı aminlerin, örneğin propilamin kullanımıyla da şizofreninin belirtileri, ya da bir psikoz tablosu ortaya çıkar ve bu durumlarda tabloya depressif elemanların da refakat etmesi, ya da tablonun hızla major depresyona dönmesi de mutattır. Şizoaffektif bozuklukta da alevli episod nispeten kısa sürer, fakat genellikle kısa aralıklarla bu tablo yinelenebilir.

Bir psikoz türü de **paranoid** ya da **hezeyanlı bozukluk**tur. Bunda en az bir ay süren paranoid hezeyanlar vardır. Hezeyanların tuhaf olmaması, pekâlâ olasılık sınırları içinde olması dikkati çeker. Bu hezeyanlar gerçek yaşamda görülebilecek türden izlenme, zehirlenme, hastalık bulaştırılma, uzaktan seviliyor, eşi ya da sevgilisi tarafından aldatılıyor olma ya da bir hastalığa yakalanma gibi ısrarlı fikirlerdir. Şizofrenideki tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmaz. Hezeyanın içeriğiyle yakın ilintili taktil (dokunma) ve olfaktor (koku) halüsinasyonlar bulunabilir. Yaşamın gidişi, hezeyanların gerekleri dışında pek bozulmamıştır ve davranış acayip değildir. Bu hezeyanlar genellikle polis ve adliye için sorunlar çıkartır. Eli yüzü düzgün, davranışları rabitalı, konuşması düzenli kimseler adliye

ya da polisin kapısını aşındırır, birtakım hasımların ya da aile efradının hasmane tutumlarına maruz kaldığını, onlar tarafından aldatıldığını, öldürölmek istendiğini, zehirlendiğini ileri sürerek şikayetçi olur.

Genellikle egemen olan hezeyanların tipine göre alttiplere ayrılabilir. **Erotomanik tip** genellikle daha yüksek statüde birinin kendisine âşık olduğunu düşöünen ve ileri süren tiptir. **Grandiyöz tip**, değerli, güçlü, bilgili, özel biri olduğunu, kutsal bir özellik taşıdığını ileri süren tiptir. Pek çok kimsenin, hatta herkesin, kendisini çok beğendiğine, kıskandığına, hatta bunun için kendisine hasım olduğuna inanır ve iddia eder. **Kıskançlık tipi** eşinin kendisini aldattığına, başkalarıyla kur yaptığına, başka erkeklerin ya da kadınların ona baktığına, onun da bu ilgiden hoşlandığına, onlara çekici gelecek hareketler yaptığına inanır ve iddia eder, bunu ispat etmek başlıca uğraşlarındandır. **Persekütuar tipin** kendisine ya da bir yakınına karşı kötü niyetli davranıldığına ilişkin hezeyanları vardır. Bu hezeyan da sistematik ve mantıklıdır. Bunu siyasal ya da mesleki nedenlere bağlar ve bu iddialar pekâlâ mümkün olabilecek türdendir. **Somatik tip** kendisinde bedensel bir kusurun ya da bir hastalığın bulunduğunu düşünür ve ileri sürer. Bunun için doktorlara başvurur, onların kendisine yeterince yardım etmediklerine ve bu hastalığı anlayamadıklarına inanır. Ve bu tanıyı alabilmek, ilgiyi görebilmek için doktor doktor dolaşır. Israrlıdır. Sürekli kırgın ve küskündür. **Mikst tip** bu tiplerin birden fazlasının belirtilerini gösterir; ama bunlardan hiçbirini fazlaca öne çıkamaz.

Çevremize dikkatle bakarsak, pek çok tanıdığımızda bu tür inançlar bulunduğunu, bunların aile ve arkadaş çevresi içinde çeşitli sorunlar çıkardığını, kendileriyle alay edildiğini görebiliriz. Bu psikoz türü son derecede yaygındır. Gerek sosyal değerlerin, gerekse sosyal ve siyasal kanaatlerin oluşmasında bu bozukluklar çok önemli roller oynar. Hemen hepsi çevrelerini ikna da ederler. Bu psikozların tedaviye alınabilmesi bu nedenle son derecede zordur. Ayrıca ikna edilmeye karşı da çok dirençlidirler. Bu bakımdan tedavi şansları düşük olduğu gibi tedavileri de zordur. İlaçları kabul etmezler, ayrıca etkin ilaç da pek yoktur. Bazıları huzurları bakımından, yeni türden antipsikotik ilaçları küçük dozda kendiliğinden alırlar. Ve onların hastalık gıdaşatı da elbette çok daha iyidir. Bir de bu gruptaki psikozlar, hezeyanları doğrultusunda da olsa pek suç işlemezler. Çünkü zihinlerinde hep kendi inançlarına karşı kuşkular da vardır ve bu yüzden en zorlayıcı durumda bile tereddüt ederler.

Bir başka psikoz tipi de **kısa psikotik bozukluk**tur. Bu bozukluk halüsinasyonlar ya da hezeyanlarla ya da darmadağın (dezorganize) konuşma ve davranışlarla giden, ama 1-30 gün arasında süren bir bozukluktur. Bazen ileri derecede dezorganize, hatta katatonik tablolar da göröülebilir. Bu psikoz da episodlarla gidebilir. Yani nükseder. Öncesinde yoğun bir stres çoğunlukla vardır. Ancak hiçbir stres faktörü olmadan da ortaya çıkabilir. Özel bir durum da doğum yapmış olan genç annelerdir. Doğum sonrası dört hafta içinde ortaya çıkar. Kısa sürelidir ve iz bırakmadan kaybolur. Bu tür psikozda yoğun bir tedaviye pek gerek yoksa da, belirtilerin korkutucu ve üzücü olması nedeniyle acil ilaç tedavisi genellikle gerekir. Nöroleptiklere iyi yanıt verirler. Kaybolduğunda geriye, kişinin bilmediği bir tarafıyla yüzleşmiş olmasına bağlı olarak bir şaşkınlık durumu kalır. Kişinin bu nedenle psikolojik desteğe ihtiyacı olur. Akut dönemdeyken şizofreniden ayırıcı tanısı için elde veri yoktur. Tanı sadece bozukluğun seyri ile konabilir.

Bir psikoz türü de **yansıyarak paylaşılan psikotik bozukluk**tur (**Folie a Deux**). Yerleşik bir hezeyanı olan kişi ya da kişilerle yakın ilişkisi olan bir başka kimsede ortaya çıkan bir hezeyan durumudur. Genellikle karı-koca arasında hezeyanın paylaşılması söz konusudur. Bu kişilerden biri asıl hezeyanı üreten kimsedir ve diğerleri daha çok onu izlemektedir. Üç ve daha fazla kişinin

paylaştığı hezeyanlar da olabilir. Bu hezeyanlar içerik olarak benzerdir. Yatılı okullarda ya da yurtlarda kalan gençler arasında da perseküte (kötülük görme sanrısı) hezeyanlar görüldüğü olmuştur. Yoğun perseküsyonlardan ötürü suç işlendiği de olabilir. Kural olarak hezeyanı gösteren kişilerin olabildiğince ayrılması gerekir. Bunun için de yatırılarak tedavisi önerilir.

Bunlardan başka çeşitli bedensel hastalıklara bağlı olarak da psikozlar gelişebilir. Psikozlara yol açabilen bedensel hastalıklar arasında çeşitli habis tümörler ile enfeksiyon hastalıkları ve pernisiyöz (kötücül) anemi gibi kan hastalıkları başta gelir. Kronik obstrüktif (tıkayıcı) astım, dolaşım hastalıkları gibi sıkıntı verici, bunaltıcı hastalıklara da psikozların refakat etmesi nadir değildir. Ayrıca madde kullanımı da kısa süreli ve yerleşik psikozların yaygın nedenlerindendir. Maddenin kullanımı kadar kullanılan maddenin yoksunluğu da buna neden olabilir. Psikoza neden olan maddeler arasında amfetamin türevi ilaçlar ile kortikosteroidler başta gelir. LSD ve esrar da zaten psikozomimetik, yani psikozu taklit eden maddeler sayılır.

10-Duygudurum bozuklukları nelerdir, kaç türlü duygudurum bozukluğu vardır?

İnsanların normal olarak üzüntü, keder, elem gibi duygulanımları vardır. Sevinç, neşe de böyle duygulanımlardandır. Normal olarak bizleri sevindiren, neşelendiren ya da kederlendirip üzen, hatta yasa girmemize neden olan pek çok dış neden bulunur. İnsanların bu nedenlere uygun olarak gösterdikleri bazı tepkiler, davranışlar vardır. İnsanlar sevindikleri zaman gülümser ya da güler, yaşamlarından hoşnut olduklarında buna uygun olarak gevezelik eder, şakalaşırlar. Tersine kederli, elemli, yasalı bir insan da, dışarıdan da anlaşılabilir bazı davranışlar gösterir, çökkün ve dertli olduğu rahatlıkla anlaşılabilir. İşte kişinin dışarıdan nedeni anlaşılamayacak şekilde aşırı neşeli, hareketli, geveze olması kadar nedensiz olarak yasalı, kederli, çökkün olması da patolojiktir ve ilgilenilmeyi gerektirir. Çökkünlük hallerine depresyon, aşırı ve nedensiz neşelilik haline ise mani diyoruz. Bu haller dış uyarılarla olabildikleri gibi nedensiz de ortaya çıkabilir. Belirli bir dış uyarana bağlıysalar, normalden uzun sürmesi durumunda, dış neden olmadan oluyorsa başlangıçlarından itibaren bu durum patolojik sayılır. Buna duygudurum bozuklukları (mood disorders, mizaç bozuklukları) diyoruz. Bu bozukluklar genellikle episodlar halinde seyredir. Episodların niteliğine göre adlandırılır. Önce bu episodların tiplerini görelim.

Major depressif episod (major depresyon): Kişinin kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemiyle belirli, hemen her gün ve yaklaşık gün boyu süren depressif duygulanım, ağlamaklı yüz ifadesi, zaman zaman ağlamalar, kendini çökkün ve bitkin ya da boşlukta hissetme, çocuklarda ve ergenlerde tersine bir irritabilite, huzursuzluk ve sinirlilik, ilgilerde hemen her gün yaklaşık gün boyu süren belirgin azalma, normalde ilgi duyduğu, zevk aldığı şeylerden zevk ve tat alamama, perhizde olmadığı halde önemli derecede kilo kaybı ya da iştah azalması olması, uykusuzluk ya da huzursuz uyku olması, psikomotor ajitasyon ya da durgunluğun belirli olması, yorgunluk, bitkinlik ve belirgin enerji kaybının olması, değersizlik, aşırı suçluluk duyguları, hatta hezeyanları, düşüncelerin belli bir konu üzerine yoğunlaştırılmasında azalma, düşünme güçlüğü, yineleyen ölüm düşünceleri, intihar fikirleri, intihar etmek üzere belli bir tasarım, hatta hazırlığının olması bulgularıyla seyreden bir

durumdur. Buna major yani büyük depresyon denmesi, hemen herkesin yaşayabileceği reaktif depressif duygulanım süreçlerinin minor, yani küçük sayılmasındandır. Major depresyonda yukarıda sayılan bulgulardan birçoğu, en az beşi bir arada gözlemlenir. Kişinin deprime olmasını haklı gösterecek, maddi kayıplar ya da yakınlarının ölümü gibi herhangi bir neden yoktur. Suçluluk duyguları ise zaten anlamsız ve nedensizdir. Bazen hezeyan boyutundadır. Bu durum günlerce, hatta haftalarca sürer. Gün boyu keder ve hatta yas durumu ile kendini belli eder. Keder ve suçluluk geceleri de sürer ve uykuları bozar. Ölüm ve intihar düşünceleri bazen eyleme de geçer ve kişi bir intiharla kaybedilebilir. En azından müteaddit intihar girişimleri olur. Bu nedenle muhafazalı bir serviste kapatılmaları gerekir.

Manik episod: Depresyon durumunun tam tersine, olağandışı kabarmış bir mizaç durumu ile belirir. Büyüklük fikirleri, en azından benlik saygısında abartılı artış vardır. Son derecede hareketlidir. Uyku gereksinimi azalmıştır. Sadece birkaç saat uykuyla kalkar ve aynı enerjiyle çalışmaya, yürümeye ya da konuşmaya devam eder. Her zamankinden daha konuşkan, hatta gevezedir. Düşüncelerinde, fikir uçuşmaları dediğimiz, daldan dala atlamalar vardır. Konuşma da buna paraleldir. Dikkati son derecede dağınık ama keskindir. Kolaylıkla gözden kaçabilecek ayrıntıları fark eder. Herhangi bir dış uyaranla dikkati kolayca çelinir. İşinde ya da okulda amaca yönelik işlevlerde belirgin artış vardır. Cinsel etkinliği de artmış olabilir. Kadın hastalar aşırı ve abartılı makyaj yapar, dikkati çekecek ölçüde ve uygunsuz açık saçık giysilerle dolaşır. Erkek hastalarda da öz bakım abartılı şekilde artmış olabilir. Garip giysiler giyebilir. Kişi saatlerce yorgunluk belirtisi göstermeden çalışabilir, hatta işini bahane ederek hiç uyumaz. Tehlikeli girişimlere atılabilir. Elindeki avucundaki parayı düşüncesizce harcar, saçar. Yukarıdaki belirtilerden en az üçü ya da daha fazlasının bulunduğu bu dönem en az bir hafta, hatta haftalarca sürebilir. Manik sözcüğü, genel kullanımda söylenen, İngilizceden geçme “manyak” sözcüğünün orijini. Bu durum nadiren kronikleşebilir. O zaman çeşitli şekillerde ün yapan, belirli “mahallenin delisi” olurlar. Sosyal bağlardan pek etkilenmediği için başı derde girebilir, olmayacak yerde uygunsuz hareketler yapabilir, sarkıntılık eder. Çoğu zaman polisle bu nedenle başı derde girer. Hareketlerindeki aşırılık azalmış ama tavır ve giyimindeki aşırılık hâlâ göze çarpan bazı hastalar her yerde görülebilir. İstiklal Caddesi üzerinde, yakın zamanlara kadar gelen geçenin dikkatini çeken, uzun pala bıyıklı, garip tüylü şapkalar giyen ve abartılı büyüklükte bir tespih taşıyan adam, kronikleşmiş mani hastalarına bir örnekti. Gene kronikleşmiş bazı mani hastaları, göğüslerinde birtakım madalyalar ve milli mücadele kılıklarıyla dolaşıp dururlar. Kimseye bir zararları olmadığından biraz da sempati ve toleransla karşılanırlar.

Mikst episod: Gerek manik, gerekse depressif episodlar belirtilerinin bir arada ya da birbirini izleyerek görüldüğü dalgalarla seyreden bir episod türüdür. Bu sürenin en az bir hafta sürmesi gereklidir. Kişi çok hareketliken depressif içerikli düşünceler buna refakat eder ya da konuşmalarında depressif unsurlar belirgindir. Ya da depresyondayken hızlı bir geçişle birden manik bir tablo sergilemeye başlar. Bu bozukluk mesleki işlevselliği, olağan gündelik yaşamı ağır şekilde bozar. Kendisine ve başkalarına zarar verme olasılığını engellemek için hastaneye yatırılması zorunlu olabilir. Çünkü durumlar arasında geçişler çok hızlıdır ve şimdi çok keyifli ve enerjikken az sonra intihar girişiminde bulunabilir. Ayrıca antidepresan ilaçlarla tedavi sırasında da mikst bir tablo ortaya çıkabilir. Bu bakımdan antidepresan tedavi sırasında hasta yakınlarının uyanık olması şarttır.

Hipomanik episod: Kişinin olağan duygudurumundan açıkça farklı, daha enerjik, daha az yorulan, daha konuşkan, benlik saygısı abartılı hale gelmiş, uyku gereksinimi azalmış, fikir uçuşmaları olan, en azından çağrışımları hızlanmış, dikkati dağınık, daha kolay çelinebilir hale gelmiş bir tablo

sergilemesi, olağan aktivitelerde artma, cinsel aktivitede yükselme, daha fazla para harcama, körlemesine iş yatırımları yapma gibi belirtilerle ortaya çıkan episodlardır; ama bu belirtiler manide görüldüğünden daha hafiftir. Hastanın sözel saldırganlığı da artmıştır ve yapmaması gereken kimselere garip şakalar yapar, sataşır ya da üstlerine, yapmaması gereken eleştiriler yapar. Bundan dolayı sosyal ve mesleki zorluklarla karşılaşmıştır ama huyu değişmez. Ayrıca psikotik özellikler de yoktur. Bir episod en az dört gün sürer, ama bu durum haftalar, hatta aylarca sürebilir.

Duygudurumu bozukluğu, episodların bu şekilde ayrılmasından başka gidişleri ve süreleri bakımından da sınıflanmaktadır. Major depressif bozukluk tek episodla kalabilir. Ama kronikleşebilir de. Katatonik özellikler gösterebilir ya da melankolik özellikleri öndedir. Bütün bu özelliklerin tanıda ayrı ayrı gösterilmesi gerekir. Major depressif bozukluk rekürren, yani yineleyen tipte de olabilir. Bu yinelemeler çok kısa da sürebilir. İki günden iki haftaya kadar süren kısa episodlar olur. Episodlar arasında tam ya da kısmi remisyon olabilir. Remisyon sırasında hipomanik özellikler ortaya çıkabilir. Depressif duygudurumunun iki yıl ya da daha uzun sürmesi halinde distimik bozukluktan söz edilir. Bunda durum major depressif bozukluktaki kadar ağır değildir; ama gene de enerji yitimi, kederli fikirler, ölüm fikriyle aşırı uğraşı söz konusudur. Nadiren 21 yaşından erken başlar, çoğunlukla genç erişkinlik döneminde, 30-40 yaşlarında başlar. Yaşlı kimselerde görülen depresyonlar, hatta distimik bozukluklar da vardır. Çocuklarda depresyon olur, ama onlarda bu depresyon, ajitasyon, aşırı hareketlilik ve huzursuzluk olarak kendini gösterebilir.

Depressif bozuklukların yukarıda sıralanan tür ve çeşitlerinden başka türleri de vardır. Bunlar arasında genç kadınlardaki **premenstrüel disforik bozukluk** ile **minor depressif bozukluk** sayılmalıdır. Premenstrüel disforik bozukluk menstrüal döngüde, luteal evrenin son haftası içinde belirgin bir depressif durum, belirgin anksiyete, belirgin bir duygulanım oynaklığı, etkinliklere karşı ilgi azlığı ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Menstrüasyonun başlamasıyla da bu bulgular çok kısa bir süre içinde ortadan kalkar. Bu semptomlar iş ve okul yaşamında bozulmalara, aksamalara neden olacak ölçüde şiddetli olabilir. Minor depressif bozukluk ise semptomların major depresyon kadar ağır olmadığı ama bir-iki hafta sürdüğü bozukluklardır. Eğer bu bozukluk her ay ortaya çıkıyor ve her seferinde iki günden iki haftaya kadar sürüyorsa, rekürren (yineleyen) kısa depressif bozukluktan söz edilir. Ayrıca şizofrenide psikotik semptomların düzelme evresinde de bir depresyon ortaya çıkması söz konusudur. Bu, şizofreninin ya da hezeyanlı bozukluğun bir semptomu değil, onun sonucudur. Kişinin sağlıklı tarafı, geçirdiği psikotik atağın sonucunda kederlenir ve o sırada özbenlik saygısı düşer. Bu normal, sağlıklı bir tepkidir. Kişinin kendi kaderine küsmesi gibi bir durumun sonucudur.

Duygudurum bozukluklarının büyük bir bölümü iki uçludur (bipolar). Yani depressif ve manik ya da hipomanik episodların ikisini de gösterirler. Bunlar birbirini izleyebilir ya da aralarında uzun intervaller olabilir. Kural olarak en az bir manik episod bulunması durumunda bipolar durumdan söz edilmelidir. Çünkü mani sadece bipolar durumda görülür. Her mani episodunu er ya da geç bir depressif episod izler. Buna karşılık depresyonları maninin izlemesi gibi bir koşul yoktur. Bipolar durumlar iki tipte olur. Bunlar Bipolar I ve Bipolar II olarak adlandırılır. Bipolar I bozukluğu tek bir manik episodla da olabilir. Yineleyen duygudurum episodları olan kimselerde son episodun türüne göre sınıflama yapılır. Tip I bozukluk, tek manik episodun olduğu, en son episodun hipomanik olduğu, en son episodun manik olduğu, en son episodun mikst tipte olduğu, ya da en son episodun depressif olduğu şeklinde alttipler gösterir. Bir ya da birden fazla major depressif episodun olduğu durumlarda Tip II bipolar bozukluktan söz etmek gerekir. Episodlar mevsimsel özellikte olabildiği gibi hızlı döngülü de olabilir.

Bir de siklotimik bozukluk söz konusudur. Hipomanik semptomlarla giden birçok episodun ve major depresyon özellikleri göstermeyen depressif episodların birbirini izlediği, zaman zaman iyileşmeler de gösteren bozukluklardır. Genellikle pek ağır bir tablo değildir. İş ve güce, eğitime pek engel olmaz. Ancak depressif dönemlerde kişinin acı çekmesine neden olduğu için ve kişinin yaşama isteğini ve şevkini sık sık tükettiği için tuttuğu kişileri yıldıırır.

İki uçlu duygulanım bozukluğu ve genel olarak duygudurum bozuklukları pek çok kimsede bulunur. Kalıtsal özelliklidir. Özellikle iki uçlu bozukluk kalıtsaldır. Bir manik episod geçirmiş olan kimsenin gerek akrabalarında, gerekse çoluk çocuğunda, geçmişte ya da gelecekte başka mani olgularının, en azından hipomanik tiplerin bulunacağı kesindir.

Duygudurum bozukluklarının bir kısmı da fiziksel hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan ya da bir madde kullanımına bağlı olanlardır. Depressif ya da manik özellikler gösterebilirler. Genel muayenede ve öyküde bir hastalığın bulunması ile ya da madde kullanımının tespit edilmesiyle ayırt edilirler. Madde kullanımında depressif duygudurumu ve bütün etkinliklere rağmen etkinliklerin çoğuna karşı ilgisizlik durumu söz konusudur. Görünüm mikst de olabilir. Aşırı hareketli, taşkın ve neşeli görünmesine karşın bir depresyon, karamsarlık ve keder gölgesi daima bulunur. Ya da durumlar arasında çok hızlı geçişlerle gider. Bu belirtilere psikotik bulgular da eşlik edebilir. Hatta katatonik tablo bile görülebilir.

11-Anksiyete bozukluğu nedir? Nedenleri ve türleri nedir?

Anksiyete kaygı demektir. Anksiyeteyi yaşamında hissetmeyen kimse yok gibidir. Bizim bu bölümde ele alacağımız anksiyete, bozukluk niteliğinde olan, yani yaşamın büyük bölümünde, hemen her gün ya da belirli etkinliklere katılma sırasında ortaya çıkan anksiyetedir. Her anksiyete bozukluk sayılamaz. Normal olarak öğrencilerin sınav öncesi, hatta sırasındaki durumları birçok anksiyete ögesini taşır. Askerlikte silahlı nöbet sırasında da anksiyete kişiye eşlik eder. Bunlar normaldir. Anksiyete bozukluklarında çoğu kez panik atak bulunur. Onun için panik atağı önce tanımlamak uygundur. Eski Yunan Tanrısı Pan, söylenceye göre zaman zaman sıkıntı ve acı içinde bağıırır; bu çığlığı duyan, hisseden canlılar korkularından taş kesilir ya da uslarını yitirip nereye gittiklerine bakmadan kaçışırlarmış. İşte böylesine aşırı korku tepkilerine, o Tanrının adına izafeten “panik” adı verilir. Panik bozukluk başlı başına bir tanı değildir, ama özellikle anksiyete bozukluklarında görülen bir durumdur. Ayrıca yangın, deprem gibi afetler sırasında ya da savaşta ateş altında ortaya çıkan bir tepkidir. Bu afetler sırasındaki ve savaşdaki ölümlerin birçoğu panik içinde taş kesilmeden ve düşünce gücünü tümüyle yitirmeden kaynaklanır. Paniğe genellikle psikosomatik dediğimiz organik değişiklikler de refakat eder. Sararma ya da kızarma, çarpıntı, kan basıncında düşme ya da yükselme, dışkılama ya da miksiyon (işeme) refleksi, mide bulantısı, el ve kollarda uyuşma, buz kesme, karıncalanma duygusu bunların belli başlılarından.

Panik atak, çarpıntı genel adı altında ele alınan, çarpıntı denen kalp vurumlarının hızlanması ya da kalp vurumlarının şiddetli olarak algılanması ile ortaya çıkan, terleme ve titremelerin de görülebildiği aşırı korku ya da kaygı durumunun olmasıyla karakterize, birden başlayan ve 10 dakika içinde bu belirtilerin dayanılması zor derecelere çıktığı bozukluklardır. Kişide kaçma ve saklanma

dürtülerini uyandırır. Kişi sararıp solar ya da daha nadir olarak kızarır. Terleme “soğuk ter” denilen türdendir. Titremeler bütün bedenin sarsıldığı şiddette olabilir. Nefes darlığı ve boğuluyormuş gibi bir duygu oluşur, soluk kesilir, göğüste sıkışma ve ağrı olur, buna bulantı ve karın ağrısı da katılabilir. Bazen baş dönmesi, düşecekmiş, bayılacakmış gibi olma, sersemlik hissi de olur. Daha nadir olarak gerçekdışı yaşantı duygusu (derealizasyon) ya da kendi benliğini yitirmiş olma (depersonalizasyon) da olabilir. Genellikle bir ölüm korkusu ya da ölecekmiş gibi olma da vardır. El ve ayaklarda, yüzde burun, kulaklar ve dudaklar gibi çıkıntılı bölgelerde uyuşma ya da karıncalanma gibi pareteziler de (his kayıpları) sıktır. Ateş basması ya da tersine üşüme, ürperme olur. Bu belirtiler normal olarak 10 dakika gibi kısa bir süre içinde en şiddetli duruma ulaşırlar. Korku verici durumun sürdüğü kadar devam ederler. Fobi denilen nedensiz korkularda hemen daima panik atak da vardır. Fobiler belirli bir şey ya da durumdan duyulan korkulardır. Birçok fobi türü vardır. Diğerleri özgün fobiler adı altında ele alınırsa da, açık alan korkusu demek olan agorafobi panik bozukluğun en önemli refakatçisidir. **Agorafobi** yardım sağlanamayacağı ya da kaçmanın zor olacağı kanısıyla, buna yol açan yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma demektir. Agora, bilindiği gibi eski Helen Uygarlığı’nda halkın toplandığı açık alanlara verilen addı. Agorafobide tek başına evin dışında olmak, kalabalık bir ortamda bulunmak, kuyrukta sırada beklemek, köprü üzerinde bulunmak, tren, otobüs ve otomobillerin içinde olmak korku uyandırır. Bu durumlardan olabildiğince kaçınılır. Kaçınma eğer bir ya da birkaç özgül durumla sınırlı ise o zaman özgül fobiden söz edilir. Buna karşılık toplumsal durumlarla sınırlı da olabilir. O zaman da sosyal fobi söz konusudur. Ki bunları daha sonra göreceğiz. Kişi panik bozukluk geçireceği korkusuyla yolda ya da açık alanlarda dolaşmaktan, yürümekten ya da kalabalık yerlerde bulunmaktan kaçınabilir, korkabilir. Bu da yaşamı olumsuz yönde etkiler, kişinin yaşam ve etkinliklerini gittikçe kısıtlar.

Fobilerin nedenleri daha çok çocukluktaki korkulara bağlıdır. İleri yaşlarda fobi gelişmesi pek söz konusu değildir. Kişinin geçirilmiş bir kaza ya da hastalık sonucunda bu fobileri geliştirmesi de daha nadir olmakla birlikte söz konusu olabilir. Özellikle kalp ve sindirim sistemi hastalıklarına bağlı olarak agorafobik tablolar görülebilir. Ama bunlar daha çok geçici basit fobiler tipindedir ve panik bozukluğu da pek göstermez. Buna karşılık agorafobisi olmayan saf panik bozukluklar vardır. Yineleyen beklenmedik ve duruma bağlı olmayan panik atakları olan ve başka ataklar da geleceğine dair bir kaygı geliştiren kimselerde agorafobisi olmayan panik bozukluk tanısı konulabilir. Daha sonra göreceğimiz gibi obsesif kompulsif dediğimiz bozukluğa da panik ataklar refakat edebilir. Özellikle de özgül fobilerle birlikte görülür. Ayrıca panik bozukluk öyküsü olmayan agorafobi tipi de vardır. Agorafobi ve panik bozukluğunun tedavisi zordur. Genellikle davranışçı terapilerle kısmi ve geçici iyileşme sağlanabilirse de, aslında uzun bir psikanalitik ya da varoluşçu analitik terapinin kullanımı zorunludur. Buna karşılık ilaç tedavileri de panik atakları bastırabilir. Ancak bunda da ilaca bağımlılık gelişmesi olasılığı çok yüksektir. Agorafobi için de ilaç tedavisinin bağımlılığa yol açması tehlikesi söz konusudur.

Madde ve bazı ilaçların kullanımı ya da kullanılan bir maddenin yoksunluğu sırasında da gerek agorafobi, gerekse panik bozukluk ortaya çıkabilir. Zaten ilaç yoksunluğu tablosu başlı başına bir fobik reaksiyon gibi seyreder.

Yaygın anksiyete kuruntular ve kaygılarla seyreden bir durumdur. Hemen her gün birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı kaygılanma ve kuruntular görülür. Bu kaygılar okul yaşamına ya da iş yaşamına ilişkin, ya da aile içi durumlara ilişkin olabilir. Ayrıca kendi sağlık sorunlarıyla ilişkili olarak da kaygı gelişmesi olasıdır. Kişi kendini bu kaygılardan uzaklaştırıp kurtaramaz. Huzursuzluk, aşırı

heyecan çekme ya da tasalanma vardır. Kişi kolay yorulur, düşünceler bir şeye odaklanamaz, zihin durmuş gibidir. Belirli bir iritabilite (çabuk kızma ya da parlama, mutlak bazı şeylere tahammül gösterememe) görülür. Kas gerginlikleri, kramplar olabilir, uyku da bozulur, uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekilir ya da huzursuz ve dinlendirmeyen bir uyku olur. Kaygı ve kuruntu çok gerçek bir kaygı uyandırıcı nedenden olabildiği gibi kesinlikle gerçek olmayan kuruntulardan da kaynaklanabilir. Ne olursa olsun durum abartılmaktadır. Bu yaygın anksiyete bozukluğu gençlerde sınav sırası ve öncesinde sık görülür. Aynı şekilde erişkinlerde de işyerinde olan sıra dışı bir gerilimde, örneğin işyerine müfettişler gelmesi durumunda da reel olarak ortaya çıkabilir. Ama hiçbir elle tutulur neden olmadan da görülebilir. Bazen bu nedensizlik bir psikotik durumu bile andırabilir. Çocuklarda yukardaki bulgulardan sadece birinin olması da yaygın anksiyeteyi gösterir. Tedavi gerekirse bugün kullanılabilecek olan pek çok ilaç vardır. Bütün trankilizan ilaçlar anksiyolitik yani anksiyeteyi durdurucu özelliğe sahiptir. Eğer sürekli olursa psikoterapiler gerekli olabilir.

Çeşitli bedensel hastalıklar da anksiyete bozukluğuna neden olabilir, daha doğrusu anksiyete, hastalıklarla birlikte seyreder. Anksiyete ile birlikte olan bedensel hastalıkların başında kalp ve dolaşım sistemi bozuklukları gelir. Hemen her kalp krizine anksiyete eşlik eder. Hareket sisteminin hastalıklarında da yoğun bir anksiyete olabilir. Ayrıca tüberküloz da anksiyetesiyle ünlü bir hastalıktır. Uyum bozukluklarının birçoğunda da anksiyete görülür. Kendini sadece yaygın anksiyete ile belli eden uyum bozuklukları, örneğin okul uyumundaki bozukluklar da vardır. Obsesif-kompulsif bozukluk da anksiyete bozukluklarından biri sayılabilir. Daha doğrusu anksiyete doğuran nedenlerden biridir. Ama DSM sisteminde anksiyete bozuklukları arasında sayılmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu adı altında toplanan bozukluklar da başlıca anksiyete ile seyreden bozukluklardır.

12-Fobiler nelerdir, kaç türlü fobi ayırt edilebilir?

Fobi bazı durum ya da canlı, cansız şeylerden korku duymak demektir. En yaygın olanı agorafobidir ki bunu yukarıdaki maddede görmüştük. Bu başlı başına ayrı bir fobi türüdür. Diğer fobiler **basit** ya da **özgül fobi** olarak adlandırılır. Yüksek yerlerde bulunmak, uçakla seyahat etmek, köpek, fare ya da kedi gibi, yılan, çıyan gibi ya da at, eşek gibi hayvanlardan panik düzeyinde korkmak, kan görmeden korkmak, enjeksiyon yapılmasından korkmak ya da böyle bir durumla karşılaşacağı beklentisiyle kaygılar içinde olmak; bu beklenti içinde anlamsız, belirgin, aşırı ve sürekli korku duymak bu özgül fobinin belirtisidir. Fobik uyarılarla karşılaşma her zaman anksiyete tepkisi doğurur ve bu da bir panik atağı biçimini alabilir. Çocuklarda bu anksiyete ağlama, huysuzluk, donakalma, sıkıca sarılma şeklinde kendini gösterir. Kişi korkusunun anlamsız ya da en azından aşırı olduğunu bilir. Fakat uçak korkusunda olduğu gibi bu korkuyu rasyonalize eder, savunur. Fobik uyarıdan olabildiğince kaçınır ya da büyük bir sıkıntıyla buna katlanır. Kaçınma anksiyete belirtileri yaşayacağından, çekinme kişinin olağan günlük işlerini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozabilir. Buna rağmen korkusundan vazgeçmez. Fobik bir panik yaşayacağına ilişkin belli bir sıkıntı vardır.

Fobiler konularına göre tipler halinde toplanabilir. Belli başlı tipler şunlardır: **Hayvan tipi** genellikle çocuklukta başlayan bir fobi tipidir. Küçük hayvanlar, böcekler, yılan, akrep gibi gerçekten tehlikeli olabilen hayvanlar ile kedi, köpek gibi evcil hayvanların, hatta at, sığır gibi büyük

hayvanların doğurduğu anksiyeteler vardır. Kişilerde belirgin bir rasyonalizasyon çabası vardır. Gene de kendi korkularıyla dalga geçmeye çalışırlar. Panik objesi olan hayvanla kendi aile bireyleri arasında bir özdeşleşme bu fobinin nedenidir. Yoğun davranışçı tedavi ya da analitik tedaviyle ve zorlukla çözülebilir.

Doğal çevre tipinde korkuyu fırtına, yağmur ve kar, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki faktörler başlatır. Bu tip fobiler de genellikle geç çocuklukta başlar. Analitik çalışmalarda bu fobilerin, kişideki biyolojik değişimlerle ilgili olduğu kanısına varılmaktadır. Yani çocukta cinsel olgunluğa ilişkin belirtiler ortaya çıkarken fobi objesiyle değişiklik arasında alegorik bir bağlantı kurulmakta ve fobi yerleşmektedir. Fobiye çarpıntı, baş dönmesi ve tansiyon düşme ya da çıkması gibi psikosomatik belirtiler de eşlik edebilir.

Kan-enjeksiyon-yara tipinde de korkuyu kan, yara ya da enjeksiyon gibi bedensel bir tıbbi işlem görülmesi başlatır. Bu tip çoğunlukla aileseldir ve korkuya güçlü vazovagal reaksiyon eşlik eder; kişi sararır, düşecekmiş gibi olur, hatta düşer. İleri yaşlarda ortaya çıkması çok nadirdir ve ancak tepkiseldir. Annede ya da babada da, daha hafif şiddette de olsa bu fobi bulunmaktadır. Tedavisi çok zordur.

Durumsal tip fobide korkuyu, toplu taşıma araçlarında bulunmak, köprüler, asansörler, uçak, araba içinde olmak ya da araba kullanmak, kapalı yerlerde durmak gibi özel bir durum başlatır. Bu fobide başlangıç yaşı olasılığı iki kez doruğa ulaşır. Birinci doruk çocuklukta, ikincisi ise 20'li yaşların ortalarında olur. Bu tip bazı ailelerde çok daha fazla görülmesi ve cinsiyetler arası dağılımı bakımından, agorafobi ile birlikte olan panik bozukluğa benzer. Bu da geç buluş çağında ortaya çıkan bir fobidir ve kadınlarda bir parça daha fazla olur.

Diğer tip: Korkuyu diğer bazı uyaranlar başlatır. Bu uyaranlar soluğun kesilmesinden, kusmaktan ya da bir hastalığa yakalanmaktan korkmaya neden olur. Çocuklardaki masal kahramanlarından korkma tepkisi bunlardan biridir. Eve girmekten, ya da evden çıkmaktan korkma, yabancılardan korkma, tanıdık bazı simalardan korkma buna örnektir. Belirli hastalıklardan olan korku da çok yaygındır. Kişinin kendisine belli bir hastalığın bulaşacağından ya da zaten bir hastalığı olduğundan korkması da vardır. Boşluk fobisi, yani duvarların ve kendisine destek olabilecek olan yapıların olmaması durumunda düşecek gibi olma, karakteristik bir korkudur. Çocukların yüksek seslerden korkması da buna örnek teşkil eder. Kılılı eşyalardan, mesela fırçalardan korkma da, çocuk yaşlarında başlayan ve ileri yaşlara kadar süren bir korkudur. Bıçak, çatal gibi kesici ve delici nesnelerin uzak tutulmasını isteyen ve bunlardan kaçınan fobikler de vardır. Bu da daha çok ikincil bir durumdur. Kişinin genellikle saklı intihar korkuları, intihar fikirleri vardır.

13-Sosyal fobi nedir? Bunun diğer fobilerle bağlantısı var mıdır?

Sosyal fobi tanımadığı insanlarla karşılaşabileceği ya da başkalarının gözünün üzerinde olacağı kaygısıyla, bir ya da çok sayıda toplumsal eyleme katılmaktan belirgin ve sürekli korku duymaktır. Kişi küçük duruma düşeceğinden, utanç duyacağı tarzda davranacağından korkar. Ve anksiyete içinde kalır. Genel deyimde utangaçlık denilen durum budur. Çocuklarda gençliğin ilk yaşlarına kadar oldukça normaldir. Kız çocuklarında vücutta kadınlık belirtilerinin gelişmeye başladığı yaşlarda çok

yoğun olarak yaşanır. Çocuk beliren göğüslerinden dolayı utanç içindedir, nasıl duracağını bilemez. Genç erkeklerde de özellikle karşı cinsten olanların, kızların bulunduğu yerlerde ellerini nasıl tutacağını bilememek, abartılı sakarlık şeklinde kendini gösterir. Çocuklarda, tanıdıklarıyla yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmaması, sadece erişkinlerle olan iletişiminden başka durumlarda da, örneğin oyun gruplarında da çekingenlik göstermesi durumunda sosyal fobiden söz edilir. Yoksa çocukların gelişme yaşları süresinde yaptıkları sosyal sahneleme durumlarında kaygı ve çekingenlik duymaları normaldir. Daha ileri yaşlarda bir topluluk önünde söz almak, sahneye çıkmak zorunda kalmaktan duyulan korku da bir sosyal fobi şeklidir. Ama sosyal fobi tanısı koyabilmek için bu çekingenlik ve kaçınanlığın benzeri her durumda olması gerekir. Bir defalık çekinmeler tanı için yeterli değildir. Korku bir panik atak biçimini alabilir. Vazovagal tepkiler, örneğin yüz kızarması ve terleme mutattır. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunun bilincinde olabilir. Buna rağmen korkularını alt edemez. Korku veren toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ile buna katlanılır. Bu korkular, kişinin gündelik, mesleki ya da eğitimsel işlevlerini ya da ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Devlet büyüklerinin, önemli şahsiyetlerin önünde söz ve sahne almaktan duyulan heyecan bir sosyal fobi olarak adlandırılmaz. Aynı şekilde, televizyon kameralarının odaklandığı durumlarda da belli bir heyecan duyulabilir. Bu da sosyal fobi tanı kategorisi içinde değerlendirilemez.

Bu durum diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikte olabilir. Özellikle panik bozuklukta, ayrılma anksiyetesinde, vücut dismorfik bozukluğu gibi algılama bozukluklarında, şizoid bozuklukta da refakat eden bulgu olarak bulunabilir. Çeşitli madde kullanım bozukluklarında da refakat bulgusudur. Çekingen kişilik bozukluğu da bu fobiyle karışabilen bozukluklardandır.

Çeşitli bedensel hastalıklarda da haliyle bir kaçınma, bir çekingenlik ortaya çıkabilir. Örneğin kekemelikte ya da Parkinson hastalığında böyle bir kaçınanlık normaldir. Bulemia nervozada da kişi durumunun farkındadır ve genel yerlerde yemek yemekten kaçınabilir, başkalarının kendisini izlemesinden kaçınır. Bazen bedensel bir kusur, örneğin obezite ya da kaşeksi (aşırı kilo kaybı), omurga çarpıklıkları ya da kol, bacak gibi üyelerde olan bozukluklar, örneğin bir Polio sekeli de sosyal fobikmiş gibi bazı tepkilere neden olabilir. Hatta yüzdeki çeşitli özellikler, örneğin iri ya da çarpık bir burun, bir yara izi gibi kusurlar da sosyal bir çekintiye neden olmaktadır. Ancak bunların da vücut dismorfik bozukluğundan ayırt edilmesi gereklidir. Vücut dismorfik bozukluğu, vücutta önemli, dıştan görünen bir çarpıklık olmadan kişinin kendisinde bir biçim özelliği olduğunu vehmetmesidir.

Sosyal fobilerin tedavisi son derecede zordur. Normal olarak grup terapilerinden faydalanabilirler. Ancak o gruba katılmaları da sorundur. Çeşitli destek önlemleriyle katıldıkları zamansa iyi sonuç alınır. Bunun için Batı ülkelerinde utangaçlar kulübü gibi oluşumlar vardır. Birçok tanınmış, büyük isim yapmış insanda da sosyal fobiler olmuştur. Büyük düşünür Bertrand Russel'ın sosyal fobisi ünlüdür. George Washington'un da dişlerinden ötürü ileri yaşlarında sosyal fobi geliştirdiğine ilişkin öyküler vardır. Ama normal kimselerde, bedensel kusurların herhangi bir fobik çekinmeye yol açmaması gerekir. Sosyal fobi genellikle çocuk yaşta belirir ve buluşda, ilköğrenlik yıllarında doruğuna ulaşır. İleri yaşlarda kendiliğinden geçer ya da bazı reaksiyon formasyonu ile örtölür, şekil değiştirir, hatta kişi çok sosyal birisi haline gelebilir.

14-Obsesif-kompulsif bozukluk nasıl bir bozukluktur? Bu da anksiyete bozukluğu mu sayılır?

İleride göreceğimiz obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve kişilik özelliklerinden başka bir de doğrudan doğruya bozukluk niteliğinde olan bir obsesif-kompulsif bozukluk ayırt edilmelidir. Bu da bir anksiyete bozukluğu sayılmaktadır. Normal olarak bazı kimselerde obsesif-kompulsif kişilik özellikleri bulunabilir. Bazı kimseler ise bu karakterlerin egemen olduğu obsesif-kompulsif kişilik yapısı ya da kişilik bozukluğu gösterirler. Ki bunu daha sonra göreceğiz. Burada inceleyeceğimiz obsesif-kompulsif bozukluk ise daha çok bu özelliği taşıyan kişilerde olmakla birlikte, bu yapıya sahip olmayan kişilerde de ortaya çıkabilen bir bozukluk olarak DSM IV’te ayrıca ele alınmıştır. Bu da meydana getirdiği anksiyeteden ötürü bir anksiyete bozukluğu olarak bu grupta ele alınmaktadır.

Bu bozukluk sırasında görülen obsesyonlarda kimi zaman istenmeden ortaya çıkan, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyeteye, en azından sıkıntıya yol açan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemeler bulunur. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemeler gerçek yaşam sorunlarıyla ilişkili aşırı üzüntüler ya da yas tepkileri değildir. Kişiler bu düşünceler, dürtüler ya da düşlerine önem vermemeye, hatta bunları baskılamaya, bastırmaya çalışırlar. Bunu başarabilmek için karşıt bir düşünce, düş ya da eylem yapmaya çalışırlar. Bu düşünceler ya da düşlemler kendiliğinden rahatsızlık verici nitelikte olabildiği gibi, zararsız nitelikte de olabilir. Bunlar sadece zihne takılır ve kovulamazlar. Dürtüler eyleme dökülmediklerinde soğuk ter ya da gerginlik gibi vazovagal tepkiler belirebilir. Dürtüler sosyal bakımdan son derecede uygunsuz da olabilir. Kişiler bu düşünceler, düşler ya da zorlanmaların kendi ürünü olduğunun bilincindedir. Yani bazı bozukluklarda görülen, dışarıdan düşünce sokulması gibi değildir. Kişiler bu düşünce ve düşlemelerden çoğunlukla büyük bir sıkıntı duyar. Ama bunlara engel olamazlar. Obsesyon sözcüğü yerine Türkçe olarak bunun tam karşılığı olan saplantı sözcüğü kullanılmakta ve yeğlenmektedir.

Obsesyonlar daha çok düşünce ve düşlemler bazında ortaya çıkmasına karşın kompulsiyonlar kişinin çoğunlukla obsesyona bir tepki olarak yapmaktan kendini alamadığı edim ve eylemlerdir. Obsesyona bir tepki olan, katı bir biçimde uygulanması gereken, kişilerin kurallarına göre yapmaktan kendini alamadığı yineleyici davranışlara kompulsiyon denilir. Kompulsiyon sözcüğü yerine Türkçe “zorlantı” sözcüğü rahmetli Oğuz Arkonaç tarafından önerilmişse de, sözcüğün tuttuğu ileri sürülemez. Bu hareketlerin dışarıdan bakanlar için bir anlamı yoksa da, hastalar için kendi içinde birtakım alegorik anlamları vardır. Kompulsiyonlar arasında el yıkama ve yıkanma en fazla görülendir. Kişi saatlerce banyodan çıkamayabilir. Daha da yaygın bir kompulsiyon, belirli birtakım sözcükleri ya da sözleri içinden sessiz bir şekilde yinelemektir. Dokunma kompulsiyonları da sık görülür. Kişiler gördükleri bazı eşyaya mutlaka dokunmak zorunda kalır. Yürürken yerdeki taşların mutlaka ortalarına ya da birleşme çizgilerine basmak da sık görülen kompulsiyonlardandır. Bu hareketlerin devamlı olması da gerekmez. Bazen ortaya çıkar, sair zamanlarda sükûnete kavuşur, sonra görünürde bir neden olmaksızın gene ortaya çıkabilirler. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, genel olarak sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya yararlar. Ancak zaman içinde giderek nedenlerini tümüyle yitirebilir, bir alışkanlık olarak sürüp giderler. Eşyaların düzeni, düzenli olan eşya ve nesnelerin sayılması ve bu sayıların ikiye, üçe ya da beşe bölünmesi gibi zihinsel faaliyetler devam eder. Masa üzerindeki eşyaların düzene konulması, çok sık yapılan bir şeydir. Televizyonda yayımlanan Monk dizisinde Dedektif Monk tipik bir obsesif-kompulsiftir. Jack Nicholson da Benden

Bu Kadar (As Good As It Gets) adlı filmde bir obsesif-kompulsifi mükemmel canlandırmıştı. Obsesyon ve kompulsiyonlarda kişi bunların anlamsız ve saçma olduğunu kabul eder ve söyler de, ama yinelemekten kendini alamaz. Bunlar belirgin bir sıkıntıya ve zaman yitimine neden olur. Bazen bir saatten fazla zaman alırlar. Bu bozukluk ileride göreceğimiz obsesif-kompulsif kişilik bozukluğundan farklı bir şeydir. Bunda doğrudan doğruya bozukluk söz konusudur. Ancak obsesif-kompulsif bozukluk genel olarak obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu üzerinde oluşur. Gene de bu kişilik bozukluğu olmayanlarda da, obsesif-kompulsif bozukluk görülebilir. Ama tanıyı koymak için altta yatan bozukluğun bir şizofreni olmadığından emin olmak gereklidir.

Tedavi için çok işe yarayan birçok ilaç vardır. İlaç tedavisinde esas, hastanın obsesyon ya da kompulsiyonlarından duyduğu sıkıntıyı gidererek kompulsiyonsuz yaşama alışmasını sağlamaktır. Bunun yanında psikoterapiler uygulanması şarttır. Basit anksiyolitik ilaçlardan başka daha nöroleptik, antipsikotik ilaçların da kullanılması gerekebilir. Bazı obsesyonlarda kişi bunun anormal bir şey olduğunu kabul etmez. O zaman tedavi de o oranda zor olacaktır. İlaç tedavisine psikoterapötik önlemlerin eşlik etmesi şarttır. Psikoterapi olarak davranışçı yöntemlerle yapılan terapiler kadar ve daha kökten olmak üzere varoluşçu terapi yöntemleri ya da analitik terapiler yeğlenmelidir. Davranışçı yöntemlerin başarısı yüksek olabilir, ancak kişinin bu kez tedavinin sağladığı davranışlara obsesif şekilde tutunduğu gözlenebilir. Bu da iyileşmenin gerçekte olmadığı gibi bir kuşku uyandırmaktadır.

15-Travma sonrası stres bozukluğu ne demektir? Nasıl meydana gelir? Tedavisi nedir?

