

CEP UNIVERSITESI

Psikiyatri

KRİTON DİNÇMEN

Detsim Yayınları

CEP ÜNİVERSİTESİ

Psikiyatri

KRİTON DİNÇMEN
İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Öğretim Üyesi

İletişim Yayınları

İletişim Yayınları • *PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE*

CEP ÜNİVERSİTESİ

İletişim Yayıncılık A.Ş. Adına Sahibi: Murat Belge
Genel Yayın Yönetmeni: Fahri Aral
Yayın Yönetmeni: Erkan Kayılı
Yayın Danışmanı: Ahmet İnsel

Yayın Kurulu:
Fahri Aral, Murat Belge, Tanıl Bora, Murat Gültekingil, Ahmet İnsel, Erkan Kayılı, Ümit Kıvanç, Tuğrul Paşaoğlu, Mete Tunçay.

Görsel Tasarım: Ümit Kıvanç
Dizgi ve Sayfa Düzeni: Hüsnü Abbas - İsmail Abbas
Baskı: Şefik Matbaası (iç) / Seda Matbaası (kapak)
Dağıtım: Hür Basın Dağıtım A.Ş.

İletişim Yayıncılık A.Ş. - Cep Üniversitesi 26 - ISBN 975-470-123-7

1. Basım - İletişim Yayınları, Mayıs 1991.

© İletişim Yayıncılık A.Ş., 1991

Klodfarer Cad. İletişim Han. No:7 34400
Cağaloğlu-İSTANBUL, Tel: 516 22 60 - 61 - 62

YAZARIN DİĞER ESERLERİ

Psikiyatri El Kitabı, Kültür Kitabevi, 1972.
Psikosomatik Hekimlik, Kültür Kitabevi, İstanbul, 1988.
Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri, AR Yayın Dağıtım, 1981.
Nöroloji El Kitabı, İnkılap Kitabevi, İstanbul, 1977.
Adli Psikiyatri, Birlik Yayınları, İstanbul, 1984.
Benimle Son Defa Dans Eder misiniz?, Boyut Yayınları, İstanbul, 1990.
Existentialist Psikiyatri Üzerine Dört Makale, Roche Yayınları, İstanbul, 1977.
Psykhiatria ve Mythos, Roche Yayınları, İstanbul, 1984.

Önsöz

Günümüzde bilgi bir yandan en önemli değer haline gelirken diğer yandan da artan bir hızla gelişiyor, çeşitleniyor. Ama katlanarak büyüyen bilgi üretiminden yararlanmak, özellikle gündelik yaşam kaygılarının baskısı altında, zorlaşıyor. Her şeye rağmen bilgiye ulaşma çabasını sürdürenler için de imkânlar pek fazla değil.

Ayrıca, özellikle Türkiye gibi ülkelerde bir konuda kendini geliştirmek ya da sırf merakını gidermek için herhangi bir konuyu öğrenmek isteyenlerin şansı çok az. Üniversitelerimiz, toplumumuzun yetişkin bölümüne katkıda bulunmak için gerekli imkânlardan yoksun.

Cep Üniversitesi kitapları işte bu olumsuz ortamda, evlerinde kendilerini yetiştirmek, otobüste, vapurda, trende harcanan zamandan kendileri için yararlanmak isteyenlere sunulmak üzere hazırlandı.

20. yüzyıl Fransız kültür hayatının en önemli ürünlerinden olan, bugün yaklaşık 3000 kitaplık dev bir dizi oluşturan "Que sais-je" (Ne Biliyorum?) dizisini İletişim Yayınları Türkçe'ye kazandırıyor. İletişim'in Cep Üniversitesi, bu büyük diziden seçilmiş,

Türkiyeli okurlar için özellikle ilgi çekici olabilecek eserlerin yanısıra, Avrupa'nın başka yayınevlerinin benzer bir çerçevede yayımladığı kitapları da içeriyor.

Ayrıca, Türkiye'nin siyaset, kültür, ekonomi hayatıyla ilgili konularda özel olarak bu dizi için yazılmış telif eserler "üniversite"nin "öğrenim programını" tamamlayacak.

Cep Üniversitesi'nin her kitabı alanının öndegelen bir uzmanı tarafından yazıldı. Kitaplar, hem konuya ilk kez eğilen kişilere hem de bilgisini derinleştirmek isteyenlere seslenebilecek bir kapsam ve derinlikte. Bilginin yeterli ve anlaşılır olması, temel kıstas. Cep Üniversitesi kitaplarını lise ve üniversite öğrencileri yardımcı ders kitabı olarak kullanabilecek; öğretmenler, öğretim üyeleri ve araştırmacılar bu kitaplardan kaynak olarak yararlanabilecek; gazeteciler yoğun iş temposu içinde çabuk bilgilenme ihtiyaçlarını Cep Üniversitesi'nden karşılayabilecek; çalıştığı meslek dalında bilgisini geliştirmek isteyen, evinde, kendi programlayabileceği bir meslekî eğitim imkânına kavuşacak; ayrıca, herhangi bir nedenle herhangi bir konuyu merak eden herkes, kolay okunur, kolay taşınır, ucuz bir kaynağı Cep Üniversitesi'nden temin edebilecek.

Cep Üniversitesi kitapları sık aralıklarla yayımlandıkça, benzersiz bir genel kültür kitaplığı oluşturacak. İnsan Hakları'ndan Genetik'e, Kanser'den Ortak Pazar'a, Alkolizm'den Kapitalizm'e, İstatistik'den Cinsellik'e kadar uzanan geniş bir bilgi alanında hem zahmetsiz hem verimli bir gezinti için ideal "mekân", Cep Üniversitesi.

İletişim
Yayınları

İçindekiler

I. BÖLÜM
Normal Kişilik: Kuruluş ve Olgunlaşması 7

II. BÖLÜM
Akıl Hastalıklarının Nedenleri 21

III. BÖLÜM
Psikofizyolojik ve Analitik Dinamik Ekoller 26

IV. BÖLÜM
Akıl Hastalıklarına Genel Bir Bakış 40
Psikozlar 41
Organik Psikozlar 55
Zekâ Gerilikleri 68
Psikonevrozlar 71
Kişilik Bozuklukları 77
Uyum ve Stres Reaksiyonları 81
Cinsel Sapkınlıklar 84

V. BÖLÜM
Psikosomatik Reaksiyonlar 87

VI. BÖLÜM
Çocuk Psikiyatrisi 89

VII. BÖLÜM
Akıl Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri 98

VIII. BÖLÜM
Akıl Hastalıklarının Adli Yönü 105

BİBLİYOGRAFYA 113

BİRİNCİ BÖLÜM
NORMAL KİŞİLİK KURULUŞ VE OLGÜNLAŞMASI

Genelde "normal" bir durumun tanımlanması "anor-mal" olanının tanımlanmasından daha güçtür. Hele, böyle bir tanımlanma "kişilik" gibi tamamen soyut bir kavramı ilgilendirdiğinde, ortaya çıkan güçlüğün boyutları daha da büyür.

"Normal kişilik" kavramının anlaşılabilmesi için *insan*'ın -tıp açısından- üç boyutlu bir varlık olarak kabul edilmekte olduğunun vurgulanması gerekmektedir. İnsan, güncel Tıp anlayışına göre, *bio-psiko-sosyal* bir yaratıktır. Bu deyimden de kolayca anlaşılabileceği gibi, insanın *biolojik* bir temel yapısının yanı sıra, bu biolojik yapı taşının ifadesi ve de sonucu olan ruhsal işlevlerle dış dünyanın algılanması sonucu oluşan *psikolojik* yanı da vardır; bu biolojik ve psikolojik görünümlerin ortaklaşa ortaya çıkardığı *bio-psikolojik* yapı, insanın içinde yaşadığı ve sürekli bir karşılıklı etkileşimde bulunduğu toplumdan üçüncü boyutunu, yani *sosyal* yanını da kazanarak yukarıda sözü ettiğimiz *bio-psiko-sosyal ünite*'yi oluşturur.

İşte bu üçlü yaratık, sperm'in ovum'u döllemiş olduğu andan başlayan ve tüm yaşam boyunca süren değişik ve karmaşık kalıtımsal, biokimyasal, fizik, mikrobiolojik, travmatik ve doğumdan sonra da onlara eklenen ruhsal etkenlerin sonucu bir yandan biolojik ve psikolojik olgunlaşma sürecini tamamlamağa çalışırken, diğer yandan da toplumsal çevresi ile karşılıklı etkileşerek yaşam sahnesindeki rolünü alır ve onu sürdürür.

Bireyin kişiliğinin oluşması ve olgunlaşması, yukarıda kısaca sözünü etmiş bulunduğumuz tüm etkenlerin, belirli bir zaman dilimi içinde, ortaklaşa ve karşılıklı etkileşmelerinin sonucudur.

Embriolojik gelişmenin sağlıklı tamamlanması anne ve çocuğun belirli beslenme yetersizliklerinden korunmalarına bağlı olduğu gibi; annenin aşırı yorgunluk veya stres'lerden uzak kalmasının, ve, ayrıca, daha da önemli olmak üzere, rahim içi hayatın ilk üç ayında, annenin özellikle kızamık ve su çiçeği gibi belirli bazı döküntülü hastalıklardan, röntgen ışınlarından, veyahut embriyodaki organ yapımına ve özellikle sinir sisteminin olgunlaşmasına olumsuz etkisi olan bazı ilaçlardan korunmasının, bireyin ileride göstereceği kişiliğin şu veya bu şekilde oluşması üzerinde etkisi büyüktür.

Doğumdan sonra çocuğun yeterli ve gerekli şekilde beslenmesinin yanısıra ansefalit veya meningoansefalitlere yol açacak belirli bazı mikroplu hastalıklardan, beyin yaralanmalarından veya beyine olumsuz etkisi olacak fiziksel ve kimyasal etkenlerden korunmasının da öneminin vurgulanması gerekir.

Bunlarla beraber, doğumdan başlıyarak püberterin sonuna kadar süregelen ve *ruhsal-cinsel olgunlaşma süreci* olarak bilinen ve kişiliğin kuruluş ve olgunlaşmasının esasını oluşturan bir takım evrelerden, kişinin, her bir evreyi zamanında ve tüm gereği ile yaşadıktan sonra, gene zamanında, bir sonrakine geçmesi şarttır.

Yeni doğan çocuğun tüm zevk alma, doyuma ulaşma, gereksinimlerini ifade etme ve onları giderme yolu *ağız*'dır. *Oral dönem* adı verilen ve yaşamın ilk 0-18 veya 24 aylık zaman dilimini kapsıyan bu ilk evre içinde, insan yavrusu tüm gereksinimlerini ve onların doyumlarını, genelde, emme işlevi ile belirtir ve giderir. Anne memesi yeni doğanın dış dünya ile ilgi

ve ilişkisini sağlıyan tek yoldur desek, olayı herhalde abartmış olmayız.

Oral dönem'in bitiminden sonra, çocuk, dış dünya ile olan ilgi ve ilişkisini vücudunun başka bir bölgesi ile sürdürür. Yaşamın 18. veya 24. ayından 36. ayına kadar sürecek olan bu evrede, tüm hazlar ve onların yerine getirilmeleri ile tüm hiddet, kızgınlık ve saldırganlıklarının ifadesi *anus, makat* yolu ile olur. *Anal dönem* dediğimiz bu dönemde çocuğun altını kirletmesi, ıkınması, temizlenmesi onun temel gereksinimi olduğu gibi memnunluk veya kızgınlığını belirtmek için kullandığı ana yoldur da. İnsanın ilerideki kişiliği bakımından hayatın en önemli evrelerinden biri olan anal dönem içinde bulunan bir çocuğun, hiç bir zorlanma ile karşılaşmadan, bu devreyi, gerektirdiği tüm ayrıntıları ile eksiksiz ve süresi içinde yaşamasının ve bitirmesinin önemine özellikle dikkati çekmek isteriz.

Görüldüğü gibi, yukarıda kısaca sözünü ettiğimiz ve ilki 0 ila 18. veya 24. ve ikincisi de birincisinin bitiminden 36. ay sonuna kadar süren, yani hayatın ilk 3 yılını kapsıyan bu iki devre içinde, insanın, sevgi objesinin kendi vücudu içinde olması neden ile, sevgisini kendine yöneltmiş olduğunu görürüz. Yani, bu zaman içinde, kişinin sevgilisi gene kendidir. Bunun içindir ki, *oral* ve *anal* devrelerin ikisine birden *autoerotik devre* ismi verilmiştir.

3. yaşın sonundan, hayatın 4. yılından beridir ki, kişi, sevgisini kendisinin dışında ve karşı cinse doğru yöneltmeye başlar. Yaşamın ilk 3 yılından sonra 6. veya 7. yılın sonuna kadar sürecek olan bu devrede erkek çocuklar için sevgili objesi *anne* olduğu gibi kız çocuklar için de *baba* olmakla, bu devrelere, mitolojideki ilgili mitos'lardan esinlenerek -erkek veya kız çocuklarına göre- *Oedipus* veya *Elektra dönemi* ismi verilmekdedir. Bu, öylesine önemli bir devredir ki, Oedipal devreyi rahat ve mutlu yaşamış ve devre so-

nunda başarı ile bir ileriki devreye geçmiş bulunan çocukların tüm yaşamları süresince mutlu, sağlıklı, sevecen ve yaratıcı olacaklarından söz edilir.

Hayatın ilk günlerinden beri ve bilhassa anal devre ile birlikte başlıyan eğitime ve sosyal uyuma yönelik yasaklı ve cezalı yaşam, Oedipal devrede büsbütün ağırlığını gösterir. Suçluluk duygusu ile bu duygunun ardından gelen cezalandırılma korkusu, kişide pek çok kompleksin ortaya çıkmasına ve yerleşmesine neden olur. Anne'yi baba'dan çalmış olma'nın yarattığı suçluluk duygusu ile, bunun sonucu olarak, baba'nın gelip penis'i koparacağı korkusunun ortaya çıkardığı *kastrasyon-hadımlaştırılma kompleksi* hepimizi etkilemiştir. Mutlu, huzurlu ve anlayışlı bir aile ortamında sevgi dolu ve fakat bu sevgiyi açık bir cinselliğe bulaştırmadan belirten bir annenin yanında yetişen bir çocuk, 6. veya 7. yaşın sonlarına doğru Oedipal devreden çıkar, ve ruhsal-cinsel olgunlaşmasına devam ederek bu olgunlaşmanın daha ileriki dönemlerine geçer.