İlk olarak 1. Büyük Savaş sırası ve sonrasında dikkati çekmiş ve uzun süre savaş bitkinliği (combat fatigue) olarak adlandırılmış olan durumun aslında yalnız savaşlar sırası ve sonrasında değil, kişilerin yaşamını tehdit eden ve etmiş olan bütün olaylar sırası ve sonrasında ortaya çıktığı anlaşıncı, bu tablo ve benzerleri travma sonrası stres bozukluğu (post traumatic stress disorder) adıyla adlandırılmaya başlamışlardır. Yaşamı tehdit eden olaylara maruz kalındığında ya da tanık olunduğunda ortaya çıkan bozukluktur. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel, bedensel bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş ise birtakım tepkiler gösterir. Bu tepkiler arasında panik boyutlara varabilen aşırı korku, dehşete düşme ve çaresizlik vardır. Çocuk yaşlarda bunların yerine dağınık davranışlar ya da ajitasyon olabilir. Dehşet veren olay geçtikten sonra da, bu belirtiler uzun sayılabilecek bir süre, bazen onlarca yıl devam eder.

Kişiler ellerinde olmadan tekrar tekrar anımsarlar, bunun sıkıntısını aynen ya da benzer şekilde yaşarlar, bunlar arasında düşlemeler, düşünceler ve algılamalar da vardır. Örneğin savaş sonrası bu duruma girmiş biri, normal yaşamda, örneğin trafikteki arabaların egzoz seslerinden aynı şekilde korkar, paniğe kapılır ve saklanma hareketlerine girişir. Yaşayan kişiler eğer çocuk yaşıtaysalar travmaya neden olan olayı temsil eden oyunlar oynarlar. Kişiler olayı aynı sıkıntılarıyla birlikte düşlerinde tekrar tekrar yaşarlar. Gene çocuk yaştaki mağdurlar olayı gördükleri gibi, belirsiz korkulu ve sıkıntılı rüyalar da görürler. Kişiler travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissederler; buna

ilişkin illüzyonları, halüsinasyonları vardır. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşmaları halinde, yoğun bir sıkıntı, hatta korku duyarlar. Buna karşılık travmatik olayı durmadan, her vesileyle yeniden anlatabilirler. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran görüntüler, olaylar ya da seslerle karşılaştıklarında; sararma, solma, kızarma ya da mide bulantısı ve kusma gibi fizyolojik tepkiler verirler. Bununla birlikte travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları vardır. Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ve kişilerden uzak durma çabaları gösterirler. Travmaların önemli bir kısmını ya da yönünü anımsamayabilirler. Önemli etkinliklere karşı ilgileri ya da bunlara katılımları belirgin ölçüde azalmıştır. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı şeklinde duyguları vardır. Duygulanımında kısırlaşma vardır. Örneğin sevgi duygusunda belirgin zorluk olabilir. Kişi bir geleceği kalmadığı duygusunu taşır, örneğin bir meslek edinme, eğitimine devam etme, evlenme, çocukları olacağı beklentisinin olmaması vardır.

Uykuya dalmada ya da uykuyu sürdürmekte zorluklar vardır. Sinirlilik ya da öfke patlamaları vardır. Düşüncelerini belli bir konuya odaklamakta zorluk çeker. Aşırı canlılık (hipervijilans) olabilir. Aşırı irkilme tepkileri vardır. Bu tepkiler travmanın ardından çoğu kimsede belli bir süre görülebilir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı konulabilmesi için belirtilerin en az bir aydan daha fazla süredir var olması gerekir.

Travmatik olaydan hemen sonra ortaya çıkan ve daha kısa süren bir de **akut stres bozukluğu** vardır. Bunda gene strese neden olan travmatik olay ya da durum aynı ciddiyettedir, gene kişi kendi ya da yakınlarının yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden bir olayla karşılaşmış, belki de yakınlarını ya da gözünün önünde bir başkasını yitirmiştir. Olayın ardından bir uyuşukluk, dalgınlık durumu peyda olabilir; ya da duygusal bir tepkisizlik, donukluk olur. Çevresinde olup bitenlerin farkına varma düzeyi azalmıştır, kişi afallamıştır. Derealizasyon olabilir, olup bitenler, çevrede olanlar gerçek değilmiş gibi gelir. Bu durum depersonalizasyona, kişinin kendi kimliğini yitirmesine kadar ulaşabilir. Çoğu kimsede bir dissosiyatif amnezi, olayların bir bölümünü anımsayamama da görülür. Bu durumlar travmadan sonra belirir, en az iki gün, en fazla dört hafta sürer. Ancak travmatik olaydan dört hafta kadar sonra bile ortaya çıkabilir.

Akut stres bozukluğunda, olaydan hemen sonra halkımızın kişiye uyguladığı kimi önlemler gerçekten çok faydalıdır. Kişiye hemen biraz su içirilir, bir lokma ekmek yedirilir, dahası canını acıtmak için tokat atılır, saç çekilir. Bu önlemler kişinin yaşamsal algılamasını canlandırmak için gerçekten işe yarayan önlemlerdir. Savaş sırasında ortaya çıkan akut stres bozukluğunu azaltmak için buna uğrayan kişinin sahra mutfağı yakınına oturtulması salık verilir ki, gerçekten oradan yayılan yemek kokuları, kişinin akut konfüzyonunu, şaşkınlığını gidermede çok işe yarar. Sıradan bir trafik kazası ya da neredeyse kaza, yani atlatılan bir kaza durumunda bile, buna benzer önlemler kişinin yeniden normale dönebilmesi için çok faydalıdır.

Gerek travma sonrası stres bozukluğu, gerekse akut stres bozukluğunun bunlar dışında spesifik bir tedavisi yoktur. Uzun süren travma sonrası stres bozukluğunda rehabilitasyon önlemleri, grup terapileri kullanılmaktadır. Ölüm tehdidiyle olmayan kimi durumlarda da travma reaksiyonları görülebilmektedir. Örneğin askerliğin normal koşullarında dahi bazı tepkilerin askerlik koşullarında gösterilemeyişi sonucu, çevredeki kişilerin silah taşınması gibi normal koşullarda bile stres semptomları görülebilir. Bunlar çok daha hafif bozukluklar ise de gene de stres bozukluğu semptomları sayılabilir. Bunların çok uzun vadeli, gecikmiş bir belirtisi old sergeant syndrom (yaşlı çavuş sendromu) denilen durumdur. Bunda kişi travmaya yol açan olayı ya da durumları durmadan,

yıllarca anlatır durur. Lafı döndürüp sık sık o olaylara ya da durumlara getirir, bol bol öyküler anlatır. Bu durum ancak çok uzun yıllar sonra etkisini azaltır, yatıştır, geçer. Yurdumuzda askerlik anılarının çok anlatılmasının nedeni budur. Başka ülkelerde de askerlik ve hele savaş anıları aynı durumdadır; yani çok konuşulur, çok anlatılır.

16- Somatizasyon bozukluğu ve diğer somatoform bozukluklar nelerdir?

Bedensel yakınmalarla hekimlerin, sağlık kuruluşlarının kapılarını aşındıran kimselerde büyük olasılıkla bir **somatizasyon bozukluğu** söz konusudur. Büyük Yunan düşünürü Pithagoras'ın yaptığı ayrımla insanın ruhsal aygıtına “psihe”, geri kalan bedensel varlığına ise “soma” adı verilmiştir. Bu ayrım bugün de ruhsal olan fenomenlere psişik fenomenler, bedensel olan olgulara ise somatik olgular denmesi şeklinde kullanılmaktadır. Ruhsal sorunların bedensel görüngülerle ifadesine de somalaştırma anlamına somatizasyon, somatik yakınmaların belirttiği bozukluklara da **somatoform** (somatik biçimli) bozukluklar denmesi suretiyle sürmektedir.

Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, sürekli tedavi arayışlarına yol açan ve toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan, genellikle 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsü bulunmasıyla karakterize bir bozukluk türüdür somatizasyon bozukluğu. Genellikle dört ağrı semptomu vardır. Örneğin başı, karnı, göğsü, makatı ve kol ile bacaklarında ağrılar vardır. Cinsel ilişki sırasında ya da idrar yaparken ağrılar olmaktadır. Bu ağrılardan başka en az iki gastrointestinal (mide-bağırsak) semptomu olur. Örneğin bulantılar, şişkinlik, gebelik sırasında olanların dışında kusma, çeşitli yiyeceklerin dokunması ve ishal olabilir. Bunlardan iki ayrı belirti birden vardır. Ağrı dışında en az bir cinsel semptom ya da üreme organlarıyla ilgili semptom vardır. Cinsel ilgisizlik, erektıl (sertleşmeyle ilgili) ya da ejakülatuar (boşalmayla ilgili) işlev bozukluğu, menstrüasyonun (adetlerin) düzensiz olması, aşırı adet kanaması, gebelik boyunca kusma bulunur. Ayrıca ağrılarla sınırlı olmayan psödonörotik, nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom bulunması geneldir. Örneğin bir denge bozukluğu, paralizi (felç) ya da paresteziler (karıncalanma, iğnelenme), lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü, ya da boğazda düğümlenme duygusu, ses kısıklığı, idrar yapma güçlüğü, hayaller görme, dokunma ya da ağrı duyusunun yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katılmalar gibi konversiyon belirtileri olur. Ayrıntılı incelemede bu belirtilerin dayandığı bir bozukluk saptanamaz. Saptansa bile bu belirtiler o bozukluğa göre abartılıdır. Ama hasta bunları yapay bozuklukta ve temaruzda olduğu gibi amaçlı olarak ortaya çıkarmamaktadır.

Bir de farklılaşmamış somatoform bozukluk vardır. Bir ya da daha fazla bedensel yakınmanın varlığıyla birlikte, genel tıbbi araştırmayla bu yakınmanın bağlanabileceği bedensel bir bozukluk bulunamamış olmalıdır. Tedavi için kullanılan bir ilacın yan etkileri de söz konusu değildir. İlişkili genel tıbbi bir durum söz konusu olsa bile fizik yakınmalar, olası gerçek yakınmalara oranla çok daha abartılıdır. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte yitimlere, aksamalara neden olmaktadır. Bozukluğun süresi en az altı aydır.

İstimli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer genel tıbbi bir durumu düşündüren, ama objektif bir bulgu göstermeyen, bu semptom ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik

ettiği kanısına varılan, çünkü bu semptomun öncesinde ya da alevlenmesinden önce ortaya çıkan çatışmalar ve diğer stres faktörlerinin söz konusu olduğu durumlara ise **konversiyon bozukluğu** denmektedir. Konversiyon çevirme demektir. Bunda ruhsal bir çatışma ruhsal araçlarla yani söz ya da hareketlerle dışavurulmamakta, tepkiler çevrilerek somatik ya da psişik bir hastalık tablosuyla ifadesini bulmaktadır. Bu semptom ya da defisit işlevsellikte yitimlere de neden olmakta, ya da kişiyi toplum içinde zor durumlarda bırakmaktadır. Konversiyon bozuklukları en fazla yürüme bozuklukları gibi hareketlerdeki bozukluklarla kendini gösterir. Ama bayılmalar da konversiyon bozukluklarının en yaygın görüngülerindendir. Bazen konversiyon bozukluğu dil tutulmaları, dilsizlik, konuşma bozukluğu gibi daha psişik görünümlü semptomlara da yol açar. Kişilerde genellikle bir semptom ortaya çıkar ve ruhsal çatışma devam ettiği sürece aynı semptom kullanılır. Motor semptom ya da defisit gösteren, örneğin koordinasyon ya da dengede bozuklukları olan, paraliziler ya da lokalize güçsüzlükle beliren, ses çıkarmada güçlük (afoni) ya da yutma güçlüğü de sık görülen şekillerdendir. Duyu semptomu ya da defisiti gösteren, örneğin görme yitimi, körlük, sağırılık, çift görme, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi gibi semptomlarla giden biçimi de yaygındır. Kasılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren şekli de sıktır.

Gerek somatizasyon bozukluklarının, gerekse konversiyon bozukluğunun ilaçla tedavisi yoktur. Tersine, ilaç tedavileri durumun kronikleşmesine neden de olabilir. Tek çare derin ve uzun bir psikoterapi olabilir. İlaç tedavisi sadece bu psikoterapi sırasında hastanın kaygılarını azaltmaya yönelik olarak trankilizan ilaçlarla yapılabilir.

Bunlara çok benzeyen bir bozukluk da **ağrı bozukluğu**dur. Bunda vücudun bir ya da daha fazla bölgesinde görülen ağrı ya da ağrılar tabloya egemendir. Ağrılar klinik değerlendirmeyi gerektirecek ölçüde şiddetlidir. Ağrı ya da ağrılar belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal ve mesleki alanlarda işlevsellikte önemli aksamalara yol açar. Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ve sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli rolü olduğu sezilebilir. Örneğin sıkıntıdan baş ağrısı başlar ya da bel ya da omuzlara kramplar girer. Ama bu ağrılar belirli bir amaca ulaşmak için yapılmaz. Ağrı bozukluğu sadece psikolojik etkenlere bağlı olarak ortaya çıktığı gibi, gerçekten bedensel ağrılara da refakat edebilir. Örneğin kişinin eski yaralanmaları öfke durumlarında yeniden ağrır. En fazla görülen ağrılar bel, sırt, baş, göğüs, karın ağrılarıdır. Bu ağrılar bir başka psikolojik bozukluk türü olan hipokondriasis ile karıştırılmamalıdır.

Hipokondriasis kişinin bedensel duygularını yanlış yorumlayarak ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini, hastalığı olduğu korkusunu taşıması durumudur. Yeterli tıbbi değerlendirmelere ve her türlü güvenceye rağmen bu düşünceler sürüp gider. Bu inancı hezeyan yoğunluğunda değildir. Bu düşünceler klinik bakımdan belirli bir sıkıntıya, hatta toplumsal ve mesleki alanlarda kısıtlanmalara neden olabilir. Kişiler bu kaygılarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul etmeye bir türlü yanaşmaz. Yanaştıkları zaman da duyurgaları bu hastalık olasılığına karşı sürekli duyarlı kalır.

Bir de **vücut dismorfik bozukluğu**ndan söz etmemiz gerekir. Bunlar görünümlerindeki hayali bir kusur ile uğraşıp dururlar. Çok şişman olduklarını, çok zayıf olduklarını, kambur ya da görünür şekilde çarpık olduklarını sanır, buna derinden inanırlar. İnançları neredeyse hezeyan düzeyindedir. Bu inançları onları sürekli bir sıkıntı halinde tutar. Hemen her işlev alanında kısıtlanmalarına neden olur.

Gerek hipokondriasisin, gerekse vücut dismorfik bozukluğunun tedavisi son derecede zordur. Bunlardan başka bir de **yapay bozukluk** sayılmalıdır. Fizik ya da psikolojik belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılıyorsa ve bu tür belirtiler varmış gibi davranılıyorsa, yapay bozukluktan söz edilir.

Burada hastanın motivasyonu hasta rolünü benimsemesidir. Bunun nedeni ekonomik ya da sosyal bir kazanç sağlamak değildir. Hasta sadece hasta rolünü inanarak ve o rolü benimsediği için oynar. Bunun simülasyondan, yani temaruzdan ayırt edilmesi son derecede zordur. Tedavisi de bütün bu türden bozukluklarda olduğu gibi son derecede zordur. Çünkü hastanın iyileşmeye karşı güçlü bir direnci vardır, sekonder ve primer kazançlarına sıkı sıkıya sarılmıştır ve her türlü tedavi girişimine şiddetle karşı koyar. Yalnızca hastalık tablosu ciddiye alınır ve onun için ilaçlar verilirse bunları severek ve titizce alacaktır. Çünkü rolünü iyi oynaması için bunları iyileştirmek istiyor gibi görünmesi gerekecektir. Ama bu türden bir ilaç tedavisinin yapay bozukluğu pekiştireceği ve onulmaz hale getireceği de muhakkaktır.

17-Dissosiyatif bozukluk ne demektir? Kaç türlü dissosiyatif bozukluk vardır?

Genellikle akut olarak ortaya çıkan, kişinin kendi bilinen kişilik ve kimliğinden sıyrılıp bambaşka bir tarzda hareket ettiği bozukluklara dissosiyatif bozukluk diyoruz. Bunlar arasında eski adı psikojenik amnezi olan **dissosiyatif amnezi** en yaygın olanıdır. Bunda stres doğuran ya da travmatik olan kişisel bilgiler anımsanamaz. Kişi kim olduğunu, nerede ve niçin bulunduğunu bile anımsamayabilir. Filmlere de zaman zaman konu olan bu kimlik yitimi normal iş ve gücün tümüyle yitmesine neden olabilir. Nedeni daima kişinin kaldıramayacağı kadar ağır olan bir travmadır. Bu travma birçok kez gerçek bir amneziye de neden olabilecek bir bedensel travmayla birlikte olur. Örneğin kişi bir kaza geçirir. Ve kaza anından başlayarak geçmişe ilişkin belleği yitmiş gibi olur. Askeri psikiyatride de sık görülen bu durumun, gene askeri psikiyatride simülasyondan ayırt edilmesi çok zordur ama aynı zamanda çok da gereklidir. Tedavisi zaman almakla birlikte çok zor değildir. Kişi bir süre dinlenmekle ve psikoterapötik önlemlerle geçmişi yeniden anımsamaya başlar. İlaç tedavisine pek gerek olmaz.

Eski adı psikojenik füğ olan **dissosiyatif füğ** de dissosiyatif bozukluklardan biridir. Bunda söz konusu olan, kişinin birden geçmişi, hatta kimliğini unutup, evinden, her zamanki işyerinden ayrılıp yollara düşmesi, kendini başka bir yerde bulmasıdır. Kişisel kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünme çoğu zaman vardır. Çok basit boyutta olabildiği gibi çok daha karmaşık ve zor da olabilir. Basit boyuttakilere bir örnek, kişinin otobüs acentası çığırtkanlarına kapılıp birden ilgisiz bir yere doğru seyahat etmeye başlamasıdır. Dakikalar, en fazla birkaç saat içinde geçer ve kişi aradaki süreyi de anımsar. Daha zorlu olanlarda ise kişi ailesini, kentini, hatta ülkesini terk edip yollara düşer, başka bir yere gidip yerleşir, kimliğini de değiştirmiş olur. Bu karmaşık füğler adli tarihte çok sayılı, seyrekler. Geçtiği zaman tamamıyla iyileşmiş olacağı için tedaviye pek zaman kalmaz. Ancak daha sonra kişinin destekleyici bir psikoterapiye ihtiyacı olacaktır.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu, daha önce çoğul kişilik bozukluğu denilen ve gene filmlere, romanlara konu olan durumdur. Kişide iki ya da daha fazla sayıda birbirinden ayrı kimliğin, ya da kişilik durumunun var olmasıdır. Bu ayrı kimlikler kendi içlerinde oldukça sebatlı, sürekli ve her biri tam bir çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimine sahiptir. Bu kimliklerden en az ikisi kişinin davranışlarını denetim altında tutar. Ayrı kimlikler birbirlerini tanır ve bazen aralarında çatışırlar. Birinin davranışını öbürü kınar, beğenmez, küçümser. Bu da her yaşta olabilir. Çocuklarda

da olur. Ama bu durum çocukların sık başvurduğu hayali oyun arkadaşı gibi değildir. Tedavi sürecine almak çok zordur. Çünkü kişiliklerden en az biri buna karşı duracaktır. Ve kişi çatışan iki şahsiyetin arasında kalmış gibi olacak ve bundan çok rahatsız olacaktır. Çok dikkatli, analitik temelli bir psikoterapinin faydası olur.

Depersonalizasyon bozukluğu kişinin zihinsel süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı duygusunu yaşadığı ya da sanki bu süreçleri dışarıdan gözlemliyormuş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantılar, örneğin kendini rüyada gibi hissetme durumudur. Bu yaşantı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi kaybolmaz. Bu semptomlar klinik bakımdan belirgin bir strese ve anksiyeteye neden olur, mesleki ve toplumsal bakımdan işlevsellikte bozulmalar olur. Hasta için çok korkutucu bir durumdur. Hasta bu nöbetler sırasında çıldırma korkusuyla panik içindedir. Gerek ilaç tedavisine gerekse psikoterapilere iyi yanıt verir. Yalnız hastanın bir kuruma yatarak tedavisi zorunlu olabilir.

Bunlardan başka erişkinlerde depersonalizasyon olmadan **derealizasyon** da olabilir. Bunda kişi kendisini gerçek olmayan bir ortamda gibi hisseder. Bu ortamda her şey olması gereken yerdedir, ancak bunların gerçek olmadığı duygusu vardır. Bazı epilepsilerde de ortaya çıkan bu durum kişi için çok rahatsız edici nöbetler şeklinde olur. Saatlerce sürdüğü çok nadirdir. Çoğu kez birkaç dakika içinde açılır.

Bazı savaş tutsaklarına bazı ülkelerde yapıldığı ya da gizli servis elemanlarına uygulandığı gibi uzun süreli ve yoğun düşünce aşılama, yani beyin yıkama süreçlerinden geçen bireyde de dissosiyatif bozukluklar ortaya çıkar. Bunlar askeri psikiyatrinin uğraş alanlarından. Bu gibi süreçlerden geçmiş savaş tutsaklarının sonraki tedavileri son derecede zor olabilir ve kişi gerçekten sakat kalabilir.

Dissosiyatif trans bozukluğu bilinçlilik, kimlik ya da bellek durumunda tek kez ya da episodik olan, belirli yörelere ve kültürlere özgü bozukluklardır. Dissosiyatif trans yakın çevrede olup bitenlerin tam farkında olmamayı ya da kişinin kontrolü dışındaymış gibi yaşanan kalıplaşmış stereotipik, yani yineleyici hareketleri ya da davranışları kapsar. İyelik transı, alışlagelmiş kişisel kimlik duygusunun yerini yeni bir kimliğin almasıdır. Bir ruha, güce, Tanrı ya da başka bir insana bağlanılır ve kalıplaşmış yineleyici, istemsiz davranışlar ya da amnezi buna eşlik eder ve Asya bölgelerinde, yurdumuza kadar en sık görülen dissosiyatif bozukluktur. Örnekleri arasında Malezya ve Endonezya'daki Amok, Endonezya'daki Bebainan, Malezya'daki Latah, Kuzey Kutbundaki Pibloktoq, Latin Amerika'daki Ataque de nervios ve Hindistan'daki Fakir'lik ile yurdumuzda bazı tarikatların riyazet, dua, oruç ve ayinleri süreçlerinden sonra ortaya çıkan durumlar vardır. Bir zamanların heykel yıkan Tıcani bireyleri çoğunlukla böyle bir durumdaydılar. Şimdilerde de bazı tarikatların zikir ayinleri bu duruma yol açmaktadır. Bu dissosiyatif trans bozukluğu ortak kültürel ya da dinsel uygulamaların genel kabul gören olağan bir parçası değildir. O kültürde sadece bazı koşullarda, bazı bireylerde ortaya çıkmaktadır. Amok'ta olduğu gibi kapatılarak tedavisi zorunlu hale gelebilir.

18 - Cinsel bozukluklar ve cinsel kimlik bozuklukları hakkında neler söylenebilir?
Cinsel işlev bozuklukları nelerdir?

Kadında ve erkekte cinsel yaşamda sorunlara yol açan, yaşamda mutluluğu önemli ölçüde bozan bozukluklara cinsel işlev bozuklukları diyoruz. Bunların tedavilerinde ilaçlardan çok etkili psikoterapiler gerekmektedir. İlaçların etkinliği çok az ve ancak yardımcı niteliktedir. Cinsel kimlikte çarpılmalar demek olan cinsel kimlik bozukluklarını ve cinsel sapkınlıkları sonraya bırakarak önce cinsel istekteki bozuklukları ele alacağız.

Cinsel istekte azalma (hipoaktivite) bozukluğu: Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç bulunmaması durumudur. Yaş ve yaşam koşulları gibi cinsel etkinliği etkileyen faktörler göz önüne alınarak değerlendirilir, cinsel isteğin az olduğu ya da bulunmadığı yargısına varılır. Bu bozukluk belirli bir sıkıntıya ve yakınmalara neden olmalıdır. Durup dururken ve kişinin kendisinin talebi olmaksızın bu tanı konamaz ve tedaviye girilemez. Ama talep olduğunda da çok ciddi biçimde ele alınması ve tedavi çarelerinin aranması zorunludur. Çünkü bu durum kişinin yaşamını çok olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Kişinin bedensel muayenesinin ayrıntılı şekilde ve tam olarak yapılması, bu duruma yol açabilecek bedensel, kimyasal ve hormonal bozukluk olasılıklarının ekarte edilmesi, yapılacak ilk iştir. Bundan sonra kişinin kaygılarının giderilmesi ve gerekiyorsa cinsel güç artırıcı ilaçlara başvurulması uygundur.

Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu: Bir cinsel eş ile jenital cinsel ilişki kurmaktan sürekli ya da geçici tiksime ve kaçınma ile beliren, eşler arasındaki ilişkiyi çok bozan bir bozukluktur. Gene buna neden olabilecek bedensel bozukluklar dikkatle aranmalıdır. Bunun cinsel ilişkide ağrı duyma bozukluğuna bağlı olmadığından emin olmak gerekir. Nedenleri arasında eşlerin bedensel uyumsuzlukları, eşlerden birinin dış ilişkileri söz konusu olabilir. Nedenleri arasında kadının ya da erkeğin saklı kalmış eşcinsel eğilimleri önemli yer tutar. Titiz bir psikoterapi yürütülmesini gerektirir. Ama bu da çoğu zaman sonuçsuz kalır. Eşlerin boşanmasıyla sonuçlanabilir. Eğer genel olarak bütün olası eşlerden tiksinti duyuluyorsa büyük olasılıkla ardında eşcinsel duygular yatıyor olabilir. Ya da estetizm denilen özgün bir cinsel yönelim bozukluğu söz konusu olabilir. Ki bunun da tedavisi çok zordur.

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu: Sürekli olarak ya da yineleyici biçimde cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememe bozukluğudur. Bu bozukluk eşlerin mutsuzluğunun başlıca nedenlerindendir ve sanıldığından çok daha yaygındır. Burada da bedensel bir aksama nedeninin öncelikle araştırılması gereklidir. Kadının cinsel organının anomalileri, olması gerekenden dar olması, rahim ağzının fazla aşağıda olması ve rahmin düşmüş olması (Prolapsus), rahim boynunun arkaya ya da fazlaca öne doğru bükük olması ilişkide kadının zevk alabilmesini engelleyen anatomik bozukluklardandır. Ayrıca cinsel organın (vajinanın) iltihabi hastalıkları da cinsel ilişkiyi çok ıstıraplı, acılı, sancılı hale getirir. Böyle bir organik bozukluk yoksa ve kadınla erkeğin cinsel organlarında bir uyumsuzluk da söz konusu değilse, yakınmanın psikolojik nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Kadınların cinsel tepkilerini, erkeklere göre daha fazla baskı altında tutmaları da bunun nedenleri arasındadır. Kimi ilaçlar da bu tür isteksizliklere neden olabilir. Tedavi olarak uzun ve sabırlı bir psikoterapi önerilir. Grup terapilerinin de faydası büyüktür, ancak kadınlar sosyal baskılar nedeniyle dertlerini hekime kolay kolay açamazlar. Grup halinde konuşabilmelerinde de aynı zorluk vardır. Birbirlerini doğal rakip olarak görebilen kadınların bu algılamayı aşabilmeleri gene de genel kültür derecelerine bağlıdır.

Erkekte erektil bozukluk: Sürekli ya da yineleyici olarak yeterli bir sertleşme sağlayamama ya da

cinsel ilişkinin bitimine kadar bunu sürdürememe bozukluğudur. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ve eşler arasındaki ilişkilerde zorluklara neden olur. Erkek cinsel organında yapısal bozukluklar oldukça nadirdir. Ama penisin kan dolaşımını sağlayan damar sistemlerinde bazı bozukluklar söz konusu olabilir. Bunun için de ayrıntılı bir tıbbi inceleme şarttır. İç salgı bezlerindeki işlev bozukluklarında da ereksiyon eksik ya da yetersiz hale gelebilir. Bu bakımdan tıbbi incelemenin yalnız cinsel organ üzerine yoğunlaşmaması, genel tıbbi durumun da incelenmesi gereklidir. Fakat ereksiyondaki eksiklikler en fazla psikolojik nedenlere bağlıdır. Eşler arasındaki uyumsuzluklar kadar erkeğin yorgun ve sorunlu olması da sertleşmeye engel olur. Bu bakımdan genel muayeneden sonra hemen psikolojik tedaviye başlamak gerekir. Kadınların aksine erkeklerin bu konuda grup tedavilerine devam edebilmeleri çok zordur.

Kadında orgazm bozukluğu: Eski adıyla inhibe (ketlenmiş) kadın orgazmı son derecede yaygın bir durumdur. Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da sık olarak gecikmesi ya da hiç olmamasıdır. Kadınlar orgazmı tetikleyen uyarının türü ve yoğunluğu açısından çok büyük değişkenlik gösterirler. Kadında orgazm bozukluğu tanısı, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve alacağı cinsel uyarıların yeterliliği açısından konulmak durumundadır. Erkekler kadının ön uyarılmasını beklemekte çok sabırlı değillerdir. Oysa kadının ön uyarılma düzeyi çok değişkendir ve çok uzun aşk oyunlarına gereksinimleri olabilir. Erkeğin kokusu ve sesi, vücut yapısı, saç ve vücut kılları, cildi ilişkiyi çok etkileyebilir. Genel olarak davranışlarının yumuşak ve şefkatli olmasının büyük önemi vardır. Ayrıca kadınlar çevre faktörlerinden de çok ve çabuk etkilenirler. İlişki sırasında odanın ışığı ve dekorasyonu, dışarıdan gelen sesler, örneğin çocuklar gibi faktörlerin kadındaki görev duygusunu uyarması, almaları gereken cinsel uyarıların almalarını engelleyebilir. Aldıkları ön eğitim gereği olarak orgazm olmaktan, orgazmlarını yaşamaktan çekinebilirler. Orgazm olmak çoğu kez kendi bedenleri üzerindeki denetimlerini yitirmek gibi algılanabilir. Üstelik erkek eşler de kadının orgazm olmasını çok yanlış algılayabilir ve onu küçümseyebilirler. Bu bakımdan mümkünse erkek eşin de görüşmeye alınması uygun olabilir. Tedavi olarak cinsel ilişki eğitimi önerilmiş ve uygulanmıştır. Ancak bunda da sosyal pek çok zorluk vardır. Eğitimi verecek olan kimsenin kadın ya da erkek olmasıyla beklenmedik tepkiler olabilir ve böyle bir eğitim sürecinin başlı başına bir travma nedeni olması da olasıdır. O zaman eşler arasındaki ilişkinin bütün bütüne bozulması tehlikesi söz konusu olur. Bu bakımdan artık önerilmemekte, uygulanmamaktadır.

Erkeklerde orgazm bozukluğu: Eski adıyla inhibe (ketlenmiş) erkek orgazmı, kişinin yaşı göz önüne alınarak, yeterli yoğunlukta ve sürede olduğu da hesaba katılarak karar verilebilir. Erkeklerde bu bozukluk kadınlardakine oranla daha azdır. Çok fazla mastürbasyon yapanlarda söz konusu olabilir. Cinsel uyarılma erkeklerde daha kolaysa da, sürdürülmesi o kadar kolay olmayabilir. Ama genel olarak ejakülasyonla orgazmın olması gereklidir. Bazı erkekler kendi orgazmlarını bilerek geciktirebilirler, bu daha geç orgazma ulaşan eşlerini tatmine yönelik bir eğitim işidir. Ancak bunda gecikme sonunda belli bir noktada orgazmın olması gerekir. Kullanılan bazı ilaçlar orgazmın gecikmesine, hatta hiç olmamasına yol açabilir. Birçok uyuşturucu madde de, alkolden başlayarak orgazm gecikmelerine ya da yokluğuna yol açabilirler. Bazı genel tıbbi hastalıklarda da orgazm yitimi olabilmektedir.

Erken boşalma (prematüre ejakülasyon): Daima ya da yineleyici olarak zaman zaman, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istediğinden daha önce, vajinaya daha girmeden ya da girer girmez boşalmanın (ejakülasyon) olması durumudur. Can sıkıcı ve çoğu zaman erkeği utandırıcı olan bu durum son derece sık görülen bir şeydir. Denilebilir ki, bu başına gelmeyen kimse yoktur. Bu

bakımdan yaşam boyu birkaç kez olan böyle bir “kaza” tümüyle olağan sayılmalıdır. Kişinin fizik ya da zihinsel yorgunluğu buna neden olmuştur. Söz konusu bozukluk ancak bu durum yineleniyorsa düşünülmelidir. Yaşa, cinsel eşin ya da durumun yeni olmasına da bakarak karar verilmelidir. Çok sık yapılan cinsel ilişkide de giderek bir yorgunluk ve bunun sonucunda prematüre ejakülasyon ortaya çıkabilir.

Disparoni: Erkeklerde ya da kadında cinsel ilişkiye jenital bir ağrının refakat etmesi durumudur. Bu bozukluk da belirgin bir sıkıntıya, eşler arasındaki ilişkide bozulmalara neden olur. Bu da tıbbi bir durumun doğrudan ya da dolaylı etkisine bağlı olabilir. Tam bir tıbbi incelemeden sonra, ilaçların da yardımıyla psikoterapiye geçilir. Gene de tedavisi oldukça zordur.

Vaginismus: Kadında vajinanın dış üçte birinde kasların birleşmeyi engelleyecek biçimde istem dışı krampı, spazmıdır. Daha çok davranışçı psikoterapiler ve ilaçların yardımıyla giderilmeye çalışılır. Disparoniye oranla tedavisi daha kolay ve daha başarılıdır. Kolaylıkla giderilebilir.

Cinsel işlevdeki bozukluklar yaşam boyu, ya da edinsel (doğuştan gelmeyen, sonradan ortaya çıkan) olabilir, yaygın tipte ya da durumsal olarak da ayrılabilir. Tümüyle psikolojik etkenlere bağlı olabildiği gibi bileşik etkenlerden de ileri gelebilir. İncelenmesinde bu ayrımların da yapılması zaruridir. Varsa buna neden olan genel tıbbi durum da mutlaka ortaya çıkartılmalıdır. Madde kullananlarda olan cinsel işlev bozuklukları istek bozukluğu, uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu ve jenital ağrı ile giden ve ayrıca intoksikasyon (zehirlenme) sırasında olan olmak üzere altgruplara da ayrılmalı ve öyle ele alınmalıdır.

Cinsel kimlik bozuklukları ise, kişinin kendi cinsel kimliğinden hoşnut olmayıp karşı cinsin özelliklerini benimsemek istemesinden ileri gelen bozukluklardır. Çocuk ya da ergen yaşta ortaya çıkar ve çoğunlukla yaşam boyu sürer. Kişi karşı cinsten olma isteğini ya da ısrarını yineleyici biçimde dile getirir, erkek çocuklar aykırı giyimi yeğler, ya da kadınsı giyim kuşamı taklit eder; kız çocuklar da alışlagelmiş erkeksi giysiler giyme konusunda ısrar eder. İngesel oyunlarda güçlü bir biçimde ve yineleyen tarzda karşı cinsin rollerini üstlenmeyi yeğleme ve sürekli olarak diğer cinsiyette olma fantezileri taşıma, karşı cinsin alışlagelmiş oyun ve eğlencelerine katılma konusunda yoğun bir istek duyma, özellikle karşı cinsten oyun arkadaşları seçme ile kendini gösterir. Ergenlerde ve erişkinlerde bu bozukluk diğer cinsiyette olma isteğini dile getirme, giderek kendini diğer cinsiyete mensup gibi gösterme, diğer cinsiyetteymiş gibi yaşamayı ya da davranılmayı isteme ya da öbür cinsiyete özgü duygular ve tepkileri olduğuna ilişkin bir inanç taşıma gibi semptomlar gösterme haline ilerler. Burada durum eşcinsellikle karıştırılmamalıdır. Her ne kadar durum eşcinsel davranış ve girişimlerde bulunmaya kadar giderse de, bu daha çok ikincil bir gelişmedir. Temelde sorun kişinin kendini bulunduğu cinsten mutlu ve hoşnut hissetmeyişiştir. Yukarıda belirtilen karşı cins gibi davranma, kılığını da karşı cins gibi seçmeye, **transvestisizme** neden olabilir. Daha da hastalıklı bir durum olarak kişi kendi sekonder ve primer seks karakterlerinden kurtulmaya çalışabilir. Örneğin kişi önce vücut kıllarından kurtulmaya çalışır ve daha sonra primer seks karakterleri olan cinsel organlarından kurtulmaya girişir. Kimlik bozukluğu kesinse ve bu uzun incelemelerle de sabit bulunursa, cinsel organları alınabilir ve kendisine yapay bir vajina uydurulabilir. Ancak bu, örneğin gebe kalmak ve çocuk doğurmak gibi temel işlevlerde eksik kalacağından mutluluğu sağlayamaz.

Cinsel kimlik bozuklukları a) Cinsel yönden erkeklere ilgi duyan, b) Cinsel yönden kadınlara ilgi duyan, c) Cinsel yönden her iki cinse de ilgi duyan ve d) Cinsel yönden her iki cinse de ilgi duymayan olmak üzere altgruplara ayrılır. Transvestistlerin birçoğu dördüncü gruptandır. Yani cinsel bakımdan herhangi bir ilgi duymazlar. Cinsel ilgileri olanların bir bölümü, özellikle cinsel organlarını

değiştirme girişiminde bulunanlar **transseksüel** adıyla ayrı bir grupta toplanabilir. Ama bu ayrım daha çok adli psikiyatriyi ilgilendiren bir husustur. Çünkü bu tür ameliyatlar yurdumuzda ancak uzun bir psikiyatrik gözlem aşamasından sonra, özgün oluşturulmuş sağlık kurullarının vereceği raporlar üzerine mahkeme kararıyla yapılabilir. Her isteyenin kendi cinselliğini değiştirmek istemesine izin verilemez.

19-Parafili ne demektir? Nasıl parafililer vardır? Tedavisi var mıdır?

Parafili kelime anlamıyla “yan sevi” demektir ve cinsel ilginin yan yollara sapmasına verilen addır. Cinsel ilginin bu yollarla tatmin edilmesi genellikle cinsel işlevselliği bozmaz, ancak cinsel ve sosyal alanda çeşitli sorunlara, birçok kez de adli sorunlara neden olur.

a) Eksibisyonizm (teşhircilik, göstermecilik): Kişinin primer ya da sekonder cinsel organlarını açıp sergilemesine teşhircilik denir. Genellikle bu davranış, bunu istemeyen ve beklemeyen yabancılara karşı yapılır. Kadınların daha sekonder durumdaki cinsel özelliklerini sergilemeleri de bir tür teşhirciliktir. Vücudun örneğin bir çıplaklar kampı gibi serbestçe açılıp sergilenmekte olduğu koşullarda bu teşhircilikten söz edilemez. Çünkü orada çıplaklık herkes tarafından istenmekte ve beklenmektedir. Ancak kadının ya da erkeğin kendi bedenini ve özellikle de jenital organlarını, bunu istemeyen bir yabancıya açarak sergilemesi son derecede patolojik bir şeydir. Bunun fantezilerini kurmak da aynı derecede patolojiktir, ne var ki sadece fanteziyle kaldığında bunun dışarıdan tespiti imkânsızdır. Bu durum ancak kişinin kendisinin bundan şikâyet etmesi ile anlaşılabilmektedir. Asıl önemli olan, bu teşhirciliğin cinsel hazla birlikte olması ve kişinin gerçek bağlamda cinsel hazza da fazla ihtiyaç hissetmemesidir. Teşhirciliğin kökenleri erken çocukluktadır. Daha sonra aşırı ayıp fikirleri ile yetiştirilen çocukta da bunun sabitleşmesi ve kalıcı hale geçmesi başlıca neden olarak görülmektedir.

b) Fetişizm: Cinsel fiilleri ve organları anımsatan çeşitli objelerin cinsel heyecan amacıyla edinilmesi, saklanması ve kullanılmasına fetişizm denir. Fetiş, putperestlikte totem ya da putun saygı gören bir temsili demektir. Fetişist kişi de cinsel heyecanlarını gerçek bir cinsel eş yerine onun mahrem yaşamını anımsatan bir şeyi edinerek elde etmeye çalışır. Örneğin kadın iç çamaşırlarını saklar, sever, koklar, onları kendisi giyerek vücuduna sürünmelerini sağlamaya çalışır. Bu durum daha ileri bir aşamada transvestik fetişizm ile de devam edebilir. Kişi fetişist fantezilerini doyurmak için kadın iç çamaşırlarını çalar. Bazıları çamaşırın kullanılmış olmasına önem verir. Transvestik fetişizmde ise çamaşırın kadınlara mahsus olması yeterlidir. En ileri derecesinde, çamaşırın çalınması görülür ve bununla mastürbasyon cinsel ilişki yerine geçer ve kişi gerçek bir cinsel ilişkiyi pek aramaz. Çocukluk ve yeni yetmelik çağında birçok kimsede görülebilir. Ama bunun ergenlik ötesinde sebatı kesinlikle patolojik bir durumdur. Tedavisi zordur, çünkü yakınma olasılığı düşüktür. Çamaşır çalmalarla kendini belli eden bir kısmı polisin uğraşmak zorunda kaldığı basit davalardandır.

c) Frottörizm (dayamacılık, sürtünmecilik): Cinsel uyarılma ve doyum amacıyla kişinin, rızası olmayan bir kimseye dokunması ve sürtünmesidir. Kişinin buna ilişkin çeşitli fantezileri de vardır. Çeşitli polisiye olaylara yol açmasına rağmen kişinin bundan vazgeçememesi karakteristiktir.

Gençlerde bazen bir erkeklik gösterisi olarak ortaya çıkar ve çeşitli polis adliye sorunlarına da yol açar. Gerçekten patolojik durumlarda kişinin cinsel dürtülerine göre davranması dikkati çeker. Bu hareketlerin ve fantezilerin kişide belirgin bir sıkıntıya yol açması durumunda tedavi yoluna gidilebilir. Tedavi olarak yapılması gereken uzun ve köklü bir analitik bazlı psikoterapidir. Herhangi bir ilaç tedavisi yoktur.

d) Pedofili (sübyancılık): En az altı aylık bir süre boyunca, kişinin henüz ergenlik dönemine girmemiş 13 yaşın altındaki bir çocukla ya da çocuklarla, cinsel etkinlikte bulunma ile ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Ergenlik yaşı altındaki çocuklarla cinsel haz alınabilmesi başlı başına bir sapkınlıktır. Kendisi de ergen yaşta olan çocuklarda bu durum zaman zaman ortaya çıkabilir ve bu korkunç bir sapkınlık sayılmaz. Ancak bu hal uzun zaman süremez. Gençlerin ilgilerinin kendi yaşlılarına ve daha erişkin objelere yönelmesi gerekir. Yaşlı kimselerde çocuklara cinsel ilgi bu patolojinin karakteristik biçimidir. Pedofiliden söz edebilmek için, bu çocuklara yönelik cinsel fanteziler ve davranışta bulunanların en az 16 yaşından büyük olmaları ve obje olarak seçtikleri çocuklardan da en az beş yaş büyük olmaları gerekir. Yazık ki toplumlarda erkeklerin pedofilik eğilim ve davranışlarına geniş bir hoşgörüyle bakılmaktadır. Kadınlardaki pedofili ise hemen her toplumda yargılanmakta, kınanmaktadır. Bunu toplumların çarpıklığı olarak görmek gerekir. Bu bozukluğun küçük yaştaki erkek çocuklara ilgi duyan örnekleri, yani homofilik pedofililer de çok ağır bozukluklardır. Pedofililerin bir kısmı da kendi çocuklarıyla cinsel nitelikli ilişki davranışı ya da fantezileri olanlardır. Bu durum yalnız erkeklerde değil, hem erkeklerde, hem kadınlarda görülmektedir; ancak kadınların pedofilisi daha saklı kalmaktadır. Dediğimiz gibi, orta yaş üstü ve yaşlı erkeklerin çocuk yaştaki kızlara karşı cinsel yaklaşımları toplumlarda ne yazık ki hoşgörüyle karşılanmaktadır. Bu da toplumun çarpıklığı sayılmalıdır. Pedofilinin belli bir tedavisi yoktur. Analitik temelli psikoterapiler denenebilir. İlaç tedavisi ise yoktur.

e) Mazohizm: Kişinin acı çekmekten cinsel bağlamda haz almasıdır. Kişinin hakaret edilme, dövülme, işkence görme, bağlanma ya da herhangi bir başka biçimde acı çekme ile ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ve davranışlarının ortaya çıkması gibi bir bozukluktur. Acı duygusuyla cinsel ilişki arasında çok iyi ayırt edilemeyen ve her zaman anlaşılamayan bir ilişki, bir kavram ilişkisi vardır. Bu büyük bir olasılıkla çocuğun cinsellikle ilgili ilk algılamalarına bağlıdır. Daha sonra, gerçek cinsel ilişkilere başlandığında yeniden depresmekte ve kişiye mazohist fanteziler olarak yansımaktadır. Mazohist fantezilerin büyük çoğunluğu fantezi olarak kalır ve eyleme dönüşmez. Çoğu zaman cinsel ilişki sırasında ısırılmalar, can acıtmalarla, çimdikler şeklinde ifadesini bulur. Gene çoğunlukla mazohist eğilimler, sadist eğilimlerle devam eder ve bir aradadır. Bunun için artık daha çok **sado-mazohizmden** söz etmek daha doğrudur. Kişiler bu fantezilerinden pek yakınmaz, bu yüzden de tedavisi için bir şey yapılamaz. Ancak bir yakınma olursa, uzun süreli, dinamik bir psikoterapi işe yarayabilir.

f) Sadizm: Kişinin, bir başkasının hakaret etmek de dahil olmak üzere psikolojik ya da fizik olarak acı çekmesiyle ilgili, yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının olması halidir. Genellikle cinsel alana sınırlı kalmayan bir davranış kalıbıdır. Cinsellikle hiç ilgisi olmayan eylemlerle de kendisini belli eder. Ve kişi cinsellikle hiç ilgisi olmayan o eylemlerde de, belli etmemeye çalışsa da cinsel bakımdan uyarılır ve cinsel bir haz alır. Bunun için o kişiler bu eylemlerini sürdürebilecekleri meslek alanlarını seçerler ve toplumsal açıdan çok da tehlikeli olurlar. Birçok polis memuru, subaylar, özellikle astsubaylar, sadistik eğilimler

geliştirmektedir. Ve bu, toplum açısından çok uygunsuz bir durum oluşturmaktadır. Her ne kadar bu eylemler toplumsal bir üstünlük iddiasıyla berabermiş gibi görünüyorsa da, gerçekte, yukarıda belirtildiği gibi bu eğilim acı çekmekten haz alma duygusuyla çok yakından paraleldir ve bu yüzden çoğunlukla bir sado-mazohizm söz konusudur. Herhangi etkin bir tedavisi yoktur. Ancak kişi kendisi yakınır, uzun süreli bir analitik dinamik psikoterapiye alınabilir.

g) Transvestik fetişizm: Heteroseksüel bir erkekte, aykırı giyimle ilgili yoğun cinsel uyarıcı fantezilerin, cinsel dürtülerin ya da davranışların yineleyici biçimde ortaya çıkmasıdır. Bazen bu durum bir cinsel kimlik disforisiyle, kişinin kendi cinsel kimliğiyle ilgili bir zorlanmasıyla birlikte olur. Bu olmadığında sadece kadın iç çamaşırlarının kullanılması ile giden bir süreçtir. Terapi için hemen hiç başvuruları olmaz. Bu yüzden etkin bir tedavi yolu da bilinmemektedir.

h) Voyörizm (gözetlemecilik, dikizcilik, röntgencilik): Kişinin bunu bilmeyen, beklemeyen bir kimseyi çıplakken, soyunup giyinirken ya da cinsel ilişki sırasında gözetleme eylemiyle ilgili fantezilerinin, dürtülerinin ya da davranışlarının olması ile karakterize bir bozukluktur. Kişi bu fantezilerine göre davranmaktadır. Bunun için çok tertibatlı donanımlar oluşturanlar da vardır. Voyörizm cinsel sanayinin en fazla faydalandığı bir davranış biçimidir. Avrupa'nın bazı yerlerinde voyörlere mahsus fuhuş benzeri yerler vardır. Burada normal görünüşlü kadınlar sözde farkında değilmiş gibi kapalı mekânlarda soyunur, bazen de giyinirler. Ve saklı bazı mazgallardan müşteriler bunu izler. Bu bozukluk çoğunlukla erkek kimselerde bulunur. Fakat voyör kadınlar da vardır. Bu bozukluğun da tedavisi, kimse bu yakınmayla başvurmadığı için yok gibidir. Kökenleri erken ve orta çocukluk dönemindedir.

Bunlardan başka parafililer de vardır. Ancak genellikle bir itiyat değil tekil olgulardır. Bu yüzden hastalık listelerinde yer almamışlardır. Bunları da kısaca görelim:

i) Hipnofili (uykudasevicilik): Cinsel eşleri uyurken onlarla cinsel ilişki kurmak isteyenlerdir. Hemen tümüyle erkeklerde görülen bir varyanttır. Genellikle kendine temel güveni olmayan erkeklerin böyle bir eğilimleri olduğu düşünülür. Gerçekte ise daha sonra anılacak bir parafili olan estetizmin bir varyantı olması olasılığı daha akla yakındır. Nitekim özellikle Rönesans dönemi resim sanatında “uyuyan güzel” teması çok işlenmiştir.

j) Estetizm: Bir partnerle cinsel ilişkiden tiksinen, onun yerine eşlerine bir estetik obje muamelesi eden kimselerdir. Bu da erkeklerde olan ve normal cinselliği çok ketleyen bir sapmadır. Kadınlarda da eşlerini süsleme tutkusu şeklinde görüldüğü olur.

k) Zoofili: Hayvanlarla cinsel ilişki kuran ya da fantezisini sürdüren kimselerde görülen bozukluk türüdür. Buna kimileri köylük yerlerin sıradan bir çarpıklığı gibi baksa da, aslında oldukça ağır bir parafilidir. Bu iş için çeşitli hayvanlar seçilir. Bunlar arasında köpek, keçi, eşek ve atlar vardır. Buna ergenlik çağının sıradan bir sapkınlığı olarak değil, ciddi bir patoloji olarak bakmak gerekir.

l) Nekrofil (ölüsevicilik): Ölülerle cinsel açıdan ilgilenen, onlarla cinsel ilişkiye giren ya da bunun fantezisini kuran kimselerdir. Daha az olmakla birlikte kadınlarda da görülebilir. Çok ağır bir patoloji sayılır ve ceza kanunlarına göre de suçtur. Az ya da çok gelişmiş ülkelerde ölmüş kimselerin anılarıyla fazla meşgul olmaya da sosyal nekrofil adı verilmektedir. Bu alegorik bir anlatım tarzıdır. Bunun gerçek nekrofilıyla ilgisi yoktur. Daha çok sosyal-kültürel bir olgudur. Nekrofilinin tedavisi için bir yöntem yoktur. Genellikle ele geçebilenler psikiyatri hastanelerinin kapalı bölümlerinde uzun süre kapalı tutulur. Kimi Avrupa ülkelerinde ve ABD'nin kimi eyaletlerinde bu kimselere yasal kastrasyon uygulanır. Ancak bunun da suçlardan uzak tutmak için hiçbir faydası görülmemiştir.

20-Cinsel kimlik bozuklukları nelerdir? Tedavisi var mıdır?

Bu bozukluk karşı cinsiyetle güçlü ve sürekli bir özdeşim kurmayla karakterize bir bozukluktur. Bu bozukluk sadece karşı cinsiyette olmanın getireceği sanılan kültürel ya da ekonomik üstünlükler için bir istek duymaktan ibaret değildir. Burada söz konusu olan tam bir özdeşimdir. Kişiler yanlış bir vücut içinde hapsedilmiş oldukları gibi bir duyguya sahiptir. Çocuklarda bu bozukluk şu koşullardan dört-beş tanesinin bulunmasıyla kendini gösterir. Çocuk diğer cinsiyette olma isteğini ya da ısrarını yineleyici bir şekilde dile getirmektedir. Erkek çocukların aykırı giyimi yeğlemesi ya da kadınsı giyim kuşamı taklit etmesi, kız çocukların ise kalıplaşmış, alışılmış erkek giysilerini tercih etmesi görülür. İmgesel oyunlarda güçlü bir biçimde ve sürekli olarak karşı cins rollerini oynamayı yeğledikleri, sürekli olarak diğer cinsiyetten olma fantezileri taşıdıkları da görülür. Karşı cinsin alışlagelmiş oyunlarına ve eğlencelerine katılma konusunda yoğun bir istek duyarlar. Özellikle karşı cinsten arkadaş seçerler.

Dikkat edilirse bu hareketlerin tek olarak ya da ikisinin bir arada bulunmasının bu kanıya varmak için yeterli olamayacağı kolaylıkla görülebilir. Örneğin, çocuğun karşı cinsten arkadaşlarının çok olması böyle bir bozukluktan çok, çocuğun sosyallik düzeyinin çok yüksek olmasından da ileri gelebilir. Aynı şekilde oyunlardaki rolleri de bu sosyalizasyon nedeniyle alıyor olabilir. Bunun için tek başına bir ya da iki koşulun olması tanıyı koymak bakımından kesinlikle yeterli değildir.

Ergen ve erişkinlerde ise bu bozukluk diğer cinse özenme, bunu sıkça dile getirme, diğer cinstenmiş gibi yaşama, diğer cinse özgü duyguları ve tepkilerinin olması gibi özellikleri gerektirir. Burada dikkat edilmesi gereken husus bunun bir eşcinsellik olmadığıdır. Gerçi bu kimseler de kolaylıkla eşcinselliğe kayabilir, daha doğrusu toplumsal baskıyla eşcinselliğe itilebilirler. Ancak eşcinsellik tamamen ayrı bir olgudur ve uzun zamandan beri bir psikiyatrik bozukluk sayılmamaktadır. Eşcinsellik, tamamı ile bir cinsel tercih olgusudur ve her iki cinsin yaklaşık yüzde 9 kadarı eşcinseldir. Elbette eşcinseller de karşı cinsin tavır ve hareketlerini benimseyebilirler ve bu çok da görülür. Ancak bu çoğunlukla eş-cinsten bir partner bulabilmek için yapılan bir şeydir. Gerçek eşcinsel kendi cinsinden olanla, cinsiyetini değiştirmeksizin ilişki kurmayı tercih eder. Dediğimiz gibi, yapılan davranışlar yalnızca eş bulabilmek için, reklam niteliğinde olan davranışlardır.

Bu bozuklukta ise erkek çocuklarda penisin ya da testislerin iğrenç olduğuna, ileride yok olacaklarına ya da bir penis sahibi olmamanın daha iyi olacağına ilişkin söylemler, kuralsız, kaba oyunlardan tikslenme, erkeklere özgü oyuncakları, oyunları ve etkinlikleri reddetme görülür. Kız çocuklarda ise oturarak çiş yapmaktan kaçınma, penisinin olduğunu ya da ileride bir penisinin olacağını ileri sürme, göğüslerin büyümesini ya da adet görmeyi istememe ya da olağan kadınsı giysilere karşı ileri derecede tiksinti duyma görülmektedir. Bu durumlar daha çok küçük yaşlarda ortaya çıkar ve sebat eder.

Ergen ve erişkinlerde ise bu bozukluk primer ve sekonder cinsiyet özelliklerinden kurtulma üzerine kafa yorma, diğer cinsin özelliklerine sahip olabilmek için hormonlar, cerrahi ya da başka bir girişim uygulanmasını isteme ya da yanlış cinsiyette olduğuna ilişkin bir inanç taşıma şeklinde görünebilir. Bu bozukluk fiziksel bir interseks durumuyla ilgili değildir. Bu bakımlardan çocuk cinsel kimlik bozukluğu ile ergen ve erişkin cinsel kimlik bozukluğunun ayırt edilmesi gereklidir. Her iki cinsten cinsel kimlik bozukluğunu da ayrıca **cinsel yönden erkeklere ilgi duyan, cinsel yönden kadınlara ilgi duyan, cinsel yönden her iki cinse de ilgi duyan ve cinsel yönden hiçbir cinse ilgi duymayan**

olarak altgruplara ayırmak gereklidir. Cinsel kimlik bozukluğu olanların pek çoğu cinsel bakımdan hiçbir ilgi duymaz. Çünkü onlar için karşı cinse özenme daha çok estetik kaygıdır.

Cinsel kimlik bozukluğunda tedavi, eğer kişi bundan yakınıyor ve tedavi istiyorsa, ancak analitik ve varoluşçu psikoterapilerle olabilir. Bu terapinin oldukça uzun süreceği de muhakkaktır. Bu süre içinde nöroleptiklerle güçlendirilmiş bir trankilizan tedavisi, kişinin yaygın anksiyetesini yatıştırmak bakımından gerekli görülebilir. Tedavi sırasında kişinin eşcinselliğe kaymasını önlemek özellikle önemlidir. Çünkü böyle bir kayma kişiyi çok mutsuz edecek, onu bir açmaz içinde bırakacaktır. Buna karşılık kişinin cinsel gelişiminin normal sınırlar içinde devamına dikkat edilmesi de gereklidir. Burada normal sınırlar derken kişinin kendi ruhsal gelişimi bakımından “normal” olanı kast ediyoruz. Örneğin kişi karşı cins rolünü tam olarak benimsiyorsa ve bunun ardında daha ağır bir psikotik durum söz konusu değilse, o zaman karşı cinse uygun davranış ve tercihleri de seçebilir ve bu da onun ruh sağlığı açısından doğrudur, olması gerektir. Bu yüzden terapi sırasında terapistin kendi cinsellik ve ahlak anlayışı hiçbir rol oynamamalıdır. Terapi sırasında kişiye yardım etmek maksadıyla da olsa ona karşı cinsin hormonal durumunu sağlayabilecek olan hormon destek tedavileri uygulamak ise kanımızca bir “malpraksis”, yani mesleğin kötüye kullanımı sayılmalıdır. Böyle bir terapi ancak çeşitli uzmanlık dallarının ortaklaşa incelemesi ve tartışması sonucunda ve bir kurul tarafından tavsiye edilip uygulanabilir.

21-Kişinin, beslenme, yemek yeme davranışındaki bozukluklar nelerdir? Bu bozuklukların türleri nelerdir? Nedenleri arasında neler akla gelebilir?

Yemek yeme davranışı bugün pek çok dış etkiye maruzdur. Özellikle de vücut yapısı üzerine medya organlarındaki artan ilgi, bu konuda yazılanlar ve söylenenler, kişilerin toplumun istediği türden bir vücut yapısına sahip olmak isteği geliştirmelerine neden olmaktadır. Aşırı yemek yemek ya da zarif ve ince olmak amacıyla aşırı açlık, çok az beslenmek gibi davranışlar, toplumlar arasında fark olmaksızın çağın hastalığı sayılmalıdır. Ancak bu tür davranışlar, yani az beslenmek ve çok aşırı besin almak davranışları, daha bu modalar olmadan da vardı. Dolayısıyla bunu modalara, genel kabul gören durumlara bağlamak doğru değildir. Yeme bozuklukları yemek yememe ve aşırı yemek yeme türünden olmak üzere türlere ayrılır.

Anoreksiya nervoza: Yaş ve boy uzunluğu bakımından olması gereken en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmemeye belirlenen bir durumdur. Beklenenin yüzde 85 altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo yitimi ya da büyüme döneminde beklenenin yüzde 85 altında olan bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir biçimde kilo alımını gerçekleştirememeye bir anoreksiden söz etmeyi gerektirir. Kişi beklenenin çok altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın, kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkmaktadır. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini algılama tarzında bir bozukluk vardır. Kendini değerlendirirken vücut ağırlığını ya da biçimini gerçek dışı, anlamsız bir şekilde algılar ve bunda ısrar eder. Vücut ağırlığının düşük olmasının önemini şiddetle yadsır. Gerçek vücut ağırlığı ya da biçimi onu hiç etkilemez. Bunun sonucunda kızlarda ve kadınlarda adet döngüsü tamamen bozulur. Kişi adet göremez olur, yani amenore ortaya çıkar. Hormon, yani östrojen verilmesiyle menstrüasyon dönemleri olur. Kişi yemek yememekte, ya da çok az yemekte, ya da yediklerini yapay yöntemlerle, örneğin kusmalarla, ya da laksatif, yani müshiller kullanarak, ya da lavman yaparak çıkarmaktadır. Anoreksiya iki türde olur; bunlardan birinde kişi tıknırcasına yiyerek, ardından çıkarma yöntemlerine başvurur ve yediklerini çıkartır. Diğer türde ise kişi sadece yemek yemeyi kısıtlamaktadır. Anoreksiya nervoza daha çok gençlerde görülen bir bozukluk türüdür. Bazen episodlar şeklinde gider, yani bir süre aşırı kilo kaybı ile giden bir yemek yememe süreci vardır ve ardından normale döner. Bir süre sonra yeniden yemek yememes süreci başlar ve kişi kilo kaybeder. Bunun nedenleri son derecede karmaşıktır. Bu davranışın nedenleri arasında gençlerin babalarıyla olan ilişkilerini algılamalarındaki kimi zorluklar, çarpıklıklar sayılmaktadır. Gencin babasına olan aşırı düşkünlüğü, onun derinden sonsuza kadar çocuk kalmak istemesine, büyümeyi kabul etmemesine yol açmaktadır. Baba düşkünlüğünden ötürü anneyle duygusal rekabet de ortaya çıkmaktadır. Anorektiklerin aile yapılarında ve dinamiklerinde de bu duruma neden olan birtakım çarpık davranış ve algılamalar hemen daima vardır. Çoğunlukla kız çocuklarda, genç kızlarda ve genç kadınlarda görülür. Ancak erkek çocuklarda da ortaya çıkabilir ve onda da aşırı ödülleyici ya da kendini geriye çekici bir baba söz konusudur. Anoreksiyada annenin rolü genellikle durumu ağırlaştırıcı birtakım motifler ve dinamikler gösterir. Anoreksiya son derecede habis bir bozukluktur ve hastaların önemli bir bölümü kaybedilir. Tedavisinde dinamik bazlı psikoterapiler hemen hemen tek çözümdür. Bozukluğun ağızdan beslenme üzerinde kendini göstermesi nedeniyle ağızdan herhangi bir ilaç tedavisi tavsiye edilmez.

Bulimia nervoza: Anoreksiyanın tam tersi bir bozukluktur. Kişide tıknırcasına yemek yeme episodlarıyla kendini gösterir. Kişi, aynı zaman dilimi içersinde ve benzer koşullarda çoğu zaman

yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde, örneğin iki saatlik bir süre içinde tüketir. Bu tıknıma epizodu sırasında, yeme kontrolünün kalktığı duygusu vardır; örneğin yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini, ne kadar yediğini bilememe duygusu yaşar. Kilo almak tehlikesine karşı önlemler geliştirir. Örneğin yediklerini tekrar çıkartmaya çalışır, parmağını boğazına sokarak kusar ya da laksatifler alarak çıkartma çabasına girer. Bulimia çıkartma olan ve çıkartma olmayan olmak üzere iki alttıpe de ayrılır. Ya da kişi zaman zaman hiç yemek yememeye çalışır. Ya da aşırı beden egzersizleri yapar. Bu aşırı tıknıma nöbetleri hemen her hafta ortalama iki kez ya da daha sık ortaya çıkar. Ve en az üç ay ya da daha uzun bir süre devam eder. Bazen de sürekli yemek davranışı vardır. Her yemeği saatler sürer. Ünlü Alman filozofu Immanuel Kant'ın saatler süren sofraları ünlüdür. Kuşkusuz ki o da bir bulimik idi. Bazen bulimiayı anoreksi epizodlar izler. Mikst tip olan bu bozuklukların tedavisi de hemen hemen olanaksızdır. Genel sağlığı çok bozucu olan yeme bozukluğunun tedavisi de çok zordur. Herhangi bir ilaç tedavisi yoktur. Davranışçı bazı psikoterapiler denenmişse de, olumlu bir sonuç fazla alınamamıştır. Dinamik-analitik terapi yöntemlerinin faydası olmaktadır.

Bu ikisinden başka yeme bozuklukları da vardır. Menstrüasyon bozukluklarına ve aşırı kilo kaybına yol açmayan anoreksiya türleri de bunlar arasındadır. Bulimianın bütün belirtilerini gösteren, ama tıknırcasına yemek yemenin ve uygunsuz dengeleyici önlemlerin haftada iki kezden daha az sıklıkla ya da üç aydan daha kısa süre görüldüğü durumlar da vardır. Bazen de olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişi, çok az bir yiyecek aldıktan sonra uygunsuz dengeleyici yöntemlere, örneğin iki kurabiye yedikten sonra müshil almaya başvurur. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme davranışı da görülebilir. Bulimia nervozaya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın tıknırcasına yemek yeme davranışları da vardır. Kilo almaktan hiç kaygılanmaksızın hemen her yemekte aşırı yemek yeme de, yani sıradan oburluk da bulimik özelliklere sahiptir. Genellikle uzun süren toplumsal kaygıların böyle birtakım olgulara neden olduğu dikkati çekmektedir. Özellikle genç kadınların ve kızların modaya uyabilmek için aşırı perhizler yapmalarının ise anoreksi olarak adlandırılması doğru değildir. Çünkü onlarda anorektiklerin kendine özgü ve yukarıda belirtilen ruhsal dinamik özellikleri yoktur. Ancak vücudun ağırlığının boya göre olması gerekenin yarısına ya da daha altına inmesi durumunda bu olguların da artık anoreksi olarak ele alınması doğru olacaktır.

22-Dürtü denetimi ne demektir? Dürtü denetimi bozuklukları nelerdir? Tedavileri için neler yapılabilir?

İnsanlarda hareketleri denetleyen, hareketlere egemen olan güdüler ve dürtüler vardır. Normalde dürtülerimizi, eğitimle edinilmiş yetilerimizle denetim altında tutarız. Toplumsallık özelliklerimiz buna amirdir. Böylelikle toplumumuza, çevremize uyum sağlarız. Bu sırada içimizdeki güdülerini ve dürtülerini denetim altında tutarız. Öfkelerimizi, dileklerimizi başıboş ve olabildiğine serbest bırakamayız. Çevremize, yakın ve uzak toplumumuza göre bunları sıkı bir şekilde denetleriz. Ancak bazı kimselerde dürtülerin denetiminde aksamalar vardır. Kişiler bütün dürtülerini baskılayamaz. Dürtülerini aradan sıyrılıp kendilerini belli eder. İşte, dürtü denetiminin yeterli olmadığı bu durumlar, eğer başka bir bozukluğun, örneğin şizofreninin belirtisi olarak meydana gelmemişler, başlı başına ve

başka bir bozukluk olmadan oluyorsa, dürtü denetimi bozuklukları adıyla gruplandırılmıştır. Bunlar belirli dürtülerinin denetiminde zorluk çeken kimselerdir. Bu bozuklukların ilke olarak tedavileri yoktur. Ancak bazı ilaçlarla kısmen denetim altına alınabilmektedirler. Dürtü temelli hareketler kimi zaman ciddi suç kapsamında olduğundan, bunların ceza yasalarında ayrı ayrı düzenlenmesi gerekmektedir. Kişiler çoğunlukla bu suçlar için cezasal ehliyetleri olmadığı şeklinde değerlendirilirler, ama zorunlu tedavilerine ya da yargı denetimi altında tutulmalarına, vasi tayininin gerekli olduğuna hükmolunmaktadır.

İntermittent eksplosif (zaman zaman patlayıcı) bozukluk: Ciddi saldırı eylemleri ya da mala zarar vermeye sonuçlanan, saldırganlık dürtülerine karşı koyamayışla belirlenen, ayrı ayrı saldırganlık episodlarının olmasıyla karakterize bir bozukluktur. Bu episodlar sırasında dışavurulan saldırganlığın ağırlığı ve derecesi, bunu ortaya çıkaran psikososyal stres etkenleriyle orantılı değildir. Yukarda söylenildiği gibi, bu daha başka birçok bozukluğun gidişi sırasında ve onların doğrudan etkisiyle ortaya çıkabilir. O zaman ayrı bir başlık altında incelenmesi gerekmez. Bu başlık altındaysa, sadece münferit olarak bulunan dürtü denetimi bozukluğu bulunmaktadır. Buna yol açan diğer bozukluklar arasında şizofreni ve manik-depressif, tek ya da iki uçlu bozukluklar başta gelmektedir. Kişilik bozuklukları da zaman zaman patlayıcı bozukluk görünümünü kazanabilir. Çocuk ve gençlerde dikkat eksikliği - hiperaktivite bozukluğu da eksplosif bir bozuklukla karıştırılabilir. Bazı kafa travmaları ve bunamalar da aynı görünümü sergileyebilir. Bu bakımdan travma sonrası ve yaşlılıkta olan patlayıcı özelliklerde dikkatli olunmalıdır.

Kleptomani: Nesneleri çalma davranışının zaman zaman ya da episodlar halinde ortaya çıkışı ile karakterize bir bozukluktur. Çalınan nesnelerin kişisel kullanım gereksinimi ya da parasal değeriyle bu davranışın hiçbir ilgisi yoktur. Kişiler nesneyi çalarken duydukları heyecan için bunu yapar. Burada söz konusu olan bir antisosyal kişilik bozukluğu değildir. Çalmadan hemen önce kişi giderek artan bir gerginlik hissetmektedir ve çalma işlemiyle bu gerginlik birden gevşer, rahatlama olur. Çalmanın karşı tarafın herhangi bir tutum ya da davranışına yanıt olması söz konusu değildir. Bu bozukluğun tarihsel oluşumu da çok düşünülmüştür. Böyle bir bozukluğun olabilmesi için mülkiyet anlayış ve duygusunun ortaya çıkmış olması gerekeceği apaçıktır. Mülkiyetin ilk zamanlarda ve şimdi de kimi ilkelerde ruh ve kutsal varlıkların korunması altında tutulmuş olmasının, yani mülkiyetin büyümlü özelliğinin bu bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülebilir.

Piromani: Birçok kez, istekli ve amaçlı olarak, ama nedeni hakkında mantıklı bir açıklama olmaksızın yangın çıkarma davranışdır. Eylem sırasında olduğu kadar eylem öncesinde de gerginlik ve duygusal bir uyarılma söz konusudur. Eylemin tamamlanmasıyla bu gerginlikte bir rahatlama olur. Ateşle ve dolayısıyla yangınla ve bunların neden olduğu olgularla kişi her zaman, neredeyse büyülenme boyutunda aşırı bir şekilde ilgilenmektedir. Yangın çıkarırken, ardından olup bitenleri gözlemlerken aşırı haz alır, doyum sağlar. Bu yangınların çıkarılmasında kişinin parasal bir kazanç ya da intikam duygusu söz konusu değildir. Birçoklarında ateşle doğrudan ve meşru olarak uğraşma yoluyla bu duygular yüceltilmektedir. Ama bunu söylerken, itfaiyecilerin yüceltilmiş piromanlar oldukları gibi saçma bir sav ileri sürülmemesine de dikkat etmemiz gerekmektedir. Piromani olgularının pek büyük bir çoğunluğunda zekâ ve gelişim kusurları vardır. Ancak bu kusurları yangını çıkartabilmek için çeşitli karmaşık düzenekler kullanmalarına engel değildir. Piromaninin görülme sıklığı bakımından toplumlar arasında büyük farklar vardır. Nitekim Batı ülkelerinde son derecede sık görüldüğü halde, ülkemizde çok ender görülen bir bozukluktur.

Trikotillomani: Kişinin kendi saçlarını ya da vücut kıllarını yolmasıyla giden bir bozukluktur. Göze

çarpacak ölçüde saç yitimine neden olur. Saç yolma öncesinde ya da buna engel olmaya çalışırken, kişi aşırı bir gerginlik duyar. Saçlarını yolarken bundan haz duyar ya da belirgin rahatlama sağlar. Vücut kıllarını yolduğunda, yolunan kılların yerleri genellikle enfekte olur ve vücut yaralarla kaplanır. Buna rağmen yolma devam eder. Ve bu yolmaların bir başka mental bozuklukla bir açıklaması yoktur. Bu bozukluğun gerisinde de insanlığın uygarlık tarihinin bir sapması söz konusu olabilir. Ancak bu kuramsal bakışların klinik açıdan bir değeri yoktur. Dolayısıyla antropolojik açıklamalar, klinik ilgi alanında değildir. Bunun da kültürel-toplumsal bir geri planı var olsa gerektir. Batı ülkelerinde de görülmesine karşın yurdumuzda belirgin derecede daha sıktır.

Patolojik kumarbazlık: En tartışmalı bozukluktur. Çünkü her kumarbazlığın gerçekte patolojik bir durum olduğu da bir gerçektir. Burada “patolojik” denmesinin nedeni aşırı uğraşı tanımlamaktır. Kişi kumar oynama üzerinde aşırı kafa yormaktadır, geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşar, bir sonraki oyunu önlemek için kafa yorar ya da oyunu kurgulayarak zaman geçirir. Kumar oynamak üzere para kazanmaya çalışır. İsteddiği heyecanı duyabilmek için gittikçe artan miktarda parayı kumara koyar. Bu davranışlarını denetim altına alma, azaltma ya da bırakma girişimleri olmuştur. Kumar oynamayı azaltma girişimleri sırasında huzursuz ve sinirlidir. Sorunlarından kaçmak için kumar oynadığını ileri sürer. Devamlı disforik bir duygudurumu içindedir. Örneğin suçluluk duyar; ya da çaresizdir. Bazen de sadece kumar oynayışın verdiği anksiyeteye doludur. Aile üyelerine kumar oynama miktarı hakkında durmadan yalan söyler. Kumar oynamak için gereken parayı bulabilmek için zimmetine para geçirmekten, sahtekârlık, dolandırıcılık, hatta hırsızlık yapmaktan çekinmeyebilir. Bu nedenle ilişkileri bozulmakta, işleri kötüye gitmektedir. Kumar denilince bütün şans ve talih oyunları bu kapsama alınmalıdır. Piyango ya da loto, toto gibi kurumsal talih oyunları da buna dahil edilmelidir. Dikkat edilirse toplumumuzda da patolojik kumarbazlığın kapsamına giren pek çok kişi ayırt edilebilir.

23-Uyku nedir? Uyku bozuklukları neden olur? Nasıl uyku bozuklukları vardır?

Uyku bütün çokhücreli hayvanlarda olan bir süreçtir. Bu bağlamda, uyumayan hayvan yoktur denebilir. Uyku sinir sisteminin enerjisinin yenilenmesi için kullanılır. Çeşitli canlı türlerinde gerekli olan uyku süresi farklıdır. Ancak yaşam, uyku ve uyanıklık olarak ikiye değil, bir de REM uykusunun devreye girmesiyle üçe ayrılır. REM, “rapid eye movements = hızlı göz hareketleri” demektir. Sürüngenlerden yukarı bütün omurgalılarda REM uykusu vardır. Canlılar uyurken gözlemlenecek olursa, kapalı göz kapaklarının ardında göz yuvarlarının belirli aralıklarla yatay ve dairesel hareketler yaptığı gözlemlenebilir. İşte bu hareketlerin yavaş olduğu Non-REM uyku fazları zaman zaman göz hareketlerinin hızlandığı dönemlerle kesilir. İnsanlarda REM uykusu bütün uykunun yaklaşık ¼’ünü kapsar. Ve erişkin bir insanda günde en az 90 dakikadır. Doğumdan önce, anne karnındayken çocuk hemen hemen sadece REM uykusundadır. Doğumla bu uykunun oranı hızla azalır ve erişkin bireyde toplam uykunun ¼’üne iner. REM uykusu tespit edildiği zaman rüya ile birlikte olduğu anlaşılmış ve rüya fazı olduğu düşünülmüştü. Daha sonraları Non-REM fazında da rüya görüldüğü, ancak bunun REM rüyalarından farklı olduğu anlaşıldı. REM son derecede gerekli bir uyku fazıdır. İnsanlar uykusuzluğa ancak 30-35 saat dayanabilirler. Ancak REM deprivasyonu

dediğimiz, kişide REM uykusu başlar başlamaz kişinin uyandırılıp, sadece Non-REM dönemlerin uyutulduğu uyku türlerinde, kişiler uyku deprivasyonuna 24 saat bile dayanamaz. Ve uyanık durumdayken REM'e girdikleri, yani uyanıkken rüya gördükleri görülür. REM uykusu normal uyku periyodunda önce 2-3 dakikalık REM'ler şeklinde başlar ve uyku boyunca bu REM süreleri 25-30 dakikaya kadar uzar. Kişiler bir REM uykusuna girer, birkaç dakika sonra REM kesilir ve Non-REM başlar. Yarım saat kadar sonra dört-beş dakikalık bir REM daha olur. Yani rüyalar, rüyasız ya da değişik türden olan rüyalı aralarla kesilir. Bu kural, Non-REM rüyaları için söz konusu değildir. REM sırasında olan göz hareketleri görülmekte olan rüyayla pek paralel değildir. Yani bir otomobil yarışı görülürken yatay, uçarken dikey göz hareketleri olmaz. Görülen rüyalarla REM periyodları arasında pek çok eşitleme çalışması yapılmış, rüyaların objektiflendirilmesine çalışılmıştır. REM periyodunda elektro ensefalogramlar, yani EEG'ler ve elektro muskulografi, yani kaslardaki elektrik akımlarının yazdırılmasında pek çok özgün değişiklikler olmaktadır. Yani çekilen EEG'ye bakarak kişinin REM içinde olduğu anlaşılabilir. Demek ki canlıların ve insanın uyku ve uyanıklık olarak iki evresi değil; uyanıklık, uyku ve REM olmak üzere üç evresi vardır. Bir gün boyunca fizyolojimizin uyanıklık, uyku ve REM uykusu arasında bu bölünmesine sirkadiyen (gün çevresi) ritim adı verilir. Uykunun bu düzenindeki sapmalar kişi tarafından uykusuzluk olarak algılanır. Bu bakımdan uykusuzluktan yakınan bir kimsede tam bir uyku uyumama hali değil, sadece REM uykularının düzensizliği de söz konusu olabilir. REM uykusu görüldüğü sırada, omurilik soğanında bulunan Locus coeruleus denilen bir noktada, beyinden omuriliğe doğru giden hareket emirleri üzerine bir blok oluşur. Bu blok, görülen rüyadaki emirleri vücuda geçirmemek içindir. Yoksa rüyasında koştüğünü gören biri, uykusunda da koşmaya başlayabilirdi. Bu blok sayesinde vücut kaslarında kısmi bir felç olur ve ancak gelen çok güçlü emirlerde bu blok aşılabılır ve uykuda sıçramalar olur. Bunun dışında bazı korkulu rüyalarda olan kaçmak isteyip de kaçamamak, birden ayaklarda felç olduğu duygusu, rüyaya refakat eden bu kısmi felcin algılanmasındandır. Uyku bozukluklarına genel olarak dissomnia adı verilir. Uykusuzluk da insomniadır. Uykunun kalitesinde olan bozukluklar primer uyku bozukluklarıdır.

Primer insomnia: Uzunca bir süre, mesela bir ay boyunca uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük olması, ya da dinlendirici kalitesi bozuk olan bir uyku olması durumudur. Bunun sonucunda gündüzleri yorgunluk, belirgin bir sıkıntı ve iş ve meslek alanlarında kalite düşmesi ortaya çıkar. Birçok psikiyatrik bozukluğa da, örneğin bazı depresyonlara ya da diğer duygudurumu bozukluklarına uykusuzluk refakat edebilir. Burada ise söz konusu olan başka bir tanıdan olmayan, doğrudan doğruya ve salt uykusuzluktur. Tedavisi için uyku düzenleyici trankilizan bazı ilaçlar önerilir. Çok zorunlu olmadıkça hipnotiklerin, yani uyku ilaçlarının kullanılmaması tavsiye edilir. Çünkü hipnotik ilaçlar bütün evreleri olan sağlıklı bir uyku sağlamazlar.

Primer hypersomnia: Normalde uyku uyunmayan sürelerde, yani gündüzleri uyku episodlarının olması ya da uyku episodlarının uzaması, yani aşırı uykululuk halidir. Bu uyku, meslek alanlarında ve sosyal işlevlerde belirgin bir bozulmaya neden olmaktadır. Ayrıca kişinin kendisi de sıkıntıyla yüklüdür. Hypersomnia, özellikle trafik bakımından ölümcül sonuçlara yol açabilen bir bozukluktur. Duygudurumu bozukluklarında, örneğin depresyonlarda uyku artışı da görülebilir. Bunun tedavisinde de ruhsal-sinirsel yaşamı düzenleyici trankilizan ve sedatifler kullanılabilir. Uyandırıcı türden ilaç ve maddelerin kullanımı ise sakıncalıdır.

Narkolepsi: Gün boyu karşı konulamayan uyku atakları vardır. Kişiler durdukları yerde uyuklamaya başlar. Üstelik bu uykular derin, dinlendirici ve kalitelidir. Ancak bir uyku nöbeti, bir sonraki uyku

atağını engellemez; yani kişi “yeterince uyudum, artık uykum yok” diyemez. Narkolepsiye, yoğun bir duyguya eşlik eden ve kısa süren, iki yanlı, yani bilateral kas tonusu kaybı episodları ile hipnopompik ve hipnagogik halüsinasyonlar, yani uykuya girerken ya da uykuyu andıran durumlarda ortaya çıkan hayaller ve uyku episodunun başında ya da sonunda uyku felçlerinin olmasıyla kendini gösteren evreler de çoğunlukla refakat eder. Bu uyku felçlerine hızlı göz hareketleri uykusuna ilişkin öğeler de sızar. Narkoleptiklerin EEG incelemelerinde de uyku nöbetleri düzensiz olarak, ama mutlaka görülür. Tedavisi için genel sağlığın düzenlenmesi önde gelir.

Solunuma bağlı uyku bozukluğu: Uykuyla ilgili duruma solunumla ilgili bir başka sorun yol açmaktadır. Obstruktif, yani tıkaçıcı ya da santral bir uyku apnesi, yani solunumun durması sendromu neden olmaktadır. Ya da santral alveoler hipoventilasyon, yani sinir sisteminde kontrol edilen ve akciğer peteklerinin çok az solunum yapmasıyla kendini belli eden bir sendrom söz konusudur. Bunun sonucunda aşırı uykulu olma durumu ya da insomnia olmaktadır. Fazla şişman, göbekli erkeklerde olan uyuklama nöbetleri Pickwick sendromu diye özel bir ad da taşımaktadır. Sendrom adını, Charles Dickens’in ünlü roman kahramanlarından Bay Pickwick’in zaman zaman uykuya düşmesinden almıştır. Tedavisi genel iç hastalıkları ve nörolojiyle birlikte düzenlenmelidir.

Sirkadiyen ritim uyku bozukluğu: Eskiden uyku - uyanıklık düzeni bozukluğu da denen bu bozuklukta söz konusu olan, yukarıda anlattığımız sirkadiyen ritimdeki bozulmalardır. Bu bozulmalar Jet-Lag denilen ve jet yolcu uçaklarıyla uzun mesafelere uçan, kıtalar arası uçuşlarda bulunan kimselerde geçici olarak ortaya çıkar. Gece vardiyalarında çalışan işçilerde de buna benzer bir bozulma görülür. Bu bakımdan **Jet Lag tipi, değişen mesai saati tipi, gecikmeli uyku evresi tipi (istenen erken saatte uykuya dalmama)** olmak üzere alttıplere ayrılır. Çoğunlukla kısa süreli olduğundan özel bir tedavi gerekmez. Koşulların normale dönmesi ya da etkilerinin azalmasıyla kendiliğinden düzelir.

Bu uyku bozukluklarından başka, **parasomnia** denilen uyku biçimi bozuklukları da söz konusudur. Parasomnialar uykunun gidişindeki bozulmalardır. Ve önemli rahatsız edici olgulardır:

Kâbus bozukluğu: Gece uykusunda ya da gündüz alınan uykularda görülen, genellikle yaşamda kalmaya, güvenliğe ya da benlik saygısına yönelik tehditler içeren korkutucu rüyaları uzun süre anımsamayı, tekrar tekrar uyanmaları da içeren bir bozukluktur. Bu uyanmalar genellikle uyku döneminin ikinci yarısında olmaktadır. Bu durum belirgin bir sıkıntıya yol açar ve uyku düzeni de bozulur. Kişi korkutucu rüyadan uyanır uyanmaz yönelişi normale döner ve tümüyle uyanık hale gelir. Yani bir sonraki başlıkta ele alacağımız uyku teröründe olduğu gibi uyanıldığında bir konfüzyon ve yönelim bozukluğu kâbusta olmaz. Sık oluyorsa, dinamik bir psikoterapinin eşlik edeceği ilaç tedavilerine başvurulabilir.

Uyku terörü bozukluğu (pavor nocturnus): Genellikle asıl uyku döneminin ilk 1/3’ünde ortaya çıkan ve nedensiz bir dehşet içinde çılgılık atmayla başlayan ve yineleyen, birden uykudan uyanma episodlarıyla giden bir bozukluktur. Her episodda yoğun bir korku ile birlikte çarpıntı, solunumda hızlanma ve terleme gibi otonomik uyarılma bulguları da vardır. Kişi, kendisini rahatlatmak için gösterilen çabalara tepkisizdir. Kişi rüyasını ayrıntıyla anımsamaz ve bu geçirilen episod için de bir amnezi, bellek yitimi olur. Bu episodlar belirgin bir sıkıntıya, hatta toplumsal, mesleki açıdan bozulmalara da neden olur. Ve elbette bu episodlar bir ilacın, bir maddenin, ya da genel tıbbi durumdaki bir bozukluğun etkisiyle olmamalıdır. Daha çok çocuklarda görülen bir durum olmakla birlikte, erişkin kimselerde de olabilir. Ve o zaman ciddi bir ilaç tedavisini gerektirir. Genellikle nöroleptiklerin eklendiği trankilizan ilaçlar kullanılmalıdır.

Somnambulizm (uyurgezerlik) bozukluğu: Genellikle asıl uyku döneminin ilk 1/3'ünde ortaya çıkan, uyku sırasında ve uyur halde yataktan çıkma, kalkma ve gezinme ile belirgin episodların tekrar tekrar olmasıdır. Kişi uykusunda gezerken bakışları boştur ve gözünü dikmiştir. Kendisine söylenenlere hiçbir tepki vermez. Çok büyük zorlukla uyandırılabilir. Kişi uyandıktan sonra ister hemen, isterse sabahleyin, normal uyanma zamanı geçirdiği episodlu hiç anımsamaz. Uyandırıldığı zaman kısa süreli bir konfüzyon ve sersemlik hali, yönelim bozukluğu olur. Ama birkaç dakika sonra tamamen düzelir ve zihinsel yetilerinde hiçbir aksama olmaz. Uyurgezerken kaza geçirme olasılığı oldukça düşüktür. Ama vardır. Özellikle tehlikeli noktalardayken uyandırmamak gerektiği bilinir. Çünkü bilinci yerine gelmeden önceki konfüzyon yüzünden özellikle kaza geçirebilir. Somnambulizmde EEG bulguları REM tarzında bir uyku göstermiştir. Ancak bu sırada EEG çekiminin çok zor olduğu da muhakkaktır. Gene de REM'in hızlı göz hareketleri gözlemlenmektedir. Uyurgezerliğin özgün bir tedavisi yoktur. Çeşitli sedatif ilaçlar tavsiye edilmemektedir.

REM uykusu davranış bozukluğu: Bir diğer parasomnia da REM uykusu sırasında ortaya çıkan ve sıklıkla şiddet gösteren motor etkinliktir. Uyurgezerlikten farklı olarak bu episodlar gecenin daha geç saatlerinde ortaya çıkar. Bu sırada görülmekte olan rüya da canlı olarak anımsanır. Özgün bir tedavisi yoktur. Psikotrop ilaçlar salık verilmez.

Uyku paralizi: Uyanıklıkla uyku hali arasındaki geçiş sırasında, kişinin üzerine çöken felç durumudur. Bu tamamıyla normaldir. Yukarıda anlatılmış olan istemli sinirler üzerine Locus coeruleus'da meydana getirilen blokajın, kişi REM'den tamamen uyanık duruma geçse de devam etmesi halinde oluşur. Bir tedaviyi gerektirmez; tamamen normal, fizyolojik bir olaydır.

Bunlar dışında birçok fizik hastalıkta ve ilaç kullanımı yüzünden çeşitli uyku bozuklukları olmaktadır. Elbette madde kullanımı da gerek kullanım sırasında, gerekse maddenin yoksunluğu sonucunda gerek insomnia, gerek hipersomnia ve gerekse parasomnia gibi birçok uyku bozukluğuna yol açabilir. Bunlar intoksikasyon sırasında ya da yoksunluk sırasında olabilir.

24-Kişilik ne demektir? Kişilik özellikleri nelerdir?

Kişinin davranışlarının toplamına egemen olan belirli yönelişler vardır. Bu yönelişler kişide çok küçük yaşlarda belirmeye başlar ve yaşam boyu sabit kalır. Bu yönelişlerin toplamından ötürü kişinin çeşitli olgular, olaylar ve süreçler karşısındaki tutumu ve yönelişi kendine özgüdür ve o kişinin kimliğinin önemli bir parçasıdır. Kişilik özelliklerinin toplamına karakter de denir. Kişilik ya da karakter, kişinin kendini ve başka insanları, başka canlıları ve olayları algılama ve yorumlama yollarını, yani genel olarak “bilış”ini ve ayrıca duygusal tepkilerini, bu tepkilerin görülme aralığını, yoğunluğunu, bu tepkilerin değişkenliği ve uygunluğunu kapsar. Aynı zamanda onun dürtülerini kontrol yetisini, genel olarak güdülerini, kişilerarası ilişkilerini ve işlevselliğini tayin eden bir örüntü oluşturur. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve hemen bütün kişisel ve toplumsal durumları kapsamaktadır. Gündelik kullanımdaki “kişilik sahibi kimse” ya da “karakter sahibi” gibi alegorik kullanımların gerçekte ilgisi, yalnızca o kimsenin kişilik örüntüsünün toplumun beklentilerine çok uygun ve beğenilecek türden olduğunu anlatmasıdır. Yoksa herkesin belirli bir karakteri, kişiliği vardır ve bu yaşamı boyunca safhalar göstermekle, gelişmekle birlikte, kolay kolay değişmez. Belirli

değişiklikler ancak kişinin çok ağır bir dizi travmaya maruz kalmasıyla, o da nadiren olabilir. Bunlar ancak işkenceye maruz kalmak ya da toplama kampında bulunmak gibi çok ağır travmalar olabilir ve bunlar sonucunda kişiliğinde değişiklik olmuş kimseler “sakatlanmış” sayılırlar.

Kişilik yapısının, örüntüsünün nasıl oluştuğu üzerine psikoloji biliminde birtakım kuramlar vardır. Bu konuda dinlerden belli başlı felsefe okullarına kadar birçok sav ileri sürülmüştür. Bizim kabul edebileceğimiz, modern psikoloji biliminin doğuşundan beri ortaya atılmış olan kuramlar, başlangıçta etnik ya da ırksal grupların kişilik yapılarını oluşturduğu ve bu yüzden bütün Almanların belli karakter özelliklerini gösterdikleri ve bütün İngilizlerin de onlardan farklı olarak başka kişilikte oldukları şeklindeydi. Kişilikler konusunda bir süre yaygın olan bir düşünce de ünlü dört sıvının, kan, lenf, safra ve balgamın belirleyici olduğu savıydı. Kan egemenliğinde sayılanların sanguin, balgam egemenliğinde olanların flegmatik olduğu söylenirdi. Şimdi bile günlük konuşmalarımızda sıcak ya da soğukkanlı şeklinde kullandığımız ifadelerde bu ayrımların izleri sürülebilir. 19. yüzyıl ortasının ünlü psikoloğu Wilhelm Wundt’a kadar böyleydi. Daha sonra kimi morfolojik özellikler dikkati çekmeye başladı ve piknik tipti olanların şöyle, astenik tipte olanlarınsa böyle kişilikler olduğu ileri sürüldü. Bu morfolojik düşünceler günümüzde de etkindir ve kısmen doğruluk payları da vardır. Daha sonra ise dinamik psikolojinin kavram ve kuramları öne geçti. Freud’un kişilik üzerine olan düşünce ve buluşları ile Jung’un geliştirdiği kişilik kuramı geçerli hale geldi. Freud’la güdülerin önemi anlaşıldı. Jung ile de bunun da gerisinde toplumsal dürtülerin ve toplumsal etkilerin önemi belirginleşti. Daha sonra ise davranışçı psikolog ve fizyologların saptamaları önem kazandı. Şimdilerde daha çok eklektik yaklaşımlar geçerlidir. Baldwin’in rol kuramı önem kazanmıştır. Buna göre her insan, toplumu içinde çevresinin kendine verdiği ya da kendi seçtiği birtakım rolleri oynamaktadır. Ve onun kişiliği bu roller çevresinde oluşur. Öte yandan İngiliz psikologların savundukları McDougall’ın özellikler kuramı da önem taşımaktadır. Bu kurama göre kişinin doğuştan gelen ve sonradan edindiği özellikleri vardır ve bunlar birbirini etkileyerek ve bir tür inşa ederek kişiliği meydana getirmektedir.

Karakter ve kişilik sözcükleri insanlık tarihinin en eski çağlarından beri bilinmekte ve çeşitli bağlamlarda kullanılmaktadır. Kişilerin karakterleri kendilerine özgü olmakla birlikte, bu karakterlerde o kişiye özgü olarak öne çıkan kimi özellikler vardır. Bu egemen özellikler bakımından kişiler gruplanabilir. Ancak kişiliklerin böyle gruplanması çabaları kişilik ya da karakterin toplumsal ve sosyoekonomik önem kazanmasından sonra ortaya çıkmış ve insanlar böylece çeşitli kategorilerde toplanabilmiştir.

Belirli tipte karakterleri gördüğümüzde, bu kişide şu ya da bu kişilik özelliği olduğunu söyleriz. Belirli karakter özellikleri o kişide baskın ve başatsa, o kişinin şu kişilik örüntüsüne sahip olduğunu söyleyebiliriz. Eğer kişinin bu kişilik örüntüsü, içinde bulunduğu toplum ve kültürün genel beklentilerinden belirgin şekilde sapıyorsa ve bu sapma belirli zorluklara neden de oluyorsa, o kişide şu ya da bu kişilik bozukluğu olduğundan söz etmemiz gerekir. Kişilik özelliklerini ortaya çıkarmak için psikoloji biliminin saptadığı kişilik envanterleri, kişilik testleri vardır. Bu envanter ya da testlerde kişilik örüntüsü çeşitli yönlerden değerlendirilmekte ve belirli bir profile ulaşılmaktadır. Ama bu profiller belirli gruplar içinde kategorize edilmez, gruplandırılmaz. Sadece belirginleşen özellikler görünebilir ve böylece kişinin şu ya da bu kişilik yapısına sahip olduğu ileri sürülebilir. Denildiği gibi bu örüntü en geç ileri çocukluk döneminde ortaya çıkmaya başlar ve genç erişkinlik döneminden itibaren sabitleşir. Ondan sonra da büyük travmalar olmadıkça değişmez, değiştirilemez. Bunların bir bölümü kişilik bozukluklarıdır. Ancak kişilik bozukluklarında belirginleşen özellikler, farklı ama az ölçüde olmak üzere, tamamen sağlıklı bireylerde de bulunur. O zaman sadece şu ya da

bu özellikleri olan bir kişilikten söz edilir; ama buna kişilik bozukluğu denmez.

25-Kişilik bozuklukları nelerdir? Hangi kişilik bozukluklarını sayabiliriz?

Kişilik bozuklukları, neden oldukları toplumsal sorunlar göz önünde tutularak A, B ve C olmak üzere üç küme halinde incelenir. Kişilik, kişinin en önemli varlığıdır. Bu yüzden ne değiştirilmesi talebi, ne de değiştirme çabası olacaktır. Onun için de hiçbiri için bir tedavi yolu ve önerisi yoktur.

A kümesindeki kişilik bozuklukları

Paranoid kişilik bozukluğu: Ağır kişilik bozukluklarından biridir. Kişi yeterli bir temele dayanmaksızın başkalarının kendisini sömürdüğünden, aldattığından ya da kendisine zarar verdiğinden kuşulanmaktadır. Yeterli nedenler söz konusu olsa bile kişinin bu konulardaki aşırı uğraşı ve özel dikkati sonucunda bunlar görülebilmiştir. Kişi dostlarının ya da iş arkadaşlarının kendisine olan saygı ve bağlılıkları ya da güvenilirlikleri üstüne sürekli kuşkadadır. Kendi söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetlerle kullanılacağından korktuğu için başkalarına mümkün olduğu kadar sır vermemeye, açılmamaya çalışır. Normal konuşmalardan kendisiyle ilgili anlamlar çıkartır, insanların kendisine imalarda bulunduklarından ya da kendisinden söz ettiklerinden kuşulanır. Onur kırıcı davranışları, haksızlıkları ya da görmezden gelinmeyi bağışlamaz, unutmaz ve sürekli kin besler. Tanık olan başka kimseler bu kanıya varmasalar bile karakterine ya da itibarına saldırıldığı yargısına varır ve öfkeyle ya da karşı saldırıyla birden tepki gösterir. Kendi eşinin sadakatsizliğinden neredeyse emindir ve bunu ispat etmeye çalışır. Tanı konması için yukarıda sayılan durumların en az dördünün bulunması gerekir. Yoksa sadece paranoid özellikli kişilik yapılarından söz edilebilir. Bu kişilik bozukluğu nadiren bir suç işlemeye neden olacaktır. Sürecinde gerçek bir paranoid psikoz, bir şizofreni gelişebilir. Bu bakımdan tanısında hastalık öncesi anlamında “premorbid” sözcüğü eklenebilir.

Sizoid kişilik bozukluğu: Kişilerle yakın ilişkilere giremeyen bir bozukluktur. Bu yüzden bir aile yapısına katılamaz, ailenin bir parçası olmaz, yakın ilişkilere girmez. Hemen her zaman tek bir etkinlikte bulunur. Birkaç etkinliği bir arada yürütemez. Bir başka kimseyle cinsel deneyim yaşamaya ilgisi olsa bile bu çok enderdir. Çok az etkinlikten zevk alır. Genellikle eğlenceli, hoş etkinliklere uzak durur. Yakın arkadaşları ve sırdaşları yoktur. Ancak birinci dereceden akrabalarıyla ve onlarla da onların ısrarı üzerine ilişki kurar. Başkalarının övgü ya da eleştirilerine karşı ilgisizdir. Duygusal soğukluk, kopukluk gösterir ya da tekdüze bir duygudurumu yaşar. Bu bozukluk da ileride bir şizofrenik psikozla devam edebilir. Ya da en azından psikotik episodlar yaşar. Bunun için çoğunlukla tanısında premorbid sözcüğü eklenmesi uygundur. Tanının konulabilmesi için sayılan özelliklerden en az dördünün saptanması gereklidir.