7. ve 9. yaşlar arasında, insan, *aseksual* veya *latent* dediğimiz cinselliksiz bir devreye girer. Erkek çocukların erkek çocuklarla, ve kız çocukların kızlarla oynadığı, erkek çocukların bir olup kız çocukları dövdüğü, belirgin bir cinselliğin gözlenmediği bu devreyi izleyen ve erginlik çağına kadar süren 9. ile 12. yaş arasındaki zaman dilimini "karanlık bir odada el yordamı ile çıkışı aramak ve bulmak çabası" şeklinde tanımlayabiliriz. Burada, çocuk, aile sınırlarının dışındaki karşı cinse yönelik olgun cinselliği arama çabasındadır. Ve tıpkı, eşya ile dolu karanlık bir oda içinde bulunan bir kimsenin çıkışı araması sırasında, onu bulmcaya kadar bir-iki masa veya sandalyeye çarpacağı ve devireceği, bir-iki vazo veya bibloyu düşürüp kırmasına neden olacağı gibi, çocuk da, aseksual devrenin cinselliksizliğinden karşı cinse ve aile dışına yönelik olgun cinselliği arayıp bulmcaya ve kendisine mal

edinceye kadar bir-iki ufak tefek suç, birkaç sadistçe veya mazohistçe davranış, bir-iki eşcinsel yaklaşım veya tecrübeye girişebilir. Bunun içindir ki, bu devreye *çok çeşitli sapıklık devresi* adı verilmektedir. Ancak, yukarıda da işaretlediğimiz gibi, püberte'ye varmakla tüm bu sapık (!?) eğilim ve eylemden sıyrılıp olgun cinselliği bulacaktır. İşte bu nedenle, bu zaman dilimi içinde bulunan bir çocuğun böylesi bir-iki sapık (!?) davranışına bakarak onun ileride de sapık olacağını söylemek önemli bir tıp hatasını oluşturur. Bu devre içinde görülebilecek böyle bir-iki hastaca davranışın "çocuğun ruhsal gelişmesi içinde görülmesi beklenen normal haller" olarak değerlendirilmeleri doğru olacaktır.

Püberte ile başlıyan ve bu çağın bitiminde tam olgunlaşan *erişkin cinsellik* kişinin tüm yaşamınca sürer. Ne var ki, yaşın ilerlemesiyle kişide ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yetersizliklerin neden olduğu *güvensizlik hissi* ve dolayısıyla *kendini koruma dürtüsü*, yaşlıda, sevgi objesinin yeniden kişinin kendi bedeni içinde yerleşmesine yol açarak, bir nevi, hayatın ilk yıllardaki autoerotik devrenin yeniden yaşanmasına neden olur. Kendi sağlığı ile aşırı ilgilenme, hastalanma korkusu, ölüm kuşkusu, aşırı bencillik, tutuculuk, yeniliklerden ve değişmelerden korkma, kendisine kötülük yapıldığı kuşkusu gibi yaşlılığı oluşturan tüm ögeleri bu *ikinci autoerotik devre*'nin ifadesi olarak görmek ve kabul etmek doğru olsa gerek.

Yukarıda kısa olarak anlatmağa çalıştığımız cinsel-ruhsal gelişmenin bu evreleriyle koşut olarak, *benlik*'te de, kişiliğin ortaya çıkmasında büyük önem taşıyan ve biribirini izleyen gelişmeler gözlenir.

İlkel benlik daima (almak, elde etmek, zevk almak) temeli üzerine oturmuş olup, bu saydıklarımızın teminini amaç bilir. *İd* ismi verilen bu en ilkel

benlikte hiçbir ahlak veya terbiyenin kısıtlayıcı veya cezalandırıcı izi görülmemektedir. İd daima ister, daima arzular; ve bu istek ve arzularında da en ufak bir sınır ve fren tanımaz. Ne var ki, bir süre sonra, kişinin üzerine etkilerini gösteren eğitim, terbiye, kanun, örf, adet, din, ahlak gibi etkenler id'in ölçü tanımaz isteklerine gem vurarak ve onları törpüleyerek toplum içinde yaşayan ve toplum kurallarına uyum sağlamış kişiliğin, yani *ego*'nun oluşmasına neden olur. Ego neyi isteyip neyi istemiyeceğini ve neyi hak edip neyi hak etmediğini bilen kişiliktir. Bir süre sonra da *ahlaki benlik-super ego* dediğimiz ve bizde, gerektiğinde, karşımızdakinin yararlanması için hakkımızdan veya kendi malımızdan ve hatta kendi öz mutluluğumuz ve yaşamımızdan vazgeçmek, affetmek, hatta kendimizi feda etmek gibi yüksek ahlak gösterilerine neden olan en üst benlik oluşur.

Normal kişi, gerek ruhsal-cinsel evrelerin tümünü zamanında yaşıyarak ve zamanında her birinden bir sonrakine geçerek aile dışındaki karşı cinse yönelmiş bir cinsellik gösteren, gerekse id'inin gereksinimlerini yeterli bir superego ögesiyle yoğurarak mutlu, istek ve arzularını elde etme yetisinde ve aynı zamanda başkalarının hak ve isteklerine saygılı bir ego'ya sahip kişidir.

Kişi, yaşam serüveni süresince karşılaştığı ve kendisini tatminsizliğe götüren pek çok üzücü olayın ortaya çıkardığı *bunalım-anksiyete*'den kurtulmak için, kendisi farkında olmaksızın, yani bilinç dışı bir yol ile işleyen ve genelde *savunma mekanizmaları* ismi verilen bazı ruhsal işlemlere başvurur. Kendisinde tatminsizliğe neden olan olayları bilinç altına atar ve onları bastırır (*represyon*), onları olmamış olarak kabul eder (*inkâr*), onlara kendi ahlaksal benliğinin kabul edeceği bir anlam ve ifade verir (*süblimasyon* ve *moralizasyon*), onları genelleştirerek kendi-sine yarattıkları

acıyı azaltmağa çalışır (*generalizasyon*), kendisini yasaklara zorlayan hırslı anne ve babayı veya çok sevdiği ve kaçınmaktan korktuğu bazı kişileri kendi öz varlığının içine sokar (*inkorporasyon* ve *introjeksiyon*), kendisini çok sevdiği veya çok korktuğu kişilere benzetir (*özdeşleşme*), kendisinde mevcut fiziksel veya ruhsal bir eksikliği diğer bir yeteneğini geliştirmek suretiyle kapatmağa çalışır (*kompansasyon*), varmış bulunduğu olgunlaşma evresinden kendisini daha ilkel bir evreye gerileterek (*regresyon*) rahatlar... v.s.

Sıkıntıdan kurtulmak, çatışmaları çözmek, depresyona engel olmak, emosyonel huzursuzluk ve acı ile mücadele edebilmek için kişi, çoğu kez, üç dört savunma mekanizmasını birden kullanmak zorunda kalır. Ancak, hemen eklememiz gerekir ki, sıkıntıdan kurtulmak amacıyla bu mekanizmaların kullanılmaları sırasında kişide psikosomatik araz, davranış kusuru, nöroz ve hatta psikoz arazı ve tablosunun ortaya çıktığı görülür.

Bilinmesi gereken diğer önemli bir nokta da, duygusal problemlerin varlığının kişinin zeka düzeyi ile herhangi bir ilgisinin olmadığıdır; pek çok parlak zekalı ve değerli kimselerin yüksek bir nörotik yük ile dolu olduklarına günlük pskiyatrik uygulamada sıkça tanık olunur.

Otuz-kırk kadar olan bu savunma mekanizmalarının tümü hakkında bilgi vermek, bu kitabın hacmini aştığı gibi amacını da aşar.

Burada, çok önemli olan bu mekanizmalardan ancak belli başlıları hakkında ve ana hatları ile bilgi vermekle yetineceğiz.

1. *Kompansasyon* - Bilinç dışında çalışan bir mekanizma olup, kişinin gerek ruhsal gerekse bedensel gerçek veya subjektif eksikliklerinin giderilmesi konusunda kullanılır; yani *aşağılık duygusu*nu izler. Fizyolojide organik hastalıklardaki yapı hipertrofisine eş-

değer olarak, ruhsal alanda da bazen *over-compensation* dediğimiz durum görülebilir; örneğin impotent veya kendilerinde kadınımsı veya homoseksüel duygular taşıyan bazı erkeklerde gözlenen aşırı bir cinsel aktivite bir *over-compensation*'dan başka birşey değildir. *Adler*'in aşağılık duygusu ve hâkim olma arzusu üzerine kurulmuş *Kişisel Psikoloji* kompansasyon mekanizmasını temel olarak alır.

2. *İnkâr* - Bilinç dışı çalışan bir mekanizma olup, duygusal çatışmanın önemli bir ögesini çözmeye yöneliktir. Aşağı düzeyde bir savunma mekanizması olup, bunda bilinç tarafından tahammül edilemeyen "şey" basitçe inkar edilir, kişi tarafından varlığı reddedilir.

3. *Yer Değiştirme* - Bu mekanizmada heyecan hissi, gerçek iç öbjeden onun yerini almış dış bir objeye transfer olmaktadır. Bunu özellikle fobilerin oluşumunda gözlemekteyiz; bu tür nörotik defansta korku ve tehdit, gizli ve iç nedenden dış ve tamamen ilgisiz bir objeye transfer edilmektedir. *Yer değiştirme* ile *sübstitüsyon* mekanizmalarını çoğu kez birlikte görmekteyiz.

4. *Dissosiyasyon* - Bilinç dışı çalışan ilkel bir mekanizma olup, bunun yardımıyla fikir, durum veya objeden duygusal anlam ve teessüri tonus azalmakta, dissosiye olmaktadır. Dissosiyasyon mekanizması, kişiliğin, çok ağır ve katlanılamaz bir baskı ve acı altında bulunulduğunda, kendi bütünlüğünden büyük ya da küçük bir parçayı ayırmakla, dissosiye etmekle kendisini gösterir. Bu şekilde ayrılan iki parça uzun veya kısa bir süre için biribirinden ayrı, habersiz ve ilgisiz olarak faaliyet göstermeye başlar; bu durumda, kişilikten kopan parça kişiliğin tümünden ayrı, başlıbaşına çalışır.

5. *Fantazi* - Gerçek olmayan ve bir eksikliği giderici bir tatmin sağlayan ve duygusal çatışmaların çözül-

mesine yardım eden hayali bir olaylar topluluğudur; yani, bilinçli ya da bilinç dışı olabilen bu mekanizma, kişi için heyecanı değeri olan bir uyanıklık rüyası olup, gerçekleştirilmesi olanaksız olan amaç ve arzulardan hiç olmazsa nisbi ve kısmi bir tatmin elde etmek amacını güder. Özellikle çocuklukta, ilkel repressiyonlar ile ilgili gibi gözükse de, görünen kısımları, bilinç dışında bulunan derin ve gizli ana bölümü örter. *Fantazi* yardımcı, olumlu bir savunma mekanizması olabileceği gibi hezeyanlara yol açarak gerçeğe olan ilginin kopmasına da yol açabilir.

6. *İdealizasyon* - Libidinal bağlanmanın aşırı değer verilmiş, önemsenmiş, abartılmış ve kutsallaştırılmış bir sevgili kişi, eşya veya kavrama transfer edilmiş olmakla kendisini gösteren bir mekanizmadır. *İdealizasyon* bilinçdışı olabilmektedir. Görülüyor ki, bu mekanizma *identifikasyon*'u hatırlatmaktadır. Bu her iki mekanizma super ego'nun oluşmasında önemli bir rol oynar. İdealizasyon devam ederse, sonuçta, sevgi objesi gerçek olmaktan çıkıp düşünsel bir biçim almaktadır; böylece, kişi, sevgi objesinin ancak iyi taraflarını görmekte ve hatta onda bulunmayan bazı "güzel" özellikleri de ona mal etmekte olmasına karşın, sevgili objesindeki "kötü" ve "çirkin" tarafları görmemektedir; sonuçta da, bir muhakeme kusurunun ortaya çıkacağı açıktır. İşte bu şekilde idealize edilmiş sevgi objesinde belirgin bir kusur ortaya çıktığında, bu sevgi objesini idealize etmiş olan kişide büyük bir yıkım ve hayal kırıklığı görülür.

7. *İdentifikasyon* - Kişiyi diğer birisine benzetmeyi ve hatta onunla aynı kişi olmayı amaçlayan bilinçdışı bir savunma mekanizmasıdır. Bu identifikasyon kişisi iyi veya kötü olabileceği, sevilen ve hayranlık duyulan bir kimse olabildiği gibi korkulan bir kimse de olabilir.

8. *İnkorporasyon* - *İnternalizasyon* ve *introjeksi-*

yon mekanizmalarına yakın olan bu mekanizmada kişi, sembolik bir tarzda diğer bir kişi veya kişinin bir kısmı ile tek vücut şeklinde birleşmiş bulunmaktadır.

9. *İnversiyon* - Bu mekanizma ile kabul edilemeyen, kovulan, istenmeyen arzu ve heyecanlar veya dürtüler tümüyle değişip olduklarının zıddı haline dönüşmekteler. Bir duygu veya arzu bilinç altına itildikten sonra inversiyon'a uğramaktadır.

10. *Projeksiyon* - Çok önemli bir savunma mekanizması olan projeksiyon'da, kişinin, bilinç dışı bir yol ile, kendisine varlıklarını hissettiği ve kendisinin istemediği, beğenmediği, onaylamadığı, dayanamadığı bazı özelliklerini reddedip bunları diğer kişilere yüklemekte olması sözkonusudur. Bu mekanizma, çoğu kez, represyon'un güçlendirilmesi için kullanılmaktadır. Özellikle homoseksüel duyguların karşı tarafa mal olmaları sonucu perseküsyon hezeyanları ile bunlarla ilgili cinsel ve diğer halüsinasyonların ortaya çıktığı gözlenir. Günlük yaşantımızın psikopatolojisinde projeksiyon mekanizması hepimizin başvurduğu bir anksieteden kaçış yoludur.

11. *Rasyonalizasyon* - Buna gerek bilinçli gerekse bilinç dışı bir savunma yolu olarak sık sık rastlamaktayız. Kişinin kabul edemediği ve doğru bulmadığı bir konuyu kendisine haklı göstermeyi amaçlayan bilinçli mekanızmanın dışında, rasyonalizasyon, kabul edilemeyen ve istenmeyen duygu, impuls ve davranışın bilinç tarafından katlanılabilecek ve takdir edilecek şekle dönüşmelerini amaçlayan bir ego savunmasıdır.

12. *Reaksiyon Formasyon* - Bu mekanizma sonucu olarak, bilinç düzeyinde kişi tarafından reddedilen duygu, arzu, gereksinim ve davranışlar tümüyle zıt bir içerik kazanarak bilince dönüp yerleşirler. Bu mekanizmayı, savaşta korkan subayın hücum sırasında bir an için kararsız davranan askeri hemen orada öldürmesinde, kendisinde homoseksüel eğilimler gören po-

lisin özellikle homoseksüellere karşı amansız davranmasında, çocuğunu sevmeyen annenin diğer anneleri çocuklarına iyi bakmıyor diye itham etmesinde ve buna benzer pekçok olayda görürüz.

13. *Regresyon* - Kişiyi, özellikle sembollik bir yol ile, integrasyon ve olgunluk açısından bulunduğu düzeyden daha ilkel bir gelişme düzeyine indiren ruhsal bir süreçtir. Yani, regresyon, kişinin bulunduğu duygusal, psikolojik, davranışsal düzeyden daha erken, aşağı bir düzeye indirgenmesidir. *Regresyon* psikoseksüel gelişmede bir *gerilemedir*. Bütün emosyonel hastalıkların az çok bir regresyonla beraber yürüdüklerini söyleyebiliriz. Regresyon'u, özellikle psikoz olgularında, o zamana dek olgun davranış gösteren kişilerin parmak emmeye, tırnak yemeye, yatağını ıslatmağa, mastürbasyon yapmaya başlamasıyla görürüz. Çocukluk yaşlarında rastladığımız her regresyonu, daima, patolojik olarak kabul etmememiz gerekir; zira, çocukluktan olgunluğa gidiş ve gelişme, sürekli olarak ilerleyen bir süreç olmayıp, bazen duraklama hatta gerilemeler gösterdikten sonra tekrar ileriye doğru yoluna davam eder. Bunu, özellikle, aileye yeni bir kardeşin katılmasından sonra, çocuğun, ebeveyninin sevgi ve ilgisini kendisine yeniden yönlendirmesini sağlamak çabası sırasında görebiliriz.