Şizotipal kişilik bozukluğu: Kişide “referans fikirleri” denilen, gerçekdışı bağlantı kuran düşünceler vardır. Davranışlarını etkileyen ve çevrenin kültürel değerleriyle uyumlu olmayan garip inanışları ya da batıl inançlar, majik ya da “gaipten haber verme” gibi inançları vardır. Telepati ve altıncı his inancı da taşır. Çocuk ve ergenken saçma sapan düşünceleri vardır ya da bunlar üzerinde düşünüp durur. Olağandışı algısal yaşantıları, bunlar arasında bedensel illüzyonları vardır. Acayip düşünüş ve konuşma biçimi olur, örneğin belirsiz, çevresel dediğimiz ayrıntılarla çok fazla vakit

geçirerek konuşur, mecazi konuşmaları sıkır, sıklıkla sadece basmakalıp konuşur. Bazı durumlarda kuşkuculuk ya da paranoid düşünceleri vardır. Duygulanımı uygunsuz ya da kısıtlıdır. Acayip, alışlagelmişin dışında ya da çok kendine özel davranışları ya da görünümü vardır. Birinci derece yakın akrabaları dışında arkadaşları, hele sırdaşları olmaz. Toplumsal anksiyetesi yakından tanımakla geçmez, kendisi hakkında olumsuz yargılardan çok paranoid korkular da bu bozukluğa refakat eder. Bu sayılan noktalardan en az beşinin bulunması tanı için gereklidir. Bu bozukluk da şizofreni ya da şizofreniform bir psikozla devam edebilir.

B kümesindeki kişilik bozuklukları

1. Anti-sosyal kişilik bozukluğu: Kişi tutuklanmasına ya da gözaltına alınmasına neden olan ya da zemin hazırlayan eylemlerde tekrar tekrar bulunur, yasalara uygun toplumsal yaşama ayak uyduramaz. Bunlar yüzünden sürekli yalan söyler, takma isimler kullanır, kişisel çıkarı için başkalarını atlatır. Dürüst olmayan işlere özellikle düşkündür. Bugün ideolojik görünümlü birçok hareket mensupları arasında anti-sosyal kişilik bozukluğu olan birçok kimse vardır. Bu kimselerde dürtüsellik de çok belirgindir ve gelecek kaygı ve tasarıları da pek yoktur. Yineleyen kavga ve dövüşlerle belli olan sinirlilik ve saldırı özellikleri vardır. Kendisinin ve başkalarının güvenliğini umursamaz, bir işi sürekli götüremez. Zarar verdiği halde yaptıklarına ya ilgisizdir ya da kendince mantıklı olan açıklamalarda bulunur. Bu bozukluktan söz edebilmek için kişinin en az 18 yaşında olması ve daha küçük yaşlarda davranış bozuklukları da göstermiş olması gerekir.

2. Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu: Genç erişkinlik döneminde ortaya çıkar ve değişik koşullara bağlıdır. Kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımında tutarsızlık ve belirgin dürtüsellikle ayırt edilebilen sürekli bir kişilik örüntüsüdür. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için sürekli çaba gösterir. Kişileri gözünde aşırı büyütür ve en küçük sapmada yerin dibine sokar, ilişkisi gergin ve tutarsızdır, gelip gider, apaçık bir kimlik karmaşası içindedir. Tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu vardır. Kendine zarar verme olasılığı yüksek alanlarda dürtüsellliği vardır. Örneğin para harcamada ölçüsüzdür, pervasızca araba kullanır, madde kötüye kullanımı olur. İntihar girişimleri olur, en azından intihar tehdidinde bulunur, göz korkutur. Duygudurumunda belirgin tepkiselliğe bağlı duygusal irritabilite vardır. Örneğin genellikle birkaç saat süre ile anksiyetesi ya da aşırı sinirliliği olur. Kendini sürekli olarak boşlukta hisseder. Uygunsuz, yoğun öfkesi vardır ya da öfkesini denetim altına alamaz; sık sık hiddetlenir, öfkesi geçmek bilmez, sık sık kavgalara girer. Gelip geçici paranoid düşünceleri vardır ya da ağır dissosiyatif semptomlar gösterir. Bu bozukluk tanısını koyabilmek için yukarıdaki belirtilerden en az beşinin bir arada bulunması gereklidir. Ama unutulmamalıdır ki, her toplumda sınırdaki özellikler taşıyan pek çok insan yaşamaktadır. Toplumumuzda da sınırdaki özellikler gösteren çok sayıda insan vardır. Bunlar gerek insanlar arası ilişkilerde, gerekse siyasal alanda sorunlara neden olmaktadır.

3. Histrionik kişilik bozukluğu: Genç erişkinlik döneminde beliren bir kişilik bozukluğu olan bu bozukluk da toplumumuzda oldukça önemli orandadır. Duyguları hızlı değişir ve çok yüzeysel kalır. İlgi odağı olmak için durmadan çabalar ve olamadığı durumlarda hırçın ve rahatsız olur. Başkalarıyla olan ilişkilerinde cinsel ağırlıklı, ayartıcı ya da baştan çıkarıcı davranır. İlgiyi kendisine çekmek için sürekli olarak fizik görünümünü kullanır. Aşırı düzeyde etkilemeye yönelik ve ayrıntılardan yoksun bir konuşma biçimi vardır. Gösteriş yapar, yapmacıktır, duygularını abartıyla gösterir. Başkalarından ve olaylardan kolay etkilenir, telkine, ayartmaya çok yatkındır. İlişkilerini olabildiğince yakınlaştırmaya çalışır, kişilerarası ilişkilerin yakınlığı ona yetmez.

4. Narsistik kişilik bozukluğu: Kendisini beğenmektedir. Çok önemli olduğu duygusunu taşır, başarılarını ve yetilerini abartır, üstün biri olarak tanınmayı bekler. Sınırsız olarak başarı, güç, zekâ, güzellik ya da kusursuz sevgi düşleri üzerine kafa yorar. Özel ve eşi bulunmaz biri olduğuna ve ancak çok özel kimselerin kendisini anlayabileceğine inanır. Çok beğenilmek ister, hak kazandığını düşünür. Kendisinin kayırılmasını bekler. Kişilerle olan ilişkilerini kendi çıkarı için kullanır, amaçlarına ulaşmak için başkalarının zayıf taraflarını istismar eder. Empati yapamaz. Başkalarının duygularını, gereksinimlerini anlamaz. Başkalarını kullanır. Kendisinin kullanıldığına inanır. Kendini beğenmiş ve küstaktır.

C kümesindeki kişilik bozuklukları

1. Çekingen kişilik bozukluğu: Bu da genç erişkinlik döneminde ve çeşitli koşullarda belirir. Toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın bulunduğu sürekli bir kişilik örüntüsüdür. Eleştirilecek, beğenilmeyecek ya da dışlanacak olma korkusuyla fazlaca kişilerarası ilişki gerektiren toplumsal-mesleki etkinliklerden kaçınır. Sevildiğinden emin olmadıkça, insanlarla ilişkiye girmeyi istemez. Mahcup düşeceği, alay konusu olacağı korkusuyla ilişkilerinde tutuktur. Toplumsal durumlarda eleştirileceği ya da dışlanacağını düşünür. Yetersizlik duyguları yüzünden yeni ortamlarda ketlenir, kendini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel cazibesi olmayan birisi olarak aşağı görür. Mahcup olacağı korkusuyla kişisel girişimlerde bulunmayı ya da yeni etkinliklere katılmayı istemez.

2. Bağımlı kişilik bozukluğu: Daha çok erken yaşlarda kendini belli etmekle birlikte, genç erişkinlik sırasında ciddi boyut kazanan bir kişilik bozukluğudur. Başkalarından bolca destek almazsa günlük kararları vermekte bile güçlük çeker. Yaşamın önemli alanlarında sorumluluk yüklenecek başkalarını gereksinir. Desteklerini yitireceği korkusuyla aynı görüşü paylaşmadığını söyleyemez. Tasarıları başlatma, kendi başına iş yapma zorluğu vardır. Kendine güvenemez. Başkalarının desteğini sürdürebilmek için hoş olmayan şeyleri yapmaya razı olur. Tek başına kaldığında korkulu ve huzursuz olur. Yakın bir ilişkisi sonlandığında destek bulmak için hemen yeni bir ilişkiye geçer.

3. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu: Bu da erken yaşlardan itibaren kendini belli eden bir kişilik bozukluğudur. Ancak çocukların özellikle de yaş dönümleri civarında obsesif özellikler gösterdiklerini de unutmamak gerekir. Bu nedenle obsesif özellik gösteren 12-15 yaşlarında bir çocuğu hemen obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu adayı olarak kabul etmemek gerekir. Bu kişilik bozukluğu tanısı yalnız erişkinler içindir. Kişi yapılan etkinliğin asıl amacını unutacak derecede ayrıntılar, kurallar, listeler, sıralar, organizasyon ya da program yapma ile uğraşır. İşin bitirilmesini zora sokacak ölçüde mükemmelliyetçilik gösterir, kendine özgü olan katı ölçüler yerine gelmediği için bir işi tamamlayamaz. Boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerine katılacağına, kendini işe ve üretkenliğe adar. Ahlak, doğruluk ya da değerler gibi konularda aşırı vicdanlı ve kuralcıdır, hiç esnek değildir. Eskimiş ve değersiz şeyleri atamaz, elden çıkartamaz.

Çeşitli koleksiyonlar yapar. Koleksiyonculuğu çok değerli bir etkinlik sayar. Başkaları tam kendisi gibi yapmayı kabul etmedikçe, görev dağılımı yapmayı ya da başkalarıyla çalışmayı istemez. Para harcama konusunda hem kendisine, hem başkasına karşı cimridir, parayı gelecekte ortaya çıkabilecek kötü durumlar için saklanması gereken bir şey olarak görür. Katı ve inatçıdır. Burada tekrar dikkatin çekilmesi gereken husus, C kümesindeki kişilik bozuklukları belirtilerinin daha hafif derecelerde tamamen normal kimselerde de bulunabileceğidir. O zaman o kimselerin o kişilik yapısında oldukları şeklinde bir tanı ileri sürülebilir, ama kişilik bozukluğu denemez.

26-Uyum bozuklukları ne demektir? Ne tür uyum bozuklukları vardır?

Uyum bozuklukları çeşitli stres durumlarında ortaya çıkan bozukluklardır. Stres durumunun başlangıcını izleyen üç ay içinde, o strese bir tepki olarak gelişen duygusal ya da davranışsal semptomlardır. Stres etkeniyle karşılaşıldığında normal sayılabilecek olana göre çok daha aşırı ve belirgin sıkıntı ortaya çıkar. Bu nedenle toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmalar da olur. Bu semptomlar yas tepkisinden farklıdır. Stres etkeni ve bunun sonuçları sona erdiğinde, bu bozukluk bir altı ay kadar daha sürebilir. Ondan sonra sönerek kaybolur. Eğer altı ay ve daha fazla devam ediyorsa, kronik uyum bozukluğundan söz etmek gerekir. Yoksa normalde bir uyum bozukluğu, stres faktörü ve onun sonuçları ortadan kalktıktan sonra en çok altı ay devam eder. Uyum bozuklukları depressif duygudurumu ile ya da sinirlilik, üzüntü, aşırı kaygı gibi belirtilerle kendini belli eden anksiyete ile giden olmak üzere de ayrılır. Çocuklarda asıl bağlandığı kişilerden ayrılma korkusu olabilir. Hem anksiyete, hem depressif duygudurumu ile giden mikst tipler de vardır. Bunun dışında davranım bozukluğu gösterenler de vardır. Bunlar, başkalarının haklarına saldırılar ya da yaşına uygun önemli sosyal değerler ve kuralları bozma, örneğin okuldan kaçma, kırıp dökme, pervasız ve kuralısızca araba kullanma, kavga ve dövüslere kalkışma, yasal yükümlülükleri yerine getirmeme gibi davranım bozuklukları olabilir. Karışık duygu ve davranım bozukluğu da oldukça sık olarak görülür. Kişide hem depressif bir duygudurumu, hem de davranım bozuklukları vardır. Bazı bireylerde de uyum bozukluğu daha özgün belirtilerle seyreder. Örneğin fiziksel, bedensel yakınmalar ortaya çıkar, kişi toplumdan uzaklaşıp içine kapanabilir, işinde ya da okulda ketlenme olur. Uyum bozukluğunun özgün bir tedavisi yoktur. Depressif duygudurumu ile gidenlerde orta güçlü antidepressan tedavi önerilebilir. Anksiyetenin ön planda olduğu durumda da anksiyolitik, yani trankilizan ilaçlar uygundur. Ancak bu ilaç tedavisinin çok uzun sürmemesine dikkat etmek gerekir. Çünkü bu kimselerde ilaca bağımlılık çok çabuk ortaya çıkabilir. Genellikle psikoterapötik destek faydalıdır. Varoluşçu yöntemlerle terapi daha uygun sayılabilir. Çünkü analitik bazlı bir terapi, zedelenmiş olan kişiyi daha da hırpalayabilir. Davranışçı terapilerin ise bu bozukluklarda yeri yoktur. Gene de çevre faktörlerinin, örneğin anlayışlı okul yönetiminin, anlayışlı bir arkadaş çevresinin iyileştirici etkisi çok büyüktür. Normal olarak halkın da tutumu bu yönde olmaktadır. İnsanların sağduyuları bu konuda da en büyük yardımcıdır.

3. Bölüm PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

27-Psikiyatrik bozukluklarda ne tür tedavi yöntemleri kullanılmaktadır?

Psikiyatrik bozukluklarda hastanın tedavisi için biyolojik yolları önce saymalıyız. Biyolojik tedavi yöntemleri cerrahi ve medikal olarak ayrılır. Psikoşirurji, yani psikiyatrik cerrahi artık pek kullanılmamakla birlikte hâlâ vardır ve ABD'nin kimi eyaletlerinde uygulanmaktadır.

Ayrıca bazı Avrupa ülkelerinde de kullanılmaktadır. Uygulanan cerrahi müdahaleler lobotomi ve komissurotomi yöntemleridir. Bilindiği gibi beyin birtakım loblardan oluşur ve bu loblar arasında büyük yarıklar vardır. İşte lobotomi, bu beyin loblarının kesilerek merkez sinir sisteminin bütünlüğünden ayrılması işlemidir. Komissurotomi de bunun daha küçük bölgelerde kullanılmasıdır. Lobotomi ameliyatları bir süre ülkemizde de denenmiştir, ama artık kullanılmamaktadır. Ama Amerika'nın bazı eyaletlerinde, inatçı psikozlarda buna başvurulabilmektedir. Gene de meslek ahlakı bakımından tartışmalı bir konudur ve uygulamak bir bakıma önemli bir sorumluluk işidir. Bizim bunu salık vermemize olanak yoktur. Beyin cerrahisi çok daha önemli nörolojik bozukluklarla uğraşmaya ayrılmalıdır.

Medikal yöntemler ise başlıca ilaç tedavileridir. Bugün psikofarmaka, yani psikolojik olarak etkin ilaçlar, bütün ilaç endüstrisinin, antibiyotiklerle birlikte amiral gemisidir. Oldukça büyük ve güçlü olan Türk ilaç endüstrisinde de psikofarmaka çok önemli bir yer tutmaktadır. Psikotrop maddeler, yani psiheyi etkileyen maddeler, insanlık tarihi boyunca bilinmiştir. Bunların en başında alkol gelir. Bugün alkol kullanmayan insan topluluğu yoktur. İkinci sırada da gene tarihin en eski çağlarından beri bilinen ve kullanılan afyon ve afyondan elde edilen alkaloid türü maddeler gelir. Afyon alkaloidlerinden bazıları, örneğin morfin, kodein ve papaverin tıpta hâlâ çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır. Ancak bunların psikiyatri alanında kullanılması söz konusu değildir. Bunlar bizi ancak kötüye kullanımlarının tedavisi yönünden ilgilendirir. Alkol de aynı şekilde, bizi sadece alkolizm açısından ilgilendirmektedir.

Bir zamanlar psikiyatride psikozların tedavisinde başarıyla kullanılmış olan IKT (İnsülin Koma Terapisi), uygulamasının çok zahmetli ve biraz da komplikasyonlu olmasından ötürü uzun zaman önce terk edilmiş bir tedavi türüdür. Buna karşılık 20'li yılların ortalarında İtalya'da bulunmuş olan EKT (Elektro Konvulsiv Terapi), yani bilinen adıyla elektroşok bugün de çok daha seyrek olmakla birlikte özellikle ağır psikotik depresyonlarda kullanılmaktadır.

Buna karşılık psikiyatrik bozukluklarda etkin olan pek çok ilaç bulunmakta ve bunların sayıları her geçen gün daha da artmakta ve etkinlik alanları da genişlemektedir. Psikiyatrik bakımdan etkin olan ilaçlar tereyağ asidi olan bütirik asidin türevlerinin uyku ilacı olarak kullanılmasıyla başlamış, brom tuzlarının sakinleştirici olarak kullanılmasıyla daha da ileri gitmiştir. Ancak bu alan 1950'li yılların sonlarında toplu olarak trankilizan adı verilen ilaçların bulunmasıyla büyük bir devrim yaşamaya başlamış, trankilizanların şizofreni gibi psikozlarda da etkin hale gelmesiyle bugünkü alanlarına yerleşmiştir. Artık psikiyatri hemen tümüyle, özellikle de eskiden zor olarak kabul edilen alanlarda, yani psikozlar ve ağır nörozlarda, ilaçlar sayesinde egemendir. Bu durum psikiyatrinin saygınlığını da çok artırmış olup diğer pek çok alanın da psikiyatriye başvurmasını sağlamıştır. Denilebilir ki, bugün insan ilişkileri bakımından sorun olan ve olmayan pek çok konuda, insanlar psikiyatriye başvurmaktadır. Bu da psikiyatrinin bir bilim dalı olarak kendisini durmadan yeniden yapılandırmasını gerektirmektedir. Sonuçta ruhsal olguları ruhsal yöntemlerle etkilemeye çalışmak demek olan psikoterapiler de alanlarını muazzam ölçülerde genişletmek durumunda kalmışlardır. Özetle ilaç tedavilerinin başarıları, bütün psişik alanda doğrudan ya da dolaylı olarak etkili olmuştur.

Psikoterapiler dediğimizde normal olarak ve ayrıca belirtilmemişse, kişiden kişiye sözel iletişim yoluyla etkin olmaya çalışan terapiler anlaşılır. Oysa resim ve heykel gibi güzel sanatların, müziğin,

dansın ve sporun kullanıldığı psikoterapi alanları da vardır. Ve psikoterapi yöntemleri giderek dinsel amaçlarla da kullanılmaya başlamış bulunmaktadır. Buna karşılık kimi dinsel akımlar da psikoterapiler arasında kendilerine yer bulabilmektedir. İleride bunları daha yakından ve ayrıntılı olarak ele alacağız. Şimdilik ilaç tedavilerinde kalalım.

28-Psikiyatride hangi ilaçlar kullanılmaktadır ve bunların etkinlik alanları nelerdir? Kontrindikasyonları var mıdır?

Trankilizan adı verilen ilaçlar bugün çok büyük bir yer tutmaktadır. Ancak bunların yanında çok büyük ve çok da önemli olan bir alan da antipsikotik dediğimiz ilaçlar alanıdır. Antipsikotik dediğimiz ilaçların öncüsü olan haloperidol başta sayılmalıdır. Bugün Türkiye piyasasındaki adıyla norodol olarak bilinen bu ilacın damla, tablet ve enjeksiyonluk ampul türleri halen en fazla kullanılan antipsikotik maddelerdir. Haloperidol kullanımında kasları kontrol etmekte olan sinirlerde bir tonus, yani gerginlik artışı olur ve bu yüzden kasların sertliği ve gerginliği artar. Bu olguya ekstra piramidal bozukluklar diyoruz. Bedenin sırt tarafındaki kaslar dik durmayı sağlayan güçlü kaslar olduğu için de kişilerin geriye doğru büküldüğü özgün bir duruş ortaya çıkar. Bunu önlemek için kas gevşetici olarak formül adı biperiden olan bir ilacın tedaviye eklenmesi gerekir. Marka adı Akineton olan bu ilacın kimi yan etkileri vardır. Bu yüzden ve haloperidolun bu başarısını yan etkilerden arındırabilmek için daha başka nöroleptikler geliştirilmeye çalışılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda önce pimozid bulunup Nörofren adıyla piyasaya verilmiş, çalışmalar da devam etmiştir. 1980’li yılların sonlarında atipik nöroleptikler denilen ilaçlar bulunmaya başlamış ve yeni bir çığır açılmıştır. Şimdi olanzapin (Zyprexa), ketiapin (Seroquel), klozapin (Leponex), mesoridazin (Lidanil), risperidon (Risperdal), aripiprazol (Abilify) gibi birçok antipsikotik ilacımız vardır. (Ticari örneklerin adları parantez içinde verilmiştir.) Ve şizofreni çoktandır kronikleşmemektedir. Dolayısıyla da hastanelerin kronik hasta servislerinin yükü iyice hafiflemiş bulunmaktadır. İlaçların bazı yan etkileri bulunuyor. Örneğin olanzapin ve ketiapin metabolizmayı yavaşlatır ve kilo alımına neden olur. Buna karşılık hastayı bütün zorlayıcı düşüncelerinden kurtaran harika ilaçlardır. Risperidon da piyasada çeşitli dozlarda tabletler halinde bulunduğu için kişiye göre ayarlanması kolaydır. Leponex kullanan hastalarda dikkat edilmesi, hastanın doz aşımından korunması gereklidir. En geç ayda bir olmak üzere kan sayımı yapılmalıdır. Uzun ve yüksek dozlarda ağır kan bozuklukları yapabilir. Leponex 1980’li yıllarda Finlandiya’da beklenmedik ölümlere neden olmuş ve bu yüzden firması tarafından piyasadan kaldırılmıştı. Bir süre piyasalarda bulunmadıktan sonra kan bulgularına dikkat etmek koşuluyla yeniden piyasaya sürüldü. Şimdi serbestçe kullanılıyorsa da, hastayı tehlikeye sokmamak için dikkatli olunması zorunludur.

Bu arada duyudurumu bozuklukları için antidepresan ilaçlar son derecede çeşitlenmiş ve etkinleşmiştir. Bugün dopamin geri alım inhibitörü, monoamin oksidaz inhibitörü, selektif serotonin geri alım inhibitörü, trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar gibi gruplardan pek çok ilaç vardır. Bunların etki mekanizması ilke olarak sinir hücrelerinin ileti yollarını sağlayan ve sinaps adı verilen birleşke yerlerini etkilemektir. Sinir hücreleri iletiyi sinapslarda salgıladıkları moleküllerin karşı taraftaki sinir hücrelerini uyarmaları yoluyla yaparlar. İşte antidepresanlar bu sinapsta karşılıklı gidip

gelen moleküllerden birinin ya da öbürünün sinaps ortamında artmasını sağlayarak etkili olurlar. Mianserin (Tolvon), mirtazapin (Remeron), fluoksetin (Prozac), fluvoksamin (Faverin), maprotilin (Ludiomil), imipramin (Tofranil), klomipramin (Anafranil) bu ilaçlardan birkaçıdır.

Ajite durumları yatıştırmak için kullanılan klorpromazin (Largactil) de en eski bulunan ilaçlardan biridir ve halen geniş bir kullanım alanı vardır. Gene çok uzun zamandan beri kullanılan maprotilin (Ludiomil) ve tyoridazin (Melleril) ile sülpirid (Dogmatil) de sayılmalıdır. Yeni ilaç spektrumu çok zengin olmasına rağmen bu ilaçların da modası geçmemiştir ve geniş kullanım alanları vardır.

İki uçlu duygulanım bozukluklarına karşı kullanılan lityum tuzlarını da özellikle saymamız gerekir. Lityum periyodik sistemde, yani Mendelyev cetvelinde üç numaralı elementtir. Vücut tarafından kullanılmaz. Ancak ortamda lityum iyonları bulunduğunda manik eksitasyonlar engellenmiş olur. Bunun için maninin tek ilacıdır ve mutlaka kullanılması gerekir. Piyasada lithuril ve kilonum retard adlı iki preparatı bulunmaktadır. İkisi de lityumun karbonat tuzlarıdır. İki uçlu duygulanım bozukluğunda manik evrede mutlaka verilir ve depressif evrede de devam edilir. Lityumun yüksek dozlarda böbrekler ve sinir sistemi üzerine toksik etkileri vardır. Lityumun tek mahzuru terapötik doz marjının dar olmasıdır. Yani lityum kanda en az 0,6 MEq/L seviyesinde olmalı ve bu seviye 1,5 MEq/L'yi de geçmemelidir. Bunun için en fazla bir ay aralarla kandaki seviyesinin tespiti gereklidir. Akut manide olması gereken optimal düzey 0,6-1,2 MEq/L'dir. İlk verilmeye başlandıktan 15 gün sonra kan düzeyine bakılır ve o hasta için optimal doz tayin edilir.

Aslında antikonvülsan olan yani epilepside kullanılan birkaç ilaç da duygudurumunu dengeleyici olarak kullanılmaktadır. Bunların başında valproik asit türevleri olan valproatlar (Convulex ve Depakin) gelir. Karbamezapin (Tegretol) de antikonvülsan ve antimigren olduğu halde duygudurumu dengeleyici olarak kullanılabilen ilaçlardandır.

Trankilizan adı verilen ilaçlar ise olağanüstü miktarlara ulaşmıştır. Bu artışın nedeni yeterli psikoterapi olanakları olmadığından her sıkıntı için ilaca başvuruluyor olmasıdır. Yani ilaçlar aşırı kullanılmakta, ilaçlar kötüye kullanılmaktadır. Trankilizan olarak bir zamanlar kullanılan meprobomatlar artık kullanılmamaktadır. Buna karşılık gene çok eski maddelerden biri olan diazepam (Diazem) halen de yerini koruyor. Hidroksizin (Atarax), fluoksetin (Prozac), fluvoksamin (Faverin), sitaloqram (Cipram), essitaloqram (Cipralext), moklobemid (Aurorix), sertralin (Lustral), tianeptin (Stablon), venlafaksin (Efexor) bunlardan sadece birkaçıdır. Genellikle anksiyolitik, yani trankilizan ilaçlar atipik antidepresanlarla ya da hafif etkili atipik nöroleptiklerden biriyle kombine edilerek verilmektedir. Böylece hemen bütün nörotik bozukluklarda, gündelik dengedeki (equilibriumdaki) her türlü sarsıntı hızla kontrol edilebilmektedir. Gene parantez içindeki adlar ticari örneklerdir.

Bu arada demanslarda, yani bunamalarda başarıyla kullanılan bazı ilaçları da zikretmeliyiz. Bunlardan donepezil (Aricept), galantamin (Reminyl) ve rivastigmin (Exelon) hafif ve orta derecedeki Alzheimer tipi demansların gidişini durdurmada, en azından yavaşlatmada ve kimi değişiklikleri düzeltmede başarı sağlayabilmektedir. Vasküler tipteki demanslar için de kan dolaşımını düzenleyici bazı preparatlar işe yaramaktadır. Ağır demanslarda ise yapılacak bir şey pek yoktur. Demansta, sinir hücrelerindeki işlev bozuklukları nedeniyle, yitirilen yetilerin geri döndürülmesi olanaksızdır. Bunun için çalışmalar devam ediyorsa da fazla umut yoktur. Bunun için birtakım mucizevi buluşlara ihtiyaç vardır.

Bu ilaç paleti psikiyatrik bozuklukların iyileştirilmesinde muazzam faydalar sağlamıştır. Bu sayede hastanelerin kronik servislerinin yükü hafiflemiş ve psikoterapi olanakları da artmıştır. İlaçlar tam

iyileştirme sağlamazlar. Ancak hastaya psikoterapötik yaklaşımları mümkün kılar ve kronikleşmeyi önlerler. İlaçsız psikiyatri bugün olmayacak bir şeydir. Ancak psikiyatriye giderek verilen yeni görevler arasında, kişilere yol gösterme işlevi gittikçe önem kazanmaktadır. Kişiye rehberlik etmekten ziyade sorunları onlarla tartışarak ortaklaşa bazı çözüm yollarını bulmak, bugün psikiyatrinin yüklendiği en önemli görev haline gelmiştir. Elbette bu danışma hizmeti sırasında ilaç kullanımı gerekmez. Ancak gene de yardımcı olur.

29-Psikoterapi ne demektir? Ne türlü psikoterapi modelleri vardır?

Kişilerin ruhsal yakınmalarının, zihinsel ve duygusal dengelerinde gösterdikleri ya da hissettikleri uyumsuzluk, uygunsuzluk ya da bozuklukların, bir başka kişinin ruhsal yeti, donatım ve araçlarıyla, kendileriyle belirli bir düşünce ve duygu alışverişi kurarak giderilmesi yol ve yöntemlerine toplu olarak “psikoterapi” adı verilir. Çok genel bağlamda söylemeye çalışırsak, zihinsel ve duygusal iç çatışmaları çözümleyen, bu çatışmalardan doğan gerginlik ve kaygıları, korku, huzursuzluk ve çöküntüleri azaltıp gideren, ruhsal uyumu geliştiren, kişinin kendisiyle barışık olmasını sağlayıp diğer kişilerle ilişkilerini olgunlaştıran bütün yol ve yöntemler psikoterapi adını hak ederler. Yaşam koşulları karşısında, toplumsal çevresiyle belirgin bir uyumsuzluk içine giren, kendi kişilik, yeti ve özelliklerinden hoşnutsuz olan, kendi varoluşunu başarıyla ve kendi istediği gibi, kendisi için doyurucu nitelik ve boyutta gerçekleştiremeyen herkesin psikoterapiye gereksinimi olduğu söylenebilir. Psikoterapi adı “ruhsal” gibi bir anlam veren “psiko” ön eki ile “tedavi” demek olan “terapi” sözcüğünün birleştirilmesiyle oluşmaktadır. Böylece ruhsal tedavi demektir. Ruhsallık gerek uygulanan obje için, gerekse uygulanan yöntem için söz konusudur. Yani ruhsal bozukluk, ruhsal yöntemlerle iyileştirilmektedir.

Yukarıda verilen tanım gerçekte psikoterapiyi tam olarak anlatıyorsa da, hukuki süreçler açısından yeterli bulunamamaktadır. Çünkü hukuk daha açık ve tam ifadeler istemektedir. Bu nedenle daha kapsamlı birçok tanım ortaya atılmışsa da, hemen hiçbirisi yeterince kapsamlı değildir. 1975’te H. Strotzka tarafından formüle edilmiş olan tanım birçokları için yeterince açık ve kapsamlıdır. Buna göre:

- Psikoloji ve psikoterapi alanında yeterli eğitimi almış,
- deneyimi ve belgelenmiş yetkisi olan bir terapist tarafından uygulanan;
- hasta, terapist ve ilgililerce tedavisi zorunlu sayılan,
- davranış zorluk ve bozukluklarının ve diğer yakınmaların,
- çoğunlukla konuşarak ve bazen de konuşmaya gerek olmayan yöntemlerle,
- psikolojik bir iletişimle,
- normal ve patolojik davranışlara ilişkin kapsamlı bir kurama dayalı olarak,
- öğrenilebilir ve öğretilbilir olan bir yöntemle,
- hasta ve terapistin birlikte, ilgililerin isteklerini de gözетerek kararlaştırılan bir
- hedef doğrultusunda değiştirilip düzeltilmesi için
- sürdürülecek olan bilinçli ve planlı, duygusal bir katılımı da gerektiren,

- tıbbi bir etkileşim sürecidir.

Görüldüğü gibi bu ayrıntılı tanıma göre psikoterapi “tıbbi bir etkileşim sürecidir”, “yetkisi olan bir psikoterapist tarafından” ve “kapsamlı bir kurama dayalı”, “bilinçli ve planlı” yapılması gereken bir işlemdir. Buradan bu tedaviyi yalnız ruh hekimlerinin, psikiyatri uzmanlarının yapabileceği şeklinde, yanlış olmasa da eksik bir sonuç çıkartılmamalıdır. Her hekim ve hatta birçok yardımcı sağlık mesleği mensubu da psikoterapi ve psikoterapi genel kapsamı içinde sayılabilen kimi yöntemleri uygulayabilir ve uygulamak zorunda kalabilir. Ancak bu zorunlu oluş, sadece acil ve zorunlu kimi durumlar ve basit nitelikte olan yöntemler için söz konusudur. Örneğin bir ameliyat gereği narkoz uygulaması öncesi anestezi uzmanının yatıştırıcı ve güven verici bir konuşma yapmasında ya da cerrahın, hastanın kaygılarını giderici tavır ve sözlerinde, sistematik olmasa da, psikoterapilerde kullanılan kural ve yöntemler açıkça kullanılmaktadır. Bu sırada hekimin yaklaşımı kesinlikle psikoterapötiktir, fakat psikoterapi değildir. Sistematik bir psikoterapiyi düşünülmüş ve planlanmış bir tedavi biçimi olarak düzenli bir şekilde uygulamak için mutlaka bu alanda özgün bir eğitim görmüş olmak gerekir. Unutulmamalıdır ki, psikoterapi kesinlikle bir tedavi türüdür; insan sağlığına ve varlığına yarar sağladığı gibi, yanlış ya da dikkatsiz uygulandığında ağır zararlara da neden olabilir. Üstelik olası zararlar tedaviyi görenin kişiliğinde, duygularında ve sosyal ilişkilerinde gerçekleşeceği için, etkileri ilgisiz üçüncü kişilere ve topluma kadar uzanabilir.

Psikoterapiler bazı ana kuramsal yönelişlere dayanır. Psikiyatri ve psikolojide insanın davranışlarını, davranışlardaki bozulmaları açıklamak ve bunların düzelme yollarını bulmak için sayıları binleri bulan çeşitli kuramlar geliştirilmiştir. Bu çeşitliliğin nedeni, konu olarak alınan “insan”ın standart olmayışı, kuramların masa başında değil, hastanın yatağı başında ya da karşısında uygulamayla ortaya atılıp geliştirilmesi ve her kuramcının kendi gözlemleyebildiği malzeme ile, yani çeşitli insan varlıklarının gösterdikleri durum ve tepkilere göre farklı yollarda ilerleyebilmesindedir. Bu kuramlara dayalı olarak elbette sayısız terapi yaklaşımı ortaya çıkmıştır ve daha da çıkmaktadır.

Psikiyatri ve klinik psikoloji içindeki bütün görüşler dört ana grupta toplanabilmektedir. Bu gruplamada terapinin dayandığı teorik temeller ve hasta-hekim ilişkisinin biçimi göz önünde tutulur. Bu dört yaklaşım sırasıyla organik-biyofizik, davranışsal-bilişsel, fenomenolojik-varoluşsal ve intrapsişik-dinamik yaklaşım kümeleridir.

30-Organik-biyofizik yaklaşım nasıl bir şeydir? Bunda ne tür psikoterapiler vardır? Organik-biyofizik yaklaşıma göre psikoterapi olur mu?

Organik-biyofizik yaklaşımda hastanın tedaviye aktif şekilde katılımını sağlayacak, onu destekleyecek psikoterapi türleri yerini bulmuştur. Bunlar hasta gruplarına ya da bireysel olarak uygulanan, hastanın uyumunu sağlayıcı, sorunlarını çözmeye yönelik terapi türleridir. Bu küme kuramlarına göre, hastanın merkezi sinir sistemine ve bedeninin onu etkileyebilecek olan işlevlerine ilişkin olarak elde edilebilecek olan bilgiler, psikopatolojiyi kavramak için gereken bilimsel tabanı oluşturmaktadır ve bunların tedavisi için de öncelikli araçlar biyofizik yöntemlerdir. Dahili tıpta enfeksiyonların, genetik kusurların, tıkanmaların, kanama ve normal işlevleri bozan öbür faktörlerin

kendilerini ateş, kırgınlık ya da iltihaplar ve ağrı gibi belirtilerle belli ettiği rahatlıkla gösterilebilmektedir. Araştırmaların odağına yüzeydeki belirtiler yerine, altta yatan biyofizik bozukluklar alınır alınmaz, gerçekten de bu bakımdan büyük ilerlemeler sağlanmıştır. Bu model psikopatolojiye uygulandığında da, garip davranışlar, sıkıntı ve bunalım duyguları ya da uygunsuz insan ilişkileri gibi yüzeyel bulguların altında biyofizik bozukluklar ve kusurların yattığı kolaylıkla ortaya çıkacaktır.

Gerçekten de ruhsal aygıtımızın işlevlerinde görülen birçok aksamanın, merkezi sinir sistemi denilen aygıtın yapısal ya da işlevsel bozukluklarından ileri geldiği bugün kesinlikle bilinmektedir. Bunlar arasında başta zekâ ve bellekteki birçok bozulma sayılabilir. Bunlara yol açan zedelenmeler, yaralanmalar, enfeksiyon ve iltihaplanmalar, gebelik ve doğum sırasında oluşan yapı bozuklukları, kalıtsal bozukluklar, iç salgı bezleri ve metabolizmadaki bozukluklar, üstelik de ilintili mekanizmalarıyla ortaya çıkmıştır. Beyin damarlarındaki tıkanma ve kanamaya bağlı olan lokal ya da yaygın felçlere eşlik eden zihinsel işlev bozuklukları da, önceden bilinebilecek ölçüde olmasa da, rahatlıkla saptanıp anlaşılabilir. DNA araştırmaları ilerledikçe daha birçok irili ufaklı bozukluğun da hem nedenleri ortaya çıkmakta, hem de giderilmesi için yöntemler geliştirilmektedir. Bu arada sinir hücrelerinin işlevlerini ilaç adı verilen kimyasal maddelerle etkilemek yolu da açılmış ve bu yolda çok da ileri gidilmiştir. Bütün bunlar biyofizik yapıdaki değişimlerin, işlevlerdeki ve davranışlardaki anomalilerden önce geldiği kanısını destekleyen ve güçlendiren bulgulardır.

Ancak böyle bir sonuca varmadan önce kararlaştırılması gereken esas soru daha yanıtlanmamıştır. Bu da insan zihinsel yapı ve işlevlerinde “normal”in ne olduğu, zihinsel-ruhsal yapı ve işlevlerde bir “norm” saptama olasılığının ne kadar olduğu sorularıdır. Yani bir zekâ, bellek ya da dikkat anomalisinden söz edebilmek için, önce hangi zekâ, bellek ve dikkatin normal olduğunun saptanması, dahası bir koşulda olması gereken bir davranışın bir başka koşulda olmaması gerektiğini saptama yetisi, yani yargılama (muhakeme) gücünün öğelerinin ortaya çıkarılması gerekir. Oysa bunlar gibi yüzlerce, binlerce faktörün rol oynadığı saptamaların yapılabilmesi, her şeyden önce bugünkü matematikle olası değildir. Kaldı ki aynı sonuçların çok farklı nedenlerle ortaya çıktığı ya da nedenler aynı olduğu halde başka sonuçların saptandığı ya da hiçbir değişiklik olmadığı gibi gerçekler de ortadadır. Bunlara eklenen bir başka bilgi de, ilaç etkileriyle aynı değişimlerin hiç ilaç verilmeden, telkin ya da derin psikoterapi gibi yöntemlerle de aynen olabildiğinin, yalnız klinik değerlendirmeye değil, görüntüleme yöntemleriyle de gösterilebilmiş olduğu gerçeğidir.

Biyofizik görüş yandaşları da sıklıkla psikoterapiye başvurmaktadır. Onların sık kullandığı psikoterapi modelleri arasında, çeşitli ikna ve telkin yöntemleri, çeşitli grup terapisi modelleri ve uğraşıya dayalı modeller sayılabilir. Ayrıca hipnoz da, biyofizik görüşe ağırlık veren hekimler tarafından itibar edilen ve aslında kesinlikle bir psikoterapi yöntemi olarak sayılması gereken bir tedavi yöntemi olarak göze çarpıyor. Bu hekimlerin danışma ve rehberlik işlevini de önemle ve diğer psikoterapistlere göre daha cesaretle üstlendiklerine de işaret etmek gerekir. Bu yaklaşımda hekim tam anlamıyla bir otorite, bir bilirkişidir. Karşısına gelen kişi sıkıntı ve bozukluklarından yakınan ya da bu yüzden başkalarını rahatsız eden biri, bir “hasta”dır. İstenen bu bozuklukların bir an önce ortadan kaldırılması, iyilik denen durumun yeniden oluşturulması, en azından bunun yollarının kendisine gösterilmesidir. Onun için hekim bu iyileşme için gerekeni yapar, yapılmasını buyurur ve iyileştirici yolları da salık verir. Bunları uygulayıp uygulamamak hastaya kalmıştır. Fakat hekim gerektiğinde hastasının çıkarı için zorlayıcı önlemler de alabilir, yasaklar koyabilir. Bu sırada yalnızca tıp bilgileri, kişisel ve mesleki etik ve hukuk kurallarıyla bağlıdır. Göz önünde tutmak

zorunda olduğu başka bir şey ve kural yoktur.

31-Davranışsal-bilişsel yaklaşım nasıl bir şeydir? Bu yaklaşımda psikoterapi var mıdır?

Davranışçı yaklaşım, temel olarak büyük Rus fizyoloğu İvan Petroviç Pavlov'un (1849-1936), sinir sisteminin çevreden gelen uyaranlara otomatik yanıtı olan reflekslerin, organizmanın aldığı diğeryayaranlarla koşullanabildiğini göstermesiyle başlamıştır. Gerçekte onunla aynı zamanda Edward Lee Thorndike da aynı sonuçlara varmış bulunuyordu, ama onun adı kamuoyunda fazla bilinmez. Pavlov ile birlikte Behterev ve Seçenev gibi Rus fizyologlar da aynı sonuçlara ulaşmışlardır. Bu büyük fizyologların açtığı yoldan giden ABD'de Watson, normal ya da anormal bütün insan davranışlarının öğrenmeye bağlı olduğunu ileri sürdü. 1932'de Dunlap tikler, kekemelik ve tırnak yeme gibi davranışlar için olumsuz uygulama kavram ve tekniğini geliştirdi. Thorndike 1932'de koşullanma adı verilen yöntemlerin kurallarını saptadı ve "operant (etkin) koşullama" kavramını buldu. Öte yandan canlıların öğrenme sürecinin ayrıntıları araştırılıyor ve böylece dikkatler "bilış (cognition)" kavramı üzerinde toplanıyordu. İsviçreli hekim ve biyolog Jean Piaget (1896-1980) öğrenme sürecini ayrıntılarıyla ortaya çıkardı ve Avusturyalı hekim ve biyolog Konrad Lorenz (1903-1989) de araştırmalarıyla dürtü ve güdülerin ayrıntılarını buldu. Böylece yalnız psikiyatri ve psikoloji alanında değil, bütün biyoloji ve insan bilimleri alanlarında oldukça önemli olan sonuçlara ulaşılmış ve davranış bilimleri adıyla apayrı bir bilim doğmuştur.

Bu yaklaşımda temel olarak insanın tepkilerini daha uygun hale getirmek için daha uygun tepkilerle değiştirmek ve uygunsuz tepkileri önleyecek tepkiler eklemek için tepkilerin koşullandırılması söz konusudur. Bunun için pek çok koşullama yol ve yöntemi geliştirilmiş bulunuyor. Bu yoldan kimi hareket, düşünce ve davranışların gerçekten de koşullanabildiği, bu yöntemle hastanın kendisinin yakındığı ya da çevresinin uygun bulmadığı çoğuyepkilerin kaldırılıp yerlerine hastanın ve çevresinin daha uygun bulacağı davranışların geçirilebildiği artık biliniyor.

Burada iki kritik nokta, etik bakımdan olduğu kadar tedavinin nitelik ve sonuçlarının değerlendirilmesinde can sıkıcı bir sorun oluşturuyor. Bu noktalardan biri istenmeyen davranışın yerine konacak davranışın ne olduğu ve nasıl saptanacağı sorusundan kaynaklanmaktadır. Hastanın ve çevresinin istemediği bir davranış özelliğinin, objektif insan değeryleri açısından gerçekten istenmemesi gereken bir davranış olup olmadığı bir soru işareti taşır. Çevre ya da çevreye uyumu amaçlayan birey, kimi koşullar altında, duygulu ve duyarlı olmayı, vicdan ve acıma hislerini istemeyebilir. Belirtilen davranışçı tekniklerle herkesin olağanüstü gaddar hale getirilebileceği artık biliniyor. Bu ölçüde olmasa da, benzer istekler her zaman kişilerden ve çevrelerinden gelebilir. Kişinin giderilmesi istenen bir tutum ve davranışının, ileride gerekli bir özellik olup olmayacağı nasıl bilinebilir?

İkinci ve daha da önemli bir nokta, bu yöntemle bastırılan bir tepkinin, derin bir gereksinimden kaynaklandığı durumlarda, bastırılan tepkinin nereye gidip nelere neden olacağı sorusudur. Birçok davranış "savunma mekanizmaları" dediğimiz bir dizi tavır almaların sonucu olarak gelişen karmaşık tepkilerdir. Altta yatan zedelenme, etkisini sürdürdüğü sürece, bu tür tepkilerin de savunucu ve

koruyucu işlevlerini sürdürmesi gerekir. Bu yanıtlar gösterilemezse ruhsal yapı daha büyük zedelenmelere uğrayabilir. Bu, organizmayı zehirlenmelerden koruyan kusma refleksinin, verilecek ilaçlarla durdurulmasına benzer. Bu belki hastayı o an için rahatlatır ama sindirim yollarında çok ağır bozulmalara da neden olabilir. Kimi davranışlar da dış dünyada süregelen zedeleyici etkilere karşı oluşmuş uyum düzenekleridir. Bu zedeleyici dış etkiler kesin olarak ortadan kaldırılmadığı sürece bu uyumsal davranışlar yaşamsal bir gerekliliktir. Terapiyle bastırılan bir davranış bir bunalıma yol açabilir ve bambaşka şekilde bir bozulmaya neden olur. Örneğin fobi tarzında korkular, saç yolma ya da tırnak yeme alışkanlığı ve yeme bozuklukları, davranışçı terapiye iyi yanıt verir ve gerçekten de giderilebilir. Oysa bu davranış büyük olasılıkla aile içi çatışmalara verilen bir tepkidir. Bu da çoğu kez gözden kaçır. Sadece bu tepkilerin mekanik bir şekilde ortadan kaldırılması, büyük ve çözümsüz bir bunalıma yol açacaktır. Dikkatsizce yapılan davranışçı terapi sonrasında intihar olayları sıktır. Çünkü kişinin, ruh dünyasındaki ağır zedelenmeyle başa çıkmak için kullandığı savunma düzeneği elinden alınmıştır ve onun yerine kullanabileceği başka bir düzenek de konmamıştır.

Böyle sakıncalardan ötürü bu yaklaşım, daha sonraları basit koşullamaları bırakarak bilişsel tekniklere yönelmiştir. Bunda fenomenolojist felsefenin de büyük etkisi olmuştur. Hatta bu nedenle çoğu yazar bu bilişsel terapi yöntemlerini fenomenolojist terapi yaklaşımları arasında sayar. Ve gene aynı nedenle bugün bilişsel psikolojinin olgu formülasyonlarıyla varoluşçu ve analitik formülasyonlar birbirine çok benzer hale gelmiştir. Bilişsel yöntemde de istenmeyen davranışın ortaya çıktığı koşullar dikkatle incelenir, davranışın edinilmesine yol açan öğrenme sürecinin titiz bir analizi yapılır ve yeni bir öğrenme süreci başlatılır. Bu yöntemle yapılan davranış ve biliş analizleriyle yapılan formülasyonlar, yani davranışın ortaya çıkmasına yol açan sürecin tablosu giderek analitik-dinamik yaklaşımın formülasyonlarını andırmaktadır. Yalnızca o yöntemde analiz hastayla birlikte sürdürülür ve hastanın kendini kavrayarak yaşamını yeniden düzenlemesi için uzun bir zaman bırakılırken, bu terapi yönteminde yalnızca istenmeyen davranışın, birlikte görülen öbür, yan davranışlarla birlikte kısa zamanda giderilmesi hedeflenir. Bu yüzden iki yaklaşımın kuramsal tabanları birbirine çok yaklaşmış olmasına karşın uygulamaları pek az benzerlik gösterir.

Davranışçı-bilişsel terapilerde terapist ile hasta arasında duygusal ya da toplumsal hiçbir etkileşim ve buna karşı önlem öngörülmemiştir. Terapist yalnızca bir teknisyendir ve hastası yalnızca kendisinden sanatını uygulamasını bekleyen bir müşteridir. Aralarında terapi dışında bir iletişim ve etkileşim olabilir de, olmayabilir de. Kollanması gereken sınır sadece meslek etiği kaygılarıdır. Etik yasakların çok sıkı olduğu da unutulmamalıdır. Söz konusu terapi ilişkisi dışındaki iletişim, hiçbir zaman terapistin haklı ücreti dışında hangi türden olursa olsun çıkar sağlayacağı bir ilişki olamaz. Çünkü her türlü tedavide olduğu gibi burada da hastanın tedaviyi yapana derin bir bağlılığı söz konusudur ve hasta kendi kontrolü dışında yönlendirilebilir.

32-Analitik-dinamik yaklaşımın esasları nelerdir? Tarihsel gelişimi nasıl olmuştur? Öbür yaklaşımlardan hangi bakımlardan farklıdır?

Analitik görüş kişinin ruhsal gelişiminin en erken çocukluk yaşantıları sırasında oluştuğunu ve onun ileriki yaşlarda olağan ya da olağandışı sayılan tepkilerinin, o çocukluk yaşantıları sonucunda ruhsal

yapısında meydana gelen karmaşık bir dizi gelişmenin doğrudan sonucu olduğunu ileri sürer. Bu görüşleri ilk ileri sürenin Sigmund Freud olduğu sanılır ve analitik kuram onun adıyla anılırsa da, gerçekte bu görüşler ondan çok daha önce ortaya atılmış ve geliştirilmeye başlamıştır. Örneğin Freud'un sık sık andığı Fransız hekim Pierre Janet, Freud'dan yıllar önce hemen hemen aynı kuramı ileri sürmüş ve buna dayalı bir terapi yöntemini de psikosentez adıyla kullanmaya başlamıştı.