14. *Represyon* - Dayanılamayan fikir ve impulsların tekrar bilince getirilemeyecek derecede bilinç altına itilmeleri mekanizmasına *represyon* mekanizması adı verilir. Bu mekanizma, acı verici ve huzur kaçırıcı anı ve düşünceleri "unutturan" ilkel bir savunma yoludur.

15. *Restitüsyon - Bozma* ve *kendi kendini bilinç dışı bir yol ile cezalandırma* mekanizmaları ile ilgisi olan *restitüsyon*'da kişinin duymakta bulunduğu suçluluk hissini, yapılanı düzeltme ve onarma yolu ile ortadan kaldırma ögesi sözkonusudur.

16. *Süblimasyon* - Bilinç tarafından kabul edilemeyen ve reddedilen içgüdüsel dürtülerin yönlerini ve görünümlerini değiştirip onları kişi ve toplum tarafından makbul şekle dönüştüren bir savunma mekanizmasıdır. Sonuçları çok gerekli ve yapıcı olan bu mekanizmaya sıklıkla rastlanır. Toplumda başarılı olmuş pek çok kişinin içgüdüsel enerjilerinin bir bölümünü bu yönc rekanalize etmiş olmaları olasıdır. Kişi ya da toplum tarafından reddedilen dürtü veya çatışma yaratan içgüdüsel materyelin daha ahlaklı ve estetik bir şekle sokulması bu mekanizmanın sonucudur. Denilebilir ki, başarılı olmuş süblimasyon, repsese edilmiş bilinç dışı enerjinin anlatımı konusunda kullanılan en ideal hal çaresidir.

17. *Sembolizasyon* - Gizli bir düşünce, kompleks ve hatta birçok objenin şekil değiştirerek başka bir obje vasıtası ile, başka bir obje yolu ile anlatılmaları *sembolizasyon* mekanizması ile mümkün olur.

18. *Genelleştirme* - Bir heyecan veya kompleksin *ilgili kişi ve olayları kavrarcasına yayılması* şeklinde kendisini gösteren bir savunma mekanizmasıdır.

19. *Retrospektif devalüasyon* - Bu mekanizma yardımı ile *önceleri meydana gelmiş bir olayın duygusal değerini düşürülmesine* gayret edilir.

Yalnız, bir noktanın açıklanmasının gerektiği kanısındayız. Her ne kadar, ahlaksal benliğimizi rahatsız edip bilinç düzeyinde sıkıntıya neden olmaları nedeniyle, özellikle cinsel arzu ve düşmanca duygulardan oluşan bu materyel kendimizin farkına varmadan kullandığımız savunma mekanizmaları sayesinde bilinç altımızın derinliklerinde itilmiş iseler de, bazen, tekrar bilincimize çıkmaları için bizi zorlıyarak ya nedenini bilemediğimiz bir iç sıkıntısı'na (*anksiete-bunalım*) neden olur, veyahut ta, bilincimizi aldatmak gayesi ile kendilerini gizleyerek, yani sembolik bir ifade kazana-

rak hastalık belirtisi veya tuhaf bir davranış şeklinde belirir.

Burada çok önemli bir konunun açıklığa kavuşması gerekir; bu da, insanın yaşamı açısından *anksiete-bunalım*'ın her zaman olumsuz ve hastalık yaratıcı bir vasıf taşımamasıdır. Anksietenin gerek ruhsal gerekse bedensel pekçok hastalığın oluşmasında temel öge olmasının yanısıra, aynı anksiete'nin insan'ı insan yapan pekçok davranışımızın, yaratıcılığımız ve sevgimizin ve hatta İnsanlık'ın ilerlemesininin nedeni ve de ifadesi olan pek çok çalışma, araştırma ve keşfin temelini oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Bu konuda önemli olan anksiete'nin varlığı veya yokluğu olmayıp *insan'ın duymakta bulunduğu anksiete'yi karşılama ve kullanma tarzı* dır. Aynı anksiete duygusu bazılarımız için bir hastalık kaynağı olabildiği gibi bazılarımız için şiddet, nefret ve antisosyal davranışlar kaynağı oluyor, ve, bazılarımız için de, İnsanlık'ın ifadesi olan büyük bir eser veya keşfin ortaya çıkmasına neden bir yaratıcılık sürecinin temelini oluşturuyor.

Bu hususu hepimizin bildiği üç misal ile açıklamak isterim:

Beethoven'de otoskleroz sonucu oluşmuş sağırlık ve onun neden olduğu anksiete ve Yaradan ile Yaradan'ın eseri Yazgı'ya karşı isyan hissi 5.Senfoni'nin, ve, sonra da, Yaradan'a sığınma ihtiyacı da İnsanlık'ın en büyük yapıtlarından olan 9.Senfoni'nin bestelenmesine; Toulouse Lautrec'in çocukluğu sırasında geçirmiş olduğu kaza sonucunda ortaya çıkan ve tüm hayatınca sürmüş bulunan bücürlüğü ve çirkinliğinin anksiete'si onu bir yandan alkol ve absent'e sürüklediği gibi, hiç bir zaman kendi egoizmasının okşanmasına olanak verecek bir kadın aşkından mahrum kalışı, kendisinde, tüm üst süslenmelerden arınmış bir (kadını sevme ve kadın tarafından sevilme) objesi olarak

görmüş olduğu fahişeleri ilahileştiren o seviyeli bir hüzün ve insalık kokan resimlerini çizmesine neden olmasına karşın; bundan on beş-yirmi yıl kadar önce İstanbul'da Sultanahmet'ten başlayıp Karaköy'de biten ve bu arada bir polis komiseri ile iki polis memurunun gangsterin kurşun yaraları sonucu ölmelerine neden olan çatışmanın kahramanı tek gözlü gangster Camgöz Garry'nin böylesine azılı bir katil ve iyi bir nişancı olmasına neden de -her halde- "bir gözü kör olmasının neden olduğu anksiete'yi nefret, antisosyal eğilimler ve öldürmelerle tamamlanan ve over-kompansasyon savunma mekanizmasının bir ifadesi olan çok iyi nişancı olma "durumu ile karşılamış olmasından başka bir şey değildir.

İKİNCİ BÖLÜM
AKIL HASTALIKLARININ NEDENLERİ

Tüm tıp dalları içinde, veyahut başka bir deyimle, tüm hastalıklar içinde, akıl hastalıkları kadar neden açısından böylesine bir değişkenlik gösteren başka bir hastalık grubu yoktur. Ayrıca, halk arasında, nedenleri böylesine yanlış olarak değerlendirilen başka bir dal da yoktur. Bu yanlış değerlendirmenin temelinde, *ruh* ve *ruhsal işlevler* kavramları hakkında halkta yerleşmiş bulunan hatalı bilgilerin yattığını vurgulamamız doğru olur.

Ruh ve *ruhsal işlevler*'in sinir sisteminin *hareket, hissiyet, refleks, besleme, vegetatif, ruhsal* olarak sınıflandırılan altı temel işlevinden biri olduğu açıklanırsa, sanırız, konu hakkında yeterli bir temel bilgi verilmiş olur.

Beynimizdeki 16 milyar temel sinir hücresi ile aralarındaki liflerle oluşan sayısız bağlantıların, gene beyindeki nörotransmitter denilen bazı kimyasal maddenin etkisi altında, diensefal dediğimiz ve beynin derinliklerinde oturan bir bölgede ortaya çıkardıkları bilinç hali ile emosyonel ortamın, kalıtım diye bilinen kromozomal genetik faktörler potasının içinde vücuttaki içsalgısal ve kimyasal metabolik ayarlamalar ve dıştan gelen emosyonel, fiziksel, kimyasal ve mikrobiolojik etkenlerle yoğrulmasından başka bir şey olmıyan *ruhsal hayat*'ımızın gerek sağlıklı gerekse hastalıklı hallerinin izahında, yukarıdaki tek bir cümle içinde sıkıştırmağa çalıştımız pek çok ve karmaşık faktörün karşılıklı etkileşiminin rol oynadığı görülür.

Bu faktörlerin hepsinin ve tüm bilimsel ayrıntıları ile burada anlatılması, bu kitabın hacmini çok aşacağı gibi kitabın yazılmasındaki amacı da aşar. Bu nedenle, burada bazı temel faktörleri çok kaba çizgilerle belirtmekle yetineceğiz.

Beyindeki *nöron* dediğimiz sinir hücreleri *sinaps* adı verilen bağlantı uçları ile biribirine bağlı olup, bu hücrelerin doğru yani sağlıklı veya yanlış yani hastaca çalışmaları, sinaps bölgesinde oluşan ve temelde *nörotransmitter* denilen maddelerin yapılması, değişmesi, toplanması, yıkılması, boşalması, yeniden geri alınması şeklinde kendisini gösteren kimyasal reaksiyonların sonuçlarından başka bir şey değildir. Bu şekilde mutluluk, sıkıntı, kendini iyi veya kötü hissetme, neşe veya üzüntü, huzur veya gerginlik, sükünet veya kızgınlık ve saldırganlık, korku gibi pek çok ruhsal durumun kimyasal yönü hazırlanmış olur.

Adrenalin, noradrenalin, serotonin, histamin, triptofan, dopamin gibi katekolamin'lerin ve asetilkolin maddesinin beyindeki metabolizmaları ruhsal hayatın kimyasal yönünü oluşturur. Kızgınlığımız, korkumuz, saldırgınlığımız veya miskince baş eğmemiz, hareketli veya sönük ve bitik davranmamızın altında -kimya açısından- daima, yukarıki maddelerin bazılarının artması veya eksilmesi rol oynar. İşte bu nedenledir ki, 1952'de Fransız hekimi Laborit tarafından, başta, cerrahi şokların tedavisi için ortaya atılıp sonraları akıl hekimliğinde büyük bir çığır olan psikofarmakolojinin açılmasına neden olan klorpromazin maddesinin keşfinden sonra, o ana kadar tedavi açısından çok kısır olan psikiyatride ilaç ile tedavi yönteminin ortaya konması ile peşpeşe keşfedilen ve bu günkü yüzgüldürücü sonuçların alınmasına neden olan bu tür ilaçların kullanımında esas, hekimin, karşılaştığı akıl hastalığının cinsine göre, bozulmuş bulunan beyin biokimyasını düzeltmeğe yönelik bir maddeyi hastaya vermesin-

den başka bir şey değildir.

Beyin bir bütün olarak çalışmakla beraber, her biri bir işlem sorumluluğunu yüklenmiş ayrı bölgelerden yapılmıştır. Ne var ki, bu bölgeler birbirleri ile ilgili olup tümü, *sağlık* dediğimiz bir durumu ortaya çıkarmak üzere eşzaman.ve eşgüdümlü olarak çalışırlar. Bu şekilde, örneğin, karşıdan geldiğini gördüğümüz bir kişinin bize neden olduğu ilgisizlik veyahut sevgi veya nefret duygularına göre, heyecanımız yönünde neşelenir veya üzülür, korkar veya kızar, ona saldırır veya ondan kaçar veyahut ta sevgi ile ona doğru yaklaşırız.

İlk bakışta karışık bir kavram olarak karşımıza çıkan *kalıtım*, kendine özgü kanunlar içinde kesinlik taşıyan bir olgudur. Burada, Alman din adamı Mendel'in 19. asır ortalarında ilk kez gece sefası ve bezelyeler üzerine yapmış bulunduğu gözlemler sonucu ortaya attığı dört kanundan başlıyarak, hücre çekirdekleri içindeki kromozomların hücre mitozu ve miozu sırasında uğradıkları değişikliklere ve oradan da hücre kimyasının ilerlemesi ve RNA ve DNA moleküllerinin keşfinden sonra oluşan ve bugünkü tıbbın temel taşlarından birini oluşturan gen bilimine kadar uzanan ilginç ve gizemli bir bilim macerası ile karşıkarşıya kalmaktayız. Bir mesleğe veya yetiye yatkınlık ve eğilim, bir konuyu sevme veya bir davranışı benimseme, şu veya bu şartlara kolayca uyma veya uyamama gibi soyut kavramlardan eski tıpta geçer akçe olan *locus resistenciae minoris* diye tanımlanan vücuttaki zayıf nokta görüşüne veya uzun boy-kısa boy veyahut şişmanlık-zayıflık veyahut bir hastalığa karşı dirençli olma veya olmama gibi somut olay ve olguların ortaya çıkışında, daima, genlerin oynadığı önemli rolle karşılaşırız.

Ancak, burada çok önemli bir faktörün varlığını da vurgulayarak açıklamak isteriz: burada da, tüm bu

katı bilimselliğin içinde, gene de, *yazgı* diye bilinen o bilinmeyenin, canlının tüm yaşamında etkisini göstermekte olmasıdır. Bilindiği gibi, hücrelerin *mitosis* ve *meiosis* safhalarında *kromozomların biribirlerine sarmalanmaları-crossing over olayı*'ndan sonra sarmalanma noktasındaki kopma safhasında kesi kenarının düzenli olmayıp bazı uçların uzun bazılarının ise kısa kesilmiş olmaları sonucu genlerdeki dağılımda bir *adaletsizlik* ortaya çıkıyor ve sonuçta, bu durum, aynı kromozomları taşıyan bireyler içinde dahi aynı yetilerde farklılıklara neden oluyor.

Ruhsal hayatımızı etkileyen dış psikolojik faktörlerin işlevlerinin gerek anlaşılmaları gerekse açıklanmaları oldukça güçtür. Bu hususta, daima, aşağıdaki temel düşünceden hareket etmek zorundayız: Dışarıdan bize ulaşan ve duygu alıcılarımız tarafından algılanan uyaranlar, ya doğrudan refleks yollar vasıtasıyla talamik düzeyde veyahut şartlanmış cevap mekanizmaları vasıtasıyla kortikal düzeyde duygusal cevaplara neden olurlar; bundan sonra, diensefalon aracı ile entegre olmuş duygusal cevaplar kortikal inhibisyondan kurtuluyor, ve aynı zamanda, aktive olmuş diansefalon'dan yukarıya doğru çıkan yayılmalarla, *algılanmış olan*'a evvelce yaşanmış deneyimlerden oluşan bir *alışılmış ton* ilâve edilmek suretiyle, *basitçesine algılanmış olan*'ı *duygusal olarak yaşanmış* hale çevirir. Tüm bu karışık işlemler, diensefalon ve çevresinde bulunan ve Papez halkası ismi verilen üniteyi oluşturan bazı kaide nüvesi ve bu halka ile bağlatılı bulunan retiküler formasyon denilen oluşumun ortak çalışmalarının ürünüdür.

Ruhsal yaşantımızı, yukarıda saydıklarımızın dışında, pek çok fiziksel, metabolik, kimyasal, mikrobiolojik, içsalgısal, travmatik, tümöral ve beslenmeyi ilgilendiren faktörler de etkiler. Aşırı sıcak, şeker veya non-proteik azot metabolizması, frengi veya tüberkü-

loz veyahut merkez sinir sistemini tutan ve ansefalit veya meningoansefalit yapan diğer virüs ve mikroblar, beslenme bozuklukları veya PP vitamini gibi bazı vitamın eksiklikleri, kafa travmaları, veyahut özellikle diensefalik, frontal, temporal ve oksipital bölgelerde oturan beyin tümörleri ve diğer kafa içinde yer tutan vetireler gibi çok geniş ve değişik bir faktör skalası ruhsal durumumuzu etkiler.

Yukarıda çok kısa ve ancak ana çizgileri ile kabaca belirttiğimiz tüm bu psikolojik ve biyolojik etkenlerin uygun nitelik ve nicelikle tam bur uyum içinde ortak çalışmalarının sonucu ortaya çıkan *akıl sağlığı*, bunlardan herhangi birisinin nitelik ve niceliğinde olacak en ufak bir değişimin tüm sistemin uyumunu bozacağı nedeni de, kolayca sarsılır. Akıl sağlığı'nın bozulmasının klinik ifadesi de, kolayca anlaşılabileceği gibi, *akıl hastalığı*'ndan başka bir şey değildir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
PSİKOFİZYOLOJİK VE ANALİTİK DİNAMİK EKOLLER

Emosyonlar, insani varlığın gerek somatik gerekse ruhsal hayatını ayarlayan ve hayatın en büyük unsurunu oluşturan husus olduğuna göre, bütün dinamik psikiyatri ekollerinin esas amaç ve temelinin heyecanların izahı ve onların neden olduğu problemlerin halli olacağı kolayca anlaşılır. Dolayısıyla, biz de, bu bahse emosyonların çeşitli bakımdan izahları ile geleceğiz.

Kırk yıl kadar önce Gray Walter'in *machinae speculatrices* ismini verdiği ve hayatın esasını teşkil ettiği iddia ettiği hayat kuvveti, hissi reseptörler, synaps'lar ve kas cevabı vazifesini gören ve altı bölümlük makinelerden oluşan robotlarında motivasyon, emosyon ve adaptasyon hastalarını yaratabilmiştir. Bu robotlar idrak ediyor, hatırlıyor, hareket ediyor, evvelce yaşanmış ve öğrenilmiş deneyimlere cevap veriyor, zevk aldıklarını tekrarlıyor ve memnun kalmadıklarında da baterilerini tekrar doldurmak üzere "eve" dönüyorlar, yani, bir bakıma yaşıyorlar. Fakat bunu yapan Walter de kendi "insanları"nın zavallı basitliğini bu şekilde anlatıyor: Kuramsal olarak biribiriyle karşılıklı ilişkilerde bulunan altı parçalı bir sistem on milyardan fazla duruma geçebilir; dolayısıyla, on milyarlık sinir elemanlı insan beyninin ise Galaxi'deki parçacıklar adedinden fazla bir davranış şekli gösterebileceğini anlıyoruz.

Gray Walter'den sonra, aradan geçen kırk yıl içinde, o ilkel machinae speculatrices akla durgunluk verecek ölçüde gelişerek bugünkü bilgisayarlara vardı. Ne var ki Galaxi'deki parçacıklar adedini düşünecek

olursak, ve de bilgisayarların "çalışmaları için gene de insan tarafından yüklenmelerine gerek olduğu" gerçeğini gözönüne alırsak, insan beyninin mükemmelliği karşısında bilgisayarların gene "zavallı" kaldıklarını görebiliriz.

İşte bu böylesine karmaşık bir sistemin esasını teşkil eden emosyonlar'ın biodinamik izahı için ortaya atılan muhtelif yönlü görüşlerin en belli başlılarını kısaca gözden geçirmek gerekir.

McDougall'in emosyonel hayatı içgüdülere bağlayan ve James-Lange'nin emosyonların iç organlardan kaynaklandığını iddia eden ilk psikofizyolojik kuramları yeni psikanalitik görüşlerle tamamlayarak, huzursuz bir sex tension'u olan bir şahsın bu tansiyonu bir uzva yönelterek konversiv histerik araz; veyahut bastırılmış agresivite veya tatmin olmamış "sevgi açlığı" gösteren kimsenin de spastik kolitis veya kalp nevrozu gösterebileceğini söyleyebiliriz. İşte, emosyonlar için bir "merkez" aranırken, hipotalamus ve genellikle diensefal ve retikular formasyon'un fizyolojisi bütün araştırıcıların dikkatini beynin bu noktasına toplamıştır.

Cannon ve Bard kuramına göre, çevre alıcılarından gelen afferent impuls'lar ya doğrudan reflex yollar vasıtası ile talamik seviyede, veyahut şartlanmış cevap mekanizması ile kortikal seviyede emosyonel cevaplara neden olurlar; ondan sonra diensefal vasıtası ile integre olmuş bu emosyonel cevaplar kortikal inhibisyon'dan kurtuluyor ve aynı zamanda aktive olmuş diensefal'den yukarı doğru çıkan yayılmalar *basitçesine idrak edilmiş*'i *duygusal olarak yaşanmış* hale çevirir.

Yukarıda esasını çizmeye çalıştığımız Cannon ve Bard'ın kuramından sonra, Papez de, emosyonları aynı bölgeye yerleştirmeye ve bölgenin fizyolojisi ile izah etmeye çalıştı.

Hans Selye de *adaptasyon nazariyesi* ile fizyolojik ve psikolojik streslerin vücutta birbirine benzer şekilde önce *genel alarm*'a, sonra *özel adaptiv karşı koymalar*'a ve en nihayet *bitkilik ve degenerasyon reaksiyonları*'na neden olduğunu iddia etmiştir. Bu sahfaları psikiyatrik terminoloji ile ifade etmek istersek, sırasıyla *yaygın anksiete* ve ondan sonra *normal veya nörotik mücadele, kaçış veya bağımlılık* ve, nihayet, toplumsal uyumu bozmayan bütün bu vasıtalar hastayı huzura kavuşturamazsa, *affektiv boşluk* ve *psikotik yıkım* ile ifade edebiliriz.

Emosyonlar hakkında ortaya konmuş bütün bu organist görüşleri gözden geçirirsek, görürüz ki, *hipotalamus*, gerçek affektiv hayat ve emosyonların oturduğu veya ortaya çıktığı yer olmaktan ziyade heyecan ifadelerinin sempatik, hormonal ve motor mekanizmalarının koordine olduğu ve kuvvetlendiği sinirsel bir yapıdır.

Yukarıda kısa olarak toplamaya çalıştığımız bu psikofizyolojik düşünüşe yakın, fakat oldukça farklı bir açıdan hadiseyi gören bir gurup yazar da, Pavlov'un *şartlı refleks* üzerindeki formülasyonlarından hareket ederek çeşitli görüş ve kuramlar ortaya atmışlardır.

Watson, ortaya atmış olduğu *objektif psikoloji* görüşü ve *behaviorism* kuramı ile davranışın, doğuştan mevcut şartlanmamış duyuş ve hareket tarzlarının ileride elde edilen şartlı reflekslerle yoğrulmasından ortaya çıktığını iddia etmiştir.

Behavior kuramı ile yakından ilgili çok önemli bir ekol ise, bu asrın başında Adolf Meyer'in kurmuş bulunduğu *psikobiyoloji*dir. Bu görüşe göre behavior, "fiziksel" ve "ruhsal" reaksiyonların teker teker veya toplamının ifadesi olmayıp tüm organizmanın ortak bir psikobiyolojik cevabıdır. Meyer bu görüşüne uygun olarak da *iş yapma* = *behavior* = *ergasia* keli-

mesi üzerine yeni bir psikiyatrik nomenklatür kurmuştur. Bu görüşe göre, behavior, bir yandan vücut yapısı bir yandan da olgunlaşma ve çevrenin etkileri altındadır.

Freud'un açtığı çığırla gelişen *psikanaliz*'in gerek araştırma gerekse bir tedavi metodu olarak insan davranışını anlama açısından psikiyatride yapmış olduğu derin etkiler tartışma dışındadır.

Freud'un ortaya attığı *derinlik psikolojisi* statik ve dogmatik bir sistem olmayıp, daima gelişen bir kuramdır. Nitekim daha ilk senelerde Jung, Adler gibi Freud'un şahsi dostları ve sonraları Alexander, Grinkel, Horney, Rado, Sullivan, Thomson gibi modern analistler, hepsi Freud'un etkisi altında ve fakat farklı yollar takip ederek, her biri kendi kişisel ekolünü kurmuşlardır.

Bütün bu dinamik ekollerin esasını oluşturan ve Freud tarafından ortaya atılan *kişiliğin kuruluşu ve psikoseksüel olgunlaşma safhaları* daha evvelki bahislerimizde izah edilmiş olduklarından buradan tekrarlanmayacaktır.

Freud görüşüne göre kişilik fonksiyonları *id, ego* ve *superego* tarafından yapılmaktadır. *Yeni doğmuş çocuğun narcissismi*'nden oluşan ve bütün içgüdü ve dürtüleri kendinde toplayan *id*'den sonra, gelişen çocuğun libidosunun muhtelif organlarda yerleşmesi ile erotizm'in muhtelif şekilleri tefrik edilir. Böylece, sırasıyla, *oral inkorporasion* ve çocuğa altının kirletmemesinin kendisine öğretilmesi sonucu ortaya çıkan *anal agresivite* ve *retansiyon* ve nihayet sırasıyla 3 ve 7 yaşından sonra da *uretral* ve *fallik* ve nihayet genital erotizm oluşur; bu sonuncu, püberteden sonra karşı cinse ve aile dışına yönelik *aşk*'a dönüşür. Freud, id'i, yapıcı ve yaratıcı hayat içgüdülerini kapsayan *Eros* ile yıkıcı, tahrip edici ve ölüm içgüdülerini kapsayan *Thanatos* veya *Destrudo* olarak ikiye ayırmaktadır.

Ego, id'in arzularını superego'nun emirleri ile yoğurup dış-toplumsal gerçeğe uyabilecek şekle sokan kişilik kısmıdır. Dolayısıyla, ego, bir taraftan id'e varabilmesi için şuursuzluğun derinliklerine dalmakta, diğer taraftan ise superego'nun emir ve yasaklarına doğru uzanmakta ve çeşitli savunma mekanizmalarını kullanmak sureti ile de her ikisini uzlaştırmaya çalışmaktadır.

Superego ahlak, aile, örf, kanun, din, anne-baba, hocalar ve çeşitli transferansların yarattığı ve id'in dürtülerini meneden, frenleyen kişilik kısmıdır.

Şuur altı'nda, keza şahsın bilhassa sosyal ve seksüel davranışına derin etkileri olan Oedipus, Elektra veya kastrasyon gibi çeşitli kompleksler de yerleşmişlerdir. Bu kompleksler, superego'nun emirlerine göre hareket eden ego'nun, id'in narsistik, yıkıcı veya erotik dürtüleri üzerine yüklenmiş bastırıcı ve susturucu, sindirici etkisi sonucu ortaya çıkarlar.

Bütün bu mekanizmaları gözönüne alırsak, psikanalitik tedaviyi izah etmek için Freud'un kullandığı bu ifadeyi kolayca anlamış oluruz: İd'in bulunduğu yere ego geçecektir.

İşte yukarıda mümkün olduğunca kısa anlatmaya çalıştığımız bu ilk Freud görüşü sonraları, örneğin anksiyete ve ölüm içgüdülerinde olduğu gibi, başta bizzat Freud olmak üzere Ferenczi, Groddek, Reich, Rank gibi birçok yazar tarafından değişikliklere uğramış ve bu ilk klasik analistlerden sonra yetişen yeni nesil analistleri ise Freud'u tamamlayarak, değiştirerek, düzelterek veya reddederek psikanalize yeni görünümler vermişlerdir.

Freud'dan ilk ayrılan ve kendi başına müstakil bir ekol kuran Adler'in *kişisel psikoloji* teorisine göre, bir aşağılık hissinin ortaya çıkmasına neden olan fiziksel kusur ve yetersizlik halleri, kişi üzerine, bu aşağılık hissini bir gurur ve güven hissine çeviren bir tembih

rolünü oynamaktadırlar.

Buna göre her şahıs, kendisini, muvaffak olmasına ve etrafına karşı hakimiyet kurmasına doğru götüren bir *inferiorite hissi*'ne sahiptir ki, bu his hemen daima çirkinlik, sakatlık, organ yetersizliği gibi *organik bir kusur*'dan doğar. Dolayısıyla, her insan, daha ilk çocukluk yaşlarından beri bir kusurunu kompanse etmek amacıyla tüm hayatınca tatbik ve takip edeceği bir hayat stratejisine sahiptir. Adler'e göre *karakter*, çocukluk yaşlarından beri şahsın, kendi vücut yapısı, sosyo-ekonomik durumu, cinsel hayatı, aile şartları, eğitim gibi birçok hayat cepheleri ile münasebetinde kurmuş oluğu ve takip ettiği ve kuvvet, başarı ve hakim olmak bakımından kendisi tarafından en uygun olarak kabul edilen bir takım davranış ve tavır zinciridir.

Adler nazariyesine göre, kişinin, süperiorite temini hususunda kendi kusurları ile yapmış olduğu bu mücadele: ya başarılı bir kompansasyon; ya aşırı bir kompansasyon; veyahutta bir kuvvet ve mazeret elde etmek amacıyla hastalığa sığınmak şıklarından biri ile neticelenmektedir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki, Freud nazariyesine göre "seksüel" menşeli olarak kabul edilen bütün olaylar Adler'e göre "süperiorite elde edip aşağılık hissinden kurtulma çabası" na bağlıdır.

Din, felsefe, mitoloji ve sembolizm'den aldığı materyel üzerine kendi ekolünü kurmuş bulunan Jung'un psikiyatrik görüşünün ve dolayısiyle psikoterapötik metodunun esasını oluşturan *psikolojik realite* ve *archetype*'ler kuramları, ortaya atılmış oldukları günden beri, tıp anlayışı ve metodolojisinden uzak oldukları gerekçesiyle pek çok yazarın tenkidine maruz kalmaktadır.

Jung'un kendine özgü görüş ve düşünüş tarzını yansıtan *psikolojik realite* doktrinine göre, kuvvetli

bir emotiv tonus ve ifadeye sahip olan her inançta muhakkak surette bir gerçeklik payı mevcuttur.

Jung'un görüşüne göre *ruh* iki kısımdan oluşmaktadır: *animus-anima* ve *psyche.* Psyche kavramının gerek bilinçli, gerekse bilinç dışı olarak işlevlik gösteren ruhsal süreçlerin tümünü kapsamasına karşın, *anima* ancak *kişilik* olarak tarif edebildiğimiz ayrışmamış bir işlev kompleksini ifade etmektedir.

Aynı ekole göre *kişilik* de iki kısımdan oluşur: 1- Bizim dahili duyuş tarzımızı ifade eden *dahili kişilik* kısımı ki, buna *anima* ismi verilmektedir; 2- Dış davranış, dış karakterimizi oluşturan *harici kişilik* kısmı ki buna *persona* adı verilmektedir.