Freud'un oluşturduğu Viyana Psikanaliz Birliği'ne katılmış olup da sonradan ondan ayrılarak kendi özgün yolunu çizen Carl Gustav Jung ve Alfred Adler'in sonradan kurup geliştirdikleri akım okulları da psikanalitik ana akımdan sayılır. Analitik görüşlere dinamik görüşler de denir. Çünkü ruhsal yapıda birtakım dinamiklerin etkin olduğu görüşündedirler.

Bu analitik ve dinamik denilen görüşlere göre, erişkin yaşlarda ortaya çıkan ruhsal bunalım ve bozuklukların temelinde, çocuğun çevresinde olup biten çeşitli yaşam olaylarını, çevresindeki kişiler arasındaki etkileşimleri, kendi gelişim evresine göre algılayıp kaygılandığı ve o olaylara karşı gene kendi gelişim evresine göre bir dizi savunma düzenekleri oluşturup kullandığı bilgi ve varsayımı yatar. Bu düzenekler çocuğun ruhsal yapısında daha başka değişimlere de neden olur ve böylelikle ruhsal gelişip serpilme yerine, bir dizi çarpılmalar olur. Oluşan çarpılmalar, daha sonraki gelişim evrelerinin de aynı ya da karşı doğrultuda çarpılmasına yol açar, fakat kişinin o ilk kaygısını ve korkusunu yatıştırır ve acı veren o korku ve kaygıların yeniden ortaya çıkmasını engeller. Ancak böyle çeşit çeşit çarpılmalarla gelişen ruhsal yapı, başka olaylar karşısında çok uygun olmayan davranış özellikleri göstereceği gibi çok daha kırılabilir ve dayanıksız hale geldiğinden kolaylıkla yıkılıp çökebilir. Çocukluk kaygıları korkutucu oldukları için bilinç alanından atılır ve bastırılırlar. Onlara karşı o sırada kullanılan kaçınma ve savunma manevraları da ileri yaşlarda bilinç alanı dışında kalmıştır. Ama insanın sinir sistemi hiçbir yaşantıyı unutmaz. Unutuldu sanılanlar yalnızca bilinç alanı dışına itilmiştir, fakat bütün o anılar ve onlara karşı uygulanan savunmalar bilincin dışında canlı ve aktif olarak kalır. Bu anılar kendi istencimizle yeniden bilince getirilemez. Bunlar ancak çok özel ve olağandışı durumlarda yeniden ortaya çıkabilir. Oysa kişi bütün yaşamını bu eski yaşantılar ve deneyimlerin kılavuzluğunda sürdürmektedir. Böylece bilinçdışı, bastırılmış eski yaşantı, korku ve kaygıların vereceği acılardan korunma işlevi gören savunmalardan oluşur. Bu bilinçdışında bütün bu güçler birbirleriyle süregelen dinamik bir etkileşim içindedir. Tedavi, bunların yeniden bilinç düzeyine çıkartılarak o düzeyde "çalışılması" ile, yani bilinçli olarak algılayıp ruhsal yapıya uygun şekilde entegre edilmesiyle sağlanır.

Gene aynı dinamik kuramlardan kimileri, bilinçdışında kalan duyguların önemli bir bölümünün kişisel yaşantılar yanında, insanlığın bütününün şimdiye kadar oluşturageldiği deneyimlerden, ortak algılama ve savunmalardan oluştuğunu, kimileri de kişinin yakın çevresi ve ailesinin kendisine hazır halde verdiği savunma tepkilerinin de bilinçdışında, kişinin kendi yaşantısı üzerindeki izdüşümlerle sürdüğünü vurgulamaktadır. Bunları da tutum ve davranışlarımızın gözden geçirilmesi ya da bilinçdışının kişiye gönderdiği bilinçaltı mesajların irdelenmesiyle ortaya çıkarmak mümkündür.

Böylece bu terapi modelinde, terapinin esas amacı kişinin bilinçli yaşamıyla bilinçdışı arasında, bilinç düzeyinde bir uzlaşma ve uyuma sağlayabilmektir ve burada asıl işi kişinin kendisi yapacaktır. Terapistin görevi kişinin yaşamı boyunca sürdürdüğü iç savaşındaki kişilik bölümlerinden birinin rolünü oynamak ve aynı ruhsal çatışmaların, terapinin korumalı ortamı içinde yeniden oluşup yaşanmasını ve bu kez bilinç düzeyinde işlenmesini sağlamaktır. Bastırılmış ve itilmiş olan dürtü ve tepkilerin yalnızca dışavurulması bile kişinin duyduğu kaygı gerilimini azaltacağından "iyileşme" hemen başlayacaktır.

Klasik modelde bu gruptan terapiler “serbest çağrışım” adı verilen süreci kullanır. Bunda hasta en rahat ve savunmasız duruma girer, yani bir divana uzanır ve görüş alanı dışında duran terapist, aklına gelen konular arasında bir seçme ve süzme yapmadan konuşur. Terapist de sadece kimi noktalara dikkati çekmek için ve genellikle basit sorular ve onay sözcükleri söyleyerek, hatta kimi zaman yalnızca orada ve dinlemekte olduğunu belli edecek seslerle kendini belli eder. Kendi kişilik ve tepkilerinden hiçbir ipucu vermez. Böyle bir iletişim sürecinde hasta, kişi olarak tam kavrayamadığı terapisti kendi yaşamında en önemli rolleri oynamış olan kimseleri, yani anne ve babasından başlayarak önemli referans objelerini yansıtmaya başlar. Böylece onun yaşam boyunca içinde sürüp giden çatışma, tedavi ortamına taşınmış olur. Yine bu gruptan olan kimi ekoller ise hastayı tümüyle edilgin, savunmasız bir duruma sokmak yerine, oturarak ve onunla tam bilinçli düzeyde konuşarak, onun bilinçdışından gelen mesajlar, düşler ve gündelik yaşamdaki davranışlarını birlikte irdelemekten yanadır.

Her durumda bu tür terapilerin eleştiriye en açık yanı, emekten yana çok yoğun olmaları, çok zaman gerektirmeleri ve çok uzun sürmeleridir. Ancak bu sakıncalardan kaçınabilmek için sadece bazı hastaların göze alabileceği klasik, yoğun psikanaliz yerine, aynı kuramlardan yola çıkan ve olguları, yaşamöykülerini, günlük olayları aynı psikopatolojik modele göre açıklayan psikoterapi modelleri geliştirilerek başarıyla uygulanmıştır. Bunlardan bazıları, aynı analitik terapi çok kısa bir zaman diliminde, hastanın kendi sorunlarının en temeline hızla girmesi sağlanarak yapılmaktadır. Ama kısa süreli dinamik psikoterapi denilebilecek olan bu modeller ancak çok deneyimli analistlerin yapabileceği bir şeydir, risklidir ve zordur. Çünkü enerjik bir şekilde birdenbire yaşamının en zedeleyici anlarıyla yeniden yüzleşen hastanın yaşayacağı bu sarsıntıdan çıkabilmesi için dikkatli ve çok duyarlı bir yardım görmesi gereklidir.

Bu grup terapilerde terapistin rolü kesinlikle bir aktarım objesi olarak kalmaktır. Ne olursa olsun kendi kimliğini, kişiliğini, mizaç ve düşün özelliklerini öne çıkartamaz. Görüntüsel olarak da hastanın üzerindedir. Hasta onun yalnız bilimsel, teknik ve sosyal otoritesi altına girmez; aynı zamanda onu kendi yaşamı boyunca kendi üzerinde etkin olmuş bütün otoritelerin de yerine koyar. Bu olguya “aktarım” (transferans) adını veriyoruz. Terapist bu aktarımları gölgeleyip bozabilecek her türlü söz ve hareketten titizlikle kaçınır. Oysa bu sırada terapist bir yandan hastanın kendisine aktardıklarının etkisi altındadır, öte yandan o da hastaya doğru kendi yaşamından birçok figürü aktarmaktadır. Buna da “karşı aktarım” (kontrtransferans) denilir. Böylece hastayla terapist arasında bir bakıma bir “aktarım-karşı aktarım maçı” ortaya çıkar. Böylece hastanın yaşam boyunca sürdürdüğü uyumsuz, uygunsuz ve yanlış tepki ve tutumlar da yapay bir ortamda, yani psikiyatrin görüşme odasında yeniden sergilenir. Üstelik bunun nedensellikleri de açıkça görülebilecek şekilde ortaya çıkmaktadır. Terapi, başlıca bu modelin irdelenmesinden ibarettir.

Terapiyi gören ve yapanın anlatılan bu karşılıklı konumlarından, bu tür terapilerde terapi yapanın konumunun “üstün ve otoriter” olduğu kendiliğinden anlaşılır. Bu konumun bu ilişki içindeki iki kişinin gerçek ruh durumlarıyla hiçbir ilgisi yoktur. Terapistin içinde fırtınalar kopsa da, bundan hiç renk vermemek zorundadır. Hasta da bütün yaşamını yeniden gözden geçirip bu sırada en küçük yaşından itibaren, yaşamındaki bütün olaylar ve kişilere karşı oluşmuş ve oluşabilecek bütün duygu ve tepkilerini terapistine karşı ve belki de çok daha büyütülmüş ve güçlendirilmiş bir biçim ve yoğunlukta yeniden ortaya çıkarmakta, aynı anda çok dramatik bir değişim de yaşamaktadır. Bu oturum gerçek durum ve zamanın çok dışındadır; gerçektir. Hatta geçmişte kalmış gerçeğin de dışındadır. Etkileşim halindeki taraflar bu terapi ortamının dışında, yani “orada” ve şimdiki zamanın

öncesindeki bir zamanda yani “o zaman” karşılaşmaktadır. Konu, o zaman ve orada diye irdelenmektedir. Duygular ve tepkiler gerçeğin dışındadır, aktarımlardan ibarettir. Konuşma konusu dış gerçeklikle hiç uyumlu değildir, irreeldir. Yöneliş, geçmişte kalmış, unutulmuş olan olay ve kişilerin hasta tarafından içe alınmış olan izlerine, kişinin öznel gerçeğine doğrudur. Sonuçta elde edilen yeni verilerin ışığında hastanın kendi yaşamını, duygu ve düşüncelerini yeniden düzenlemesi beklenir. Bu sırada da terapist bir danışman olarak rol oynamayı kabul etmemelidir.

33-Psikoterapide fenomenolojik-varoluşsal yaklaşım ne demektir? Nasıldır?

Bu yaklaşım temellerini en büyük ve etkileyici düşünürlerden olan, 18. yüzyıl Alman filozofu, Prusyalı İmmanuel Kant’ın (1724-1804) görüş ve düşüncelerinden alır. Kant’ın kısaca Eleştiriler olarak bilinen üç eseri vardır. Bunlar Saf Aklın Eleştirisi (1781), Uygulamalı Aklın Eleştirisi (1788) ve Yargılama Yetisinin Eleştirisi’dir (1790). Bunlarda doğa bilimlerini bugüne kadar çok etkilemiş olan bazı sonuçlara ulaşmaktadır. Kant, eserlerinde insan aklının bilgilerinin temellerinde, hiçbir zaman objektif olarak incelenemeyecek olan ana varsayımlarla hareket ettiğini, bu bakımdan varlığın köklerine ilişkin olarak, bütün insanlar için doğru olan, objektif bir gerçeğe asla ulaşamayacağını gösterir. Her algı kişinin kendisi için algıladığı birtakım temel kavramlara bağlıdır ve bu kavramlar başkasına iletilemez, paylaşılamaz, diğeri tarafından algılanamaz. Dolayısıyla da bütün gerçeklik, kişinin birey olarak kendisine özgü olan kendi gerçeklerinden ibarettir. Bir kişinin özgün gerçeği, dolayısıyla da o gerçeğe dayalı olan duygu ve düşünceleri bir başkası tarafından tam anlaşılamaz ve algılanamaz. İnsanlar bu gerçeklerin ve onlara dayalı duygu ve düşüncelerin ancak dışavurulan fenomenlerini, yani görüngülerini, kendi gerçekleri açısından bakarak algılayabilir. Bu nedenle felsefedeki bu yaklaşıma fenomenoloji (görüngübilim) adı verilmiştir.

Bu felsefe ekolü, özellikle de anlaşılıp özümzendikten sonra, yani aradan bütün bir yüzyıl geçip 20. yüzyıla gelindiğinde, bütün doğa bilimlerini ve temel bilimleri etkilemiştir. Heisenberg’in “belirsizlik ilkesi”, Einstein’ın “görelilik kuramı” ve nihayet Max Planck’ın ortaya attığı “kuantum kuramı” temelde hep Kant’ın felsefesine dayalıdır. Elbette, asıl felsefe alanında bu görüşler gelişmeyi sürdürmüştür. Danimarkalı Kierkegaard, Alman felsefe kuramcısı Heidegger, fizik ve felsefeyi aynı derecede etkilemiş olan Edmund Husserl ve daha niceleri, felsefenin bu yöneliş alanına emeklerini katmıştır. Aynı zamanda büyük ve ünlü yazarlar olan Jean Paul Sartre ve Albert Camus’nün de bunlar arasına katılmasıyla akım büyük ve popüler bir üne kavuşmuştur. Bu akıma artık psikolojiyi andıran bir adla egzistansiyalizm de denmekteydi. Egzistans sözcüğü köken olarak Latince “ex sistere” kalıbından gelir ve bu kalıp öne çıkmak, kendini belli etmek, varlığını göstermek gibi bir anlam taşır. Bu kavram, 1950’lerdeki Beatles ve Hippi hareketleri ile birlikte anılmakla kuşkulu, şaibeli bir anlam da kazanmış olmakla birlikte, fenomenoloji akımının psikolojiye olan etkisini belirginleştirdiği için daha uygun sayılabilir. Psikolojide bu temel felsefeden kaynak alan akımlar, gerek kavramlarının anlaşılmasındaki zorluklar, gerek fenomenci görüşün kişiye yardım için çok çeşitli yöntemler geliştirmesi nedeniyle üzerinde uzunca durmayı gerektirir. Hastanın bütün dışavurum yollarını psikoterapi için kullanmış ve böylece psikoterapi etkinliklerini zenginleştirmiş ve çeşitlendirmiş olmalarından dolayı fenomenci görüşün uygulama yöntemleri dikkate değerdir. Çeşitli uygulama modellerine açık olan bu görüş çevresinde toplanabilen terapi biçimleri, grup ve aile terapilerinden,

etkileşim terapilerine, psikodrama, daseinsanalyse, logoterapi, egzistansiyal analiz gibi modellerden müzik ve sanat terapilerine, transandantal terapiye, çeşitli dinsel grup terapilerine, yoga, krişna ve zen modellerine kadar uzanmaktadır. Bugünkü psikanaliz yandaşlarının pek çoğu fenomenolojistler tarafından ortaya atılıp kullanılmış olan terapi yöntemlerini kullanmakta, yalnızca yorum ve temeldeki açıklamalarını psikanalitik terminolojiyle, dinamik çatışmalara odaklanarak yapmaktadırlar.

Kuşkusuz ki akıl, yargı, algılama gibi temel zihinsel yetilerin eleştirilmesiyle yola çıkan bir felsefe akımının, bu zihinsel etkinlikleri kendine konu olarak almış olan psikoloji bilimini etkilememesi düşünülemez. Üstelik de psikolojinin bir bilim olarak gelişip kendi bilimsel disiplini oluşturduğu zaman dilimi, bu felsefenin kavranıp tutulmaya başladığı zaman dilimi ile özdeştir. Dolayısıyla psikoloji daha ilk günlerinde bu filozofların ortaya attıkları sorulara yanıt aramak zorunda kalmıştır. Psikoloji biliminin en önemli isimlerinden Kurt Lewin, bu yönde kurduğu “alanlar kuramı” ile başta gelir. Bununla birlikte bu alanda öne çıkan pek çok önemli psikolog ve psikiyatr sayılabilir. Freud’un en yakınlarından olan Binswanger, bu konunun en yetkin olanlarından. Bu araştırmacı ve kuramlar arasında Fritz Perls ve “Gestalt kuramı ve terapisini”, Carl Rogers ve “nondirektif terapiyi”, Martin Heidegger’in ortaya attığı “daseinsanalysis”i, Jacob Lewi Moreno’dan “sosyometri kuramı ve psikodrama”yı özellikle saymalıyız. Ancak Kant felsefesine dayalı en önemli yönelişlerden birinin de “deskriptiv psikiyatri” olduğu kabul edilmelidir. Bu akım özetle kişilerin birbirlerini tam olarak anlamalarının mümkün olmadığını, bunun için ancak fenomenlerin izlenip saptanabileceğini, ruhsal bozukluklarda da bize düşenin sadece yakınılan tabloları tam olarak inceleyip kaydetmekten, o tabloyu tanımlamaktan ibaret olduğunu, psikiyatrinin işlevinin “tanımlayıcı (deskriptiv)” olmaktan öteye gidemeyeceğini ileri sürerek, kendini “agnostik (bilemezci)” ve “ateorik (kurama gelmez)” olarak ilan eder ve elbette ki psikoterapi adıyla ortaya atılabilecek işlevleri de yadsır. Psikoterapi çabaları onlar için yalnızca hastanın süreç içinde yakından ve dikkatle gözlemlenmesine ve kendisine bir tanım verilmesine yarayan süreçlerdir.

Fenomenolojik terapi modellerinde kural olarak terapiyi gören ve terapiyi yapan, eşit değer ve düzeyde bulunur. Bu eşitlik ve eşdeğerliliğe konumsal ve görsel olarak da dikkat edilir. Örneğin ikili, yani hasta ve terapistin yalnız olduğu terapilerde her ikisinin de aynı biçimdeki koltuklarda karşı karşıya ya da yan yana oturmasına dikkat edilir ve her ikisi terapi dışında bulunan üçüncü kişileri, düzen ya da kurumu omuz omuza karşılayıp mücadele ediyor ya da kendilerini onlara karşı savunuyor gibidirler. Her türlü otoriter müdahaleden, bilgiçlik, eleştiri, nasihat, yol gösterme ve akıl vermeden ya da yorumdan titizlikle kaçınılır. Terapiyi yapan kendini kesinlikle gizlemez; o da bir insandır, ailesi, işi ve çevresi vardır ve bunu açıkça bildirir, hastanın kendisine ilişkin sorularını açıklıkla yanıtlar. Organik ya da sosyal sorunlar üzerinde durulmaz ancak bunların hastanın içindeki yansımaları üzerinde durulur. Sorulacak her sorunun nedenleri, hastayla ilintili olarak açıklanır.

Bu eşitlikçi tutum ve davranışlardan ötürü bu terapi modellerinin, otoriteye karşı pek de olumlu tepkilerle yüklü olmayan genç ve aydın terapistler üzerinde haklı olarak daha çekici bir etkisi vardır. Aydın kesimin son yarım yüzyıldan beri yöneldiği hümanist, eşitlikçi, antioriter ve antikonformist, daha natürel ve özgür yaşam ve düşün akımları, daha otantik, folklorik, natüralist, şimdiye kadar ilkel ve geri kalmış sayılan, ama evrenin ve doğanın sırlarını daha derinden kavrayıp dinginliğe ulaşmış oldukları anlaşılan halklara ve eski çağ ustalarına özenme ve imrenme eğilimleri için bu akımlar çok daha kabul edilir ve çok da etkin olur. Bu gibi nedenler ve psikiyatrinin geçtiğimiz yüzyıl içinde üstlenmiş olduğu topluma uyum sağlama ve uyumunu yapmayan kişiyi damgalayıp dışlama işlevinin giderek yarattığı haklı tepkilerle bu terapi modelleri toplumda gittikçe daha etkin ve geleceğin

psikiyatrisi için daha önemli olacağı benzetilmektedir.

34-Analitik psikoloji ne demektir? Psikanalizden farklı mıdır?

Sigmund Freud tarafından kurulan ve onun başkanlığındaki Viyana Psikanaliz Birliği'nin on yıl gibi bir süreyle en değerli üyelerinden olan Jung, kurama çok değerli katkılar yaptıktan sonra, toplumsal-kültürel yapılar, değerler ve insanlığın tarihsel gelişimine, kişinin içsel çatışmaları arasında çok fazla, aile içi ve çocukluk çatışmalarından da fazla önem yüklediği için, temel psikanaliz kuramından sapmaya başlamış ve sonunda ondan ayrılmıştır. Daha sonra kendi kuramıyla çalışmalarını sürdüren Jung, çevresine daha başka genç analist kimselerin de toplanmasıyla ayrı bir ekol haline gelmeye başlayınca, akımın adını da değiştirmeyi uygun bulmuş ve bunu “analitik psikoloji” olarak adlandırmıştır. Bu ekolün en önemli özelliği dayandığı kuramdır. Ayrıca gene bu kuram farklarından ötürü uygulamasında da bazı farklar ortaya çıkmış bulunmaktadır. Yine kuramsal olan bu farklar arasında, aktarım olgusunun klasik psikanalizde doğal olarak oluşan ve tedavisinin de şart olduğu patolojik bir durum olarak ele alınmasına karşın, burada patolojik olmayan, tam tersine her terapide olmazsa olmaz bir öge olarak ele alınışı başta gelir.

Kuramında, insan zihin yapısının oluşmasında kültürel ve toplumsal değerler ön planda sayılır. Jung'a göre toplumun paylaştığı bilinçaltı ya da daha doğru bir deyişle bilinçdışı pek çok algılama özelliği, bilgi ve yöneliş, düşünce ve fantezi, insanın zihinsel çalışma modelinin yapıtaşlarıdır. Bunlar da bilinç tarafından objektif olarak algılanmaz, ancak ruh durumumuzu, duygu ve düşüncelerimizi sürekli olarak etkileyip yönlendirir. Bilinçdışı, ruhsal-zihinsel yapımızın çok büyük bir alanını kaplar. Bilinç ise bu alanın kıyaslanamayacak kadar küçük bir bölümüdür. Bilinçdışı alanda bulunan ruhsal öğelerin en büyük bölümü ise bütün insanlar için ve hatta birçok hayvan için evrenseldir. En başta üzerinde yaşadığımız gezegenin, içinde bulunduğumuz galaksinin ve bir parçası olduğumuz evrenin fizik durumu ve bize sunduğu koşullar gelir. İçinde bulunduğumuz koşullardan dolayı bir şeyi iyi ve hoş, yani yapımıza uygun ya da kötü ve çirkin, yani yapımıza, varoluşumuza uygun değil ve olumsuz olarak algılamak durumundayız. Göğün mavi renginin ve derinliğinin, gecenin koyu ve kara oluşunun, yıldızların ve ayın ışıklarının, güneşin sağladığı ışığın ve aydınlığın, rüzgâr, fırtına, yağmur, kar gibi iklim olaylarının bizlerde oluşturduğu ruh durumu, çevredeki birçok nesne ve olayı olumlu ya da olumsuz olarak algılamamızda başrolü oynar. Yine en önemli başrollerden biri de kendi anatomik ve fizyolojik yapımızın sağladığı olanakların, koşul ve olanaksızlıkların oynadığı roldür. Kendi bedensel ve zihinsel yapımızın gelişim süreci ve bu süreç sırasında kendimize ilişkin ve kendimize özgü algılamalarımız da ruhsal yapının önemli bir kaynağını oluşturur. Böylelikle bilinçli olarak hiç farkına varmayışımıza rağmen ruhsal iç yapımızın çok büyük bir bölümü ortaya çıkmış olur ve bu bütün insanlar için eşittir.

Ruhsal yapımızın önemli bir başka bölümü de yaşadığımız toplumun kültürel değerlerinden gelmektedir. Toplumlar yaşadıkları doğal ve toplumlararası koşullara uygun davranış ve düşün özellikleri geliştirir ve bu özellikleri bütün bireylerine özenle verirler. Böylece toplumun bütün bireyleri aynı olgulara karşı yaklaşık olarak benzer tepkiler vereceklerdir. Toplum değerleri arasında en önemli unsurlardan olarak ortak dil ve dilin sağladığı zihinsel yapı, yani zihniyet (mentalite)

sayılmalıdır. Bunun sonucunda aynı toplumu paylaşan bireyler için aynı şeyler olumlu ya da olumsuz sayılacak ve ona göre algılanacaktır. Ama gene de bunları algılayışımız çok biz özgüdür ve bu temeli kimseyle paylaşamayız.

Bunların üzerinde ve kendi içimizde, kendimizi başka insanlardan ve canlılardan ayırt etmemizi sağlayan bir “kendilik” ve “varoluş” algılaması ortaya çıkar. Bu da bütün insanlarda olan ama tek başımıza ve tamamen kendimize özgü olarak yaşadığımız bir süreçtir. Ancak kendimize özgü olan ve başkalarıyla paylaşamadığımız bütün bu süreçler aynı zamanda, kendi dışımızda olup biten olaylar ve süreçlere ilişkin yaşantı ve gözlemlerimizle çok büyük koşutluklar gösterir. Gerek dış dünyadan, gerekse kendi bedenimizden aldığımız her bilgi, her uyaran sinir sistemimize bir kez girdikten sonra kaybolmaz ve unutulmaz. Fakat bilinçli dikkat yalnızca bir yaşantıya odaklanır. Oysa bütün öbür bilgiler de alınıp depo edilir. Örneğin, birisiyle belli bir konu üzerinde konuşup tartıştığımız sırada, kendi bedenimizin durumuna, el ve kollarımızla neler yaptığımıza ilişkin bilgiler, çevreden gelen kokular, renkler, ışık ve çeşitli sesler gibi bir sürü **enformasyon** da sinir sistemimize girer ve oraya yerleşir. Bunlar bilinçdışı ve bilinç eşiği düzeydedir, ancak bir bütün olarak bizim ruhsal varlığımızı oluşturur. Ayrıca dürtü ve güdülerimizle belirli biyolojik yönelişler de belirlemektedir. Bütün bunlar bilinçli sandığımız varlığımızı yönlendirir. Bizler bu yönlendirmenin nadiren farkına varırız. Ama içsel gereksinimlerimiz, dış dünyaya tepkilerimiz hep bu etkiler altında olur. Bu eşikaltı, yani bilinçli olarak fark etmediğimiz dünyamız, diğer insanların gene eşikaltı yaşadıklarından dışa fark etmeden belirttikleri ile birleşir, eşikaltı anlaşıp ve böylece eşikaltı bir kültür oluşur. Buna “kolektif bilinçdışı” diyoruz. Bu kolektif bilinçdışı, düşlerde olduğu kadar bir toplumun ortak kültürünü oluşturan masallarda, türkülerde, halk sanatlarının ürünlerinde kendini gösterir. Çok bilinçli olarak yaptığımız sandığımız birçok şey, örneğin askeri ya da resmi bir yürüyüş düzeni, akademik kurumların çeşitli törenlerindeki düzenek, bir okul sınıfındaki oturma düzeni, bir politikacının, devlet adamının verdiği söylev, edebiyat eserleri, tiyatro ve sinema gibi gösteri sanatları, mimarlık ve mühendisliğin çok matematik ölçülü sanılan yapıları, kent planlaması modelleri, bütün bir reklamcılık mesleği, marka, amblem ve simgeler, arma ve bayraklar, vb. hep kolektif bilinçdışının denetimi, yönetimi altındadır ve onun izlerini taşır. Elbette kişiler arası ilişkilerimizde de içimize derinlemesine işlemiş ve yerleşmiş olan bu öğelerden çok etkilenmekteyiz. İşte analitik psikoloji ekolü en büyük çabasını bu etkilerin izlerini bulmaya ve bunlar yardımıyla algılayan ve kendini dışavuran öz varlığı kavrayarak hastanın da bunu tanımasını, yaşamı, kararları ve hareketlerinde bu özün isteklerini de bilinçli bir şekilde hesaba katabilmesini sağlamaya yoğunlaşır.

Analitik psikolojinin bu amaçla kullandığı terapi yöntemleri, kuşkusuz ki temelde bütün psikoterapiler için geçerli olan kurallara da uygunluk gösterecektir. Yani ilk görüşmeler aşamasında, hastaya terapi özelliklerinin ayrıntıyla açıklaması yapılmalı, ödemelere ilişkin sözleşmenin yapılmış olması gereklidir. Kural olarak bu analiz yönteminde haftada bir, iki görüşmelik bir sıklıkla 60-90 dakika süren seanslar yürütülür. Hasta divana uzanmaz, terapistin karşısına, onunla yüz yüze olarak oturur. Gerektiğinde seans sıklığı artar ya da azalır. Seans süresi her seferinde 5-10 dakika uzayabilir, ama kısalamaz. Analiz kişinin bilinçdışından gelen mesajların, yaşamındaki ilgi çekici rastlantıların, aklına geliveren anıların ya da fantezilerin, elbette ki düşlerinin, gündelik çatışma ve sürtüşmelerinin üzerinde konuşmalarla yürür. Çocukluğunun en eski anılarından çok bugünkü zihinsel içeriği üstünde durulur. Klasik psikanalizdeki yorum yasağına karşılık bunda bolca yorum yapılır. Ama hastanın kendi yorumuna öncelik verilir. Analizin hedefi hastanın içindeki evrensel insanı ortaya çıkartmak ve kendisine tanıtmaktır. Bundan sonra o evrensel özün istekleri ve yönelişine göre hareket

edecektir. Terapi 3-10 yıl sürer. Bitirilişi birkaç ay öncesinden ortaklaşa planlayarak olur. Aktarım ve karşı-aktarım fenomeni de aynen söz konusudur. Ancak üzerinde fazla durulmaz. Jung gibi çok cerbezeli birisinin aktarımı patolojik olarak sayması olanaksızdı. Hastayla görüşmeler çoğu kez entelektüel bir düzeyde yürümektedir.

35-Analitik psikoterapi nedir? Farklı türleri var mıdır?

Klasik psikanalizin 50’şer dakikadan haftada 4 saat, yılda 10 ay ve toplam olarak 4-5 yıl sürmesi gerçeği karşısında, bunu çok zengin olanlardan başkasının kaldırabilmesi, yalnız Türkiye’de değil, dünyanın başka yerlerinde de artık pek söz konusu değildir. Buna birçok terapist çıkış yolları aramıştır ve aramaktadır. Bunun yerine psikanaliz kuramına dayanan ama onun uygulamadaki kural ve yöntemlerinden sapan terapiler bugün çok yaygındır ve hemen her ülkede çoğunluktadır. Ülkemizde psikanalizi uygulamaya yetkili terapist zaten yoktur. Buna karşılık analitik psikoterapileri yapabilen ve yetkili olanlar vardır ve her geçen yıl da sayıları artmaktadır. Bunun için örgün çalışma grupları çalışıyor. Onlardan bağımsız olarak da psikanaliz kuramına ve bilgisine vakıf birçok terapist vardır.

Psikanalitik kuramın bütüncül ve ayrıntılı bir kuram oluşu, tedavi tekniğinin çeşitli ayrıntılarını sağlam kuramsal temellere bağlayışı, bu tür değişik uygulamaların da gerçekten çok sağlam temellere bağlı olmalarını, yaptıklarını kuramsal olarak tartışmaya açabilmelerini de zorunlu kılıyor. Bu tür psikoterapiler de tıpkı psikanaliz gibi, hastanın olgunlaşarak bilinçdışını bilinçli hale getirmesi ve sonunda kendisini rahatsız eden bastırılmış duygularını serbest bırakıp yakından tanıyarak kendisine daha uygun bulacağı bir davranış ve yaşam modelini özgürce seçebilmesini sağlamaya yöneliktir. Bugün kullanılan farklı psikoterapi modellerinin çoğu psikanalitik kuramdan kaynaklanmış, en azından ondan çok etkilenip faydalanmıştır. Bu tedavi türleri hemen her türlü bozukluk için uygundur. Herhangi bir yakınma olmadan sadece kendisini daha yakından tanımak isteyen kimseler için bazı özgün bakımlardan yeterli olmayabilir.

Belki bunu bir parça açmak gerekir. Sayı ve oranları gittikçe artan bu tür hastalar kendi yaşamlarında şu ya da bu özelliklerinin yeterince serpilemeyip gelişmelerine engel olduğunu hisseden ve bu yüzden kendilerini sistemli bir şekilde gözden geçirerek istedikleri olgunluğa erişmeyi düşünen, genel olarak aydın kimselerdir. Elbette belli bir hedefe yönelik olmayan bu tür bir yaklaşım için daha yoğun ve uzun bir çalışma gereklidir. Bu bakımdan kısa süreli ve daha gevşek bir uğraşı yeterli bulunmaz. Ayrıca belirli bir kusurun, yakınmanın giderilmesi için başvurmuş olan birçokları da analitik psikoterapi sırasında çok daha başka ve derin özelliklerini fark eder ve o zamana kadar farkında olmadıkları tarafları için çok daha yoğun bir çalışmayı talep edebilirler. O zaman tam bir psikanalizle yola devam etmeleri uygun olur; ama klasik psikanaliz sayılmayan ve bu grup hastaların isteklerine de yanıt verebilen çeşitli değişik psikoterapi modelleri de vardır.

Psikanalitik psikoterapilerin çoğunda çalışma düzeni psikanalizin benzeridir. “Divan” kullanılabilir ya da terapist hastayla yüz yüze oturur. Bunda da aynı şekilde aktarım süreci yaşanır. Terapi etkinliği burada da bu aktarımın ele alınmasını ve çözümünü sağlar. Başkaları ile ilişki ve çatışmalarını terapistine de aktaran hasta, bu duygularını gerçeğe uymayan bir biçimde yaşar. Hastanın terapistle karşı olumsuz ya da çok olumlu tepkilerinin gerçeğe ne denli aykırı olduğunu ve bu çarpıklıkların

çocukluk anıları sonucu olduğunu görmesi başkalarına karşı olan davranışlarının da daha gerçekçi olmasını sağlar.

Elbette bütün psikoterapiler için söz konusu olan şey, psikoterapistin, tedaviyi etkileyecek bir ruhsal durumunun olmamasıdır. Psikanalizde olduğu gibi burada da hasta ile terapistin arasında üçüncü bir kişiye yer olamaz. Dolayısıyla psikoterapi yapmakta olan bir ustayı izleyerek terapiyi öğrenmek olasılığı burada da yoktur. Bu nedenlerden ötürü, hem adayın kendi ruh durumunu ayrıntıyla öğrenmesi, hem de psikoterapinin yol ve yöntemini öğrenmesi için tutulan yol, onun da psikoterapiden geçerek öğrenmesidir. Bunda da terapistin sürekli bir süpervizyon altında bulunması istenir. Çünkü psikanalizde analistte olan değişimler burada da söz konusudur. Terapist kolaylıkla bir karşı-aktarım kapanına düşüp sıkışabilir, yorumları yanlış olur. Ancak bu tür terapilerde terapi dernek ve kurumlarının, akademik çevrelerin terapist üzerinde uyguladığı denetim ve tutucu baskı, klasik psikanalizdeki kadar ağır ve yoğun değildir. Böylece terapistin daha geniş bir uygulama özgürlüğü olur. Seçilen yöntem bakımından yetiştiği modelin dışına çıkarak öbür terapi modellerinden yöntemler de alabileceği gibi, o yöntemleri kendi modeline entegre ederek yeni modellere doğru açılabilir.

Bütün psikoterapi türleri gibi analitik esaslı psikoterapiler de ağırlık verdikleri yaklaşımın niteliğine göre ikiye ayrılır:

Açıklayıcı psikoterapiler: Bu da psikanaliz gibi aktarımın incelenip yorumlanmasına dayanır. Yorum her şeyden önce yansız olmayı gerektirir. Bu psikoterapi yöntemi yansızlığın korunması ve aktarımın analiz edilerek yorumlanması bakımından psikanalize benzer. Ama psikanalizde aktarım sistematik olarak analiz edilirken, burada aktarımın analizi sistematik değildir.

Destekleyici psikoterapiler: Güdülenmesi düşük düzeyde, psikolojik düşünme kapasitesi sınırlı ve koşulları yoğun bir psikoterapi için uygun olmayan olgularda destekleyici psikoterapi yeğlenir. Bu en çok da krize müdahale durumunda işe yarar. Zekâ bakımından çok yeterli olmayan hastalar için tek yol budur. Ayrıca okul sorunu olan öğrenciler, ev kadınları, askeri kurumlarla sorunu olan askerler gibi gruplarda, doğal afet kurbanlarında uygulanabilecek olan model de budur. Bu terapi aktarımın analizine dayanmaz. Buna karşılık aydınlanma ve duygusal boşalığa, telkine ve hastanın dış dünyayla ilişkisini düzenlemeye yönelik girişimlere büyük yer verilir. Bu sırada destekleyici, hatta övücü sözler de söylenebilir.

36-Kısa süreli dinamik psikoterapi ve soruna odaklı psikoterapi nedir? Psikanalizle aralarında fark var mıdır?

Psikanaliz sürecinin çok uzun bir terapi modeli olması Freud'dan kaynaklanmamış, çok daha sonra, özellikle psikanaliz ABD'ye yerleştikten sonra oluşmuş bir şeydir. Gerçekte Freud'un ilk hastaları nadiren birkaç ayı aşan bir süre tedavi görmüşlerdir. Onun yaptığı terapiler bugün klasik bir psikanalizden çok, kısa süreli dinamik psikoterapi modeline benzemektedir. Uzun süre Freud'un yakın çevresinden olan Sandor Ferenczi 1918'de "aktif analiz" adıyla bir model önermiş ve Freud'dan da destek görmüştü. Otto Rank ve Sandor Rado gibi ünlü ilk analistler terapinin kısa sürmesi gerektiğini belirtmiş ve uzayan terapinin faydası olmadığını vurgulamıştır. Alexander da hastanın geçmiş

duygusal deneyimlerindeki aktarımlarını daha uygun bir ortamda yeniden yaşamasını sağlayan **corrective emotional experience** (düzeltici duygusal yaşantı) adında bir yöntem önermekteydi. Bu da hastanın yoğun bir şekilde eski yaşantısını yeniden yaşamasını sağlayan bir modeldi. Bu yöntemler kısa oldukları için genç terapistlere çok çekici geliyorsa da, bunlarda terapist çok daha enerjik davranacağı için aktarım olgusu da çok çabuk ve yoğun olarak ortaya çıkar. Bu bakımdan terapistin çok daha iyi eğitilmiş ve çok da deneyimli olması gerekir. Acele karar verilmiş kısa süreli terapilerde ortaya çıkacak aktarım süreçleriyle başa çıkmak çok zor olabilir ve terapistin karşı aktarımı da çok tehlikeli boyutlara ulaşabilir. Bu bakımdan bütün terapi modelleri için vazgeçilemez bir koşul olan süpervizyonun bu terapilerde daha dikkatli ve titizce uygulanması gerekir.

Kısa süreli modellerde çok deneyimli ve kurumlaşmış olan terapistlerin bile en fazla kullandığı, genel pratikteki ruh hekimleri ve psikologların kaçınılmaz olarak kullandıkları model, hastanın karşılaştığı bir sorunun ya da bir süreç içinde ortaya çıkan bir dizi sorunun olabildiği kadar kısa bir sürede çözüm yolunun bulunabilmesi için terapistte başvurmasından ötürü ortaya çıkan “soruna odaklı” çalışma modelidir. Bunda hastanın öz ve soy geçmişine ilişkin yeterli bilgi alındıktan sonra, hasta tarafından getirilmiş olan sorun bazından hiç ayrılmadan, ya da hep yeniden o baza dönülerek çalışmak, hastaya “derdine çare arandığı” duygusunu da vereceğinden daha elverişli bulunmaktadır. Çoğu hasta da zaten sorularıyla buna zorlamaktadır.

Burada hastadan kendi öz ve soy geçmişine ilişkin bilgiler alındıktan sonra, ileriki seanslarda serbest çağrışıma yer verilmeyip daha sistemik bir şekilde sorun çevresinde kalarak, hastanın kendi yakınmalarıyla bütün yaşamı ve kişiliği arasındaki dinamik ilişki kendisinin de net olarak kavrayabileceği şekilde kurulacaktır. Bu tedavi türü şimdi yeme bozuklukları, cinsel sorunlar, fobik bozukluklar, okulda ve akranlar arasındaki kimi uyum bozuklukları, alkol ve madde kullanımı, kendine, kendi bedenine zarar veren davranışlar gibi yakınmalarda seçilmelidir. Bu bozuklukların hemen hepsinde yakınılan bozukluğun yaşamdaki genel insan ilişkileriyle, çoğunlukla simgesel bir nitelikte olan bir bağlantısı vardır. Hasta, içinde sürüp giden ve acı veren büyük çatışmadan kurtulabilmek için ya da bunu dış çevresine de belli edebilmek için bu semptomu seçmiştir. Ailenin, dostların ve çoğu zaman da ilgililerin yanlış bir değerlendirmeye “dikkati çekmek için” diyerek küçümsedikleri ve kınadıkları bu türden davranışlar, gerçekten ilgilenmesi gereken kimselerin ilgisini çekmek için olduğu kadar hastanın kendi dikkatini de kendi iç çatışmalarına odaklamak amacını taşıyabilir. Hastanın saçlarını ya da kaşlarını eliyle yolduğu trikotilomani denilen bozukluk, hastanın başa çıkmakta çok zorlandığı bir dizi duygusal gerilimlerin, hastanın kendi rolünü tayin etmekteki zorluklarının ifadesinden ibarettir. Yeme bozuklukları da çoğunlukla, çocuğa küçük yaşlarda babası tarafından gösterilmiş olan sevgi ve düşkünlüğün, ergenliğe girmesi sonrası azalması ya da kesilmesi gibi bir nedene bağlıdır ya da aile içine fazla müdahale eden büyükanne, baba -anne yüzünden, aile içi rol tayininde beliren zorlukların dışavurumudur. Alkol ve madde kötü kullanımının aslında aile içi çatışmalardan bir kaçış yolu olduğunu çok kimse zaten bilir. İşte bu gibi dramatik tablolarla, hastanın kendi semptomlarını kavrayabilmesi için, soruna odaklı psikoterapi, seçilecek olan terapi olarak ortaya çıkar. Bunda terapist her şeyden önce semptomun simgesel niteliği hakkında genel bilgi sahibi olmak ve hastanın öyküsünden bu yöndeki bilgileri almak zorundadır. Bu sırada semptomun simgesel anlamını doğru kavramış olmanın iyi edici etkisi çoğunlukla hemen görünür. Çatışmanın çok acı verici olduğu durumlarda da böyle anlayışlı bir bakış, hastada hızla semptom kaymasına yol açabilir. Örneğin ağır bir yeme bozukluğu olan bulimiada, simgenin anlaşılıp hızla ortaya çıkarılmasıyla hastanın aşırı alkol kullanımına geçtiği, sorun simgesi orada da izlenince, aşırı cinsel davranışlara

kaydığı görülebilir. Çünkü sorunun aslı henüz çözüme kavuşturulamamıştır ya da çözüm, hastanın başarmayacağı kadar zor bir tutum değişikliğini gerektirmektedir. Borderline hastalarda görülebilen mutilasyon dediğimiz kendini sakatlama davranışı da, böyle simgesel kaçışların çok dramatik bir sonucudur.

Sonuç olarak semptomların dramatik tablolarla sergilendiği durumlarda, hastaya ve aileye doyurucu yanıtlar verebilmek, dikkatleri hastanın kendi gelişim sürecine yönltebilmek gereklidir. Çalışkan bir okul çocuğunun durup dururken yoldan çıkması, ağır davranış bozuklukları göstermesindeki simgesel nitelik kolay kavranmasına rağmen, tutulacak olan yol bakımından acilen alınması gereken önlemlerde büyük şaşkınlığa ve çaresizliğe neden olduğu unutulmamalıdır. Bu durumlarda örneğin okul yönetimine ve aileye bir yandan davranışların niteliği üzerinde aydınlatıcı bilgi verilirken önlemlerin de birlikte kararlaştırılması gerekir; ancak bu sırada kaygı, merak ve ilgi düzeyi çok yükselmiş olan bu kimselere karşı çocuğun mahremiyetini korumak çok zordur, ama terapinin selameti için de zorunludur.

Büyük zorluklardan biri de terapide ulaşılabilecek durumun, yani terapi sonrası hastanın kendi tutum ve davranışlarında yapmaya karar vereceği değişimlerin, hastanın çevresi tarafından hiç hoş karşılanmamasıdır. Birçok durumda terapist hastanın aile ortamı, yakın çevresi, toplum ve resmi makamlar arasında zor bir cambazlık yapmak durumunda kalır. Bu sırada hastanın yaşamındaki tek müttefiki odur. Ve bu rol birçok terapist için çok zordur. Ortaya çıkacak olan bağımlılığı da önlemek, hastanın gittikçe bağımsız ve özerk bir insan olarak olgunlaşmasını sağlamakla da o görevlidir. Bunun için hastayı daima gerçeklik zemininde tutması, ondan gelecek her türlü aktarımı da dikkatle engellemesi gerekmektedir.

37-Danışan merkezli psikoterapi (client centered psychotherapy) ne demektir? Nasıl yapılır?

Tıp temelleri çok eskilerde atılmış olan bir uğraş alanıdır. Psikiyatride tedavi modelleri daha önce de belirtilmiş olan dört ana modele göre yürütülür. Terapi temelde bir **tedavi** türüdür ve her türlü tedavi **hekim** işidir. Elbette psikoterapileri hekim olmayan kimseler de yapabilir ama bu gerçeklik, yapılan işin hekimce bir iş olduğu gerçeğini değiştirmez. Bunu yapan herkes temelleri binlerce yıl önce atılmış olan iş sözleşmesine uymakla yükümlüdür ve buna göre değerlendirilirler. Bu sözleşmeye göre sağlığının korunmasını ya da geri verilmesini isteyen kişi **hasta**, ona bu hizmeti verecek olan kişi de bir **hekim** olacaktır. Hekimlik uygulamaları yapılırken kullanılan yöntem ve bilgiler, yani tıp sanatı gerek ilk çıkışındaki yönelişi gerekse zaman içerisinde, özellikle de son birkaç yüzyıl boyunca gösterdiği gelişmeler sonucunda yakınmayla sınırlı kalmış ve kendini hasta olan yapıya, organa yönelik tutmuştur. 18. yüzyılda gelişmeye başlamış olan iki tıp dalı **halk sağlığı** ve **ruh hekimliği** ise tıbbın bu genel eğiliminin dışında kalmış, gittikçe de ayrılmıştır. Bu iki dal kendilerini hastanın yakınmasıyla sınırlı tutmaz. Bu yakınmalara neden olan ya da onları etkileyen diğer faktörlere de yönelirler. Ama hem ruh hekimleri, hem de aydınlar ve kamu yöneticileri arasında birçokları bu özelliklerin farkında olmaya pek yanaşmaz, bu dallarda da tıbbın bütünü için doğru ve geçerli olan yaklaşımların egemen olduğunu düşünürler. Psikoterapilerin çoğu dallarında da tıbbi

olan tutum geçerlidir. Yukarıda belirttiğimiz dört ana grup psikoterapiden üçü bu bağlamda gerçekten **medikal**, yani **tıbbi** niteliktedir. Bu dört temel grup içinde yalnız fenomenolojist-egzistansiyalist yaklaşım grubu temelinde medikal değil felsefidir. Zaman içinde buna Ronald David Laing ile özdeşleşen anti-psikiyatri akımı da büyük destek olmuştur. Daha sonra 1968 hareketlerinde kamuoyunu çok etkileyen Michel Foucault'nun görüşleriyle, ruhbilimden olan beklentiler de ruhbilimin kendisi de temel değişikliklere uğramıştır. 20. yüzyıl ortalarından itibaren psikoterapiden beklentiler çok daha değişik düzeylere kaymıştır. Bu düzey ve alanların gerektirdiği yaklaşım, tıp eğitimine uzak gibi görünüyor. Hümanist yaklaşım kadar doğa bilimlerinde sürmekte olan devrim de medikal olan modeller dışındaki yaklaşımların uygun olacağı kanısını veriyor. Bu devrimlerin bir sonucu anti-psikiyatri akımı olmuştur. Bilindiği gibi anti-psikiyatri de bir psikiyatri ekolüdür. Ama geçerli olan insan-hasta-hastalık-tedavi-iyilik kavramlarını sorgular. İşte bu yaklaşımların sonucu olarak bugün **hasta** sözcüğünü kullanmak reddedilmektedir. Bunun yerine İngilizcede “müşteri” demek olan “client” sözcüğü yeğleniyor. Oysa bu kavramı kullanmak eski dünya hekimleri için son derecede olumsuzdur. Çünkü bizler için hasta hiçbir zaman müşteri değildir, olamaz. Tıp sanatı da ticari bir iş olamaz. Ayrıca “client” sözcüğünün Avrupa anakarasında daha olumsuz çağrışımları vardır. 19. yüzyıla kadar etkin olan Avrupa derebeyleri kendi kullarına muhtaç anlamına da gelen “klient” derlerdi. Bu tepki yurdumuzda da canlı kalmıştır. Bir kadın başbakanımızın, aldığı Amerikan eğitiminin de etkisiyle hastalarımıza “müşteri” demiş olması, kırdığı potların en büyüklerinden sayılmış ve ona büyük puan kaybettirmiştir. Bunun için Türkiye’de daha kabul edilebilir olan **danışan** sözcüğü yeğlenebilir. Bu sözcük, yurdumuzdaki psikolog ve psikolojik danışmanlarca kullanılmaktadır

Amerikalı psikoterapist Carl Rogers, 1938’de ortaya attığı terapi yaklaşımına **client centered** (danışan merkezli) psikoterapi adını vermiştir. Onun daha önce kullandığı **nondirective** (yönlendirici olmayan) psikoterapi adıyla birlikte adlandırılan bu yöntem fenomenci yaklaşımların en tipik ve en yaygın örneği haline gelmiş bulunuyor. Rogers medikal tedavi yöntemlerinin kişinin gelişimi ve serpilip olgunlaşmasını engelleyici bir işlev gördüğünü ileri sürmüştür. Ona göre medikal tedavi yaklaşımları psikoterapi için ancak uç noktalarda ve belki kullanılabilir. Ona göre danışanın iç dünyası iyileşme sürecinde odak noktasıdır. Yani danışan hem iyileşme çabası içindedir, hem de terapi boyunca ulaştığı nokta ve alanları kendine entegre eder. Bunu sağlayan iç dünya bizim için bir fenomen, yani bir görüngüdür. Rogers bu temel görüşten yola çıkarak, oluşturduğu terapi modelinde özellikle terapist-danışan ilişkisinin iyileştirici etkisi üzerinde durmuştur.