Ego'nun, gerek geçmişteki süreçlerden toplanmış muazzam bir imaj yığınından gerekse dıştan his fonksiyonları kanalı ile nakledilmiş uyarıların kayıt imajlarından ve bu iki gurubun karşılıklı enteraksiyonlarından oluştuğunu görmekteyiz.

Bununla beraber, ego'nun, *kendi-self* ismi verilen ve ego'dan çok daha geniş ve temel bir faktörler topluluğu oluşturan bir kavramın önemli bir unsuru olduğunu görmekteyiz. Ego, self'in içinde çok önemli bir yer tutan ve fakat self'in içinde mütala edilen bir kişilik kısmıdır. Kendi-self, kendisini bilhassa bilinç dışı fantazilerde, mükemmel bir kuruluş sistemi gösteren bir *ideal kişilik* görünümünde ortaya çıkar.

Jung kuramında, yukarıda tarif etmiş bulunduğumuz kişilik kısımlarının dışında onların derinliklerinde olup onları besleyen çok önemli bir kişilik kısmı da *bilinç dışı*dır. Bilinç dışı: 1- Nispeten daha yüzeysel olan ve kişisel varoluşun unutulmuş, itilmiş, sublimasyon yoluyla idrak edilmiş, duyulmuş, düşünülmüş, yaşanmış tüm materyeli kapsayan *kişisel bilinç dışı*; 2- Kişisel bilinç dışı'nın çok daha derinliklerinde bulunan ve kişisel olarak elde edilmemiş olup İnsanlığın ortak mirası olarak nesilden nesile intikal eden ruhsal işlev

mahsullerinin birikmiş olduğu *kollektif bilinç dışı*'dan oluşur.

Kollektif bilinç dışı İnsanlığın varoluşu süresince tarih geleneği veya göç veyahut cografik komşuluk durumları olmadan birbirinden ayrı ve uzak, farklı yaşam süren ve hatta değişik zaman dilimleri içinde yaşamış olan insan kitlelerinde yerleşmiş *mitolojik ifadeler, sembol* ve *imaj* ile *imago*'lar, *archetyp*'ler ve *mandala*'lar vasıtasıyla kendisini gösterir.

Archetyp'ler daima "kollektif" olma niteliğini taşırlar; bunlar bir topluluk, halk, toplum veya genellikle tüm insanlara -zaman ve mekan sınırı dışında- ait bütün düşünce, inanç, mistik fikir, din, ahlak, devlet ve doğruluk kavramları gibi ögeler oluşturur. Bunları, tüm insanlığın yaşam tecrübelerinden ortaya çıkıp kişiye miras kalmış bir fikir veya düşünce modeli olarak tarif edebiliriz.

Jung'un libido'su cinsel bir mahiyette olmayıp bir nevi yaşam kuvveti'dir.

Ferenczi "her nöroz'da çocuklukta tatmin olmamış sevilme ve kabul edilme hisleri mevcuttur" pensibinden hareket ederek, Freud'un objektivite ve hastaya karşı soğuk ve uzak durma metodunun tamamen tersi olan bir metodu ortaya atmıştır: Analiz esnasında anne-baba rolünde olan hekim tam anlayışlı, sevgi dolu, hoşgörülü, kendisinin de kusurları olduğunu kabul eden bir baba olarak hastanın karışısına çıkarak, hastanın, kendi çocukluk yaşantılarını daha affedici, anlayışlı ve sevgi dolu bir atmosferde tekrar yaşamasına imkan sağlamıştır.

Transferans'ın sade hastadan hekime doğru değil de, karşı-transferans şeklinde, hekimden de hastaya doğru işlemesinin icap ettiğini ortaya koyan Frenczi, bu surette, "tedavi esnasında şahıslar arası ilişki" kavramının da öncüsü olmuştur.

Rank, birçok anksicte hallerinde doğum olayı esna-

sında görülen bazı belirtilere benzer fizyolojik unsurun varlığı üzerine dikkati çekerek bütün nöroz hallerinin esasını *doğuş travması*'nda aramanın önemi hususunda israr etmiştir.

Rank, esasını *anneden ayrılma kavramı*'nın oluşturduğu doğuş travması'nın kişinin bütün ileriki hayatındaki her ayrı kalma hadisesinde reaktive olacak bir anksiete deposu olduğunu iddia etmektedir. Rank'a göre, nörotik hasta, ne kendi kişilik ve bağımsızlığını ortaya koyabilmekte ve ne de kitle tarafından yutulmasına ve sindirilmesine müsade etmektedir. Bu tarif, Freud'un " nörotik, kendi isyankar eğilimlerinden korkup onları bastıran bir asidir" tarifine uygun düşmektedir.

Freud'a göre, çocukluk sürecinde *ego* kendisini: superego'nun itham edici girişimleri; içgüdüler; superego'nun oluşumundan önce küçük çocuğu hakimiyeti altına almış bulunan çevrenin neden olduğu anksiete gibi üç tehlikeye karşı korumak zorundadır. Yetişkinlerde ise, yukarıki üç tehlikeye karşı tedbir almanın yanı sıra, homoseksüalite-heteroseksüalite ve pasivite-aktivite gibi karşıt eğilimlerin neden oldukları çatışmaların sonucu olan huzursuzluğa karşı bir armoni ve intizamı temin etmek vazifesi de gene ego'ya yüklenmektedir.

Melanie Klein, çocuk superegosu'nun anne baba superegosu'nun introjeksiyon'u sonucu olup ödipal kompleksin çözüm devresi olan 4-4.5 yaşlarında husule geldiğine dair Freud'un görüşüne uymayarak, superego'nun kuruluşunun daha hayatın ilk aylarında başladığını iddia etmektedir.

Buna göre, küçük çocuk için zevk verici olan herşey "iyi", ağrı ve acı verici herşey ise "kötü"dür; dolayısıyla küçük çocuk "iyi şeyler" ve "kötü şeyler"den oluşan kendi sübjektif dünyasını kurmuştur; ilave edilmesi gerekir ki, küçük çocuk için "iyi" ile "kötü" ara-

sındaki ayırım tamamen sübjektif olduğu gibi zaman ve şartlara göre de bir uçtan öbür uca dönebilir ve neticede şu anda "iyi" olan şey hemen sonra "kötü" olarak nitelenebilir; ve hatta, bir ambivalans şeklinde aynı obje hem "kötü" ve hem de "iyi" olup aynı zamanda hem sevilir ve hem de nefret edilir.

Klein'a göre çocuğun ilk hayat aylarında iki öge hakimdir: "almak" (süt emmek) ve "vermek" (feces ifrağı). "Alınan" her şey iyidir, "verilen" her şey kötüdür. Bu suretle, "alma"nın introjeksiyon ile, "verme"nin ise projeksiyon ile ilgisi anlaşılmış olur.

Psikosomatik Hekimlik'in kurucusu Alexander, formüle etmiş bulunduğu kuramında, cinsellik ve çocukluk cinselliğine Freud'a göre daha az önem vermiş ve iki uç tipte kişiliğin varlığını savunmuştur: Stres ve huzursuzluk karşısında *aktivite* (sempatik tembih) ile cevap verenler; *vegetatif gerileme* (parasempatik tembih) ile cevap verenler. Sempatik tembih şeklinde cevap verenler agresiv dürtülerini susturmaya çalıştırdıklarında hipertansiyon, şekerli diabet, römatoid artrit ve eksoftalmik guatr gibi psikosomatik reaksiyonlarla karşılaşmış olur. Buna mukabil, parasempatik tembih şeklinde cevap verenler, stres karşısında aktivite göstereceklerine, çaresiz kalmış ufak çocuklar gibi bağımlı bir duruma geçmekteler ve klinikte bronşial asma, dispepsi, duodenal ülser, kolitis ve müzmin ishal şeklinde psikosomatik reaksiyonlar gösterirler.

Bu şekilde, çeşitli psikosomatik hastalıkların çişitli kişilik yapılarında kenidlerini gösterdiği postülasyonu ortaya çıkar. Mesela, mide ülseri tipi şahıs görünüşte hırslı, sert, azimkar görünürse de esasında bağımlı ve kadınca bir ruhsal yapıya sahiptir; aynı şekilde koroner tromboz ve angina pektoris'in daha ziyade obsesif, vazifesine bağlı ve büyük sorumluluk yüklenmiş meslek sahipleri arasında çok daha fazla rastlandığı sıkça gözlenir.

Kendine özgü ve aşırı bir görüş sahibi olan Reich, karakterin kuruluşunda sosyal ve politik faktörlerin önemi üzerinde durmaktadır. Şahısta, otorite kavramı ile ilk çatışmanın vuku bulma nedeninin cinsiyet meselesi olduğuna işaret eden Reich'a göre, seksüalitenin çocuklukta susturulması halinde, ileride, bu susturulmaya karşı kişilikte herhangi bir ayaklanma hali olduğunda, hayatın çeşitli cephelerinde aşırılıklara rastlanacaktır. Şöyle ki, cinsel bir serbesti elde ettiğinde bütün hayatını sekse bağlayan bir kimsenin ortaya çıkması gibi; bağımlılıktan kurtulmak çabası sonucu da karşımıza bir kriminel, bir gangster, bir zalim çıkacaktır. Bu suretle, Reichin görüşüne göre ruh sağlığının esasını *cinsel serbesti*'nin oluşturmakta olduğu anlaşılmış olur; ancak hemen işaret etmek isteriz ki buradaki cinsel serbesti tabiri sadece cinsel anlama gelmeyip genel bir serbestiyi ifade etmektedir.

Kişiler arasındaki ilişkiler üzerine görüşünü kurmuş bulunan Karen Horney çevresel, sosyal ve kültürel faktörlerin şahsın davranış ve genelde ruhsal hayatına ve sonuçta nöroz'ların etiolojisi üzerindeki tesirlerine bilhassa önem vermektedir.

Horney'e göre, bütün insanlara ve bilhassa bütün ırk ve toplumlara geçerli "normal" bir davranış standardı mevcut değildir. Davranışlara "normal" veya "anormal" damgasını vuran husus sözkonusu şahsın yaşamakta olduğu toplum normları ile mukayesede ortaya çıkmaktadır; zira bir davranış muayyen bir toplumda "hasta", "nörotik" olarak kabul edilebilmesine karşın o aynı davranışa diğer bir toplumda tamamen "normal" gözüyle bakılabilir. Ancak, Horney'in görüşüne göre bütün nörotiklerde gözlenen tek ortak vasıf "reksiyonların dar bir çerçeve içinde sınırlanması" ile "mevcut yeti ve olanaklar ile elde edilen arasında ikincinin aleyhindeki nisbetsizlik"tir.

Erich Fromm psikolojik açıdan Freud ve Rank'ın,

sosyolojik açıdan ise Marx'ın tesiri altında kalmış ve kendisinin kurmuş olduğu kuramına göre *kişi ile toplum arasındaki ilişkiler*'i izah etmeye çalışmıştır.

Kişinin doğuştan antisosyal olduğunu iddia eden Fromm, uygarlığı Freud'un süblimasyon'u ile aynı anlamda görmektedir. Kendisine göre, kişinin doğallığının bastırılması, yani medeniyetin artması ile nöroz'ların artmalarına karşın, baskının azalması ve dolayısıyle medeniyetin azalması ile nöroz'lar da azalacaktır.

Sullivan'ın kuramı "cemiyet içinde, şahsın, diğer kişilerin birçok kısım ve detaylarının akislerinden ibaret olduğu" fikri üzerine kurulmuştur. Sullivan'a göre yaşantılarımız yoktur; biz, kendimizin yaşantılarıyız; tüm yaptıklarımız tatmin ve güven hislerimizin kuvvetlenmeleri gayesini güder.

Küçük çocukta bütün hayat *uyku ğaçlık ğağlamağ tatminğuyku* dairesi içinde seyretmektedir; bu yaşlarda -ağlama, annenin dikkatini çekmek suretiyle tatmine yettiğinden- iskelet çizgili adelenin önemi ikincildir; solunum ve sindirim cihazlarının en önemli rolü oynadıkları bu devreye, Sullivan, *oral dinamizm* ismini vermektedir. Çocuğun terbiye edilme devresi başladığında, yani çocuğun her arzusunun anne tarafından hemen yerine getirilmediğinde, ağlama ile iş gören oral dinamizm'in tesiri çok azalmaya ve yerine iskelet adaleleri başrolü oynamaya başlarlar. Ancak hemen işaret edilmesi gerekir ki, bazı olgularda ağlamanın dış ifadesinin ortadan kalkmasına karşın, ağlama fiiline iştirak eden adaleler anksieteyi ifade edercesine kasılma halinde bulunabilirler ki, bu hal klinikte kendisini bronşiyal astma ile gösterir.

Bilhassa hayatın ilk 6. ile 27. ayları arasında, çocuk, Sullivan'ın *empathy* ismi ile adlandırdığı bir nevi "duygusal iletim" vasıtası ile, annesi veya dadısının ona karşı duymakta olduğu hisleri anlama yetisine

sahiptir. Empati, biyolojik vasıfta bir hadise olmasına karşın bilinen hissiyet yolları vasıtasıyla oluşmaz. Empati yoluyla anne-babaların memnuniyet veya memnuniyetsizlikleri çocuğa iletildiğinden bu hissin çocuğa işeme ve aptest etme kontrolu öğretiminde oynadığı mühim rol kolayca anlaşılmış olur. Anne-babaların duygusal davranışları ve hisleri empati yoluyla çocukta neşe veya sıkıntı, gerginlik veya gevşeme, huzur veya huzursuzluğa neden olmaktadırlar. Bunun en iyi misalini huzursuz ve sıkıntılı bir annenin bütün uğraşmalarına rağmen çocuğuna herhangi bir şekilde rahat verememesinde görürüz.

Sonuç olarak diyebiliriz ki Sullivan'a göre, şahıs hangi şart altında bulunursa bulunsun 3 temel amaca yönelmektedir: Anksiete'den kurtulma, güven sağlama, gerginliği azaltma.

Şüphe yok ki tüm bu analitik görüşlerin, tıbbi birer ekol olarak, en büyük eksiklikleri tıbbi ve biyolojik disiplinlerle pekçok noktada bağdaşamamalarıdır. Bütün bu ekollere bağlı tedavilerin çok büyük bir mahsuru da haftada 2-3 defa olmak üzere senelerce sürmeleridir. Kaldı ki, çok defa, hepimizin bilincinin derinliklerinde varolan huzursuzluklar, hasta noktalar, kompleks ve çatışmalar bizim kendimizin, kendi kişiliğimizin karakteristikleridir; belki de bizi biz yapan benliğimizin derinliklerindeki bu "bozukluklar"dır. Şöyle bir soru ortaya atılabilir; madem ki bütün bu "hasta?" noktalar ta çocukluğumuzdan beri devam edegelmekteler, neden düne kadar herhangi bir hastalık yaratıcı etki göstermediler de ancak şimdi bir huzursuzluk, bir "hastalık"a neden olmaktadırlar? Galiba bunun en doğru izahı, hastalık esnasında herhangi bir sebeple bizim duygu ve heyecan eşiğimizin düşmüş olmasıdır.

Anlaşılıyor ki böyle hallerde, biz, hastamızın duygu ve heyecan eşiğini yükseltirsek artık bu evvel-

den beri mevcut "bozukluklar" kişiliğin yüzeysel-görünür seviyesine ulaşamıyacak ona tesir edemiyecek ve dolayısıyla hastalığa neden olamıyacaklardır.

İşte bu nedenle modern psikoterapi, kişinin derinliklerindeki "bozukluklardan ziyade günlük, hastalıktan önceki olaylar ile problemlere yöneltilmektedir. *Yüzeysel destekleyici psikoterapi, kısa süreli psikoterapi* diye anılan bu modern metodlar, bugün eski klasik uzun psikanalizin yerini almakta ve pek çok psikiyatri merkezinde kullanılmaktadır. Kaldı ki, derin psikanalizin bir diğer önemli tehlikesi de, şahsın uzun zamandan beri kurmuş olduğu ve kendisini iyi kötü korumukta olan savunma mekanizmalarını bazen tamamen yıkıp, hastayı korkunç anksietesi ile karşı karşıya bırakabilmesi ve dolayısiyla, böyle hallerde, onu psikoz veya intihardan birisini tercih etmek ikilemiyle karşı karşıya getirmesidir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
AKIL HASTALIKLARINA GENEL BİR BAKIŞ

Akıl hastalıklarının sınıflandırılması yıllarca süren tartışmalara yol açan bir konudur. Böyle tartışmaların hiç yeri olmadığı bu kitapta biz, Dünya Sağlık Örgütü Sınıflandırması'na uygun olarak ve memleketimizde senelerce kullanılmakta olan görüşü esas alarak *akıl hastalıkları*'nın ana hatlarını çizmekle yetineceğiz.

Kolayca anlaşılacağı gibi, burada, *Psikiyatri* gibi çok geniş ve karmaşık bir tıp dalı'na ait konuların tümünün ve, ayrıca, bütün ayrıntılarının irdelenmesi beklenmemelidir. Amacımız, konu ile ilgilinen ve hekim olmayan bir aydına gerekli ve genel kültür kapsamına girecek temel bilgileri vermektir.

Akıl hastalıkları'nı, temelde, aşağıdaki şekilde sınıflandırabiliriz:

I- PSİKOZLAR: Şizofreni, psikoz manyak depresiv paranoia, parafrenia, konfüzyon mental.

II- ORGANİK PSİKOZLAR: İhtiyarlık bunaması, arterioskleroza bağlı bunamalar, presenil bunamalar, paralizi jeneral, alkol ve toksik madde kullanımına bağlı psikozlar, beyin tümörlerine bağlı psikotik durumlar, epilepsi psikozları, üreme psikozları.

III- ZEKÂ GERİLİKLERİ: İdiosi, embesilite, debilite.

IV- PSİKONEVROZLAR: Anksiete nevrozu, konversion nevrozu, obsessiv-kompulsiv nevroz, yorgunluk nevrozu, dissosiyasyon nevrozu.

V-KİŞİLİK BOZUKLUKLARI: Psikopati, pasiv-agresiv kişilik, şizoid kişilik, siklotimik kişilik, histe-

rik kişilik, kazalara eğilimli kişilik.

VI- STRES VE UYUM REAKSİYONLARI

VII- CİNSEL SAPMALAR

I. Psikozlar

Şizofreni- *Şizofreni* gençlik yıllarında başlayıp, genelde, sürekli ve müzmin seyreden, esasında duygulanım melekesi ile düşünce sürecinde bozukluğa neden olarak umursamazlık, saçmalık, kişiler arası ilişkilerde bozukluk ile kendisini gösteren bir hastalıktır.

Hastalık süresince, zaman-zaman, diğer akıl melekelerinde de bozukluklar ortaya çıkarak hastalığın klinik görünümünde değişiklikler olur.

Her ne kadar müzmin bir akıl hastalığı olarak kabul edilirse de, bugünkü etkin ilaç tedavisi sonunda, hastalığın seyrinde çok olumlu sonuçlar elde edilmekte olduğuna işaret etmek isteriz.

Temel nedeni ve ortaya çıkışı çok karmaşık ve belirsiz olan bu ciddi akıl hastalığının etiolojisinde pek çok etken ortaklaşa rol oynar. Bu konuda çocukluktan beri devam edegelen ve neden oldukları ağır bunalım sonucu kişilik organizasyonunu bozan psikojenik faktörlerden genetik-kromozomal ve nörokimyasal bozukluklara, genel metabolizma bozukluklarından enfeksiyon hastalıklarına, bazı toksik maddelerin etkisinden "doğuştan var olan minimal organik beyin bozuklukları" şeklinde ifade edilmeğe çalışılan belirsizliklere kadar uzanan geniş bir etkenler spektrumu ile karşı karşıyayız. Ama, ne yazık ki, bugünkü bilgilerimizle tüm vakalara geçerli olacak ve bilimsel kesinlikle kullanabileceğimiz bir neden öne sürme olanağımız yoktur. Şizofreninin ortaya çıkışında kalıtımın rolü üzerine yıllarca süren tartışmalara halen de devam edilmektedir.

Şizofreni hastalığına genel halk ve üvey kardeşler arasında % 0.9-1.8 oranında rastlanmasına karşın, bu oran kardeşler arasında % 11.5-14.3'e yükselmektedir; hatta çift yumurta ikizlerinde oran % 14.7 olarak bulunmasına karşın, tek yumurta ikizlerinde % 85.8'e kadar yükselmesi kalıtımın önemini gösterir.

Ancak, aynı aile fertleri arasında birden fazla vakanın görülmesinde, hakiki bir kalıtımdan çok, şizofrenin ortaya çıkmasına uygun bir ortamı oluşturan aile içi ilişki ve duygusal-davranışsal faktörlerin rol oynadıklarının öne sürüldüğüne, hatta *şizofreni doğuran anne, şizofreni doğuran aile* tiplerinden bahsedildiğine ve böyle tiplerin tarif edildiğine işaret etmek isteriz. Örneğin "entellektüel" diye tanınan ve bol problem, huzursuzluk ve maskelenmiş hınç ve saldırganlık taşıyan, çocukları ile rahat ve huzurlu bir şekilde olgun bir sevgi ve sevecenlikle ilişkiye giremeyen anne-babaların çocuklarında şizofreninin daha sık ortaya çıktığını öne süren araştırmacılar mevcuttur ve bizim kişisel gözlemlerimiz bu kanaati besler mahiyettedir.

Hastalığa özgü herhangi anatomopatolojik bir özellik saptanmamış olmakla, ne yazık ki, 19. asrın başlarında Esquirol'un "bu hususta patolojinin bize öğreteceği fazla bir şey yoktur" deyimi hala geçerlidir.

Umursamazlık, saçmalık, ardı ardına beliren biribirine karşıt davranış ve duyuşlar, olayları kavramada ve onlardan sağlıklı sonuçlara varma yetisinde kayıp, düşünce sürecinde bozukluk, gerçekle ilişkinin kopması, etraf ile ilginin kaybı ve kişinin kendisinin yarattığı gerçekten uzak dünyasına kapanması gibi bulgular şizofreni'nin temel tablosunu oluşturur.

İşte bu esas tema üzerine muhakeme ve algılama bozuklukları ile psikomotor faaliyetin artma veya azalma yönündeki değişikliklerinin eklenmesiyle, hastalığın çeşitli şekilleri ortaya çıkar.

Genelde zekâ yıkılmaz. Ancak, bazen, hastalıktaki ağır umursamazlık ve ilgisizlik nedeni ile mevcut zekâ kullanılmadığından, durum, yanlış olarak, zekâ yıkımı olarak yorumlanabilir.

Şizofrenide, klasik olarak, beş klinik şekil ayırt edilebilir.

1. *Basit Şekil*- Yalnız tek bir bulgu ile seyretmesi açısından, Tıp'taki tüm hastalıklar içinde tektir. Hastada gözlenen tüm belirtiler *ilgi kaybı*'nın kendisi veya onun değişik ifadeleridir.

Hasta heyecansız, arzusuz, isteksiz, hiçbir şeye karşı ve hiçbir koşul altında sorumluluk duygusu taşımadan, saçma-anlamsız bir tevekkül içinde, bazen garip bir gülümseme ile etrafına bakınarak hayatını geçirir. Çalışması ya düzensiz ve verimsizdir, ya da hiç söz konusu değildir. Üzerinde eski, kirli bir pijama ile ya yatağından hiç çıkmaz, ya da odasındaki kanapede elinde eski bir gazete veya derginin sayfalarını çevirir durur. Veyahut ta, hiç bir faydası olmıyan saçma uğraşlarla günlerini doldurur. Yaptığı işlerin anlamını kavramadan ve kavramağa da gerek duymadan, başkalarının etkisiyle bazen suç işlemeğe de sürüklenebilir. Sorulara kısa, isteksiz, lâkayt, tekdüze cevaplar verir. Genelde kişisel temizlik ve giyinişine dikkat etmez.

Hastanın yüz ifadesi ile düşüncelerinin içeriği ve konuşmalarındaki konunun duygusal içeriği arasındaki zıdlığa sıklıkla rastlanır. Sorularla ilgisi olmıyan cevaplar, biribiri rastgele eklenmiş kelimelerden oluşan cümleler, çağrışım bozuklukları ile ortaya çıkan acaip konuşma, yüzdeki tuhaf ve anlamsız grimasların temelinde hastanın tüm ruhsal yaşantısına hakim olan *ilgisizlik ve umursamazlık* yatar.

2. *Hebefrenik Şekil*- Lâkayt davranış zemininde psikomotor aktivitenin artması ile oluşan bu şekilde, temel lâkaydi ve onun gösterilerinin yanı sıra hareket

ve konuşmada hacim ve nitelikte artma, uykusuzluk, bazen neşe ve iltifata bazen düşmanca ve saldırgan davranışa neden olan düşünce bozukluğunun ilâvesiyle bir *eksitasyon tablosu* oluşur.

Hasta bu saçma-bağlantısız-sökük diye tanımlanan konuşmasını saatlerce sürdürür, zıplayarak ve ellerini-kollarını hoplatarak dansedercesine yürür, neşeyi hiddetle ve iltifatı küfürle peşpeşe serercesine kendi öz ve gerçekten kopmuş iç dünyasını dışa yansıtır.

3. *Katatonik Şekil-* Şizofreninin bu şeklinde, hasta, ya mutlak bir hareketsizlik halini veya bir duruş postürünü tüm uyarılara karşı koruma çabası içindedir; veyahut ta, belirli bir hareket, söz veya müzik parçasını durmamacasına ve tam bir duygu yokluğu içinde, otomat gibi, dış dünyadan tamamen kopmuş olarak ardarda, durmadan, bıkmadan, saatlerce, hatta günlerce tekrarlar durur.

Hasta bazen, tam bir otomat gibi, kendisine söylenen her sözü ve yapılan her hareketi veya jesti tekrarlar, kendisine verilen bir duruşu saatlerce ve en ufak bir hareket veya duygusal tepki göstermeden, sanki kendisi bulmumu gibi plastik bir maddeden yapılmış gibi korur. Bazen de, tam tersine, kendisinden istenen veya kendisine yaptırılmak istenen hareketlere tüm gücü ile engel olur; eğer, bu hareket kendisine zorla yaptırılırsa, zorun ortadan kalkması ile hastanın hemen eski duruşuna geçtiği görülür. Bu gibi durumlarda, mutlak bir yemek yeme reddi veya tam bir konuşmama haline sıklıkla rastlanır; hastanın hareketsiz ve aç olarak günlerce kaldığı görülür ki, gerekli tedaviye ve müdahaleye girişilmediğinde, böyle durumlarda hastanın yaşamı ciddi tehlikeye girebilir.

4. *Paranoid Şekil-* Şizofreni'nin bu türünde, temel şizofrenik bulgunun yanında muhakeme ve idrak bozukluklarının ortaya çıkması ile çeşitli sanrı ve varsanıların sahneye hakim olduğu görülür. *İşitsel, cinsel,*

motor ve *iç uzuvları ilgilediren varsanılar* çoğunluktadır. Bazen ise, hasta, *düşündüklerinin* karşısındakiler tarafından *çalındığını*, veya, istemediği halde, *aklından geçenlerin ses olarak kendisine veya etrafa yayıldıklarını* his ve iddia eder. Sanrılar arasında, bilhassa, etraftakilerinin kendisi hakkında gizli konuştuklarına ve düşmanlık yapma girişimlerinde bulunduklarına dair *perseküsyon* şeklinde veya *keşif*, *asalet*, *mistik*, *erotik*, *kıskançlık*, *büyüklük* tipinde olanlara sıklıkla rastlanır.

Ancak, şizofreninin paranoid şeklinde görülen bu sanrılara, hastanın uzun süre ısrar ve sebat göstermemesi ve bilhassa onlar hakkında makul bir izah girişiminde bulunma gereksinimini göstermemesi, durumu, *paranoia* ve *parafrenia*'dan ayırır.

5. *Şizoaffektif Şekil*- Hastalığın bu şeklinde, temel şizofreni bulgularının yanı sıra eksitasyon veya depresyon gibi duygulanım bozuklukları da söz konusu olmakla, *şizofreni ile duygulanım psikozları arasında* klinik tablolar sergilenir.

Yukarıda klinik semptomatolojilerinden kısaca sözettiğimiz klasik şizofreni tiplerinin dışında kalan bazı değişik ve sıklıkla rastlanmıyan hastalık formlarından bahsetmeyeceğiz. Ancak *esrar*, *LSD*, *amfetamin* gibi bazı *toksik madde*'lerin kısa veya uzun süre kullanımından sonra, ya da, bazen, *ağır sıkıntı durumları* sonucu veya *toksik sebepler*'e bağlı olmak üzere genelde kısa süreli ve tedaviye iyi cevap veren *şizofreniform tablolar*'ın ortaya çıktığına işaret etmek isteriz. Bugünkü anlayışa göre, bir vakanın gerçek bir şizofreni olarak kabul edilmesi için, şizofrenik arazların en az altı ay kadar sürmüş olmasının icap ettiğinin bilinmesi gerekir.

Şizofreni'nin ciddi bir hastalık olmasına karşın, 1952'de ortaya atılan akıl hastalıklarının ilaçla tedavisi yönteminin gelişmesinden sonra, tedavi şansının

çok yükselmiş bulunduğunu önemle vurgulamak isteriz. Özellikle taze vakaların, doğru seçilmiş ilaçlara gerekli dozda ve uygun süre devamı halinde, klinik şifa ile sonuçlanmaları beklenmektedir. Ancak, bu "uzun süre" deyimi ile uzun yılları ve hatta, belki de, tüm yaşam süresini kastettiğimizi açıklamamız doğru olur.