Bu yaklaşımda terapist iyileştirici etkinin kendisidir. Terapistin ilaç eşdeğeri olan bu etkisi daha sonraları kavram olarak psikanaliz içinde de birçok yandaş bulmuştur. Bu gruptan olan terapilerde yönetime ilişkin teknik ayrıntılardan çok, terapideki ilişkinin iyi etkisi ön plandadır. Bu nedenle terapistin özellikleri ve davranış ayrıntıları önem taşır. Bu ayrıntılar dikkatle ele alınmıştır. Terapist ile danışanın oturuş biçimlerinden konuşma ve hitap tarzlarına kadar tartışılmış ve biçimlendirilmiştir. Bu yaklaşıma göre, terapiyi yapanda bulunması gereken kişisel nitelikler vardır. Bunlar başlıca ilgili, içten ve gerçek bir ilişki kurabilmek, kişiyi hiçbir sınır ve koşul ileri sürmeksizin kabul edebilmek ve onu empati ile anlayabilmek yetileridir. Gerçek türden bir ilişki terapi için esastır. Kastedilen tam bir insan insana ilişkidir. Eğer terapist, danışanı kendi gerçek duygularıyla hissedebilir ve bunu karşısındakine de yansıtabilir yani hissettirebilirse, ancak bunun üzerine onu koşulsuz ve sınırsız olarak kabul edebilir. Danışan kadar terapistte karşısındaki için çeşitli duygular duyacaktır. Eğer bu duyguları açıklayıp onunla paylaşabilirse, gerçek bir insan

ilişkisi oluşur. Danışanın anlatacağı, çoğu yabancıya acıma, tiksinti, öfke gibi duygular verebilecek kimi özgün ve mahrem bilgilerdir. Sahneleri gözünün önünde canlandıran terapist öfke duyar ya da çoğu zaman midesi bulanır. Böyle bir durum karşısında terapistin soğukkanlı ve nötral şekilde dinlemeye çalışması, ilişkinin yapay bir duruma girmesi demektir. Bunun yerine anlatılanın çok öfkeliendirici ya da tiksindirici bir şey olduğunu söylemek, çok daha doğal ve içten bir tepkidir.

Terapide terapist ve danışan aynı değerdedir. Bunu görsel olarak da vurgulamak için terapist asla bir çalışma masası arkasında değildir. İkinin oturdukları koltukların da aynı biçim ve büyüklükte olmasına dikkat edilir. Konuşma rahat bir ortamda ve rahat bir şekilde sürdürülür. Terapi mekânında sigara içme yasağı cinsinden kısıtlamalar yoktur. Terapinin ulaşmış olduğu noktada gerekli olan bilgiler için bir sorgulama yapılmaz. Olgular konuşmanın gittiği yönde kendiliğinden gelişir. Terapist kendisine ilişkin bilgileri de saklamaz, evli olup olmadığını, çocuklarını, dışarıdaki işlerini ve yaşamını yeri geldiğinde konuşur. Danışana ikinci tekil şahıs zamiriyle hitap etmek, İngilizcedeki gibi bu mümkün olmuyorsa, küçük adını kullanmak, bay ve bayan gibi hitaplardan kaçınmak esastır. Olabiliyorsa danışan da terapistle adıyla ve sen diye hitap edebilmelidir.

Elbette ki bu tür bir terapi danışanın dış dünyada sürdürdüğü her türlü savunma ve manipülasyon çabalarına açıktır. Danışan kolaylıkla laubalileşme, dahası adileşme ve saldırganlaşma, terapisti baştan çıkarma ya da terapistle cinsel yakınlaşma girişiminde bulunma gibi alışkanlıklarını gösterebilecektir. Danışana bu tavırlarının iyileşmekten, korktuğu dış ortamla yüzleşmekten kaçınmak amacıyla terapiyi engellemek üzere yapıldığı dostça anlatılır. Bu sırada duygularını açığa vurmanın ayıp ya da kötü olmadığı da vurgulanır. Danışanın daha çok somut dış yaşam olaylarını anlatıp durduğu seanslar sık görülür. Çünkü zaten konuşmalar dışarıdaki realite üzerinde söyleşilerle başlar. Bu onun gündelik gerçeklikten kopmadan kalabilmesi içindir. Ama seans bu gerçeklerden raporlar vermekle sınırlı kalırsa bu olasılıkla, kendi derinindeki bir şeylerle yüzleşmekten ürktüğü, korktuğu içindir. O zaman anlattığı her olay hakkındaki duyguları sorularak, anlatılan bu olayların terapistle hangi duygulara neden olduğu bildirilerek, daima duygu dünyasına dönülür. Bir kadın danışan davranış, makyaj ya da giyinişiyle baştan çıkarıcı davranıyorsa, bunun yorumunda dikkatli olunmalı ve onun verdiği mesajın hangi adrese yönelik olduğu doğru değerlendirilmelidir. Böyle davranan birisi terapistini zor durumda bırakarak daha derinlerdeki sancılı noktalara inmesine engel olmak istiyor olabileceği gibi, yitik özgüvenine yeni bir destek bulmaya çalışıyor da olabilir. Her iki durumda da bunun farkına varıldığının belirtilmesi ve nedenleri üzerinde açık yüreklilikle konuşulması gerekir.

Bütün bu ve benzeri durumlarda terapist analitik görüşlere göre kolaylıkla **aktarım** sayılan duygu dalgalanmalarının kenarında dolaşacaktır. Kuşkusuz bu terapi türünde de aktarım olgusu söz konusudur. Ancak burada “aktarım” olayı üzerinde hemen ve açıkça konuşmak gereklidir. Çünkü aktarım, danışanın orada bulunmayan ve önceki yaşamından kalan izlenimlerin, bugün ve buradaki yaşamını etkilemesi olayıdır. Bunun giderilmesi ve kişinin kendisini bugünkü ve buradaki koşul ve olaylara getirmesi zorunludur. “Aktarım” gibi eskilerden kaynak alan davranışlar, bugünü engelleyen, ona yük olan ve danışanın “kendi” olmasına izin vermeyen durumlardır. Bu terapi türünde de terapistin bir süpervizyon alması yararlıdır, fakat şart değildir. Sadece notlar tutması ve bunları zaman zaman gözden geçirmesi uygundur.

38-Varoluş analizi ne demektir? Daseinsanalyse denilen şeyle aynı mıdır?

Daseinsanalyse Almanca kökenli bir sözdür. “Orada oluş irdelenmesi” demektir ve **varoluş analizi** anlamına gelir. Ne var ki ülkemizde birçok kimse “dasein” sözünü Fransızca “dessin” ile karıştırıp, bunu “yaşam deseninin irdelenmesi” şeklinde anlamaktadır. Kavram Heidegger tarafından ortaya atılmıştır. Bununla kişinin, kendi kişiliğini oluşturan bütün etkiler ve bütün yaşamöyküsüyle birlikte ele alınması kastedilmektedir. Ludwig Binswanger’in (1881-1966) buna ve Husserl’in fenomenolojisine dayanarak geliştirdiği ve önerdiği terapi türü bu adla anılır. Bu bakımdan egzistansiyalist (varoluşçu) psikoterapinin ana modeli sayılabilir. Temeli, hastalanan bireyin yalnız hastalık belirtileri ve yakınmaları üzerinde durmayıp, yaşam boyunca geliştirmiş olduğu bütününe ele alınışdır. Bu bütün içinde o kişinin kişilik ve yaşamını etkileyip oluşturmuş bütün etki ve etmenler irdelenecektir. Göz önünde bulundurulacak olan hep bireyin “şimdiki ve buradaki” varlığı olmalıdır.

Bu yaklaşımda terapi diğer bütün varoluşçu terapilerde olduğu gibi yürür. Bireyin kendi yaşamında tuttuğu yer ve üstlendiği rol irdelenecektir. Bu rolü oynamakla birey kendini gerçekleştirmiş olur. İstemediği ya da bir başkası adına ve kendine ait olmayan bir rolü oynamak zorunda kalmaktan doğan yanlışlık ve mutsuzluklar hedef alınır. Amaç onun kendisine yakışan ve uyan, oynamaktan ve içinde olmaktan mutlu olacağı bir role geçebilmesini sağlamaktır. Binswanger bu terapiyi öncelikle psikoz hastaları için önermiştir. Gene de psikoz hastalarını psikoterapiye alan psikiyatr ve psikologların sayısının çok az oluşu nedeniyle, bundan yararlanabilen psikotik hasta sayısı düşük kalmakta, terapi çoğunlukla nörotik hastalara, uyum bozukluk ve zorluklarına, kişilik bozukluklarına, hatta gündelik yaşam zorlukları ve mutsuzluklarına uygulanmaktadır.

Oysa kuramda sorunlar üzerine odaklanma hemen hiç yoktur. Hastanın yaşamının bir bütün olarak irdelenmesi istenir. Hiçbir yargıya kesinlikle yer yoktur. İrdelemede çıkacak sonuçları değerlendirmek de hastanın işidir. Hasta karşısında terapist, diğer varoluşçular gibi, eşitlikçi ve hastaya yandaş olarak çalışır. Terapi mekânı için öngörülen modelde, bu yandaşlık özellikle vurgulanır. Örneğin oturuşlar yan yanadır. Bu jestle terapistin, hastayla birlikte kalan bütün dünyayı karşılıklarına aldıkları vurgulanmış olmaktadır. Bu terapi modeli psikiyatride az bir kullanım bulmuşsa da, genel olarak psikiyatrik yaklaşımları derinden etkilemiştir. Pek çok psikiyatr ve psikoterapist, 60’lı yıllardan sonra bu modellerden esinlenerek kendi çalışma stillerini biçimlendirmiştir.

39-Kişilerarası (interpersonel) psikoterapi ne demektir? Bunun özgün bir anlamı var mıdır? Kişilerarası olmayan psikoterapi olur mu?

20. yüzyılın sonlarında, ilaç sanayisindeki büyük gelişimin de yardımıyla, toplum içinde depresyonun sanıldığından çok daha yüksek oranda olduğu fark edildi. Depresyon durumu toplum içinde her yerde ve her zaman en az yüzde 15 - 25 gibi çok büyük bir nüfusu canından bezdiren bir sıkıntı olarak karşımızda duruyor. Ancak bu bozukluk, hastaların bir bölümünde kendiliğinden iyileşmeler olması, bir bölümünün de farmakolojik nedenlerle açıklanamayacak surette ve sürede ilaç

tedavisinden yararlanarak iyileşivermesi, öteden beri dikkati çeken bir noktayı yeniden gündeme getirmiş bulunuyor. Bu da tedavide hekimin rolü sorunu, hekimin yaklaşımının, ruhsal bozuklukların iyileşmesinde doğrudan doğruya ve ölçülebilir, hatta yeni görüntüleme yöntemleriyle gösterilebilir boyutta önemli bir faktör olduğu gerçeğidir. Kimi hekim her elini attığı hastada belli bir iyileşme sağlarken, kimileri de çok iyi bilgileri ve üstün becerilerine rağmen o kadar başarılı olamaz. Hekimliğin standartlaştırılabilme şansı da pek yoktur. Bu gözlemler ve ilaç tedavisi maliyetinin çok yüksek düzeylere vurarak sigorta şirketlerine büyük yük getirmesi, bu olgularda ilaç dışı tedavi yöntemlerine yeniden yönelinmesine yol açmıştır. Daha kısa ve daha az yoğun tedavi yöntemleri yeğlenmektedir.

Klerman ve Weissman'ın depresyonun niteliği, gidişi ve sağaltımı üzerinde yıllarca süren araştırma ve çalışmalarıyla geliştirdikleri terapi modeli, kuramsal temellerini Sullivan'a bağlar. Harry Stack Sullivan (1892-1949), askeri pratisyen hekimlikle başlamıştı, rastlantıyla William Alanson White ve Clara Thompson'la çalışmak fırsatını bulmuş ve Nazilerin kovuşturmalarından kaçıp Amerika'ya yerleşen klasik psikanaliz öncüleriyle sıkı ilişkiler kurabilmişti. Onların oluşturduğu Washington grubunun aktif bir üyesi olmuş, onlardan fazla olarak kendi kurduğu özgün bir psikiyatri servisinin de başında bulunmuştur. Bu serviste yaptığı gözlem ve deneyimleri, insan psikolojisindeki bütün yapısal kuramlara ek olarak bir de **self** (öz, kendilik) kavramını geliştirmesine yol açmıştır. Bu kavramıyla Kohut ve Kernberg gibi ünlü psikiyatlara da yol göstermiştir. Ona göre insanın zihinsel varlığının bütünü çok özgün bir yapıyı, **selfi** oluşturur. Bu yapı, tıpkı parmak izi gibi özgün ve kişiye özeldir; ondan koparılıp uzaklaştırılmaz. Her bireyin, diğerlerinden farklı bir tepkiler düzeneği olur. Gelişim ve olgunlaşma süreciyle toplumsallaşma ve kültürleşme arasındaki karşılıklı etkiler asıl önemli olan süreçtir. İşte Klerman ve Weissman da Sullivan'ın bu yöntemlerinden hareketle ve Adolf Mayer'in psikobiyolojik yaklaşımına da uygun olarak geliştirdikleri yöntemle "interpersonel psikoterapi" adını vermeyi uygun bulmuşlardır. Onlara göre, hastanın kişilerarası gündelik yaşantısı ile çevreye, kişilere ve strese uyumu ruhsal hastalıklarda kritik olandır. Bu terapi modelinin oluşumunda daha başka klinik araştırmacıların da katkısı vardır. Bunlar arasında özellikle Fromm-Reichman, Cohen, Weigert, Ariel ve Bemporad sayılabilir. Modeli daha sonra da geliştirmeyi sürdürenler arasında Chevron, DiMascio, Brown, Lieberman, Perlin, Bowlby ve Henderson sayılmalıdır.

Bu terapi biçiminin öncüleri ve ardılları, temeldeki analitik yapıları, bilinçdışı ve ego, id ve süperego ayrımlarını, çocukluk yaşantılarının büyük etkisini yadsımazlar. Ancak bunun üzerine ve ek olarak, ailesel, sosyal, kültürel etkenlere de önem verirler. Bilinçdışı çatışmalar üzerinde çalışırken, aktarım gibi olguları **maladaptif davranışlar** (kötü uyum davranışları) olarak ele alırlar. Onlara göre bu tip aktarım türünden tutum ve davranışlar, bireyin kendi olmasını engelleyen, onun çevresinde olan ya da bulunmuş olan kişilerle özdeşleşmeye ve başkalarını da özdeşleştirmeye zorlayan, yani uyumunu ve kendiliğini yaşamasını zorlaştırıp olanaksızlaştıran tutumlardır. Bunlar üzerinde çalışılır ve bunlar çözülür; ancak bu terapi için olmazsa olmaz bir koşul değildir, ya da bunlar kaçınılması gereken hasta davranışları olarak büyük önem taşımaz. Yalnızca kişinin kendi varoluşuna dönmesine yardım edilir. Aktarım yalnız terapi odasında değil, bütün yaşamda olmaktadır. Ve hastanın bunun farkına varması ve bundan uzaklaşması istenir. Yakınmaların amaç ve biçimlendirilişinden yola çıkılarak, toplum içinde, kişilerarası ilişkilerin tümüne ve buradan da sürekli kişilik örüntülerine doğru gidilir. Terapi öbürlerine oranla çok daha kısa ve çok da seyrek aralarla sürer ve bu nedenle terapistin çok daha enerjik davranması, konuşmayı yalnız hastanın çağrışımlarına bırakmayıp, kendi çağrışımları, bilgisi ve tepkileriyle ona aktif olarak yardım etmesi gereklidir. Terapi hastanın

kişilerarası ilişkilerindeki düzelmeye yönelik olarak, normalde 4-6 ay kadar sürer. Ayakta tedavi gören depresyonlar, iki uçlu duygulanım bozuklukları için de uygundur.

40-Grup terapisi ne demektir? Nasıl yapılır? Kimlere uygulanabilir?

Çağımızda çok yaygınlaşmış ve çok çeşitli uygulama alanları bulmuş olan grup terapilerinin ilk olarak 1907 yılında Amerika’da Joseph Pratt adında bir doktor tarafından tüberküloz hastaları için geliştirilip uygulandığı bilinmektedir. Pratt bu hastaların, hastalıklarının ortaya çıkardığı çeşitli sorunlarla başa çıkmayı diğer hastalarla paylaşmak suretiyle çok daha çabuk, kolay ve başarılı şekilde öğrenip becerdiklerini görmüş ve bildirmişti. 1921’de Lazell şizofreni hastalarıyla, daha çok konferans ve derslerden oluşan grup terapileri uyguladı. Freud’un bir öğrencisi olan Burrow 1927’de hastalarına, onların grup içersinde daha az direnç gösterdikleri düşüncesiyle grup terapisi uygulamaya başladı. 1940’ta Wender analitik kavramları hastane grup psikoterapisine uyarladı. 1955’te ise Slavson çocuklarla grup terapisini başlattı ve çocuktaki davranış zorluklarının grup oluşumundaki rolünü inceledi. Moreno grup üyelerinin terapötik ajanlar olarak etkin olduklarını saptadı ve onların etkileşmelerinin önemini vurguladı. “grup terapisi” deyimini ilk kullanan da odur. 1945’te Kurt Lewin “alanlar kuramı” ile “Gestalt” kavramını ileri sürüp bireyle çevresi arasındaki karşılıklı etkileşimi vurguladı. İngiltere’de Foulkes 1948’de grup sürecinde bireyin psikanalitik gelişimine ağırlık veren “grup analitik grup terapisi” modelini geliştirdi.

Lieberman (1977) dört ana grup tipi ayırt eder. Bunlar:

- Profesyonel olarak yönetilen geleneksel gruplar,
- Akranların kendine yardım grupları,
- Hümanist hareketlerden etkilenecek kurulmuş gruplar,
- Bilinç yükseltme grupları.

Bunların temellerinde bulunan felsefe yaklaşımları birbirinden çok farklıdır.

Grupta odaklanılan konular bakımından üç tip ayırt edilebilir. Bunlar:

- Birey odaklı
- İlişki odaklı
- Grubun bütününe odaklı olan gruplardır.

Her biri de yaklaşım türüne göre psikanalitik, davranışçı ve varoluşçu olarak bölünebilir.

Bireye odaklanan gruplarda yaklaşım genellikle psikanalitik olmaktadır. Bunlarda bireysel psikoterapinin kuram ve uygulamaları grup koşullarına uyarlanmıştır ve aslında bireysel terapi grup içinde yürütülür gibidir. Grup üyelerinin birbirlerine olan aktarımları ve birlikte grup yöneticisine olan aktarımları önem taşır. Terapinin yönelişi birey olarak hasta ve onun grupla olan ilişkileridir.

Buna karşılık etkileşime odaklanan gruplarda kişiler arası duygu ve davranış alışverişi ön planda ele alınmaktadır. Dikkat, grup içindeki altgruplaşmalara ve ikili birlikteliklere yönelir. Grup üyeleri başkalarıyla olan ilişki tarzını bu grup içinde de göstermeye davet edilir. Kişilerin birbirlerine geri

bildirimlerde bulunmaları istenir. Şimdi ve burada yaşadısı üzerine odaklanılmıştır ama, buna şimdi ve burada olan anımsamalar da dahildir. İnteraksiyonel grup terapisinde, her üyenin grup üyeleriyle ve grup yöneticisiyle olan etkileşiminin olabildiğince analizine çalışılır. Bu görevi görecek olan da grubun kendisidir.

Grubu bir bütün olarak alan yaklaşımda, vurgulanan grup dinamikleridir. Grubun birim olarak alınmasıyla her üyenin grup içindeki işlevi de görünür hale gelir. Grupta terapistte olan aktarımlar, grubun bütününde sürtüşmelere yol açacaktır. Yorumlarda bütün grup ve yöneticiye ilişkin fantezileri ele alınır. Grubun tamamının ele alınışı üyeler arasındaki ortak noktaları aydınlatır, üyeler arasındaki birlikteliği canlandırır, destek ve koruma sağlar ve böylece her üyenin daha iyi anlaşılmasını sağlar.

Her üç grup tipinde de aktarım önemli yer tutar. Bu aktarım üç başlı ve üç hedefli olarak kabul edilir. Biri terapistte olan aktarımdır ve bu psikanalizdeki **transfers** **nörozunun** aynıdır. İkinci aktarım yolu grubun diğer üyelerine doğrudur. Bu da aile içindeki nörotik karmaşaları yansıtır. Üçüncü aktarım yolu ise grubun bütününe doğrudur. Bu da **preödüpal** anne figürü karşısındaki tutumu andırmaktadır ve temel güven sorununu yansıtır.

Uygulamada çok çeşitlilik vardır. Klinikte yatan hastalarla yapılan gruplar, poliklinikteki hastalarla yapılan gruplar, evlerde, muayenahanelerde toplanan gruplar olabilir. Bir grup üye sayısının 4-6 hastadan az olması uygun değildir. Genellikle sayı 6-8 arasındadır. 10-15 kişiyi aştığı da olabilir. Bu bakımdan bunlara “küçük grup” denmektedir. Büyük grupların katılım sayıları 20-40 arasında bile olabilir. Daha büyük dev grupların dinamikleri çok farklıdır ve terapiye uygun sayılmazlar. Grup seansı 90-120 dakikadır. Çoğunlukla bu süre ikiye bölünür ve 45-60 dakikalık iki oturum sürdürülür. Grup birleşimleri 1-1,5 saatlik oturumlar halinde bütün hafta sonu sürebileceği gibi, 40-48 saatlik maraton gruplar da olabilir. Kimi grup terapistleri grubun ana temalar üzerine odaklanabilmesi için 20-30 dakika kadar sürecek bir ısınma sürecinin gerekli olduğunu savunur. Grubun terapötik etkisinin genellikle ikinci saatin sonunda olduğu kabul edilmektedir.

Bunun için grup oturumları üyelerin birbirlerini selamlayıp hal hatır sormaları, yeni olay ve durumlardan, yeni sorunlardan haber vermeleriyle başlar. Grup terapistinin grubu selamlayarak ve geçen oturumdan bu yana yaşananları sorarak oturumu açması genel bir uygulamadır. Analitik yöntemle yürüyen gruplarda ise, yönetici böyle bir girişimde hiç bulunmaz, gruba en son olarak girer, mekânın kapısının kapatılmasıyla oturum başlar. Üyeler konuşmaya başladığında, yönetici susmaya devam eder. Genellikle grup üyelerinde ilk konuşan olmamak için bir direnç gözlenir. Grupta sessizlik derinleşip koyulaşır. Koyulaşan sessizliğin genellikle konuşmayı zorlayan bir yönü vardır. Buna “**horror vacui** = boşluk korkusu” denir. Bir süre sonra bu sessizliğe dayanamayan bir üye söze başlar. Grupta ona katılanlar olur, ya da grup sessizliğini sürdürür. Analitik gruplarda çok yaşanan bu durum grup terapisinin temelidir. Beklenen grup etkileşimidir ve bu etkileşimle birlikte bireyin analizi başlayacaktır. Grup etkileşiminde bu sessizlik süreci anksiyete ve öfke duygusu uyandırır ve bu da üyelerin yaşamlarındaki öbür öfke ve sıkıntı kaynaklarını çağırıştırır. Onun için bu gruplarda öfke yoğunluğu yüksektir ve bu da zaman zaman patlamalara neden olur. Yönetici sözlerini çok kısa ve yorum niteliğinde bir-iki cümleyle sınırlı tutar. Bu sözlerin de kişilere doğrudan yönelmemesi ve durum tespiti şeklinde olması gerekir.

İlke olarak grup terapileri de, bireysel psikoterapiler gibi, üyelerinin davranış ve tutumlarına kimi kısıtlamalar koyar. Bu kısıtlamaların başında grup içinde konuşulanları dışarı taşıma yasağı gelir. Grup üyeleri de terapist gibi dışarıda konuşmamayla yükümlüdür. Grup üyelerinin meslekten olmamaları bu noktada hiçbir özür sağlamaz. Yurdumuzda da bu yasal yaptırım, “iyi niyetin kötüye

kullanımı” ibaresiyle Medeni Kanun kapsamında tazminata hükmolunmak şeklinde vardır. Sık konulan ikinci bir yasak da grup üyelerinin ilişkilerini dışarıda sürdürmemeleridir. Sürüp giden ilişkiler grup sürecinin grup dışında da sürmesine neden olur ve bu da çok olumsuz yönde gelişebilir. Grup üyelerinin bu türden ilişkileri pek engellenemez. Ama grup üyeleri arasında cinsel yakınlaşmalar kesin bir yasaktır ve dikkatle de uyulur. Bir sorun da gruba dışarıdan olan müdahalelerdir. Genellikle gruplar bir okul, hastane ya da benzeri bir kurum bünyesinde çalışır ve kurumun kuralları dışarıdan gruba bastırılır. Bazı gruplarda bu baskı grup yöneticisi tarafından da istenmektedir. Örneğin grup çalışmasına katılımın zorunlu olması istenebilir. Oysa bunlar grubun terapötik etkinliğini ortadan kaldıran ya da azaltan ters etkilerdir.

Yalom grupların terapötik etkinlik etmenlerini şöyle sıralamıştır:

- a. Umut aşlamak,
- b. Evrensellik,
- c. Bilgi paylaşımı,
- d. Başkacılık sunmak,
- e. Aile grubunun doğrultularak yeniden kurulması,
- f. Sosyalleşme yöntemlerinin gelişimi,
- g. Davranışların örnek alınması,
- h. Kişilerarası içgörü kazanarak öğrenim,
- i. Grup kohezyonu, bağlılığı,
- j. Katarsis (boşalma, yükten kurtulma),
- k. Varoluş faktörleri (hastanın, kendinden ve yaşamından ancak kendisinin sorumlu olduğunu öğrenmesi).

Farklı kişiler, farklı grup türlerinde, farklı terapötik etmenlere değer verir. Kişiler grupta sonuç olarak duygularını hemcinslerine açmayı, anlatabilmeyi ve paylaşımı öğrenir. Diğer insanlara karşı eş-duyum ve anlayış kazanır, davranışlarını başkalarınınkilerle karşılaştırmak fırsatını bulurlar. Grup yaşantısı her durumda bir kazanım, bir olgunlaşma sürecidir.

41-Aile terapisi, çiftlerin psikoterapisi ne demektir? Nasıl ve neden yapılır?

Aile terapileri bir bakıma oldukça yeni oluşumlardır. Öte yandan ise antik ya da ilkel kültürlerde bile, oldukça yapılandırılmış aile terapisi modelleri vardır. Ailenin önemli üyelerinin bu konuda deneyimli ve bilge bir kişi önünde, aralarında sağlıklı ilişkiler kurmak ve kimi sorunlara çözüm bulmak için bir araya gelmeleri ve açıklıkla konuşmaları bazı otoriter topluluklarda hiç hoş karşılanmasa da, daha bilge ve köklü toplumların bu türden yöntemler geliştirdikleri görülüyor. Ama şimdiki bağlamda aile terapileri 60’lı yılların başlarında ortaya çıkmıştır. İlk çalışmalar şizofrenlerin ve ardından da suçlu çocukların aileleriyle yapılmıştı. Öncü çalışmalar arasında Bateson, Jackson, Weakland, Haley, Bowen, Lidz, Whitaker, Malone gibileri sayılabilir. Bu konuda ilk kurulan kurum da Mental Research Institute’dur (Zihinsel Araştırmalar Enstitüsü). 1960’ta Nathan Ackerman, ölümünden sonra kendi adı verilen Family Institute’ u (Aile Enstitüsü) kurdu. Bu ilk çabaların ardından hızla yayılan aile terapisi, bugün oldukça olgunlaşmış bir terapi türü olmuştur.

Hemen belirtelim ki, bir aile terapisine bütün aile bireylerinin ya da ailenin büyük kısmının

katılması şart değildir. Böyle bir koşul konulsa, aile yapısının çeşitli özellikleri nedeniyle terapinin sürdürülmesi olanaksız, en azından çok zor olurdu. Terapide hazır bulunamayacak olan üyeler, gerçekte dolaylı olarak terapi sürecine katılırlar. Beklenen, en azından “çekirdek aile” denilen ailenin temel öğelerinin terapi oturumlarının en azından bir kısmında hazır bulunmasıdır. Kimi durumlarda aynı evde oturmayan ama aile yapısı üzerinde etkin olan yakın akrabaların da bulunması gerekebilir. En azından bunları temsil edebilecek birkaçının katılımı istenir. Terapi çeşitli modellerle yürür.

Bir aileden birkaç bireyin aynı terapistle art arda ya da kısa zaman aralıklarıyla görüşmesi modeline **ardışık terapi modeli** diyoruz. Bu, daha Freud tarafından da öngörülmüş ve kısmen de uygulanmıştı. Bunda terapist aile içindeki önemli sorunlar ve ailenin işleyiş tarzı üzerinde oldukça iyi bir resim elde eder. Terapist, kişileri kıyaslamak için oldukça iyi bir konumdadır. Edindiği bilgileri birbirine bağlayarak, kökeni analitik olmakla birlikte bilişsel nitelikte olan birtakım yöntemlerle taraflara uyuşup uzlaşmayı öğretecektir.

Ailedeki sorunların kaynağında bir kişi özellikle öne çıktığı ve onun sorunu diğer aile bireyleriyle yüz yüze çözümlemesine engeller bulunduğu zaman, **işbirlikçi terapi modeli** yeğlenir. Bunda iki ya da daha fazla sayıda terapist, ailenin çeşitli bireyleriyle paralel olarak aynı zamanda görüşür. Terapistlerin bu görüşmeleri ardışık da olabilir. Bu terapideki risklerden biri, aile içindeki çatışmanın terapistlere de sıçraması ve onların birbirleriyle çatışmaya girmesi, en azından aralarında rekabet ve anlaşmazlık çıkması olasılığıdır. Terapistler tam uzlaşma içinde bile olsalar, tarafları tek yönlü dinlediklerinden farklı tablolar elde edebilirler. Tarafların aynı terapist tarafından paralel ve aynı zaman diliminde görülmesine **eşgüdümlü terapi modeli** diyoruz. Bu da terapistin çok daha deneyimli ve usta olmasını gerektiren bir yoldur. Ama önceki iki yöntemin sakıncalarını ortadan kaldıracığı için bireyler arasındaki çatışmanın doğrudan görülmesini ve onların da bunu canlı şekilde görebilmesini sağlayan bir yoldur.

Ackerman, Bell, Brown, Minuchin, Whitaker, Weakland, Satir, Watzlawick gibi öncülerin uyguladıkları **birlikte terapi modelinde** bütün aile, aynı terapist tarafından, aynı yerde, aynı zamanda görülecektir. Bunda aile içindeki bütün dinamikler, bağlar, güç ve zayıflıklar doğrudan bağlantılı şekilde görülebilir. Ailenin her üyesinin özellikleri net bir şekilde ortaya çıkar. Her biriyle ilgili olarak, ona doğrudan doğruya cephe almamak koşuluyla, yorumlar yapılabilir. Kişinin diğer aile bireyinin yerine geçmesi ve olaya tepkinin görülmesi istenebilir. Genel ortak değerler ve sağduyu, terapide çözümleri sağlayan etmendir. Aile bütünlüğüne ve ailenin ilkelerine saygı gösterilmesi sayesinde, bireylerin birbirlerine saygı göstermesi fiilen sağlanır. Ayrıca aile bireylerinin diğer bireyin kendileri hakkında, kendilerinin yokluğunda uygunsuz anlatımlarda bulunmuş olması kuşkusu da kalkmıştır. Bu terapiden sonra aile bağları daima güçlenmiş olur. Bütün aile bir terapist tarafından görülürken, gereken bireylerin bireysel olarak görülmesini sağlayan **birleşik aile terapisi modeli** de, bu modelin değişik bir uygulamasıdır. Daha da ilginç olan, bir modelde bir terapist aile bireyleriyle görüşürken, diğer bir terapist tek yönlü camdan ya da kamerayla bunu izler. Zaman zaman bir telefon bağlantısıyla içerdeki terapistin dikkati belirli noktalara çekilir. Ayrıca oturum boyunca en az bir kez dışarıdaki terapist de oturum odasına girer ve içerdeki terapistle doğrudan konuşur. Sonra gene çıkar ve izlemeyi sürdürür. Aile böylece kendi sorunlarının nasıl irdeleneceğini öğrenmiş olur.

Bütün aile terapisi türlerinde söz konusu olan koşulları Meissner 1964’te şöyle sıralamıştır:

- a. Aile üyelerinin, en azından aileyi oluşturan çiftin olgunluk düzeyinin benzer oluşu,
- b. Anne-baba ve rahatsız çocuklar arasında duygusal bağımlılığın olması,
- c. Bu ilişki içinde ahenksiz bir iletişim ve zıt ihtiyaçların bulunması,

- d. Duygusal olgunluğu olmayan anne-babanın duygusal etkileşiminin çocuğu da sarması,
- e. Anne-babanın hastalıklı uyumlarının çocukta uyumsuzluğa neden olması,
- f. Aile etkileşiminin bilinen patoloji tiplerine uymayışı,
- g. Anne-babanın ilişki tarzının çocuktaki patoloji için özgün olmayışı,
- h. Zayıf anne-babalık işlevinin ve zayıf evlilik ilişkilerinin olgun düzeyde olmayışı,
- i. Bağımlı aile yapısında dıştan gelen yaklaşıtrıcı etkilerin yeterli olmayışı,
- j. Aile bireylerinin işlevlerinin geniş ailenin ağır baskısı altında oluşu.

Aile kurumunda evrensel nitelikteki koşul ve etkilerin, evrensel bir tarzının saptanmamış olması, bu terapilerin daha standart ve evrensel bir boyut kazanmasına engel olmaktadır. Hangi durumda, hangi davranış ve önlemin, hangi yorumun açıklayıcı olabileceğini saptayan genel kurallar çıkartılamaz. Aile terapistinin kişisel psikoloji ve psikopatoloji kadar, kültürel ve bölgesel özellikler üzerinde de bilgili ve duyarlı olması gereklidir. Kural olarak her aile biricik bir kurumdur ve çok özgün ve özel bağlara sahiptir. Bu bakımdan her olgunun bu özel bağlar göz önünde tutularak çalışılması zorunludur.

42-Cinsel işlev bozukluklarında nasıl bir psikoterapi yapılabilir? Bu alanda psikoterapi var mıdır? Nasıldır?

Cinsel konuların tümünü tabu sayan dar ahlak kalıpları güçlerini yitirdikçe, cinsel işlevdeki zorluk ve aksamaların insan yaşamını her düzeyde ne denli olumsuz etkilemekte oldukları ortaya çıkmaktadır. Daha önceleri yalnızca genel tıbbın konusu olan “iktidarsızlık” sorununun altında çoğu zaman psikolojik-psikiyatrik zorlukların yattığı, bu hastalarla çok sık karşılaşan ürologların, dahiliye uzmanlarının ve nörologların zaten dikkatini çekiyordu. Fakat bu dalların uzmanları, bilgileri içindeki organik muayene ve tedavileri yapabildikleri kadar yaptıktan sonra, işi genellikle psikiyatriye havale etmekle yetiniyorlardı ve psikiyatrinin de elinde hemen yalnızca şahsen görebildikleri hastalardan ve tesadüfen işe yaramış olan tedavi modellerinden edinilmiş kısıtlı bilgiler dışında sistemik bir bilgi ve beceri bulunmuyordu. İstatistik bilgi sağlayacak alan çalışmaları ise, kişilere sorulacak soruların olağanüstü mahrem ve yanıtların da ağır tabu sayılması nedeniyle hiç yapılamıyordu ve bütün bilinenler zaten toplumları ve çevreleri tarafından kendilerinden geleneksel olarak belli bir performans ve beceri beklenen erkeklere ilişkin birkaç bilgiden ibaretti. Kadının cinselliğine ilişkin hiçbir şey bilinmiyordu ve o konu zaten erkek cinselliğinden çok daha ağır tabular altındaydı. Kadının cinsel işlevi ancak üreme olabilirdi ve o da eğer kadın kısır değilse kendiliğinden oluyordu. Kadının cinsel işleve ruhça katılmayışı cinselliğin hedefi olan üremeyi engelleyecek bir durum değildi. Kadının cinsel bir haz duyması ise ancak kendisini dölleyecek erkeğe karşı olmalıydı. Onun ötesi ya histeri ya da fahişelikti.

Aslında daha Hipokrates bile ünlü “iktidarsızlık” sorunuyla karşılaşmış ve buna çareler aramıştı. O çağdan sonra hemen her hekim bu sorunlarla karşılaşmış ve çözümler üretmişse de, kimse bu “süfli” işlerle yakından ve ciddiyetle uğraşmaya yanaşmamıştır. Diğer hekimlerce konunun hemen her zaman psikiyatriye havale edilmesi ya da hastalara psikiyatrik ilaçlar verilmesi, cinsel işlev sorunlarının “delilik, aptallık, bunama” ile eşdeğerli görülmekte olduğunu düşündürerek işi daha da zorlaştırıyordu. 2. Dünya Savaşı’nın öncesinde erkeklerin, kadınların ruhsal yaklaşımlarına, istekleri

ve hazlarına ilişkin ilgileri yavaş yavaş belirmeye başladı. Kendilerinde de isteksizliklerin, beceriksizliklerin olduğunu ve bunların mutlaka bir organik eksiklik olmadan da olabileceğini artık kabul ediyorlardı. Fakat bunun üzerinde ilk önemli yayın için gene 1948'e kadar beklemek gerekecekti. O yıl ABD'de Alfred Kinsey, erkek cinselliğinin ayrıntılarını, oldukça uzun sürmüş ve o zamanki ölçüler içinde geniş sayılabilecek bir araştırmada yayımladı. 2000 civarında erkeğin yanıtladığı kapsamlı bir anket olan bu araştırma erkeklerin cinselliğine ilişkin efsaneleri yıktı. Anlaşıldı ki, erkeklerin çok önemli bir yüzdesi eşcinsel eğilimler taşır; eşcinselliğin aktif ve pasif diye ayrılması saçmadır ve "aktif" denilenler de "eş" cinseldir, büyük bir bölümü bunu denerler. Mastürbasyon yapmayan erkek yoktur ve erkeklerin çok büyük bir yüzdesi, cinsel alanlarda başta iktidarsızlık korkusu olmak üzere, onlarca korkunun pençesinde kıvrılır. Daha bu raporun çalkantıları yatışmadan Kinsey bu kez aynı raporun kadın cinselliği üzerine olan versiyonunu 1953'te yayımladı. Asıl fırtına bundan sonra koptu. Bu iki rapor bugünkü istatistik bilgilerine göre hatalarla dolu olsa da, konuya yaptıkları hizmet yabana atılamaz. Bu iki rapor cinselliğe ilişkin tabuları kökten yıkmış ve 60'lı yıllarda başlayan "cinsel devrim" in temel taşları olmuştur. Buna ek olarak 50'lerin sonlarında bulunan ağızdan kontraseptifler, yani doğum kontrol hapları, bu devrimi bütün toplum katlarına yaymış ve cinsel işlev "üreme amaçlı" olmaktan çıkmıştır.

Erkeklerle ilişkin rapor üzerine diğer birçok araştırmacı bu konuya ilgi göstermiş ya da göstermekte oldukları ilgiyi açıkça bildirir duruma gelmişlerdir. 1960 başında ilk olarak Masters ve Johnson, cinselliği bütün insan davranışları gibi bir psikobiyolojik işlev olarak ele alan çalışmalarını ortaya koydu. Bu iki hekim, insan erkeği ve kadınının cinsel davranışlarını laboratuvarında incelemeye aldı. Kliniklerinde erkek ve kadınlar cinsel ilişkiye giriyor, mastürbasyon yapıyor, birbirlerini çeşitli yollardan uyarıyor, cinsel heyecanlarını uyartıyor, orgazm oluyor, her türlü heteroseksüel etkinlik gösteriyorlardı. Bunların öncesinde, sırasında ve sonrasında bütün fizyolojik parametrelere göre inceleniyor, gerek öncesinde, gerekse her durumun sonrasında soru formlarını yanıtlıyor, ayrıca spontan sözel bildirimlerde bulunuyorlardı. 10 yıl içinde insanın bütün cinsel yaşamı biyolojik ve psikolojik bakımdan ölçülebilir şekilde objektif kriterlerle ortaya çıktı. Bununla 1970'te "cinsel işlev" kavramı da kurumsallaşmış oldu. Erken boşalma, iktidarsızlık ve orgazm olamama (anorgazmi) gibi zorlukların, basit anksiyete ve korkuların, uzun süreli ya da gündelik stresin sonucu olarak görülebildiği anlaşılmış ve bunlar için hızlı ve davranışçı, daha sonraları bilişçi bir terapi yöntemi de geliştirilmiş oluyordu. Masters ve Johnson'un terapi yöntemi çok eleştirilmiş, yöntemleri kısmen reddedilmiş, kısmen de başka biçimsel düzenlemelerle değiştirilmiş, bazı noktalardan da geliştirilip genişletilmiştir. Ama temelde şimdi de geçerli ve değerli olan ve yaygın uygulanan bir yöntem olarak sürmektedir.

İlk ve orijinal versiyonunda, birleşmenin hemen ardından, hatta kimi ağır ve önemli bozukluk durumlarında birleşme sırasında davranış terapisi yöntemleri kullanılmaktaydı. Terapistler de çiftti. Ancak bu boyutlarda müdahalenin genel ahlak bakımından çok eleştirilmesi, resmi makamların müdahaleleri, yasaların ve yetkililerin getirdikleri kısıtlamalar, hatta engellemeler yüzünden bu model giderek değişti. Bu sırada tıbbi sakıncalar da ortaya çıktı. Giderek eşlerin kendi düzenleyecekleri, hangi kombinasyonla olursa olsun yapılacak uygulamaları kendi mahrem ortamlarında uygulamaları ve terapiye sadece sonuçları bildirmelerinin de yeterli olduğu görülmüştür. Terapist çiftin gerekliliği de çok tartışılmış ve sonunda cinsel terapistler çiftleri yalnız başına görmeye başlamıştır. Ama şimdi bile, özellikle kıta Avrupa'sında, eski Masters ve Johnson yöntemini daha da abartılı şekilde uygulayanlar vardır. Toplumların tolerans düzeyi de çok yükselmiştir. Artık polis ve adliye, hatta

meslek etiği komisyonları bile bunlarla uğraşmıyor. Daha yeni kuşak cinsel terapistlerden olan Kaplan tek terapist olarak, çifti de nadiren çift olarak terapiye almakta ve çok daha esnek yöntemler kullanmaktaydı. Levay ve Kagle, Levay ve Weissberg gibileri de, terapiyi davranışçı-bilişsel yöntemlerden daha dinamik-analitik zemine taşımışlardır.

Şimdiki bilgilere göre gerek kadında, gerekse erkekte cinsel aktivitenin tek bir olgu olmayıp en az birbirini izleyen, fizyolojik ve psikolojik bakımdan birbirinden farklı olan üç ayrı fazdan oluştuğunu biliyoruz. Bunlardan birincisi cinsel istek fazı, ikincisi cinsel uyarılma fazı, üçüncüsü de orgazm fazıdır. İstek fazı sinir sisteminin aktivasyonu evresidir. Bu evreye ilişkin bilgilerimiz bugün bile tam olmaktan uzaktır. Bildiğimiz kadarıyla bu evrede sinir sistemi ve iç salgı sistemi arasında bir dizi karşılıklı etkileşim olmaktadır. Bunlar sayesinde beden ve ruh olabilecek cinsel uyarıya hazır hale gelir. Cinsel uyarılma evresinde aynı etkileşimler çok daha hızlı ve yüksek düzeyde olur ve cinsel eylem başlar. Gittikçe hızlanan bu eylem sonunda orgazm evresiyle boşalma olur. Boşalma derken sadece ejakülasyonun olmasını değil, bütün ulaşılmış gerilim noktalarından geriye doğru hızlı bir düşme olmasını kastediyoruz. Yani gerçek bir enerji boşalması olmaktadır.

İşte ruhsal gerilimi bloke eden her neden, bu döngünün bir noktada kırılmasına yol açar ve cinsel işlevde bu noktanın yerine göre çeşitli aksamalar ortaya çıkar. Artık cinsel işlevdeki bozuklukların nedenlerinin birden çok etmene bağlı olduğu biliniyor. Bir çifti oluşturan her bireyin her özelliği, kendisinde ya da eşinde cinsel doyumun belirtilen üç evresinden birinde ya da birkaçında sürecin bütünlüğünü bozabilir. Bu bozukluğun giderilmesi ise asla evrensel ve genel geçerli yol ve yöntemlerle olmaz. Bir ketlenmenin nedenlerinin apaçık belli olduğu durumlarda bile, neden giderildiğinde harmoni hemen oluşmayabilir. Özellikle uzun süren uyumsuzluklarda geçen her gün yeni olumsuz faktörler eklemiş olabilir. Dahası tedavinin hemen yapılabildiği durumda bile, çift bu kadar basit bir olgunun kendilerini bunca zaman neden engellemiş olduğunu kendi kendilerine sorarak daha eve gitmeden daha kırgın hale gelebilirler ve kısırdöngü yeniden başlar. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinin bireysel bazda yapılması zorunluluk gibidir. Çiftin her üyesini tanıyan bir hekimin her ikisiyle de konuşup öyküyü tam alarak aldıktan sonra, uzun ve zahmetli bir şekilde terapi yolunu aramasından başka yapacak bir şey pek yoktur. Yurdumuzda da cinsel işlev bozuklukları sanıldığından çok daha fazla bir orandadır. Yapılması gerekenler büyük sorunlar olarak duruyor.

43-Gestalt terapisi ne demektir? Nasıl ve hangi durumlarda yapılır?

Gestalt psikolojisi 19. yüzyıl sonlarında o sırada psikoloji bilimine egemen olan ve Wilhelm Wundt tarafından temsil edilen psikolojik olguları en basit öğelerine indirgeyerek inceleme yöntemine karşıt olarak doğmuştur. Gelişiminde Wertheimer, Koffka, Köhler gibilerinin katkıları olan bu yaklaşım; psikolojik yapının derleyici yönüne ağırlık veriyor, bir fenomenin sayısız parçalardan oluşsa bile, bütününe algılanması gerektiği, parçalardan ayrı bir bütün algılanmasının da söz konusu olduğunu gösteriyordu. Aynı kavramdan yola çıkan psikoterapi yönteminin bu akımla doğrudan bir ilişkisi gösterilememiştir.

“Gestalt” sözcüğü Almancadır ve biçim vermek, yerine oturtmak anlamlarına gelen “Gestellen” fiilinden türer. Başka dillerde bu kavramın karşılığı yoktur. Biçim, biçimleniş, formasyon gibi sözcüklerle tercüme edilir. Psikoterapi yöntemi olarak Gestalt, kökeninde analitik okuldan gelen Fritz

Perls tarafından geliştirilmiştir. Perls çok küçük ayrıntılara inilip yapılan psikanalizde, bütünü ayrıntılarda ve de üstelik ayrıntılara dayalı kurallarla boğulduğu psikoterapi modellerine isyan ederek psikanalizden ayrılmıştır. Terapisinde Lewin ve Binswanger'den esinlendiği anlaşıyor. Daha önce sahnede de çalışmış olan Perls, dram sanatı üzerindeki bilgilerinden de faydalanmıştı.

Gestalt terapisi kısa sürede etkileşim grupları içinde önem kazandı. Özellikle 60'lı yıllarda Gestalt'ın uygulanmadığı hemen hiçbir etkileşim grubu yoktu. Terapinin odağında algılama ve kavrama yetileri, zihnin bilişsel, duygusal yönleri ve kişilerarası ilişkiler bakımından nasıl karara vardığı bulunmaktadır. Bu “karar”ın engellenmesi ya da tamamlanmaması huzursuzluk ve ruhsal bozukluklara yol açar. Bu terapide sağlık, gereksinimlerin, duygu ve algılamaların farkında olmak şeklinde ele alınmaktadır. Dikkatler bedene ve bedenin hastaya neler söylediği üzerine yoğunlaşır. Hasta herhangi bir duygu anlatımında bulununca, terapist dikkatini bedenine yoğunlaştırmasını ve bedenin kendisine o sırada neler anlattığı ya da anlatmak istediğini hissetmesini ister. Hasta kendisindeki değişikliği gene soyut bir kavramla açıklarsa bu kez de o kavram üzerinde durulur ve bedenin kendini nasıl hissettiğinin sorulması istenir.