Psikoz Manyak Depresiv- *Mani-melankoli psikozu, bipolar affektif psikoz, siklofreni* adları ile de anılan bu akıl hastalığı, kalıtım ile kuvvetle ilgili olmakla, ailevi karakter taşımaktadır. *Eksitasyon* veya *depresyon* veyahut her iki cins nöbetle seyreden hastalıkta, nöbetler arasındaki dönemlerde kişinin tam bir akıl sağlığı içinde bulunması ve önceden geçirmiş bulunduğu bu veya şu şekildeki hastalık nöbetinin en ufak bir izini taşımamakta olması, yani, *her nöbetin tam bir şifa ile sonlanması* hastalığın temel vasıflarından biridir. Her bir nöbetin ne kadar süreceği evvelden kestirilemeyeceği gibi, biten bir nöbetten sonra yeni bir nöbetin ortaya çıkıp çıkmayacağı ve çıkacak bir nöbetin eksitasyon veya depresyon türünde olacağı hakkında bir bilgi sahibi olmamıza ve bu hususta tahminde bulunmamıza olanak yoktur. Ancak, katiyetle söyliyebileceğimiz tek şey, *her bir nöbetin*, hastanın tedavi altına alınıp alınmamasına bakmaksızın, *mutlak surette şifa ile netileceleneceğidir.*

Eksitasyon nöbetleri'nde neşeli veya hiddetli bir zeminde konuşmada, harekette, çağrışımlarda ve genelde psikomotor aktivitede artma ile kendisini gösteren bir *coşkulu durum* söz konusu iken, *depresyon nöbetleri*'nde sıkıntılı ve bazen de kendisini suçlayan bir zeminde konuşmada, harekette, çağrışımda ve genelde psikomotor aktivitede yavaşlama ile kendisini gösteren bir *ruhsal çökme hali* sahneyi kaplar.

Görülüyor ki, *eksitasyon* ve *depresyon* halleri bir

madalyonun biribirine zıt iki yüzü gibidir; bazen madalyonun bir yüzü, bazen diğer yüzü sahneye çıkar. Eksitasyon nöbetlerinin *mani* olarak tanımlanmalarına karşın depresyon nöbetlerine *melankoli* adı verilir.

Mani süresince hasta çok neşeli veya hiddetli, kendisinden ve herşeyin üstesinden geleceğinden emin, her şeyi toz pembe gören, çabuk kızan, aşırı cömert ve savurgan, laubali, alaycı, her şeyde aşırıya kaçan, çok konuşan ve konuşmalarında bir an içinde fikirden fikire atlıyan bir tablo sergiler; dikkati ve belleği artmış olup sürekli bir coşku içindedir. Bazı hallerde hareketlenme öylesine artar ki, hasta hiç uyumadan günlerce konuşur, şarkı söyler, küfreder, sağa sola saldırır, etrafı yıkar ve parçalar.

Melankoli nöbetlerinde ise, mani'nin tamamen tersi olan bir durumla karşılanır. Derin bir elem ve sıkıntı ve bazen de kendisini suçlama temasının yanında tam veya ileri derecede durgunluk ve hareketsizlik, konuşmama hali, iştah kaybı ve hatta hiç yememe hali, umutsuzluk, hayattan zevk alamama, hiçbir şey yapma istememe ve yapamama, eskiden çok kolay yapılan basit günlük işleri altından kalkınamıyacak ağır birer yük olarak görme, korku ve endişe, suçluluk duygusu, kendisine ve sevdiklerine yönelmiş mahvolma ve yok olma duygusu, kendisini işe yaramaz ve gereksiz görme, baş veya karın veyahut göğüste sıkışma ve ağırlık hissi ile uykusuzluk ve kabızlık gibi somatik şikâyetler, ölüm arzusu ve intihar girişimleri ile kendisini gösteren geniş bir belirti spektrumu hastalığın klinik görünümünü oluşturur. Sıkıntı hissi öylesine ağır olabilir ki, hasta, sıkıntısının ve huzursuzluğunun etkisi altında bir yerde duramaz, ellerini sıkarak ve oğuşturarak, ağlıyarak ve inleyerek durmamacasına dolanır, hatta, bazen birdenbire durduğu yerden fırlıyarak başını karşıdaki duvara veya kalorifer radyatörüne hızla çarpar veyahutta pencereye atılarak dışarı

fırlar. Sıkıntının bilhassa sabahın erken saatlerinde artması ve akşama doğru bir dereceye kadar hafiflemesi melankoli için karakteristiktir. Bu nedenledir ki, bu hastalıkta, intiharlara özellikle sabah saatlerinde rastlanır.

Ancak, bazı melankoli vakalarının yalnızca basit bir isteksizlik, yorgunluk, neşesizlik veyahut ta duodenum ülseri, safra kesesi taşı, kalp hastalığı, karın bölgesinde tümör izlenimini veren dahili bir hastalığı taklit edercesine seyrettiğine de dikkati çekmek isteriz. *Maskelenmiş depresyon* ismi verilen böyle bir klinik tabloyu gösteren hastaların senelerce yanlış değerlendirildiklerini ve gereksiz olarak dahili bir hastalık gibi tetkik ve tedavi yöntemlerine tabi tutulduklarını her akıl hekimi sıklıkla görür.

Psikoz manyak depresiv hastalığının gerek *mani* gerekse *melankoli* nöbetlerinde ister neşe veya hiddet isterse elem ve kendini suçlama tarzında duygulanımın artmış olması, durumu, duygulanım yıkımı ile kendisini gösteren *şizofreni*den ayırır.

Yukarıda da belirtildiği gibi, *her nöbet* -hasta tedaviye tabi tutulsun veya tutulmasın- *şifa ile sonlanır.* Uygulanan tedavinin temel amacı, nöbetlerin süresinin kısatılmasıdır. Bilgili ve amaca yönelik bir tedavi sonucu, kendi kendine bırakılsa belki de uzun aylar ve hatta yıllar sürecek olan bir nöbet, genelde, 2-3 hafta içinde şifa ile sonuçlanır. Bu gün için, her ne kadar hastanın tedavisi evinde de sonuçlandırılabilirse de, ağır vakaların hastahaneye yatırılmaları gerekmektedir.

Nöbetler şeklinde seyreden bir hastalık söz konusu olmakla, nöbetlerin önlenebilmesi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkar. Hele nöbetlerin sıklıkla tekrarlandığı vakalarda, bu husus, özellikle önem kazanmaktadır. Tüm yaşamı boyunca iki veya üç nöbet geçiren hastaların yanında, yılda iki ve hatta üç nöbet

geçirenlerin bulunması konunun önemini kavramanıza yeter. Hatta öyle vakalar vardır ki, hastanın bir nöbetten çıkması ile bir sonrakine girmesi aralıksız denecek sıklıkta biribirini takip etmektedir. Yirmi yıl öncesine kadar nöbetlerin tekrarını önleme açısından yapılacak fazla bir şey yok iken, son senelerde bu hususta kullanılan *litiyum tuzları* ile, her vakada değilse de, pek çok hastada yüz güldürücü sonuçlar alınabilmektedir. Gayet tabii, gerek vakanın seçimi gerekse kullanılacak ilaç miktarı ve kullanım süresinin tayini, hastanın tedavisini üstlenmiş hekimin sorumluluğundadır.

Konuyu bitirmeden önce, pek çok yanlış anlamaya ve istismara yol açan bir hususu vurgulamak gereksinimini duymaktayız. *Psikoz manyak depesiv*'in kalıtım ile % 75'lere kadar varan kuvvetli bir ilgi göstermekte olması ve hastalığın oluşmasında dış etkenlerin herhangi bir rol oynamamaları nedeni ile, nöbetlerin ortaya çıkması ile kişinin yaşamında karşılaştığı dış şartlar arasında herhangi bir ilişkiden söz edilemez. Hayatının en huzurlu ve mutlu bir döneminde hastanın nöbet geçirebilmesine karşın, tam tersine, en güç ve olumsuz şartlar altında bulunduğu bir sırada tam bir akıl sağlığı içinde bulunabilir. Hal böyle iken, bu gibi hastalıklara tedavi amacı ile yapılacak her hangi bir psikolojik veya psikoterapötik girişimin, nöbetlerin tekrarını önleme açısından, en ufak bir etkisinin olmayacağı da kolayca anlaşılır.

Paranoia, Parafrenia, Yaşdönümü Psikozu- Klinik seviyede ilk olarak 35-45 yaşlarında beliren *paranoia* ve *parafrenia*'nın başlangıcı gençlik yıllarına kadar uzanmaktadır. Şöyle ki, uzun ve daima aynı sırayı takip eden evrelerden oluşan ve hiç kimsenin farketmediği bir klinik-öncesi dönem yıllarca sinsi bir şekilde sürerek psikoza zemin hazırlar.

Olayların yanlış algılanıp yorumlanmalarının temelini oluşturduğu bu iki psikozda, duygulanım melekesinin yıllar sonra da sağlam kalması çok önemli bir özelliktir. Böyle hastaların birer akıl hastası oldukları, çoğunlukla, hekim olmayanlarca anlaşılmıyabilir. Bu hastalar genelde titiz bir insan, kıskanç bir erkek, hakkı yenmiş olan bir kimse, ve yahut ta, önemli bir kişi olduğu için düşmanları da çok olan biri diye kabul edilirler.

Paranoia'da sadece muhakeme kusurunun ortaya çıkardığı hezeyanların klinik tabloyu oluşturmalarına karşın, *parafrenia*'da muhakeme ve idrak kusurları yani hezeyan ve halüsinasyonlar beraberce bulunur.

Paranoia'da uzun süreli ve çoğunlukla başkaları tarafından farkedilmeyen ***dikkat*** ve ***yorumlama evreleri*** olarak bilinen ön safhadan sonra, psikozun esas evrelerini oluşturan *etrafında kendisine karşı düşmanca davranan ve düşmanlık yapan kişilerin bulundukları* şeklinde gelişerek sonuçta *kendisinin çok önemli bir kişi olduğu* sonucuna vardıran iki hezeyanlı evre sözkonusudur.

Hastanın hezeyanlarını izah etme tarzı, olayları biribirine bağlama mantığı, hezeyanlarına inanması ile onları sürdürmesi öylesine kusursuzdur ki, hastalığı, yanlış temeller üstüne kurulmuş olmakla bareber üst yapısı mükemmel bir arşitektoniye sahip bir binaya benzetebiliriz. Bu nedenledir ki, hastanın hezeyanlarına karşı ve hezeyanlarını kurarken gösterdiği kusursuz sistematizasyon nedeni ile, bu tür hezeyanlara ***sistematize hezeyan*** adı verilir. Ne var ki, 40-45 yaşlarında ortaya çıkan ve sıklıkla rastlanmıyan bu psikozun tedaviye karşı inatcı ve iyileşme şansının az olduğunu söylemek zorundayız.

Akıl meleklerinden sadece muhakemeyi ve onun da çok dar bir bölümünü bozan *paranoia*'da, diğer melekeler sağlam kaldığından, şahsın kusursuz bir ki-

şilik organizasyonu göstermekte olması nedeniyle, yukarıda da belirttiğimiz gibi, hastaların hastalıklarının hekim olmayanlarca anlaşılması çok güçtür. Bu nedenledir ki, elinden alınan hakkının teslimi için mahkeme ve yüksek makam kapılarını yıllarca aşındıranlara, filân aristokrat aileye mensup olduğunu kanıtlamaya veyahut önemli bir keşfini kabul ettirmeğe çalışanlara sıklıkla rastlamaktayız. Bu tür iddiaların asılsız olup hastanın hasta muhakemesinin mahsülü olduğuna ilave etmemize lüzum yoktur, sanırım.

Vakalarda görülen sistematize hezeyanların içeriklerine göre *paranoia*'da değişik klinik görünümler ortaya çıkar.

Hak arama paranoiası'nda, hasta, haklı olduğuna tamamen inandığı bir davasını gitgide genişleyen bir düşman çevresi tarafından gaspedildiğine inanır. Başta hakkını arayan bir kişi görünümünde olan hastanın hakkını elde etmesi için kullandığı yollar ile tamamen ilgisiz kimseleri düşmanlar çevresi içine koymuş olması durumu dikkati çeker. Hasta, düşmanı olarak bildiği kişi ile tesadüfen aynı liseden mezun olmuş bulunan ve davasına bakmakta olan hakimin de -ikisi arasında en ufak bir tanışıklığın olmadığına bakmaksızın- karşı tarafı tuttuğuna inanarak hakimin reddini ister; isteğinin manasızlığı nedeniyle bu isteğin kabul edilmemesi halinde de, muhtelif adli üst kademelere çeşitli dilekçeler yazar... oradan da olumsuz cevapların gelmesinden sonra da bakan, başbakan, büyük millet meclisi veya devlet başkanlığına müracaat eder; olmayınca "hakkının teslimi için" milletler arası mahkemelerde davasının görülmesini ister... Bazen, hastanın, "avukatları hakkını gasp eden karşı taraf ile anlaştıkları" veya "bilgisiz oldukları" düşüncesi ile ileri yaşlarda dahi hukuk tahsiline başladığı veya sırf bu amaç ile oğluna hukuk tahsili yaptırdığı görülür. Ve, hastanın tüm hayatı bu hezeyanı içinde sürer gider.

*Asalet paranoia'sı*nda hasta, bilinen anne-babasının çocuğu olmayıp çok önemli bir soydan geldiğini iddia eder. Bunun kanıtı olarak da "doğrudan doğruya isminden sözedilmemekle beraber falanca devletin bir büyüğünün memlekete gelmesi", "gazetelerde çıkan ve iki memleketi yakınlaştıran köklü bağlardan söz eden makalelerin yayınlanması" veya "kendisinin ait olduğu soyun bir temsilcisinin üç yüzyıl evel yapılan bir portresinde belirlenen çene çizgilerinin yandan çekilmiş kendi resimlerindeki çene çizgisine uyması" gibi gerçekle en ufak bir ilgisi olmayan olay ve benzetmeleri kullanır.

Kıskançlık paranoia'sı sıklıkla rastlanan bir paranoia şekli olup, burada, hastanın, kendi eşinin veya sevgilisinin kendisine karşı olan sadakati konusunda yoğunlaştırdığı kıskançlık hezeyanları sahneyi kaplar. Karısının yaptığı her hareket, her davranış veyahut etrafında olup biten her olay, hasta tarafından, hazayanını besler bir tarzda yorumlanmaktadır. Karısının kendisine karşı güler yüzlü ve iltifat edici olması "yediği herzeleri gizlemek çabası"ndan başka birşey olmadığı gibi, kendisine karşı isteksiz ve ilgisiz oluşu da "gayet tabii... dışarda sevgilileriyle doyuma geldikten sonra kocasına yaklaşacak güç mü kalır?" şeklinde yorumlanır. Kendisinin kahvehanede rastladığı ve kağıt oyunlarına katılmak istediği arkadaşlarının oyunu bitirmek üzere oldukları ve artık evlerine gideceklerini söyleyerek o sırada isteğini reddetmelerini "rezil oldum... herkes benim godoşluğumu biliyor ve benim gibi rezil olmuş kimseyle oynamak istemiyor" şeklinde yorumladığı gibi, otobüste yanında oturan tanımadığı yolcuların kendi aralarında "be biraader... ne herifler var... adam sanırsın kendisini... pezevenk, deyyus çıkar..." şeklindeki konuşmaları veyahut sokakta yürürken bir satıcının "iyi muz" veya "çiçek bunlar, çiçek!" diye mallarını tanıtması hep "karısının

dıştaki rezaletlerini dile getiren ve kendisine atılan sözler" olarak değerlendirilir. Ve, gayet tabii de, "gece sokakta devriye gezen bekçinin evlerinin önünden geçerken düdüğünü iki kez öttürmüş olması da, ertesi gün saat ikide buluşacaklarına dair aşığı tarafından gönderilen bir mesaj "olarak kabul edildiği gibi, evlerinin önünden o beyaz Renault araba geçerken karısının da terasta beyaz çarşafları asması da karısı ve aşığı arasında kurulan bir haberleşmeden başka birşey değildir...