Örneğin hasta bir nedenle sevindiğini anlatırsa, terapistin sorusu, “Sevinmeyi yoğun yaşamaya çalış ve o sırada bedeninin sana ne söylediğine dikkat et” olacaktır. Hasta yanıtında bu sevincin kendisinde bir coşku, bir canlılık hissettirdiği şeklinde bir anlatımda bulunursa, terapist “Kendine yoğunlaş ve canlı olmayı bize anlat. Canlı olmak nasıl bir şey?” diye sorar. Terapide tutum tümüyle “şimdi ve burada” biçimindedir. Geçmiş olaylar, anılar ve ilişkiler akla geldiğinde de, bu anılar şimdi ve burada olarak algılanmalıdır. Hasta 30-40 yıl önce annesinden yediği bir dayağı anımsayabilir. Bu durumda bile algıladığı, dayağın kendisi değil, o anının şu anda içindeki durumudur. O halde hastanın mutlaka dayağın kendisi üzerine değil, onun bugünkü etkisi üzerine yoğunlaşması gerekir. Dayak nedeniyle annesine öfke duyduysa “Onu buraya getir ve karşında duruyor gibi düşün; ona ne söylemek istersin?” diye sorulur. Bunu yaptığında hastanın hemen o kişi rolüne girmesi ve kendisinin az önce söylediklerine onun yerinden ve ağzından yanıt vermesi istenir. Böylece ikisi arasında bir diyalog başlar ve sürer.

Gestalt terapisinde bir anahtar sözcük de “bütünleme”dir. Toplumdaki stresler ve çocuk eğitimi yollarının çarpıklığından ötürü, organizmamızın kendini bu zararları tam algılayıp acı duymaktan koruyabilmek için kendiliğini çeşitli kısımlara bölüp birbirlerinden ayırdığı, bir “**splitting**” yaptığı düşünülmektedir. O halde buna karşı, bu parçalanan ve kopan kısımların yeniden birleşmesi, bütünleşmesi gerekir. Tam farkındalığa odaklanmakla bu kopmalar yeniden bütünlenebilir. Bir kavramın da “sorumluluk” olduğu görülür. Kişi kendisinin tam sahibi olarsa, sorumluluğu da tam olarak üstlenmelidir. Bu yüzden bu terapide hastalar üzerine kendi sorumluluklarına sahip çıkmaları için azami baskı yapılır. Hasta hiçbir şey için bahane aramamalı; kararı kendi başına ve bütün sorumluluğu üstlenerek verebilmelidir. Eğer hasta şu terapiyi sürdürmek ya da bu rolü oynamak istemezse, bu kendi bileceği iştir. Çünkü burada oyun oynanmamakta, terapi için sorumluluk taşınmaktadır. Gestalt terapisinde zihnin bilişsel yanına oldukça karşı çıkılır. Bu görüşe göre bu yan, bir tuzak ve dirençtir ve bilgisayar gibidir. “Aklını bırak, duygularına gel!” denir. Birçok psikiyatr ve psikoterapist için aykırı ve batıcı gelecek cümleler kurmayı seven Gestalt terapistlerinin sık kullandıkları bir başka söz “Büyüeyebilmek için bütün umutlarını terk etmelisin!”, bir diğeri “Başkalarına yapabileceğin en büyük kötülük onlara yardım etmektir. Yardım, asla yardım etmez!” sözüdür. Bu paradokslar direnci kırmak için kullanılır.

Gestalt terapisinde genel kabul gören değer yargılarına yönelilir. Terapötik sözleşme fazla önem

taşımaz. Terapist yalnızca bir kolaylaştırıcıdır. Ona hastanın değişim için güç bulacağı kadar güvenmesi yeterlidir. Şimdiye odaklanma sürecinde hasta, kuşkusuz ki terapistle daha yakın bir ilişkisinin olmasını isteyecektir. Yararlı olacaksa böyle bir ilişkiye de izin verilir. Karşılıklı sevgi bu terapide eleştirilmez. Bütün üyelerin tam farkındalık, uyanıklık ve bütünlük durumuna gelmesi amaçtır. Gestalt terapistleri, terapistle bir dereceye kadar özdeşleşmenin kaçınılmaz olduğunu düşünür. Ama bu onlar için üzücü bir gelişme olarak görülmektedir. Çünkü her insan biriciktir ve kendi yolunu bulmalıdır. Terapiste bağımlılık hasta bir durumdur ve terapistle özdeşleşme de bu hastalığa yol açan bir etmendir.

Gestalt terapistleri öğrenme olgusuna da önem verir. Sistem karmaşık ve zor anlaşılır olduğundan, bunun hastalara yineleyerek açıklanması gerekir. Terapi arada didaktik seanslarla sürer. Hastanın davranış kalıplarını olabildiğince net bir şekilde öğrenmesi gerekir. Bu yüzden “Nasıl?” ve “Ne?” soruları sık duyulur ve bunlara doyurucu yanıtlar da verilir. “Niçin?” sorusu ise yasak gibidir. Bunun hastayı engelleyici bilişsel bir tuzak olduğu düşünülür. Gestalt terapisi, belki manik hastalar dışında herkese uygulanabilir.

44-Dinsel esinimli terapiler var mıdır? Nelerdir ve hangi durumlarda yapılır?

Kimi terapilerde dinsel ve mistik öğelerin çok belirgin olduğu görülmektedir. Aslında Katolik Kilisesi gibi bazı dinsel örgütler ruhsal bozukluklara yardım için örgütlenmişlerdir. Katolik Kilisesi’nin ruhsal bakım gibi bir anlam taşıyan apayrı bir örgütü vardır. Önceki papalardan biri dinsel kariyerini bu bakım örgütünde yapmış olan birisiydi. Bu örgütler bir çeşit psikoterapiyi başarıyla uygulamaktadır. Ancak bizim dinsel esinimli derken kastımız bunlar değildir. Burada dinsel derken, belirli bir dinin öğretilerinden hareket eden yaklaşımları değil, dinsel edimlere egemen olan ruhani, mistik ruh hallerini kastediyoruz. Bunlar temelde duygulanım denetimine dayalı terapiler olarak kabul edilmelidir. Kendini gerçekleştirme kavramına dayalıdır. Terapistin mistik ve karizmatik özellikleri vardır ve telkin yetisi çok yüksektir. Kullanılan teknikler temel olarak meditasyon için kullanılan tekniklere çok benzer, hatta aynıdır. Dünya görüşleri oryantalist tiptedir. Bununla genel olarak Batılı insanların ve özellikle de Batı tipindeki aydınların Doğu kültürü ve antik kültür karşısındaki tutumlarına egemen olan ve gittikçe de daha egemen hale gelen duygusal anlayışı anlatmaya çalışıyoruz. Bu bağlamda düşüncelerimizi de belirtmek isteriz.

19. ve 20. yüzyılın teknolojik atılımları sırasında, bu atılımları izleyecek, kavrayacak, kullanacak ve bunlardan etkilenecek olanların insan varlıkları olduğu hep unutulmuş, gözden kaçırılmış ya da özellikle önem verilmemiş bir noktadır. Oysa bu sırada insan çevresine gittikçe yabancı hale gelmekte, olayları ve sonuçlarını kavrayabilmesi gittikçe zorlaşmakta ve sonuçta kendini tam anlayamadığı ve kavrayamadığı bir dolu olaylar ve çoğu zaman insanın biyolojik varlığı için tehlikeli olabilecek süreçler karşısında bulunmaktadır. Bu durumda **insanın** kendini yeniden bir “cangıl” içindeymiş gibi bulduğu bir gerçektir ve nasıl bir cangıl içinde birey her yerden fırlayabilecek tehlikeler karşısında sürekli tetikte olmak zorundaysa, şimdi de aynı durumdadır. Bu yüzden de sürekli bir gerginlik ve huzursuzluk içindedir. Bundan onu kurtarıp, rahatlamasını sağlayacak olan inançlar da çok maddeci hale gelmiş dünyamızda son derecede zayıflamıştır. Bu gerilim ve inanç

eksikliğine ek olarak, Batı, Doğu üstündeki üstünlük ve egemenliğini gittikçe terk etmekte, zaman zaman Doğu'nun gücü karşısında çaresiz kalmakta ve yenilgiyi yaşamaktadır. Bu yenilgisinin nedeninin Doğu'nun esrarına nüfuz edemediği gizemli uygarlığının sonucuna bağlı olduğu kanısı, yine 19. yüzyıl sonlarından başlayarak güç kazanmıştır. İşte bu noktada Batı sömürgeciliği, Doğu'nun o zamana kadar sömürerek semirdiği doğal kaynakları ve servetinden başka, bu vehmedilen insansal güç kaynaklarını da alıp güçlenmek tutkusuna düşmüştür. Bunun sonucu olarak bir oryantalizm (şarkiyatçılık) doğmuştur. Buda, Konfüçyüs, Tao, Brahma, Zen ve aynı zamanda Sufilik, Mevlana, Dürzilik, öte yandan Eski Mezopotamya ve Mısır inançlarında, Batı'nın ele geçirmek istediği gizemli bir güç bulunduğu sanısı gittikçe güçlenmektedir. Özellikle bu akımları, karşısında hayranlık duyacak kadar tanıyan, ama aslını kavrayamayacak kadar bilgisiz olan kesimler, yarı aydın ve az aydın olanlar bu sanının en güçlü olduğu katmanlardır. Bu akımlar önce Hristiyan inancının kovduğu pagan kültürünün de bu tür manevi bir güç olduğu inancına sarılmış, eski Germen ve Kelt tanrılarına, onların inanç ve kültürlerine yönelmiş, alşemi, tarot gibi fallar kadar büyücülük ve cadılık da itibar kazanmış, daha sonra judo, tekvando, kungfu gibi Uzakdoğu dövüş sanatlarından medet umulmuş, bir yandan da bugünkü satanizmin temelleri atılmış, en sonunda da gerçek Doğu kültürü ürünü inanç sistemlerine gelinmiştir. Çin'in yükselen yıldızından sonra ABD'nin Vietnam yenilgisi ve şimdi de Afganistan batağındaki çaresizliği de hepsine tuz biber ekerek bu eğilimleri güçlendirmiştir. İşte böylece birçok Doğu meditasyon sistemi de psikoterapileri derinden etkilemektedir. Bunların birkaç örneğini de burada kısaca verelim.

Transandantal meditasyon: Transandantal meditasyon ya da kısaltılmış adıyla TM, Batılı kişilerin kullanımı için oluşturulmuş standardize bir Doğu meditasyon tipidir. Transandantal sözü Türkçemizde "aşkın" olarak ifade edilebilecek bir kavramdır ve insanın kendisini, kendi varoluşunu aşması, daha ileri ve yüce duygu ve düşüncelere, daha yüksek düzeyde bir varoluşa ulaşması anlamına gelmektedir. Bu sistem Maharişi Maheş Yogi tarafından 50'li yılların sonlarına doğru geliştirilmiştir. Kendisi Hindistan'da Allahabat Üniversitesi'nde fizik eğitimi görüp akademik dereceler de aldıktan sonra, ileri bir Hint swamisi (bilge önder) ile uzun yıllar yoga çalışmış ve 1955 yılında basitleştirilmiş yoga ilke ve yöntemlerinden ibaret olan öğretisini yaymaya başlamıştır. Çok da başarılı bir örgütçü de olan Maharişi ilk yetiştirdiği öğrencileriyle hemen International Meditation Society (IMS) adını verdiği bir örgüt kurmuş ve 1958'de bunu uluslararası bir harekete dönüştürmüştür. Tekniğin öğrenimi oldukça kolaydır. Dört günde toplam dört dersle kolayca edinilir. Buna ek olarak öğrencilere Hindu metafizik öğretisinin **prana** (evrensel enerji) ve **brahma** (bütün yaratılışın indirgenemeyen esası) kavramlarının öğretildiği dersler vardır. İlk dört dersten sonra öğrenci bol meyveler, çiçekler ve şarkılarla tekris edilir ve sessiz meditasyon için bir **mantra** içine girer. Mantra tutulacak olan özel yoldur ve her öğrenci için özel seçilir. Genellikle 16 mantra kullanılır. Bu öğrencinin her gün iki kez 20'şer dakika, gözleri kapalı olarak sakin bir şekilde oturup söyleyeceği sakinleştirici birtakım söz dizeleridir. Bu mantraların her birinin ayrı özellikleri olduğu, kaygıyı azaltan, tansiyonu indiren, oksijen alımını azaltan, metabolizmayı düşüren ayrı ayrı mantralar olduğu söylenmektedir. Bu sırada tam aşkın yaşantılar, örneğin yerden yükselme duygusu, uçma duygusu, bilinmeyen kimi ülkelere geziler gibi yaşantılar olabilir. Bugün Batı dünyasının dört bir yerinde, bu arada yurdumuzda da IMS şubeleri açılmıştır. Artık özgün bir markadır. Hareket Batı'nın doğası ve tarihi gereği hiç kavrayamadığı Doğu bilgeliliğinin ticari meta haline gelmiş şeklidir.

Hare Krişna hareketi: Bu yöntemin öğretisi ve denetimi amacıyla kurulmuş, Krişna öğretisiyle çalışıp bunu yaymaya çalışan ISKOON (The International Society for Krishna Conciousness) adlı

dernek ya da şirket bir merkezler zinciridir. Aşram adı verilen bu merkezlerde, Hinduların kutsal yazıları olan Vedalar okunur ve incelenir. Bu hareket içindeki yaşam biçimi kurucusu sayılan Bhaktivedanta Bhappupadha'nın düşüncelerine dayanmaktadır. Yayıdığı ilkeler mutlak perhizkâr bir yaşam biçimidir. Başta kimi Veda inançlarının kabulü gerekir. Bu inançlar herkesin kendi dışında bir ruhu olduğu düşüncesi, ölümsüz olan bir üstün kişiliğin, yani Krişna'nın varlığına ve her insanın ona hizmet etmek zorunda olduğuna ve bu hizmetle mutlu olacağına inanç gibi inançlardır. Evlilik dışında her türlü cinsel etkinlik yasaktır. Krişna'ya sunulmadan hiçbir şey yenmez. Krişna'nın adının her gün en az 27.000 kez zikredilmesi gerekmektedir. Böylece sürekli bir vecd haline girilir. Bu akım hakkında pek çok polis ve adliye kovuşturması açılmıştır. Bu akım mensuplarında dışarıdan görünüşü ürkütücü olan bir dinginlik vardır. Kişiliği yok edici bir akım olduğu ileri sürülmektedir. Yöneticilerine muazzam servetler sağlamıştır. Bu yüzden kendisine benzeyen daha birçok akımın türemesini sağlamıştır. Avrupa'nın her yerinde sokaklarda görülürler. Krişna adını zikrederek dilenmektedirler.

Kore kökenli Moon, Arica ve Reiki gibi tarikatlar da türemiştir. Kendileri hiçbir zaman psikoterapi adını kullanmasa da, bu akımlar psikoterapi biçimleri içinde sayılmaktadır. Bu yüzden kimi terapi gruplarını da etkilemektedir. Bu akımlar toplumlarda psikoterapi ile rekabet etmektedir ve zaman içinde ibre de bu akımlardan yana kaymaktadır. Tarihsel-sosyal evrimde, ileride ters bir noktaya düşmemek için, bütün grup terapilerinin terapi bazından uzaklaşmamaları şarttır.

45-Psikodrama nedir? O da bir psikoterapi türü müdür? Nasıl işler?

Yurdumuzda uluslararası sahneye çıkabilecek ölçüde sistemik bir eğitim süreci sağlayan, ayrıca örgütlenmiş ve kurumlaşmış da olan ilk psikoterapi sistemi olduğu ve “grup terapisi” deyimini de ilk kullanan psikoterapi okulu olduğu için ayrı bir önem verilmesi gereken bu akımın kurucu ve sistemleştiricisi Jacob Levi Moreno'dur. İspanya'dan Osmanlı Devleti'ne getirilmiş Yahudiler olan Sefarad'lardan bir ailenin oğlu olan Moreno, rivayete göre ailesi Romanya'ya göç ederken gemide doğmuş, ailenin Romanya'dan Avusturya'ya geçmesi nedeniyle Viyana'da büyümüş ve 1917'de Viyana Tıp Fakültesi'ni bitirmiştir. Tiyatroyla da yakından ilgilenmiş olan Moreno, psikiyatri dalında uzman olmuş, kişinin yaşamda üstlenmiş olduğu rollerin kendi kişiliğinin ve semptomlarının oluşmasında ne denli etkili olduğunu da gözlemleriyle saptayarak, bunu bir terapi biçimi olarak şekillendirmiştir. Kendi anlatımına göre, ilk psikodrama seansı 1 Nisan 1921'de Viyana'da olmuştur. Oluşturduğu yönetime tam olarak “psikodrama, sosyometri ve grup terapisi yöntemi” adı verilir. 1925 yılında ABD'ye göç eden Moreno orada bu yöntemi geliştirmiştir.

Sosyometri, grupların ve içlerindeki etkileşimin görülmesi, ölçülmesi ve gösterilebilmesi amacı taşıyan bir yöntemdir. Bu yöntem psikodramadan daha eskidir ve Moreno'nun 1. Büyük Savaş sırasında olan gözlemlerine bağlıdır. Moreno savaş sırasında Viyana yakınında Mittendorf'ta bulunan mülteci kampının yöneticisi olarak görevliydi. Kampta bağcılıkla uğraşan İtalyan asıllılar bulunuyordu ve kampın daha işlevli olarak yeniden düzenlenmesi söz konusuydu. Bunu sadece vereceği emirlerle değil de, mültecilerin istek ve işlevine uygun bir şekilde örgütlemek isteyince, onların iş ve birlikte yaşam için kendi gruplarını oluşturmalarını benimsemişti. Böylece

sosyometrinin ilkeleri ortaya çıkmaya başladı. Yöntem, özetle, insanların üzerlerine alacakları roller için amaçlarına uygun farklı gruplar oluşturdıkları kuralına dayanır. Grubun alacağı biçim şekillenebilirse, bu seçimler gerçeğe uygun hale gelir.

Bu deneyimin ardından Moreno 1922-1925 yılları arasında Viyana'da Maiseder Sokağı'nda bir doğaçlama tiyatrodaki rol kuramını geliştirdi. İlk grup terapisi hastaları yakındaki genelevde çalışan kadınlardı. Bunda grubun her üyesinin diğer üyeler için bir terapötik ajan olarak etkin olduğu görüldü. Grubun terapötik niteliği de grup liderinden değil, grup bireylerinin karşılıklı etkileşiminden kaynaklanıyordu. Moreno Viyana'dan Amerika'ya göç edince orada çok daha geniş olanaklar buldu, birçok psikanalistle yakın ilişkiler kurdu ve saygınlık kazandı. Orada yayımlanan ilk kitabı Who Shall Survive'ın (Kim Yaşamda Kalacak) önsözünü Amerika'nın ünlü psikanalistlerinden William Alanson White yazmıştır. Gene onun yardımıyla Beacon'da bir psikodrama merkezi ve tiyatrosu da kurulmuştur.

Kurama göre insan kozmik, sosyal ve tekil bir kişidir. Bu üçlem psikodramadaki üç felsefi temele de götürür. Bunlar da yaratış, sosyometri ve psikodramadır. Bunlardan ilki anlaşılması en zor olandır. Buna göre kişinin içinde bulunan Tanrı en yüce yaratıcıdır. Kişi ve toplum üzerindeki araştırmalarında Moreno kendiliğinden yaratan bir Tanrı, insanın içindeki Tanrı düşüncesini geliştirmiştir. Bu düşünce, bir Yahudi teologu olan Martin Buber ile ortaktır. Buber'in düşüncesi "evrensel ilişki"nin kaynağı olarak Tanrı kavramını görür. Moreno da buna "Tanrının duygusal yayılımı" kavramını ekler. Her ikisi de bizlerin yaratıcılığı Tanrı ile paylaştığımızı ileri sürer. "Tanrının insanı kendi suretinde yarattığını" düşünen insan için evrenin merkezi kendisidir. Birlikte yaşadığımız, sevdiğimiz ya da öfke duyduğumuz, düşman ya da dost olduğumuz, hiç dikkate almadığımız ya da kendimize önder ve model olarak aldığımız kimseler, komşularımız ve iş arkadaşlarımız hep bizim tarafımızdan seçilirler. Biz hep birlikte "ortak yaratıcılar" dünyasında yaşamaktayız. Her birimiz öbürlerini etkilemekte ve öbürlerinden etkilenmektedir. İnançlarımız tümüyle özgürdür, yaratma gücümüz vardır ve bizler sınırsızız. Ama bu bizim diğerlerini hesaba katmadan, öbür kimselerin istençlerini saymaksızın yaratabileceğimiz anlamına gelmez. Yaratıcılığımızı diğer insanların yaratıcılıkları sınırlar. Bu sınırlarımızı ve yaratıcılığımızın boyutlarını, yarattığımızda hemen görebiliriz. Bu da bizi bilerek ve sonuçlarını görerek yaratmaya götürür.

Yaratma sonucu yüklenilen sorumluluk birçokları için çok ürkütücüdür. Bu yüzden de edilgin ve kabul edici rollere çekilerek, buyurucu ve yönetici figürlerin gücüne sığınmayı yeğlerler. Özgürlükten kaçışı Fromm da psikanalizle göstermiştir. Moreno'ya göre kendiliğindenlik (spontanlık) ve yaratıcılık psikolojinin en önemli sorunudur. Yaşam serüveni içinde başarılı olmak, spontan olmamıza sıkıca bağlıdır. Bu ve yaratıcılık, bizim yaşama ve yaşam koşullarına en uygun yol ve davranışları seçebilmemizi sağlar. Uygunluk, belirli durum ve koşullarda etkileşim için yeterlik ve ustalıkta tutulan ölçüdür. Spontanlık bir harekete, girişime hazır olmayı, yaratıcılık da tepki vermeyi anlatır. Bu ikisinin birlikte kullanımı bizim kendi kültürel hamurumuzu ortaya çıkarır. Kültürel hamur toplumun bize sağladığı ilişkiler ve yollardır. Bunlar kültürümüzün normlarını ve yürüdüğü yolları oluşturur ve bu biçimlendirici tarzlar, gelecek kuşaklara iletebilmeyi sağlar.

Sosyometri, psikodrama tedavisinin ikinci felsefi temelidir. Bu, sözcük olarak toplum içindeki grup oluşumunun ölçülmesi sistemi demektir. İnsan sosyal bir varlık olarak görülür. Bu varlık kendi kimliğini çevresindeki bireylerle etkileşerek geliştirir. Geniş toplumun bütünü bireyler ve onların kendi yaşamlarındaki gerçek kişilerden oluşan birimlerden meydana gelmiştir. Bu küçük birime bir

“sosyal atom” adı verilir. Bu sosyal atom, kişinin psikolojik yaşantısı ile bağlantılı olan geçmiş ve gelecekteki gerçek ya da düş ürünü bütün belirgin figürlerin bir kompleksidir. Doğumundan itibaren her bireyin çevresinde bir dizi ilişki, baba, anne, erkek ve kız kardeşler, sevilenler ve karşıtlar, öğrenenler, öğretenler bulunur. Bir çocuk ailesinden topluma doğru geçtikçe, bu sosyal atomun hacmi genişler ve yaşlanmaya başlayıp ölüme doğru ilerledikçe de daralır. Bu bakımdan sosyal atom, dinamik bir yapıya sahiptir. Hepimizin kendi sosyal atomumuzda bulunan diğer kişi ve figürlere karşı belli duygularımız vardır. Kimi kişiler bizi çeker, kimi karşı çıkar ve bizi engeller, kimilerine karşıysa duygularımız yansız sayılabilir. Kişiler arasındaki duyguların yoğunluk ve uzunluğuna **tele** adı verilir. Bu Grekçede “uzaktan” demektir. Böylece her sosyal atom yalnızca bireylerden değil, bireyler arasındaki sonsuz sayıda tele ilişki demetlerinden de oluşmaktadır. Bu teleler çevremizle bizim aramızdaki sosyal duygu bağlarının en küçük birimi olur. Gerçekte kişiler arasındaki görünmeyen bu iletişim, daha geniş sosyal grupların oluşumunda esas olandır. Sosyometride kişiler arasındaki sosyal atomları oluşturmak üzere olan seçim yolları görünür ve hatta ölçülür hale getirilir. Bunda hiçbir ahlak ön yargısına yer verilmez ve yorum yapılmaz. Ancak bunlar yorumda kullanılır. Terapi grubunda da bu etkileşimler bilinir hale gelince, psikodrama yoluyla bunların yaşama etkileri incelenir, aktarım ve karşı aktarım modelleri ortaya çıkarılır, etkileri düzeltilmeye ya da değiştirilmeye çalışılır. Böylece her grup üyesi kendi spontanlığına ve yaratıcılığına odaklanabilir.

Psikodrama ise yönteme adını veren ve asıl ilgi uyandıran, terapi olarak da en fazla işe yarayan araçtır. Moreno buna “gerçeğin psikodramatik yöntemlerle keşfi” demiştir. Bunun ortaya atılışının temelinde rol kuramı yatar. Büyük tiyatro yazarlarının da belirttiği gibi, yaşam gerçekte büyük bir sahnedir ve her birey kendi rolünü oynamaktadır. Bu rollerin seçimi ve oynamamız sırasında hiç özgür olmayabiliriz ve çoğu zaman spontan ve yaratıcı da değilizdir. Birçok rol kişiye kendi istenç ve seçimi olmadan verilir. Kişi bu rolü oynamayı öğrenir, başkaları onu o rolle kabul ederler ve o oynamaya zorlanır. Örneğin anne-babanın çocuğu, dede ve ninenin torunu, okulun öğrencisi, arkadaşların arkadaşı olmak rolleri kendi istencimiz olmadan verilmiş olan rollerdir. Biz bu rolleri bir evlat gibi, bir torun gibi, bir öğrenci gibi, bir arkadaş gibi oynamaya mecburuzdur. Toplumumuz bizi o rolü oynayışımıza göre değerlendirir. Biz kendimiz de kendimize karşı aynı değerlendirme ölçütlerini kullanır, kendimize eleştirel gözle bakarız. Dahası kendi düşünce ve düşlerimizi, kendi iç dünyamızı da rol gibi ele aldığımız sık olur. Kendi düş ya da düşüncemizi saçma bulabilir, iç dünyamızdaki rüzgâr ya da fırtınalardan yakınabiliriz. Oysa bunların hepsi kendi bütünlüğümüzün, kendi varlığımızın yapıtaşları ve ürünleridir. Psikodrama sahnesinde kişinin kendi yaşam sahnelerini yeniden oluşturması istenir. Kendi sorunu ve koşullarını kurgulamakta olan grup üyesi ya da hastaya “protagonist” denir. Bu sözcük “için ve lehine işlev gören” gibi bir anlam taşır. Oyunda o kişi için önem taşıyan kişilerin rollerini oynayacak grup üyeleri ise “yardımcı ben” olurlar. Seansta terapist yönetici, yani rejisör ve yapımcıdır. Psikodrama bir grup terapisi yöntemidir. Psikodrama grubunda üyeler, kendilerine protagonist tarafından verilecek rolleri nazlanmadan kabul etmek için taahhütte bulunmuşlardır. Roller o üyeye protagonist tarafından verilir. Rol için görevlendirdiği üyeye protagonist, ellerini onun omuzlarına ya da sırtına dayayarak o rolü geçirir, yani bir yandan o yabancı kişiyi hissetmeye çalışırken kendisini de o üyenin hissetmesi için çalışır. Bir kimse örneğin, yıllar önce ölmüş olan babaannesinin kendi sosyal atomunda oynadığı rolün canlandırılmasını isterse, bu söz konusu babaanne gerçek babaanne değil onun o protagonistin belleğinde, içinde kalan imajı, projeksiyonudur. Dolayısıyla dokunmakla o projeksiyonun kendisinde meydana getirdiği gerilimi, sıcaklığı ya da soğukluğu hissettirir ve aynı zamanda o rolü oynayacak kişiyi de şimdiki haliyle

hisseder. Hisseder ki, o rol aslında kendi içindedir ve o oyuncu da bir robot ya da eşya değil, canlı ve hisseden biridir. Ve bu rol tanıtımı sırasında “ben” diye konuşulur. “Ben protagonistin ölmüş olan babaannesiyim” denir. Rolü üstlenen üye de “ben” diye konuşacaktır. Sonra da eğer protagonist yardımcı benin, yani grup arkadaşının o rolü yeterince duyarak oynamadığını düşünürse, o üyeyi yana çekip kendisi o rolü oynaması gerektiği gibi oynayarak gösterir. Bu sırada kendisi de o role girmiş ve o kişiyi hissetmiş olur. Sonra gene çekilerek rolü arkadaşına bırakır. Bu yer değiştirmeler, protagonist rolden tatmin oluncaya kadar devam eder. Böylece oyun oynandıktan sonra, protagonist o role tekrar girecek ve o kayıp kişiyi yeniden yaşayacaktır. O anda olay ve durumu hissetmenin pozisyonundan bir kez daha yaşayıp kendi duygu ve tepkilerini inceler. Oyun kurgulanışında yalnızca kişiler değil, somut nesneler, mekân ve yerler, diğer canlılar, ya da iş, meslek, sınav, şu ya da bu bilim dalı, çeşitli görevler, vatan, toplum, görev, namus, yaşam, ölüm gibi soyut kavramlar da ele alınıp canlandırılır. Bunlar da kişilerce canlandırılıp somut olarak kişileşir.

Olgunun sahnelenmesi bittikten sonra, rol almış olan kimseler teker teker rollerindeyken neler yaşamış olduklarını bildirir. Buna “rol geri bildirimi” denir. Bunda en küçük bir bilgiççe yorum yapılmaz. Söz konusu olan sadece yaşantının bildirilmesidir. Daha sonra grup üyeleri kendi yaşamlarında benzeri olay ve durumlar ya da oyun ve rollerden birinin kendilerine çağrıştırdıklarından söz edeceklerdir. Buna da “paylaşım” denir. Bu son anda, grup artık yöntemin özelliklerinden çıkmış, normal bir terapötik grup gibi çalışmaktadır. Paylaşım ile grup üyeleri kendi terapi sorumluluklarını da yerine getirmiş olur.

Psikodramada sağaltımı sağlayan, yani terapötik olarak etkin olan faktörler arasında önemli bir kavram da “**katarsis**” dediğimiz olgudur. Helence boşalım ya da akıntı gibi bir anlam taşıyan “kathar” sözünden türetilmiş olan bu sözcük, bütün psikoterapi türleri için söz konusu olan ve kişinin içindekileri boşaltması suretiyle iyileşme sağlayan faktördür. Psikodramada katarsis üç türlü olmaktadır. Bunlardan biri estetik katarsistir. Kendi içinde harmonik bir bütünlüğe ulaşmayı ifade eder. İkincisi aktörsel katarsistir. Bu da eyleme koyarak boşalmayı anlatmaktadır. Üçüncü katarsis yolu ise, seyirle katarsis adını alır. Bu da bütün gösteri sanatlarında olan şeydir.

Psikodramanın bütününde söz konusu olan ilke “şimdi ve burada” ilkesidir. Bu ilke protagonistin şu anda çözmeye çalıştığı düğümlenmenin geçmiş zamanda, çok eski günlerde ya da gelecek zamanda olmasının, gerçek bir olgu mu yoksa bir fantezi mi olduğunun önem taşımadığı, şu anda içinde bulunduğu, kaygılandığı ya da yakındığı şey olduğu ve bu grubun içindeki çeşitli esinlenmeler ve etkilenmelerden ötürü daha özgün bir anlam ve içerik kazandığı ilkesidir. Bu sayede grup terapötik, sağaltıcı bir güç kazanmaktadır. Psikodrama için kullanılan özgün deyimlerin en önemlilerinden biri de **abartılmış gerçeklik** (surplus reality) kavramıdır. Psikodrama, gerçeği olduğu gibi yansıtmaz, onu bir merceğin altında gibi ele alır. Dolayısıyla gerçek, tıpkı bir mercek, bir büyüteçle bakılır gibi büyütülmüş, abartılmış olarak ortaya çıkacaktır. Bu abartma sayesinde, günlük yaşamda gözden kaçan, dikkati çekmeyen, ama o durumun oluşmasında etkin olmuş birçok küçük ayrıntı görülebilir hale gelir. Bir kavram da “eşleme” kavramıdır. Bu, grup üyelerinden birinin protagonistin arkasına geçerek ve ona eliyle dokunarak onun bir eşi, ikiziymiş gibi davranması ve gene “ben” diye konuşarak bir şey söylemesi, protagonist adına bir düşünceyi ya da bir sözü dışarı vurmasıdır. Bununla protagonistin hissetmekle birlikte, düşünmediği ya da cesaret edemediği bir duruma dikkatini yoğunlaştırmak sağlanır. Protagonist bu söyleneni kabul ya da reddedebilir. Bir başka ve etkili teknik de, bir olgunun temsili sırasında protagonistin başını yana çevirerek o anda içinden geçenleri söylemesi, iç konuşma yapmasıdır. Bu serbest çağrışım gibidir. Ancak burada çağrışım olay yeniden kurgulanırken

olmaktadır. Psikodrama protagonistin yaşam olgularını gözden geçirip yeniden yapılandırmasına olanak sağlamakta, bütün grup üyelerinde de paylaşımı mümkün hale getirmektedir.

46-İmajinatif terapiler ne demektir? Nasıl yapılır? Ne işe yarar?

Bu terapiler düşlemenin de tıpkı uyku düşleri gibi aynı psikolojik, bilinçdışı malzemeyi kullandığı, ama onlardan farklı olarak daha kurulur olduğu ve yaşanırken söze dökülebildiği ve bu yüzden de izlenebileceği gerçeğine dayanır. Bu amaçla birkaç psikoterapötik yöntem geliştirilmiş ya da çeşitli terapi yöntemlerine, örneğin Gestalt terapisine ek olarak kullanılmıştır. Happich, Assgioli, Fratigny, Vitel, Bachelard gibi birkaç analist de düşlemeyi yöntem olarak kullanmıştır.

Psikoterapi tarihinde fantezi değişik roller oynamıştır. Daha 1784’de, o sırada ABD’nin Fransa Büyükelçisi olan Benjamin Franklin, Fransa Kralı’nın isteği üzerine Anton Messmer’in hipnoz yöntemini incelemiş ve bu olgunun tümüyle fantezi yoluyla ortaya çıktığı sonucuna varmıştı. 19. yüzyılda ise bu olgular telkine bağlanmıştır. Ancak 20. yüzyıl başında fantezi ve imajinasyon yeniden tanımlanmış ve psikanaliz akımına koşturularak önemli bir konum kazanmıştır. Freud ile birlikteliği sona erdikten sonra C. G. Jung kendi analizine başlamıştır. Bu otoanalizi sırasında Jung sık olarak düşlemeye başvurmuş, bu sırada görüntüsel yaşantıları da sıkça olmuştur. Bunun yayımlanması sonrasında düşleme daha saygın bir önem kazanmıştır. Ancak bunun bir teknik olarak kullanımını sağlayanlar Caslant ve Desoille adlı iki Fransızdır. Caslant hekimdi ve 1927’de önsezileri ve kimi parapsikolojik olguları incelemek amacıyla bir yöntem geliştirmişti. Bunda deneklere uzayda düşsel bir gezinti öneriyor, gezinti sırasında önlerine çıkan direnç engellerini aşmak için aktif önerilerde bulunuyordu. 1930’da ise Desoille adlı bir mühendis, Caslant’ın birkaç seansında bulunduktan sonra bu yöntemi önce arkadaş gruplarında entelektüel bir oyun olarak uygulamaya başladı ve daha sonra Jung’u da okuyunca bunu terapötik bir süreç haline getirmeye çalıştı. 1945’te Reve éveill   adını verdiği bu yöntemin sonuçlarını yayımladı. 1948’de Almanya’da Göttingen   niversitesi’nde   alışan Hanscarl Leuner bu yöntemle çalışmaya başladı. Bugün bu yöntem onun verdiği isimle katathymes bilderleben (ruhtan yükselen resimsel yaşıntı) ya da Anglosakson   lkelerinde verilen adıyla guided affactive imagery, bir tanı ve tedavi yöntemi olarak saygındır.

Yöntemin temelinde fizyolojik bir olgu yatar. Eğer bir kişı gözlerini kapatıp sakince yatar ya da oturursa, kısa süre sonra göz kapaklarının ardında az ya da çok parlak geometrik figürler görmeye başılar. Bu olgu görme sinirlerinin retinadaki u  clarının   n tarafında bulunan damar a  ı ve kan dolaşıımı nedeniyle. İşte bu sırada kişı aynı zamanda yo  ğun şekilde d  şleyecek olursa, d  ş   yavaş yavaş bu geometrik şekiller üzerinden gerçek bir görüntü gibi canlanır. Böylece kişı kendi d  şlemesini, hatta düşüncesini gerçek bir görüntü gibi izleyebilir.

İşte terapi ortamında bu sağlanarak kişinin kendi i   dünyasından gelecek düşleri izlemesi sağlanır ve tıpkı bir gece düşünde oldu   gibi i   dünyasındaki çeşitli anılar, sorunlar, geçmiş travmalar simgelere bürünerek görüntülenmeye başılar. Leuner bu fenomen üzerinde çalışırken bu simgesel görüntülerin de tıpkı bir uyku d  ş   gibi ele alınabileceğini ve böylece bilinçdışının kendini dışarı vurmak için bir kapı, bir yol bulacağını, üstelik bu düşlemenin, kişı bu sırada hem konuşup hem de sorulara yanıtlar verebildiğine göre, dışarıdan da yönlendirilebileceğini, örneğin kendisine bir

figürün, bir motifin ayrıntılarının sorulabileceğini, böylece o motifin simgesel önem ve anlamının daha düş sürerken izlenebileceğini düşünmüştür. Bunun üzerine bir temalar katalogu hazırlamış ve kişilerin farklı seanslarda art arda bu temalar üzerinde düşleme yapmalarıyla ayrıntılı bir bilinçdışı anamnez de alınabileceğini göstermiştir. Böylece hasta görüşmesi sırasında onun kendi gereksinimine göre, kendi gördüğü düşlerden seçtiği temalar yerine terapistin seçip yönlendireceği temalardan ilerlenebilmektedir.

Yöntemde hasta bir divana uzanır ya da rahat bir koltuğa oturur. Terapist spontan düşünmeyi sağlamak için bir süre gevşeme ve rahatlama direktifleri verir. Hastanın gözleri kapalıdır ve gevşeme terapist tarafından gözlemlenebilir. Sonra tema verilir ve bunun üzerinde düşlemesi, kendini orada gibi düşünmesi, orayı ya da o objeleri gözü önüne getirmeye çalışması söylenir. Eğer yeterince derinleşme sağlanabilmişse, durum ve objeler bir düş gibi görsel olarak canlanmaya başlar. Ama kişi bu sırada uyumamakta ve kendi düşünü bilinçle izleyebilmekte, düşü üzerine konuşabilmektedir. Yöntemde tema üzerinde bir direktif vermeden serbest bir düşleme de yaptırılabilir ve bu şekliyle Gestalt ve psikodramada da sıkça kullanılır. Ancak bu yöntemin kendisinde standart olarak sırayla bir çayırda gezinti, akarsu boyunca yürüme, dağa tırmanma, bir ormanın kenarı boyunca yürüyüp ormanın içine bakma, müstakil bir evi dolaşma, bir mağarayı gezme, bir alandaki üç ağacı yakından inceleme, orman içindeki açık bir alanı gözlemleyip oradaki canlıları inceleme, bir volkanın içine bakma, bir grup aslanla karşılaşma, bir ören yerinde kendisi için anlamlı bir yazıt bulma motifleri her seansta biri olmak üzere yaşıatılır. Ve seansın sonunda hasta ile düşü üzerinde konuşulur. Daha sonra başka motifler de geliştirilebilir.

Bu yöntem grupta da kullanılabilir. Grup üyeleri başları yakın olacak şekilde yere uzanır ve gözlerini kapatırlar. Grupla yapılabilecek bir etkinlik motifi, örneğin bir gemi gezisi ya da hayvanat bahçesine ziyaret toplu olarak yaptırılır. Kişiler yaşantılarına göre konuşmakta ve birbirlerine yanıt vermektedir. Yöntem bir bütün olarak her türlü nörotik bozuklukta kullanılabilir. Özellikle kimi sosyal sorunların çözülmesi ve aşılmasında çok verimlidir.

47-Yaratıcı terapiler ve sanat terapileri ne demektir? Nasıl uygulanır?

Bu başlık altında yaratıcı nitelikte sanat terapileri ele alınmaktadır. Sanat terapileri psikiyatride psikanalitik, dinamik görüşlerin egemen olduğu çağda gelişmiş oldukları için bunların konseptinde bu görüşlerin ağırlığı kaçınılmazdır. Her ne kadar güne yönelik varoluşçu ve bilişsel görüşler de aynı alanda kimi kuramlar üretmişlerse de, çalışmanın sinirbilimleri yanı bugün bile kuramsal birkaç öneriden öteye gidememiştir. Üstelik de bu terapi türlerinin hemen daima sanat etkinliği alanı içinde olmasıyla, bu alanlarda terapi sunan terapistlerin büyük çoğunluğu, hatta hepsi sanatı değerlendirmek bakımından yeterince duyarlı ve yaratıcılığın insan zihinsel edim ve etkinliği, toplumdaki önemi ve dolayısıyla da insanın toplumla bağlantı kurması ve onunla karşılıklı etkileşim için ne ölçüde güçlü ve etkin olduğu kavramı üzerinde uyanık ve ve bunun ayrıntıları üzerinde bilgilidirler. Böylece duyarlılığı eksik, kişisel nedenlerle insan ilişkilerine fazla angaje olamayan sağlıkçılar bu alandan uzak durmuşlar, bunun “biyolojist” ve yalancı materyalist soğuklukta incelemelerden korunmasında yardımcı olmuşlardır. Buna rağmen resim ve renklerdeki belirli dengelerin yakın akrabalarımız olan şempanzelerin algılamasında da aynı olduğu, laboratuvar incelemelerinde gösterilebilmiştir. Bu da

çizim ve renkler arasındaki denge ve harmoninin kökenlerinde sinirsel-biyolojik bir dizi mekanizma olduğunu gösterir. Sanat terapisinin etkinliği konusuna bu açıdan yaklaşan araştırmalar, ne yazık ki henüz yeterli ölçüde değildir.

Sanat terapilerinde ortak olarak bulunan terapötik faktörleri kabaca şöyle ele alabiliriz:

1) İlk insanlardan beri insanlararası iletişim ve etkileşimin yolları yalnızca iletişime, yani olgu ve yaşantıları haber vermeye yaramakla kalmamış, verilen haberin verdiği heyecanları da nakletmiştir. Böylece haber içeriğindeki heyecanın verilmesi ve alınması insan için zevkli, haz veren, heyecan uyandıran bir eylem olmuştur. Çoğu zaman heyecanların iletilişi, insanlarca büyülü ya da büyüsel bir iş olarak algılanmıştır.

2) Gene aynı olanak, yani insanın sanat yoluyla heyecanlarını dışa bildirebilmesi ve bunun diğer insanlarca da kavranabilmesi, görüntüleri yoluyla anlaşılamayan ruhsal hastalıkların içindeki heyecansal ve duygusal özelliklerin de başkaları tarafından algılanmasını sağlar. Böylece o zamana kadar anlaşılamayan ve bu yüzden de çevresinden ve toplumundan ayrı düşmüş, soyutlanmış olan hasta, yeniden çevresi ve toplumuyla iletişebilir hale gelir. Böylece çevre ve toplumun derleyip toparlayıcı, düzeltici etkilerine de daha duyarlı olacaktır.

3) Zaman, mekân, cisim ve varlık, kişi ve durum algılamaları şu ya da bu nedenle bozulmuş olan kimse, yaratışı sırasında kendi algılamalarını, dış dünyanınkilerle karşılaştırıp oranlamak fırsatını bulur. Örneğin çevresindeki insanların beden orantılarını başkalarından farklı, örneğe başlarını daha büyümüş gibi algılıyorsa, resim ya da seramik yaptığı sırada bu farkı görecektir. Bu da kendini eleştirmeyi ya da bu farkın olası nedenleri üzerinde düşünüp bir açıklama bulmasını sağlayacaktır. Bunun sonucunda bunun, örneğin bir metafor ya da alegorinin somutlanması olduğunu kendisi de görür ve o metafor ya da alegorinin anlamsal içeriğini de algılayabilir.

4) Sanatlar her noktadan ölçü ve harmoniye zorlar. Bir sanat yapıtının yaratılışı sırasında bu harmoni duygusu yönlendiricidir. Bu yönleniş giderek bütün yaşam ve doğadaki harmoniyi de oluşturur ve vazgeçilmez kılar. Bir konuyu çizerken de, sözle anlatırken de dağılan kişi, çizgi içindeki dağınıklığı toparladıkça konuşmasındaki dağınıklık da toparlanır ya da bir müzik aletinden çıkan seslerin harmonik olmasına çaba gösterdikçe, ağızdan çıkan ses ve sözcükler de harmoni kazanır.

5) Sanatsal uğraşı minimal bir disiplin gerektirir. Bu disiplin zorlayıcı değil içten ve kendiliğindendir. Böylece en huzursuz kimseler bile, yarattıkları sırada belirgin ölçüde dirençli ve sebatlı olmaya başlarlar.

Tarihsel süreç

Kraepelin ve Bleuler de resim çizimlerinin ve genel olarak biçim verme yoluyla tanının olabilirliğini göstermişlerdir. Bu konuda ilk söylenenler de İtalya'dan gelmişti. 1880'de Dr. Frigero hastalarının birkaç sanat üretim çabasından yola çıkarak, bunun tanısal önemi üzerinde durmuştur. Prinzhorn'un 1922'de yayımlanan kitabı, hastanın sanat ürünlerinin tanı amacıyla ele alınması gerektiğini gösteriyordu. Bundan sonra hızla her alana uygulanmak üzere bir dolu sanatsal tanı yöntemi bulunup yayımlanmıştır. 1925'te Nolan C. Lewis, erişkin nörotiklerle serbest resim çalışmaları yapmaya başladı. Sanat terapisinin bir meslek olarak ilk tanımı ise Amerika'da Margaret Naumburg tarafından yapılmıştır. 1915'te yöneticisi olduğu okulda bunu tanımlamış ve uygulamaya başlamıştı. 1958'de de New York Üniversitesi'nde yine onun yöntem ve ilkeleriyle eğitim veren ilk sanat terapisti kursu açıldı. Burada Eleanor Ulman 1961'de Bulletin of Art Therapy (Sanat Terapisi Bülteni) adıyla ve şimdi de bu alanın önemli yayınlarından olan dergiyi çıkarmaya başladı. Daha sonra da 60'lı yılların sonlarında National Art Therapy Association (Ulusal Sanat

Terapisi Birliği) adı altında bu alana ilgi duyan ve çalışan uzmanlar toplandılar. Burada sanat derken anlaşılması gereken şey bütünüyle görsel ya da plastik sanatlardır. Sanat terapisinin hedefleri şunlardır:

1. Egonun güçlendirilmesi olanaklarını ve yollarını sağlamak,
2. Katartik bir yaşantı sağlamak,
3. Duyguların belirtilip açıklanmasını sağlayan bir yol sunmak,
4. Suçluluk duygularını dindirmek ya da azaltmak,
5. Dürtü kontrolü için bir yol sağlamak,
6. Bağlantılandırma ve ilintilendirme yetilerini geliştirmek,
7. Sanatı bir çıkış yolu olarak kullanmayı düşünenlere yardım etmek

Grup içinde ya da ailelerle sanat terapisinin sunabilecekleri olarak da şunlar eklenebilir:

1. Hastaların dikkatlerinin odaklanmasını sağlamak,
2. Hastaların grup içinde hoşgörülerini yükseltmek,
3. Grubun aktif ve yaratıcı olarak sorun çözüm yolları geliştirmesini sağlamak,
4. Sanat aracılığı ile topluluğun bütün üyeleriyle iletişim kurmak,
5. Hastalar üzerinde dengeleyici ve sakinleştirici bir etki yaratmak.

Terapi için gereken konuşlanma terapistin düşüncesine göre çeşitli şekillerde olabilir. Gerekli olan malzemenin bulunması yeterlidir. Sanatın çok çeşitli yolları vardır ve bu yolların seçiminde terapistin olanakları ve hastaların gereksinimlerini izlemek esastır. Yapılan resimler ve mulaj çalışmaları yorumlanabilir ya da sadece anlatımı sağlamasıyla yetinilir. Her ikisi de olabilir ve doğrudur.

Sanatın bir başka ve çok önemli anlatım yolu da kuşkusuz ki müziktir. Müzik terapisinin kullanılmaya başlayışı geçen büyük savaşın hemen sonrasındır. Terapinin ilk kullanımı savaş malullerinin bulunduğu hastanelerdi. Daha 1950’li yıllara varmadan bu terapiyi kullananlar örgütlenmiş ve ilk bilimsel dernek ve kurumları oluşturmuşlardı. Bugün müzik terapisi eğitimi birçok ülkede vardır. Ülkemizde de müziğin terapide kullanımı üzerinde araştırmalar vardır. Ancak bunun eğitimi henüz ilk adımlarını atmaktadır. Müzik eğitiminin artık konservatuarlardan çıkarak üniversiteler bünyesine alınmış olması, bu alandaki akademik çalışmalara olanak ve fırsat sağlamış bulunuyor.

Müzikte kültürlere, toplumlara ve kişilere göre değişmeyen bir harmoni geçerlidir. Müziğin her çağda ve her toplumda bulunması, bunun her yaş ve kültürden insan için önemli duygusal tepkilere neden olmasına yol açar. Müziği duygusal bakımdan etkin yapan şey ezgisi değil, ritmi ve harmonisidir. Bir müzik parçasını, hangi ülkenin müziği ve ne kadar yabancı olursa olsun, müzik olmayan seslerden ve gürültülerden ayırırız. Müziğin ritim ve ses düzeni birçok hayvan üzerinde de etkilidir. Ağıllarındaki inekler belli türde müzik çalınırda daha fazla süt verir. Kümeslerindeki tavuklar da daha düzenli ve çok yumurtlarlar. Bu, müziğin aynı fizyolojik etkileri yapmasındandır.

Müzik terapide iki türlü kullanılabilir. Psikiyatri servislerinin gündelik çalışması sürecinde ya da bir grup terapisi yürütölmekteyken geri planda bir müziğin çalınması, etkisini derhal gösterir. Ya da hastalar çeşitli müzikler yapabilirler. Bu müzik belirli, bilinen notaların icra edilmesiyle yapılabildiği gibi, hastaların kendilerini sadece çıkmakta olan ezgilere bırakarak doğaçlama müzik yapmaları şeklinde de olabilir. Hatta düzenli müzik enstrümanları yerine, ses çıkaran çeşitli eşyanın vurma ve üfleme yoluyla seslendirilmesi yoluyla da çok yaratıcı müzikler yapılabilir. Psikiyatri servislerindeki müzik, hastaların terapötik bir ortamda yaşamasını sağlayarak iyileşmeyi sağlamaktadır.

48-Hareket, dans ve oyun terapileri ne demektir? Neden ve nasıl yapılır?

Sportif çalışmaların da dahil olduğu grupta, çok çeşitli amaçlara yönelik olarak hareket terapisi yapılabilir, ama en başta kişinin kendi beden koordinasyonu ve grupla birlikte hareket edebilmenin sağladığı harmoni esastır. Bunlar arasında dans terapisi de vardır. Önce dans terapisini anlatmakla başlayalım. Asya steplerinin ya da Kuzey Amerika çayırılık ovalarının eski ve köklü Şaman kültürleri ve mağara resimlerinin gösterdiğine göre, çok daha eski olan Eski Taş Devri kültürlerinde dans, kişinin ve çevresinin belirli bir ruh haline girmesi için kullanılmıştır. Dışavurum yolu olarak dansın kullanımına ilişkin örnekleri bulmak için çok uzakları araştırmak gerekmez. Her halkın kültüründe çeşitli dansla anlatım örnekleri vardır. Yurdumuz ise bu bakımdan olağanüstü zengindir. Dansın psikiyatride standart bir terapi yöntemi olarak kullanımı ise yenidir. Bunun önce dansa kendi kültürlerinde de büyük önem yüklemiş olan eski sosyalist blok ülkelerinde geliştiği biliniyor. Dans terapisinin bir terapi türü olarak ortaya atılıp tutunduğu ABD’de de Slav kökenli isimler öne çıkmaktadır. ABD’de bu terapinin öncülüğünü yapanlar Irmgard Bartenieff, Mary Whitehouse, Marion Chace ve Trudi Schoop oldular. Bu kadınlar bir dansçının yetişmesi için eğitilmesi gereken yetileri psikiyatrik hastaların tedavilerinde kullandılar. Bunlar bir bedenin hareketinin esasını görme yetisi, duyguları bir biçime döküp bağlayabilmek, biçimlendirebilmek için doğaçlama duygusu ve hareketi bir iletişim aracı olarak kullanabilme yetisidir. Bu hareketin başladığı 40’lı yılların başlarında “beden dili” kavramını bilen yoktu. Fakat sözünü ettiğimiz isimler kurumlarda kullanmaya başlamışlardı. Daha önceleri Wilhelm Reich, Anna Freud, Margaret Mahler ve daha başkaları da psikolojik ve duygusal durumlarla hareketler arasındaki ilişkiye, hareketle iletişim ve anlatıma dikkat çekmişlerdi. Psikiyatri genel bağlamda sözel olmayan iletişim üzerinde araştırmalara girişmemişse de, bunun etkinliği Rogers ve Montessori’nin oyun terapileri ile yadsınamaz şekilde ortaya çıkmış bulunuyordu.

Koreografi ile bilimsel olarak ilgilenenlerin üzerinde önemle durdukları nokta, dansın etkisinin zihinle beden arasında kurulan bağlantı aracılığı ile olduğudur. Bu bağın kurulmasıyla birlikte duygudurumda özgün bir durum ortaya çıkar. Bu, insanın kendisinin farkına vardığı andan itibaren yaşadığı var olma kaygısındaki belirgin azalmadır. Dans sırasında gereken hareketleri yapabilmek için insanoğlunun kendi hareket aparatıyla doğrudan bir bağ kurması gerekir. Kolunun, bacağının uzayda hangi konumda olduğunu algılaması ve o konumu kendi istediği yön, boyut ve doğrultuda değiştirmek üzere karar vermesi, kararına uygun olarak beynindeki hareket merkezlerini harekete geçirmesi, o merkezlerden çıkan emirlerin kas sistemlerine ulaşması ve çeşitli kasların aynı anda bir hareketi oluşturmak üzere kasılması, bu hareketin her minik anında kasların, eklemlerin ve kemiklerin durumlarını denetlemesi ve bütün bunların koordine ve dengeli oluşunun öbür beyin yarımküresi ve beyincik tarafından denetlenmesi gerekir. Böylece bütün merkez sinir sistemi bedenin bütününden anında haberdar olacaktır. Bunun sonucu olarak dans eden kişi var olduğunun ve nasıl olduğunun tam anlamıyla farkındadır. Buna birkaç istisna dışında müziğin de refakat ettiği ve görme duygusunun da o sırada çok aktif olduğunu düşünürsek, dansın yalnızca zihinle beden arasında değil, duyu organlarıyla zihin ve beden arasında tam bir koordinasyona yol açtığı, böylelikle dans eden kişinin kendi varlığının uzay içindeki varoluşu hakkında tam bir bilgi sahibi olduğu anlaşılır. Gündelik yaşamda pek nadir olan bu durum varoluş kaygısına hiç yer bırakmaz. Ayrıca dans hareketlerinin partnerin ya da topluluğun hareketlerine göre koşutlanması da, dans eden kişinin yalnızca kendi hareketleri

üzerindeki algılamasını değil, aynı zamanda diğer insanların hareketlerini de algılanmasını zorunlu kılar. Bu görsel-bedensel koordinasyon içinde zihinde sağlam iletişim kanallarına kavuşması demektir. Yani kişi başkasındaki hareketleri gördüğünde, aynı hareketleri kendisinin nasıl yapacağını da planlamaya başlar. Zihinsel tasarımın gözlemlenen bir model üzerinden yapılıyor olması, aynı uyarının aynı sinir yollarından iki kez geçmesi, aynı merkezlerin yapılacak hareketin tasarımına önceden ve hazır olarak kavuşması demektir. Bu, bir işi yapmakta zorlanan kimseye bizzat yaparak göstermekle aynı şeydir. Dans figürlerinin öğrenilmesinde de aynı yol izlenir. Hareket koordinasyonunda kadınların daha kapsamlı tepki verdikleri, onlarda zihin ve kas bağlantısının çok daha ileri olduğu, nörofizyologların öteden beri bildiği bir şeydir. İnce motor işlevler bakımından kadınlar erkeklerden birkaç kuşak üstün bir düzeye ulaşmışlardır.

Dans terapisinin etkili olduğu psikiyatrik bozukluklar özellikle yaşlıların depresyonlarıdır. Bu da çok mantıksal bir durumdur. Yaşamın sona erdiğinin farkında olan ve sosyal çevre desteği de genel sosyoekonomik koşullar nedeniyle gittikçe azalan yaşlı insan, dans sayesinde bedeninin hiç de ölmüş olmadığını yaşar, bedeninin canlı rezervlerinin farkına varır, ayrıca iletişim olanaklarına da kavuşur. Çocuk ve gençlerde ise bu terapi o kadar verimli değildir. Bu da kolay anlaşılabilir bir şeydir. Zaten çok hareketli yaşayan ve çevre edinmekte zorluğu da olmayan genç insan için bedenini az çok disipline sokmayı gerektiren bu terapi, çocuğun iletişim kanallarını tam tersine kısıtlar ve yoksullaştırır. Ancak onlarla da toplu, cinsler arası karışık grup dansının, özellikle erkek çocukların hareket koordinasyon becerilerini yükseltici bir işlev gördüğü kesindir. Spor ve oyun terapileriyle de buna ulaşılabilir.

Oyun terapisi özellikle çocuk ve gençlerde önemli yeri olan bir terapi türüdür. Oyunun sosyolojik, psikolojik ve pedagojik değerine ilişkin çok şeyler yazılmış ve söylenmiştir. Hemen bütün memeli hayvanlar, özellikle de bir topluluk içinde yaşayanlar için oyun, yaşam becerisinin edinilip geliştiği bir etkinlik olarak yaşamsal bir önem taşır. Terapötik bağlamda, oyunun belirlenmiş bir hedefe doğru ilerleyen şekilleri özellikle önemlidir. Bunu da iki modelden söz ederek gösterebiliriz. Bunlar Rogers ve Montessori'nin oyun terapisi modelleri olacaktır.

Carl Rogers'in oyun terapisi; tamamen analitik nitelikte olan ve çocuk psikanalizi amacıyla kullanılan bir oyun modelidir. Terapistin önünde ve çevresinde çocuğun rahatlıkla alabileceği çeşitli oyuncaklar bulunur. Bunlar küçük bez bebekler, çeşitli hayvanlar, sandalye, masa, yatak gibi ev mobilya oyuncakları, tabak, çanak, bardak şeklinde oyuncaklar, minik meyveler, et ve balık gibi yiyecekleri gösteren oyuncaklardır. Bazı bebekler cinsiyet ve yaş belli olacak şekilde giydirilmiştir. Süt bebekleri, oyun çocukları, genç ve yaşlı kadınlar, genç ve yaşlı erkekler, öğretmen, polis, vb. figürleri vardır. Çeşitli oyuncak el aletleri ve silahlar da bulunur. Otomobil, tren, itfaiye, polis arabası, uçaklar da vardır. Çocuğa uygun bir oyun alanı açılarak ya da terapistle birlikte oynayacağı bir masa konarak bunların kurgulanmasına uygun yer de hazırlanmıştır. Odada çocuğun kendisinin oynaması için at, salıncak gibi olanaklar da vardır.

Çocuk bunlarla dilediği gibi oynar, oyunlar kurgular ve bu arada terapistle de rasgele konuşmalar sürdürür. Böylece erişkin psikanalizine benzeyen ama biraz daha aktif dolaylı yönlendirmelerle çocuğun gündelik yaşamındaki sorun alanlarına doğru geçilir ve çatışmanın çözümüne doğru yaklaşılr. Bu yönlendirilmiş oyunu uyarmak üzere bütün uyarıcı figürlerin minicik oyuncaklar halinde hazır bulundurulduğu, alanlara bölünmüş oyun kutuları da vardır (Sceno Box). Bu kutu çocuğun önüne açılınca ve çocuğa bunlarla oyun ve sahneler kurgulayabileceği anlatılınca, sorun olan sahneler ortaya çıkmaya başlar. Bu sırada hiçbir direkt soru sorulmaz, hatta hiç soru sorulmaz. Yalnızca

çocuğun kurguladığı sahnenin terapist tarafından algılanmış olduğunu belli eden ve çocuğu teşvik edici kısa sözler edilir. Örneğin çocuk bebeğin biberon istediğini söylerse, “bebeğin doyurulması gerek” gibi ucu açık bir cümle söylenir ve belki “bazı açlıklar sütle doymaz” gibi bir cümle belki çocuğun doyumsuzluğunu çektiği anne sevgisi ya da ilgiyi uyaracaktır. Terapi böylece yürür.

Montessori terapileri ise İtalyan hekim Maria Montes-sori’nin özellikle zihinsel gelişim geriliği olan çocukların özel yuvaları için geliştirdiği bir dizi oyunla terapi modelidir. Bunda odaklanma özellikle çocukların biçim, renk ve ses uyumları gibi algılama olanaklarına hitap eden oyunlar üzerinedir. Çocukların beden koordinasyonlarının, el becerilerinin, görsel izleme yetilerinin gelişimi için seçilmiş olan birçok oyuncak, ayrıca karatahta, resim blokları ve boyalı kalem gibi araçlar da bulunmaktadır. Oyuncaklar arasında özellikle çeşitli biçimde kesilmiş renkli tahta bloklar dikkati çeker. Bunların birbirlerine uydurulması, uygun delikleri olan kutulara sokulması, sonra da zıplama, seke seke yürüme, birlikte rond yapma şeklinde danslı şarkılar gibi oyun seçenekleri kullanılır. Plastik hamurlarla biçimlendirme oyunları mutlaka bulunması gereken olanaklardır. Ayrıca renkli hamurlarla ve avuçla duvar resimleri yapmak da çok tutulur. Terapi başlıca grup çalışmalarına yöneliktir. Gruptan ayrılıp kendi dünyasına çekilen çocuklarla ayrıca meşgul olunarak gruba katılmasını sağlamak gerekir. Orff müzik eğitimi ilkelerine uyan, ses çıkaran oyuncakların da bolca bulunması uygundur. Bu aletler bilindiği gibi daha çok vurma ve sallamayla hoş sesler çıkaran, ses veren çomaklar, kutular, ksilofon, marakaş, davul, tef, zil, simbal gibi aletlerdir. Bunların yardımıyla ve belki daha melodik bir başka enstrümanın, örneğin blok flütün öncülüğünde çocuklar birlikte müzik yapmanın hazzı ve eğitici gücüyle çok ileri atılımlar yaparlar. Montessori yönteminde eğitim görmüş en az birkaç psikolog ya da pedagogun bulunması gereklidir. Montessori okulu da denen bu kurumlar, çocukların toplu olarak kaldığı çocuk psikiyatrisi kurumlarında olduğu kadar kent içinde kurulmuş eğitsel yardım kurumlarında da başarılı sonuçlar vermektedir.

49-Ortam (milieu) terapisi ve uğraşı terapileri nedir? Nereelerde ve nasıl yapılırlar?

Ortam terapisi kavramı psikiyatride bir bozukluğun tedavisi için hastanın bulunduğu ortamın koşullarının da sağaltıcı faktörler olarak ele alındığı bir tedavi modelini belirtir. Daha adından da anlaşılabilirliği gibi, bu model tedavi kurumlarında toplanmış olan hastalar içindir. Tedavi kurumlarının olumsuz koşullarının çok ve büyük olduğu zaten bilinmekteydi. Dahası bu koşullara maruz kalan kişilerin bu koşullardan olumsuz etkilenmekten başka, bir arada oluşları ve aynı olumsuz koşullardan birlikte etkilenmeleri de kötüleştirici bir faktördü. Koruyucu hekimlik kurallarının tedavi kurumlarında uygulanmasıyla bu durum fark edilmiştir. Yani bir hastane yalnızca olan hastalığın aktif olarak iyileşip geçtiği bir yer değil, aynı zamanda birçok hastalıkla da pasif olarak hastalanılan bir yerdir. Bulaşıcı hastalıkların toplum içinde yayılmasında hastane en önemli faktörlerden biridir. Hatta parazit türünden birçok amil de hastaneler içine yerleşiktir. Kimi hastanelerdeki mikroplar, o hastanenin koşullarına uyarak değişim bile geçirirler, o hastanenin adıyla anılan özgün bir suş bile ortaya çıkar. Bu gelişme hastanenin bakımsız ve pis oluşundan değil, aşırı temiz olmasından bile ileri gelebilir. 70’li yılların sonlarında Hamburg’ta üniversitenin aşırı modern ve çok temiz jinekoloji

bölümünde, yeni doğum yapmış birçok anne esrarengiz bir hastalıkla ölüvermişti. Bölüm kapatıldı ve yapılan uzun araştırmalar sonunda her yanı titizce sterilize edilmiş olan bölümde karyola demirlerinin akla gelmediği ve orada yerleşen son derecede iyi huylu olan, normalde hiçbir hastalığa neden olmayan bir bakterinin, çevrede başka hiçbir mikrop kalmayınca çok ürediği ve büyük bir virülans kazandığı ortaya çıktı. Birçok enfeksiyon hastalığı da ilk olarak çok özel koşullarda ortaya çıkar ve oradan da yaygınlık kazanır. Kimilerinin parakolera gibi yapay bir ad takarak önemsizleştirmeye çalıştığı kolera tipi, normal kolera amili vibriyonun ortama göre daha temiz koşullarda, Kurban Bayramı'ndaki Hac ziyareti sırasında Mekke'de hacıların Hira'ya yığıldığı sırada oracıkta patlak vermiş ve amiline bu yüzden dağın Arapça kısaltılmış adından "El Tur" vibriyonu denmiştir.

İşte hastane ve kalabalıklaşan her türlü tedavi kurumu yalnız bulaşıcı hastalıkların yayılmasını sağlamakla kalmaz, ruhsal gerilim ve bozukluklara da neden olur. Psikiyatrik hastaların oradaki koşullarda iyileşmesi de bu yüzden zorlaşmakta, hasta durumları daha da kötüye gitmekte ve bu da ek zorluklara neden olmaktadır. Bu durum bu tür kurumların yaygınlaşmasıyla çoğu hekimin dikkatini çekiyor, bunu anlatan "hospitalizasyon" diye özel bir deyim de kullanılıyordu. Bu sakıncalar yanında kurumdaki hastaların yalnız kötüleştirici değil, bazen iyileştirici etki de yapabildikleri görülmekteydi. Yakından incelendiğinde bunun hastaların kişilikleri ya da özgün türde hastalıkları nedeniyle değil, bir arada örgütlenişleriyle ilgili olduğu anlaşıldı. Terapi de zaten bir iyileştirme kuramının dikkatli tasarımlanmış bir insan etkileşimi yoluyla etkilemesidir. O halde bu iki kavramın bir arada ele alınmasıyla hastanın bulunduğu çevrenin düzenlenmesiyle, çevreyle hasta arasında olan karşılıklı etkileşimlerin terapi olarak kullanılabileceği anlaşılır. Terapinin vuku bulduğu sınırlı zaman süresinin dışında kalan zaman, terapide yapılanların boşa gitmesine de neden olabilir. İşte Stanton ve Schwartz 1954'te bunu dile getiriyorlardı; terapinin bir saati, günün geri kalan 23 saatiyle karşılaştırıldığında fazla bir önem taşımıyordu. Maxwell Jones da 1968'de "Bireyin içindeki çatışmalarla ve bunların ikili ilişkilere etkileriyle uğraşan psikanalitik modelde grup dinamikleri, sosyal terapi ve sosyal organizasyona ilişkin çok daha geniş bir dizi bilgiyle desteklenmelidir" diyordu. Dünya Sağlık Örgütü daha 1959'da psikiyatriyi "bireyin kendi sosyal çevresinde doyumu ve yararlı bir yaşam sürebilmesine yönelik koruyucu ve iyi edici kurallar" olarak tanımlamıştır. Bu yaklaşımla çeşitli toplumsal terapötik girişimler oldu. Çeşitli adlar taşıyan bu yöntemlerin ortak özellikleri şöyle sıralanabilir:

- a. Böyle bir kurumda hastaların yataklarında, odalarında ya da salonda pasif bir şekilde sağlık personelinin kendilerini iyileştirmeleri için yatarak beklemeleri kabul edilemez.
- b. Kurumun çeşitli işlerini hastalar kendileri örgütlenerek yüklenmelidir.
- c. Hastalar yalnızca kendilerine verilecek işleri yapmayacaklar, yerine getirilmesi gereken işi de kendileri saptayıp bunu organize etmek üzere örgütleneceklerdir.
- d. Bu örgüt hastaların kendileri tarafından seçilen kurullarca, seçilen görevlilerce oluşturulur.
- e. Hastalar kendi sağlıklarının gidiş ve gelişimi hakkında sağlık personelinin de sorgularlar. Bu, sağlığın kendi sorunları olduğunu kavramalarını sağlar.
- f. Hastalar kurumda uygulanan terapi modellerine ek olarak kendi kendilerini iyileştirmek için çeşitli terapi düzenekleri de oluşturur.

Hastaların kendi oluşturacakları düzenekler arasında tesisin içinde ve dışında geziler düzenlemek, sağlanacak olanaklarla kendi mutfaklarını kurmak, burada birlikte bazı yemekler yapmak, bulaşıkları nöbetleşe yıkamak, grup alışverişlerini yapmak, grupla birlikte küçük eğlenceler, "partiler" düzenlemek vardır. Yemek ve içmek insan ruhsal yaşamı için son derece temel bir önem taşır. Bunun

birlikte ve işbölümüyle olması tedavi edici nitelik taşır. Bu amaçlarla birçok ülkede bu tür kurumların işleyişini sağlamak, bu tür kurumlarda tedavi uygulamak üzere özgün eğitim düzenekleri de oluşturulmuştur. Milieu terapi bu bakımlardan belli bir teknik değil, çeşitli terapi tekniklerinin uygulanmasına olanak sağlayan bir yönetim ve koruyucu, sosyal tıp sistemidir. Hemen her ülkede hukuk ve idare organları bunlar karşısına çeşitli engeller çıkartıyorsa da, bu hareket geçen yüzyılın sonunda artık tutunmuştur. Artık hastaların servislerde olabildiğince kısa tutulması, hastane tedavisinin sürmesi zorunlu ise bunun da aynı çerçeve içinde ya da çevresinde oluşturulan “hasta evleri”nde, dış çevreye taburcu edilmekten önce hastaların kalacağı birinci ve ikinci aşama “yarıyol evleri”nde olması daha uygun bulunmaktadır. Hasta grupları bu yurt benzeri evlerde yukarıdaki ilkelere uygun bir ortamda uğraşılarda bulunur, çoğu zaman aynı hastanenin kimi gereksinimlerini karşılayan bir işletme gibi çalışır. Kendi ihtiyaçlarını da büyük ölçüde kendileri görürler. Yanlarında yalnızca birkaç yardımcı sağlık personeli ile üretimlerine nezaret edecek uğraşı terapisinde eğitilmiş ustalar vardır. İkinci aşama yarıyol evleri ise doğrudan doğruya toplum içinde, mahalle aralarında sağlanmış olan evlerdir. Hastalar kent içinde çeşitli kamusal ya da özel işlerde çalışırlar. Kazançları ya tamdır ya da yüzde az bir miktar eksiktir. Elleri geçen kazancın bir miktarını kendileri kullanır, büyük bölümünü ise ortak evin gereksinimleri için katarlar. Bir kısım kazançları da kendi adlarına açılan bir hesapta birikir. Bu da taburcu olduklarında onlara küçük bir sermaye sağlar. Elbette bu tür kuruluşlar sosyal düzenin yüksek düzeyde olduğu yerlerde gelişebilmektedir.

Uğraşı terapileri ise bir amaca ve hedefe yönelik ve anlamlı etkinliklerin, psikolojik, fizik ya da zihinsel gelişim özürlü kimselerin tedavileri ve değer kazanmaları için kullanılışıdır. Bu etkinlikler genellikle hastanın kendi yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan becerileri kazanmasına ya da toplum içinde üretime dayalı ve yönelik bir yaşam sürmesine yardımcı olabilecek şekilde düzenlenmiş etkinliklerdir. Bunların yanında, hastaneler gibi kişiyi genellikle durağan bir duruma sokan kurumlarda uzun süre tutulacak olan kimselerin, bundan kaynaklanan ve genel bağlamda “hospitalizasyon” denilen duruma düşmemeleri ve düşmüşlerse bundan çıkabilmeleri amacına da hizmet eder. O halde bu adla anılan terapilerde başta gelen amaç, hastaların toplumları ve doğal çevreleriyle üretici bir işlevle anlamlı bir ilişki kurmalarıdır. Bu türden bir ilişkinin kurulup sürdürülmesinin olanaksız ya da çeşitli nedenlerle şimdilik kısıtlı olduğu durumlarda da, en azından benzeri bir etkinlik ve o etkinliğin sağladığı insan ilişkileri ortamı içinde kalmaları amaçlanır. Bunda;

- a. Yitirilen beceri ve yetilerin yeniden kazandırılması,
- b. Uzun süren kurumsal tedavinin ortaya çıkaracağı zararlı etkilerin giderilmesi, hiç değilse azaltılması ana hedeftir.

Hospitalizasyon olgusu çok uzun zamandan beri gözlemleniyordu. Bu durum uzun süre hastanede yatışa neden olan hastalığın sürecinde ortaya çıkan bir yozlaşma durumuydu. Analitik kuram bu durum ve uğraşı terapisinin yararı üzerinde yakın zamana kadar bir görüş oluşturmamıştı. Daha sonraları, bütün hizmetlerin hastanın ayağına götürüldüğü klasik hastane yaşamının hastada, bebekliğin ilk günlerine, bebeğin bütün yaşam işlevleri için annesine tam bağımlı olduğu çağa bir gerileme sonucunu verdiği ve bununla ruhsal yapının da gerilediği düşünüldü. Diğer kuramsal yaklaşımlar ise insanın kendi doğal çevresine egemen olmak, doğadaki çeşitli olguları kendi yaşamını sürdürmek için manipüle etmek gibi bir dürtüsü olduğu, bu dürtünün doyurulmadığı durumların yalnızca bir gerilemeye değil, aynı zamanda bir yokluk, hiçlik, yok oluş duygusuna, dolayısıyla da ölüm anksiyetesine yol açtığı şeklinde bir açıklamayla, analitik görüşün bakışını genişlettiler. Bugün güçsüzlüğün, işe yarayamaz oluşun, aktif eylemlerin kısıtlanması sonucu ya da aktif yaşamdan

çekilmek şeklinde olsun ağır bir strese ve sonuç olarak zedelenmeye yol açtığı biliniyor. Bu bakımdan daha en başından, fizik ya da zihinsel güç yitimi oluşur oluşmaz kişiyi olabildiğince kendi başına yaşayabilir halde tutmaya çalışmanın son derecede önemli bir iyileştirici etki yapacağı biliniyor. Artık ağır kırıklar, ameliyat sonrası, hatta miyokard infarktüsü gibi yakın zamanlara kadar oldukça uzun süreli, haftalarca kesin yatak istirahatının şart sayıldığı durumlarda bile hastanın bir-iki gün gibi çok kısa bir zaman içinde yeniden mobilize edilmesi uygun görülüyor. Psikiyatrik bozukluklar gibi belirli bir gerilemenin zaten olduğu durumlarda ise bu kesin bir zorunluluktur.

Belirtildiği gibi, uğraşı terapilerinde kullanılan uğraşların başında, hastanın kendi başına işini yapabilmesi ve yaşamını sürdürmesi için gerekli olan “rehabilitasyon” çabaları gelir. Bu deyim “yeniden alıştırma, alışkanlığı yeniden kazandırma” gibi bir anlam taşır. Bu çabalar da güçsüzlüğün olduğu alanlar ve boyutuna göre, gündelik yaşamda yapılması gereken işlemlerin yeniden kazandırılmasıyla başlar. Kişinin kendi yemeğini yiyebilmesi, bunun için çatal, kaşık kullanabilmesi için gerekli hareketlerin kazandırılması en başta gelir. Sonra tuvalet ihtiyacını karşılaması için gereken hareketler, mekânda hareket edebilmesini, örneğin kapı açmayı becermesini sağlayacak hareketler yeniden kazandırılacaktır. Psikiyatrik hastalarda ise hastaların günlük yaşamları için yataklarının dışında olmaları ön koşuldur. Eğer bedensel hareketlerinde kısıtlanmalar varsa, örneğin spastik genel adı altında toplanan çocuklarda ya da nörolojik bozukluklarda olduğu gibi kısıtlılıklar varsa, ayrıntılı düzenlenmiş tedavi şemaları hazırlanır. Temel olan, hastanın var olan yetilerinin olabildiğince kullanılmasını sağlamak, elde kalan yetilerinin yardımıyla olmayan becerilerin işini üstlenmesini sağlamaktır. Sinir sistemi işlevlerinde yitimi olmayan saf psikiyatrik bozukluklarda ise ilk başta önemli olan, hastaların servis içindeki çeşitli işleri üstlenmesidir. Yemek masalarının hazırlanması, yemeklerin genel hastane mutfağından alınıp servise getirilmesi, hastaların tabaklarına dağıtılması gibi işlerin onlar tarafından üstlenilmesi istenir. Ne yazık ki hastaların hastane giderlerini kendilerinin karşıladığı ya da ödedikleri primleri karşılığında giderlerinin sigorta kurumlarınca üstlenildiği düzenlerde, hastane bakımında otelcilik hizmetleri beklentisi oluşur. Bu yüzden de bu tür hizmetler hastane personelinden beklenir, kimi hizmetleri hastaların kendilerinin yapması bir angarya olarak algılanır. Bu yüzden de hastalarda, hasta yakınlarında ve genel olarak toplumda buna karşı bir direnç vardır. Bu konuda hastaların ve kamunun ayrıntılı olarak aydınlatılması gerekir ve bu da oldukça zordur. İnsanların “hasta” rolünü takınmaları çok kolaydır. Buna “hastalığın ikincil kazançları” adı verilir. Her kültür, hastalık durumunu belli bir biçimde algılar. Bu algılamada ya “hastalık” kavramı ön plandadır ve kişi hastalığın bir süre konuk olduğu bir insandır ve varlığında bir değişim olduğu düşünülmez. Ya da toplumda “hasta” kavramı öndedir, yani herhangi bir hastalığı olan kişi özgün bir durum içine girmiştir ve bu hastalık ne olursa olsun toplumun diğer bireylerinden farklı birisidir. Onun için de o kişi toplumun dışında tutulur, kendisine “hasta” kategorisinden bir muamele gösterilir. Bu tutumun son derecede yanlış olduğu artık biliniyor. Ne var ki yetiştirme tarzı anacıl olan toplumlarda, kişiler en küçük zorluklarda bile “anne şefkatine sığınma” eğilimi gösterirler. Oysa hastalar toplum içindeki işlevlerinden uzak ve kısıtlı olduklarında, kendi “varoluş”larına ilişkin geri bildirim alma olanakları da son derecede azalır. Bu durumda hasta tam tersine bir “var olmayış” algılaması yaşamaya başlar ve bu da “yok oluş” yani ölüm kaygısını yükseltir. Oysa sağlık ve özellikle de hastane hizmetlerinin bir süreden beri bir müşteri-satıcı ilişkisi açısından görülmesi ve hizmet kalitesi anlayışının egemenliğinde olması, bu bakımlardan hasta sahipleri ve sigortaları iknada zorluğa neden oluyor. Bu yüzden de kamunun aydınlatılması büyük önem taşımaktadır.

Psikiyatri kurumlarında bu aşamadan sonra, kronik, yani uzun seyirli olan hastalıklarda hastaların

gün boyunca bazı uğraşlara yönlendirilmesi, kendi el becerilerini yaşayabilecekleri, kendi becerilerini görebilecekleri birçok uğraşlar arasında seçme yapabilmelerini sağlamak gelir. Bunun için servisin ya da birkaç servisin ortak kullanabileceği bir işlik olmalıdır. Burada çeşitli hasır ve sepet işleri, iplerle ve sicimlerle yapılan çeşitli süs eşyası, kâğıt ve kartondan çeşitli malzeme yapımı olanakları bulundurulur. Küçük bez bebekler yaptırılabilir. Kimi hastanelerin küçük işletmelerle işbirliği kurması ve onların kimi seri işlerinin, hastanede kurulacak bir işlikte hastalarca yapılmasını sağlaması çok yararlı olmaktadır. Seçilecek uğraşların, kişilerin sosyal kabul edilebilirliğini, işe yararlığı ve yapıcılığını, yaratıcılığını ve sosyal etkileşimini geliştirmesine yardımcı olacak uğraşlardan seçilmesi gerekir. Bu sırada hastaların basit çoğaltma teknikleriyle hazırlanan küçük bir gazete ya da dergi çıkarmaları, en azından bir duvar gazetesi hazırlamaları, küçük skeçler sahnelemeleri, konserler düzenlemeleri, yetkiyle rol alacakları sergiler açmaları, kermesler düzenleme gibi programlar sağlanması işe yarar. İşlikten çeşitli el aletleriyle çalışılması zorunlu olduğunda, örneğin tahta oymacılığı, tahta oyuncak yapımı, marangozluk gibi uğraşlar için kurumlarda özel dikkat edilmesi, güvenlik önlemleri alınması gerekir. Her psikiyatri kurumunda yatan hastaların öykülerinde birden çok daha fazla kırıcı, zedeleyici insan ilişkisi, itilmeler, dışlanmalar, aşağılanmalar vardır. Bunların hastaların yaşam isteğini söndürücü faktörler olarak tedavi sırasında da etkin olduğu akılda tutulmalıdır. Bu yüzden hastanın zaten kırılan olan yaşam direnci her an son kırılmayı yaşayabilir. Sonuçta bir psikiyatri kliniği ve hastanesinde intihar olaylarından kaçınılamaz. Bundan başka psikotik hastalarda, hatta çoğu nörotik hastada da kurum dışından gelen kırıcı etkiler sonucunda, kişilerde birikmiş bir saldırganlık da kaçınılmazdır. Hastanede görevli olan personelin de her zaman çok eğitilmiş olması, her zaman aldıkları eğitimin gereklerini tam olarak yerine getirmesi de beklenmemelidir. Onlar da terapistlerce gözlemlenemeyen birçok stres faktörüyle, kırgınlık ve öfke nedeni olan olaylarla karşı karşıyadırlar. Bunun ötesinde uzunca bir süre bir arada yaşayacak olan insanların yani hastaların birbirlerine tahammülü, tahammül sınırlarını zaten azaltan bu hastalıkları yüzünden çok daha düşmüştür. Dolayısıyla hastalar arası öfke ve kavgalardan da sürekli sakınılamaz. Bütün bu gerginlikler, ele geçecek bu aletlerin yaralama ve öldürme fiillerinde kullanılabilmesi olasılığını yükseltir.

Buna karşılık bazı uğraşların birikmiş yoğun agresyonu boşaltmakta özellikle işe yaradığı da kesindir. Bunlar arasında seramik çamuru özellikle öne çıkar. Çamuru işlemeye başlamadan önce iyice yoğrulması, tezgâha vurularak ve yumruklanarak hava kabarcıklarının çıkartılması zorunluluğu bu boşaltım için iyi bir olanaktır. Tahta ve derinin elektrikli hamlaçlarla yakılarak dekore edilmesi de benzeri bir etki sağlar. Bazen bir servise punching ball ya da bir boks antrenman çuvalı konması ve isteyen hastanın bunları dilediği gibi yumruklaması da çok işe yarar. Ayrıca hasta böylelikle duyduğu öfkenin utanılacak, gizlenecek, suçluluk duyulacak bir şey olmadığını da farkına varacaktır ve sonuçta o öfkeyi içinde tutmayıp daha rahat ama sözel olarak dışarı atacaktır.

Bu çeşit uğraşların hepsinde baş ilke bu yapılan, yaratılan yapıtların, hastanın kendi mülkiyetinde kalmasıdır. Para karşılığı yapılan işlerde ya da paraya çevrilebilen nesnelerin satışında bu nokta, çoğunlukla dikkatlerden kaçan, hastane yönetimlerinin fazla önemsemediği bir konudur. Bunun için, hastanın malzeme masrafları çıktıktan sonra elde kalan maddi değerın mutlaka hastaya ulaştırılması zorunlu olmalıdır. Bu yapılmadığında temel güven duygusu çok ağır bir zedelenmeye uğrar. Maddi kazançların hastalar için çeşitli şekillerde kullanılması öngörüldüğünde de bunu olabildiğince bütün hastaların izleyebileceği, denetleyebileceği bir düzenekle yapmak gereklidir. Hakkının gözetilmediği duygusu, genel güven duyguları zaten çok zayıf olan bu kimselerdeki son savunma hatlarını da

yıkabilir.

Psikiyatri kurumlarında hastaların çeşitli toplu etkinliklere katılmaları da yapılması gereken koşullardandır. Onların küçük ya da büyük gruplar halinde sinemaya, tiyatroya gitmeleri, konserlere, spor karşılaşmalarına izleyici olarak katılmaları gerekir. Bunda hastalar aktif bir uğraşta bulunmamakla birlikte, toplumun içine katılmış olmaları iyi edici bir faktördür. Bunda da dış toplumun anlayış ve hoşgörüsü engeliyle karşılaşılıyor. Yüzyıllardan beri psikiyatrik hastalar toplum tarafından hesaplanamayan ve tehlikeli olabilen, çoğu zaman da alay edilen, eğlenilen kimseler olarak görülmüş, itilip dışlanmışlardır. Hastanın dışarının bu tür hoyrat davranışlarından korunması çok zor olmaktadır. Bu durum çeşitli medya araçlarıyla da beslenmektedir. Buna rağmen dış dünyanın bu olumsuz, dışlayıcı ve saldırgan tutumunun göze alınıp bunun yapılması gerekir. Çünkü böylece hasta yalnız dış dünyaya, yapay olarak da olsa katılıp karışmakla kalmaz, aynı zamanda hastaneden çıkışı sonrasında karşılaşacağı benzeri olumsuz davranışlar için de daha hazırlıklı olacaktır. Bu yapılamasa bile ya da bunun göze alınamayacağı hastalar için kurumun içinde benzeri olanak ve koşulları sağlamak gerekir. Kurumun bir sinema ve tiyatro salonu, balo benzeri danslı toplantılar için olanaklar, hastaların aralarında doğum günleri, yıldönümlerini kutlamaları için koşullar sağlanmalıdır. Bu önlemler, hastaların toplumun boynuna bir yük gibi asılıp kalmalarını azaltacak ve bundan toplum kârlı çıkacaktır.

4. Bölüm PSİKİYATRİ ve HUKUK

50-Psikiyatri hastalarının yasal ve hukuki durumları nasıldır? Adli psikiyatri ne demektir ve nasıl işler? Bu konudaki mevzuat nedir?

Genel olarak hukuki durum ceza hukuku ve vatandaşlık hukuku, yani medeni hukuk olmak üzere iki açıdan ele alınabilir. Bütün ceza yasaları bazı kimseleri cezai ehliyetten yoksun saymaktadır. Bunların başında çocuklar gelir. Çocuklar belirli yaş altında ya ceza almazlar ya da haklarında başka ve özel yaptırımlar uygulanır. Bu önlem ve yaptırımlar ülkelere göre farklıdır. Türkiye’de geçerli olan ceza yasası bilindiği gibi son yıllarda değiştirilmiştir. Eski ceza yasamızda da şimdiki ceza yasamızda da çocuklar belli yaş altın da sorumluluktan uzak sayılmıştır. Şimdiki ceza yasamızın 31. maddesi uyarınca bu sınır 12 yaştır. Ancak bu yaştan üstünde de 18 yaştan dolmasına kadar cezalarda önemli indirimler yapılır. Bu önlemler suçun işlendiği zamandaki yaşa göre işler. Türk Ceza Kanunu’nun 31. Maddesi bu yaş sınırlamalarını şöyle tespit etmektedir:

TCK Madde 31: 1) Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında ceza kovuşturması yapılamaz, ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

2) Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla, müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte ikisi indirilir ve her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz.

3) On beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olanlara ağırlaştırılmış müebbet hapis yerine on dört ila yirmi yıl, müebbet hapis yerine dokuz ila on iki yıl hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve her fiil için hapis sekiz yıldan fazla olamaz.

Ayrıca fiili işleyen sağır ve dilsizse ceza sınırları daha da yükselmektedir. Fiili işleyen sağır ve dilsiz olması durumunda, Madde 33 uyarınca 12 yaş sınırı 15 yaşa çıkmaktadır. 12 -15 yaş arasındakilere uygulanan ikinci fıkra içeriği fiili işleyen sağır-dilsiz olduğunda 15-18 arasındakilere uygulanır. 15-18 yaş arasındakiler grubu da sağır dilsizlerde 18-21 yaş için geçerlidir. Böylece tam cezai ehliyet sağır dilsizlerde ancak 21 yaşından sonra söz konusudur.

Görüldüğü gibi cezalarda yaşa göre bir barem uygulanmaktadır. Önceki TCK'nda ise her fiil için akli melekelerinin saptanması ve ceza ehliyeti tespiti istenmekteydi. Hatta maddenin birinci fıkrası ceza kovuşturmasını bile yasaklamaktadır. Bu bakımlardan yeni TCK çok daha insancıl ve bilime de uygun bir tutum sergilemektedir.

Psikiyatrik sorunlara ilişkin hükümler ise TCK'nın 32. maddesinde geçmektedir. Bu madde aynen şöyledir:

TCK Madde 32: 1) Akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilemez. Ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

2) Birinci fıkrafta yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Ayrıca istenç dışı alınan alkol ve uyuşturucu maddeler etkisinde işlenen fiillerden ötürü TCK Madde 34 uyarınca ceza verilmez. Ancak istenciyle içki içmiş ya da uyuşturucu madde kullanmış olan kimse için bu fıkra hükmü uygulanmaz. Böylece suç işlemek kastıyla önceden alkol almış olmak ya da alkol etkisindeyken öfkeye kapılıp suç işlemek hiçbir ceza indiriminden faydalanmaz. Tersine içerek suç işlemek ya da suç işleyecek ölçüde içki içmek ek olarak cezalandırılır.

Yeni yasa fiili işlediği sırada akıl hastası olan kimseler hakkında yapılacak olanları da 57. Maddesinde ve yedi fıkra halinde ayrıntılı olarak belirtmektedir. Bu madde aynen şöyledir:

TCK Madde 57: 1) Fiili işlediği sırada akıl hastası olan biri hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları yüksek güvenliqli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınır.

2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğın ortadan kalktığıının veya önemli ölçüde azaldığıının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

3) Sağlık kurulu raporunda akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyorsa süre ve aralıkları belirtilir.

4) Tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet Savcılığınca bu kişilerin teknik durumu ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmesi ile sağlanır.

5) Tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında hazırlanan rapora dayanılarak yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda bir ve devamı fıkralarda belirtilen işlemler tekrarlanır.

6) İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenlikli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

7) Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

Ceza yasalarındaki bu özel hükümlere koşut olarak ruh hastalarının medeni haklarında da kimi özellikler bulunmaktadır. Bu özelliklerin de mahkeme kararıyla olması zorunludur. Kimse kendisinde bir ruhsal bozukluk ya da bir davranış bozukluğu var diye mahkeme kararı olmaksızın medeni haklarından yoksun bırakılamaz. Bu konuda yetkili olan adli merciler sulh hukuk ve asliye hukuk mahkemeleridir. Bir ceza mahkemesinde işlenmiş olan suç nedeniyle görülen dava sırasında mahkeme kararıyla kişi muayene edilmiş ve ruhsal bozukluğu tescil edilmiş olsa bile, hukuki durumunun netleşmesi için ayrıca bir hukuk mahkemesinden rapor alınması zorunludur. Ruhsal bozukluğu olanlara mahkemelerin vereceği kararlar ya hukuki sorumluluğu tamamen kaldırarak kendisinin vesayet altına alınması, ya da hukuki sorumluluğun kısmen kısıtlı olduğunun belirtilerek kendisine bir vasi tayin edilmesi şeklinde olacaktır. Kanunen tayin edilmiş olan vasi ve veliler yasal denetim altındadır. Hastanın bütün parasal ve mal varlığını onlar kontrol eder, onun adına alım satımda bulunurlarsa da bu o kadar kolay değildir. Mal satımı ancak bir istimlak gibi kamu yararına sayılan bir şey içinse hasta adına para kabul etmek gibi durumlarda söz konusudur. Yoksa bir vasi hastanın malını satamaz, onun adına, zorunlu haller dışında, mal edinemez. Velinin işi ise daha da kısıtlıdır. O hastanın yapıp ettiklerinden haberdar olmaktan başka bir sorumluluk taşımaz. Batı ülkelerinde vesayet ve velayet görevini genellikle kamu adına kamunun görevlendirdiği kimi memurlar yürütürler. Kuşkusuz ki hakların korunması bakımından bu çok daha sağlam ve uygar bir yoldur. Bizde ise bu görev, mahkeme tarafından daha çok hastanın yakın akrabasından birine bırakılmaktadır. Elbette, özellikle taşınmazların idaresinde bu oldukça sakıncalı ve kuşkulu bir durum doğurmaktadır. Ne olursa olsun kamunun ayrıntılı ve etkin bir sosyal destek sistemi geliştirmesi dilenir. Bugün artık çok iyi yetişmiş, bilgili ve yetenekli, birçok sosyal hizmet uzmanımız vardır ve görev beklemektedirler.

En başta da tahmin ettiğim gibi, bu kitabı yazarken akla gelen ve sorulabilecek olan soruları tahmin etmekte zorlandım. Bazı soruların yanıtları bana çok doğal geldiği için yazıp yazmamakta tereddüt etmekten kaçınmazdım. Ancak dediğim gibi bize sorulan ve sorulmuş olan sorular kılavuzum oldu. Öyle sanıyorum ve umuyorum ki, olası soruların çoğu yanıtlanabilmiştir.

Gene belirttiğimiz gibi okuduklarının birçoğuna insanların büyük bir bölümü “bende de var” diyerek tepki vereceklerdir. Aslında bu belirtilerin onlarda da bulunması bir şey ifade etmez. Burada önemli olan kendilerinin yakınması ve belirtilerin dozudur. Kişilerin kendi yakınması olmaksızın kimse tedaviye zorlanamaz. Yasanın tedavi zorunluluğu koyduğu durumlar bunun istisnasıdır. Bu durumlardan da kısaca söz etmeye çalışılmıştır. Çünkü psikiyatri toplumun da taraf olarak işe karıştığı durumlarla uğraşmaktadır. Bu taraf oluş çeşitli şekillerde olabilir. Resmi makamlar belirli koşullar ileri sürebilecekleri gibi kamuoyu da doğrudan doğruya fikir ve görüş ileri sürerek bazı koşullarda ısrar edebilir. Genellikle psikiyatrlar kişilerin lehine kararlar verirler ama gene de toplumun baskısını hissetmekten pek kaçınmazlar. Burada elimizde sağduyu adı verilen özellikten başka bir aracımız yoktur. Sağduyu doğal gerçekleri ve evrenin ve dünyanın gidişini anlamakta pek yardımcı olamaz, evrenin kuralları sadece sağduyu ile anlaşılamaz, ama sağduyu gene de insanların gündelik ve evrensel davranışlarında elimizde tutmamız gereken güvenilir bir araçtır. Sağduyu aracılığıyla hangi edim ve eylemimizin doğru, hangisinin yanlış sayılacağına karar veririz. Gene de bilim insanları olarak zaman zaman sağduyumuz aksini söylese de, aklımız ve gözlemlerimizin gösterdiği yolda ilerlemek zorunda kalıyoruz. Galilei’nin dediği gibi, herkes ne söylerse söylesin, “Dünya gene de dönüyor” dememiz gerekiyor. Ancak bu noktada biz psikiyatrların her zaman Galilei kadar yürekli olamadığımızı da itiraf etmemiz gerekir. Birçok noktada toplumların değer yargıları karşısında boynumuzu bükmekteyiz. Toplumlar da değer yargılarını çok yavaş değiştirir. Bunun tipik bir örneği eşcinsellik karşısındaki tutumlardır. Eski hastalık listelerinde eşcinsellik de bir bozukluk olarak gösterilmekteydi. Ancak bunun bir hastalık olmayıp toplumda her zaman belli oranda bulunan **normal** bir durum olduğu yavaş yavaş ileri sürülmeye başlanınca, sonunda bu davranış, bozukluk listelerinden çıkartıldı. Bunun gibi şimdilik bozukluk sayılan kimi durumlar ileride belki de bozukluk listelerinden çıkartılacak, şimdi normal sayılan kimi davranışlar da bozukluk sayılıp listelere alınacaktır. Bunu şu anda bilemeyiz. Belirttiğimiz gibi bizler objektif ölçütlerin yanında toplumsal değer yargılarını da hesaba katmak zorunda olan kimseleriz. Çünkü toplumlar değer yargılarını kimi yaptırımlarla dayatmaktadır. Anormal olarak yargılanan bir davranış toplumdan kimi tepkiler ve baskılar görmeye başlar ve gerçekten anormal hale gelir. Burada önemli olan hangi noktadan öteye o durumu bir bozukluk olarak saymak gerekeceği noktasıdır. Bunda da psikiyatr ve psikolog camiasının evrensel olarak verdikleri yargıya güvenmekten başka çaremiz yoktur. Ve uluslararası olarak kabul edilmiş ve geçerli bozukluk listelerine güvenmek zorundayız. Çünkü bunlar uzun yıllar boyunca meslektaşlarımızın sınamasından geçmiştir ve geçmektedir.

Tedaviler konusunda ise şu anda şanslı bir durumdayız. Bir kere bozuklukların iyileştirilmesi, olmuyorsa etkilerinin azaltılması ve yatıştırılmaları konusunda büyük bir ilaç endüstrisinin araştırmaları ve destekleri vardır. Kitapta belli başlı bozukluklar için sınanmış ve kullanılan ilaçlardan söz etmeye çalışılmıştır. Bu bölüm hazırlanırken ilaçların formül adlarını vermeye özen gösterilmiştir. Yalnızca piyasada bulunan örneklerinden bir marka adını da parantez içinde örnek olarak verdik. Unutulmamalıdır ki, aynı formülde olan pek çok ilaç başka başka ticari adlarla bugün piyasada bulunmaktadır. Bu bakımdan ilacın kimyasal, daha doğrusu farmasötik adına dikkat edilmelidir. Gene psikoterapiler de son derecede yaygınlaşmış ve çeşitlenmiş durumdadır. Biz

sadece ana akımlardan örnekler vermeye çalışmış bulunuyoruz. Bunların dışında da aynı prensipleri küçük ya da büyük farklılıklarla uygulamakta olan başka başka psikoterapi biçimleri bulunduğunu not etmeliyiz.

Sonuçta merak eden aydın kişiler için doyurucu bir kitabın ortaya çıkabildiğini umuyorum. Ama gene vurgulamam gerekir ki, psikiyatride daha pek çok sorun, soru ve yanıt bulunmaktadır. Burada yazılanlar ancak bu alanın küçük bir bölümüne bir kuşbakışıdır. Bu, mesleki bir öğrenim kitabı hiç değildir.

Son olarak gene Bilim ve Gelecek Kitaplığı çalışanlarını hayırlı çabaları için kutluyor, çabalarının sürmesini diliyorum.