Aynı şekilde *aşk paranioa'sı, keşif paranioa'sı, perseküsyon paranioa'sı* gibi hastalık türlerinde de "kendisine çok önemli bir kişinin aşık olduğu", "kendisinin önemli bir keşifte bulunduğu", "kendisinin önemli kişi olması nedeniyle düşmanlarının komplolar kurup aleyhinde bulundukları, kendisine eza çektirdikleri, kendisini öldürmeye çalıştıkları" temalarında kurmuş olduğu hezeyanları, oldukça inandırıcı ve düzgün bir mantık organizasyonu gösteren "kanıtları (!?)" ile besleyerek öne sürer.

Parafrenia'da muhakeme kusurunun yanı sıra algılama kusurları da söz konusu olduğu için, hezeyanların dışında, onlara bağlı ve onları besler nitelikte olan halüsinasyonlar görülür. 35-40 yaş diliminde ortaya çıkan bu psikozda da, tıpkı paranoya'da olduğu gibi, yıllar öncesine dayanan *dikkat* ve *yorumlama evreleri* diye bilinen klinik öncesi devrelerinden sonra *halüsinasyonlar ve kendisine düşmanlık yapıldığı hezeyanları devresi* ve ondan sonra da *büyüklük hezeyanları devresi* birbirlerini izler. Bu da tedaviye inad eden müzmin süreli bir psikozdur.

Klinik tabloya hezeyanların yanı sıra halüsinasyonların bulunması ve, ayrıca, hezeyanlarına karşı hastadaki tutum ve davranışın farklılığı, hastanın kişilik organizasyonunu bir derece bozmakla, böyle kimselerin hastalıklarının -paranoiaklara göre- nisbeten

daha kolay anlaşılmasına neden olur.

Ancak, gerek *paranoia* gerekse *parafrenia*'da uzun yıllardan sonra da duygulanımın sağlam kalması nedeni ile de, bu psikozların hiç bir zaman lakaydi ve umursamazlığa yol açmadıklarına tanık olmaktayız.

40-60 yaşlarındaki gerek erkek gerekse kadınlarda görülen *yaşdönümü psikozu*'na *yaşdönümü melankolisi* veya *geç parafrenia* isimleri de verilmektedir. Burada, kişinin *kendisini ve etrafını suçlama hezeyanları*nın yanı sıra kuvvetli sıkıntı, uykusuzluk, hayattan zevk alamama, çalışamama, ölüm arzusu ve intihar girişimleri gibi *depresiv araz* ile hezeyanlarına bağlı ve onları besler nitelikte olan *işitsel ve içuzuv halüsinasyonları* klinik tabloyu oluşturur.

İyi seçilmiş ve gerekli doz ve sürede uygulanan tedavi ile bazı olgularda iyi sonuçlar alınabilmektedir.

Konfüzyon Mental- *Konfüzyon mental* veyahut *amentia*, *had delirium* veya *bitkinlik psikozu* isimleri verilen ve mutlak bir şaşkınlık, kişiye ve zaman ile yere yönelim kaybı, bilhassa korkulu halüsinasyonlar, huzursuzluk, eksitasyon ve saldırganlık veya korku gibi ağır ruhsal arazın yanı sıra uykusuzluk, orta veya yüksek ateş, böbrek bozukluğuna bağlı olmıyan kanda üre yükselmesi, lökositoz ve sedimantasyon süratlenmesi gibi organik belirtilerin klinik tabloyu oluşturduğu bu had, ağır ve bazen de ölüm ile sonuçlanabilen psikozun ortaya çıkmasına, organizmanın maruz kalmış bulunduğu ve homeostasis'in bozulmasına yol açan ağır somatik veya ruhsal stres'ler neden olur.

Genelde 10-15 gün kadar süren bu ağır piskoz tedavi edilmediği takdirde ölümle sonuçlanabilir; bazen de, böyle bir amnetia'nın sonunda bir şizofreni'nin ortaya çıktığını ve yerleştiğini görürüz.

Yukarıda çok kısa bir şekilde izah etmeğe çalıştığımız bu hakiki *konfüzyon mental hastalığı*'nın yanı

sıra; diğer bir akıl hastalığının seyri içinde görülebildiği gibi toksik, metabolik veya infeksiyonlu bir hastalığın veya çok ağır bir açlık, su kaybı, yorgunluk halinin sonucu olarak da ortaya çıkan *sekonder konfüzyonel durumlar* da vardır.

Ensefalit, meningit, sıtma, tifo, grip, Behçet hastalığı gibi infeksiyon hastalıkları ile müzmin ve had üremi veyahut kan şekerinin yükselmesi veya düşmesi hallerinde, kronik kalp-böbrek hastalıklarında, miyokard infarktusunda, ağır kansızlık veya müzmin tıkayıcı akciğer hastalıklarında oluşan beynin oksijen ile beslenme yetersizliklerinde görülen bu *sekonlar konfüzyonel durumlar*'da tedavi esas hastalığa yöneliktir.

II. Organik Psikozlar

İhtiyarlık Bunaması- *Dementia senilis* olarak da adlandırılan ve 65-70 yaşlarından sonra başta bellek kusurlarıyla başlayıp dikkatini bir konu üzerine yoğunlaştırmada, kendisine söylenenleri ve okuduklarını anlamada, düşüncelerini toparlayıp onları ifade etmede güçlük ve ileriki safhalarda da *deja vu* ve *jamais vu* tipinde hatırlama kusurlarının yanı sıra tüm melekelerde global çöküntü ile kendisini gösteren ilerleyici, geri dönüşümü olmıyan bir hastalıktır. Çok defa, bu bunama zemini üzerinde yanlış anlama ve yorumlayıp değerlendirme, yanlış algılama, eksitasyon veya depresyon halleri de görülür. Bellek yıkımının en yakın olaydan başlaması ve eski anıların uzun süre korunmaları, sağlam kalmaları hastalığın bir özelliğidir.

Hastalığın başlangıcında yapılacak doğru ve amaca yönelik tedavi ile, bir dereceye kadar bu akıl maluliyetinin seyri ve dolayısıyla hastanın mutlak bunamaya gidişi yavaşlatılabileceği ve geciktirileceği gibi, bazı nadir olgularda, ortaya çıkan psikotik tablolar da düzeltilebilir.

Önemle vurgulamak gerekir ki, *ihtiyarlık bunaması*'nın *doğal yaşlanma* ile herhangi ilgisi olmayıp, ilkinin bir hastalık olmasına karşın ikincisi doğal fizyolojik bir olaydır.

*İhtiyarlık bunaması*nda göze çarpan bir hususiyet, hastanın sergilediği karakter değişiklikleridir. Bencillik, hırçınlık, alınganlık, şüphecilik, her türlü yenilik ve değişikliklerden nefret etme ve hatta korkma, kişisel temizliğine ve yemek yeme adabına dikkatsizlik, kendisini veya kendi öz çevresini ilgilendiren ve dolayısıyla kendi öz menfaatı ile ilgili olmıyan her şeye karşı umursamazlık ve ilgisizlik *bunak hasta*'nın kişilik portresini oluşturur.

Zamanla, tabloya, zekâ yıkımı ve dikkatsizlikler de eklenir. Hasta basit hesapları yapamadığı gibi günlük yaşamı ile ilgili bilgilerden yoksun bir hale gelir; paraları tanımaz, gününü ve bulunduğu yeri bilmez, çevresindeki kişileri şaşırır ve hatta tanıyamaz; oğlunu, torununu tanıyamadığı halde, bazen ilk kez olarak karşılaştığı kişilere sanki eskiden beri çok iyi tanıyormuş gibi davranarak onlarla ilgili ve geçmişe ait olaylar uydurarak hikayeler anlatır.

Serebroskleroz- Daha çok 70-75 yaşlarında başlıyan bu bunama hali, *damar sertliği* nedeni ile beynin kan ile beslenmesindeki yetersizlik sonucu oluşur.

Aynı zaman birimi içindeki bazı anıların unutulmalarına karşın bazılarının korunması gibi özgün bir bellek bozukluğunun egemen olduğu bu bunamada, senelerin geçmesi ile bunamanın ağırlaşmasına karşın, bu gibi hastaların kişisel temizlik ve giyinmelerine özen göstermeğe devam etmeleri ve karşılaştıkları kimselere -tanısalar veya tanımasalar- basma kalıp nezaket, hatır sorma gibi bazı söz ve tavırlarını korumaları hastalığın bir özelliğidir. Bunama haline ilave olarak felçler, yürüme ve konuşma bozuklukları veya sara gibi

beyne ait bazı nörolojik kusurun da ortaya çıktığı ve genelde bu tabloyu damar tansiyonu yüksekliği ile şeker hastalığının tamamladığı görülür. Olaya, çok defa, istenmeyen ve önlenemeyen ve irade dışı ortaya çıkan gülme veya ağlama halleri, ufak adımlarla yürüme, yutma güçlüğü ve hatta idrar kontrol yetersizliği gibi araz ile kendisini gösteren ve *psödobülber sendrom* denen özel bir klinik tablo eşlik eder.

Hastalığın uzun süren ve pek farkına varılmayan başlangıç devrinde bellek kusurları ile bilinç kapanmalarının bir sis dalgası gibi zaman zaman ağırlaşıp sonradan açılmalarına tanık oluruz. Özellikle ufak bir ateş yükselmesi veyahut üre veya şeker veyahut damar basıncı düzeylerindeki değişmelere bağlı olarak durumun ağırlaştığı, ve araya giren bu nedenin ortadan kalkmasıyla hastaların ruhsal durumlarının yeniden düzeldiği görülür.

Son yıllarda daha çok *multi infarkt demans* diye tanımlanan bu klinik tabloda, bunama arazının yanında nörojik bulgu, yüksek tansiyon ve diabet bulgularının bulunması karakteristiktir.

Bilgisayarlı beyin tomografisinin günlük hekimlik uygulamasına çok önemli bir araştırma aracı olarak girmesinden sonra, beyinde korteks atrofisi, ventrikül genişlemesi veya iskemik-kansız bölgeler gibi patolojik görünüm-lerin daima bunama durumunu aksettirmedikleri anlaşılmıştır. Orta yaşın sonu ile yaşlılık başlangıcında bulunan ve herhangi bir bunama bulgusu göstermeyen pek çok kişinin bilgisayarlı beyin tomografisi tetkiklerinde yukarıda sözü ettiğimiz bulgulara rastlanabilmektedir.

Presenil Demanslar- Klasik olarak *basit presenil demans, Alzheimer psikozu, Pick psikozu* şeklinde üç tip diye bilinen ve genelde 35-50 yaşlarında başlayıp daima nörolojik bulgularla seyreden ve süratle mutlak

ve ağır bir bunamaya varan bu pek sık rastlanmayan hastalıkların, bu günkü bilgilerimize göre, aynı dejeneratif hastalığın değişkenleri oldukları kabul edilmektedir. Zaten bu hastalıkların birbirlerinden, klinik görünümlerinden çok, anatomik ve histopatolojik görünümleri ile ayırt edilebildiğine dikkati çekmek isteriz.

Paralizi Jeneral Progressiv- Genel frengi vakalarının % 5'inde ve frengi hastalığının ortaya çıkışından 5-20 yıl sonra ortaya çıkan ve özellikle zekâ yıkımı, bunama ve çocuklaşma hali ile kendisini gösteren bu ciddi akıl hastalığına, günümüzde pek rastlanmamaktadır. Penisilin'in frengi tedavisine girmiş bulunduğu son 40 yıldan beri, frengi ile birlikte *paralizi jeneral* de çok azalmış bulunmaktadır.

Utanma duygusunun ortadan kalkması, umursamazlık, karakter değişikliği, davranış bozukluğu, çocuklaşma ile başlıyan hastalık gittikçe ağırlaşarak bir taraftan bunama arazının yanı sıra ölçüsüz büyüklük sanrıları, sıkıntı hissi ile beraber gitmeyen bedensel şikayetler ve tuhaf bir depresyon tablosu gibi ruhsal araza neden olurken, diğer taraftan, ağır kaşeksi hali ile dekubitus yaraları klinik tabloyu tamamlar.

Hastalardaki gözbebeklerin ışık ve mesafeye karşı reflekslerindeki değişiklikler ile beyin-omurilik sıvısındaki spesifik, hücresel ve biokimyasal değişiklikler tanıyı kesinleştirir.

Erken yakalanan ve doğru tedavi edilen vakaların prognozu iyidir.

Beyin Tümörlerine Bağlı Davranış Bozuklukları
Beyin tümörlerinde ruhsal bozuklukların ortaya çıkması veya çıkmaması hususu *tümörün beyinde oturduğu bölge* ile sıkı bir şekilde bağlıdır. Tümör nedeni ile kafa içi basınç artmasının sonucu olarak gelişen -zayıf veya şiddetli- başağrısı ile ona eşlik eden diğer bulgu-

lar kişinin ruhsal huzur ve sağlığına olumsuz etkide bulunsalar dahi, bu şikayetlerin tek başlarına hakiki anlamda ruhsal bir sendroma neden olmaları beklenemez.

Yukarıda da işaret ettiğimiz gibi, bir beyin tümörünün belirgin bir davranış bozukluğuna yol açmasının temel nedeni, tümörün beyinde oturduğu bölgedir.

Beynin ön bölgesindeki *prefrontal lob*'larda oturan tümörlerde çocuklaşma, umursamazlık, şaşkınlık, utanma duygusu kaybı, dalgınlık, kognisyon kaybı, uyuklama gibi oldukça belirgin bir ruhsal klinik tablo ortaya çıktığı gibi *diensefal bölgesi* -ister doğrudan doğruya oradan kaynaklansın, isterse hipofizden kaynaklanıp muayyen bir büyümeden sonra söz konusu bölgeye taşsın- tümörleri de buna benzer bir tabloya neden olurlar. Ayrıca, *temporal lob'un derinlikleri* ile *temporal ve parietal lob'un sınırları*'ndaki bölgelerdeki oluşumlar da işitme hallüsinoz'larının yanı sıra söylenenleri anlama yetersizliği, el beceri kaybı gibi belirtilere neden olur.

Önemle işaret etmek isteriz ki, tüm bu belirtiler kalıcı olmaktan çok, arızı olup onları ortaya çıkaran temel nedenin ortadan kalkması ile gerilerler.

Epilepsi'ye Bağlı Psikotik Durumlar- Beynin bir bölgesinin anormal nöronal boşalımı olarak tanımlanan *epilepsi (sara)*, esasında nörolojik bir hastalık olmakla birlikte, bazen, tipik akıl hastalığı veya davranış bozukluğu gösterilerine neden olur. Bazen de, *sara* nöbetlerinin kendileri de tamamen bir akıl bozukluğu görünümünde olabilir. Kaldı ki, her sara nöbetinin başında veya sonunda veyahutta hem başında hem de sonunda bir *konfüzyon devresi*'nin ortaya çıkması da olasıdır.

Özellikle *temporal lob*'un derinliklerindeki bir patolojiden kaynaklanan bir tür sara nöbetinde *hareket*

otomatizması denilen hal, nöbetin kendisini oluşturur. Burada, normal yaşamını sürdürmekte olan hastanın, bir an içinde, kendisini kaybedip tam bir bilinçsizlik içinde -genelde yaptığı günlük işlerin birini taklit edercesine- bir sıra işlere girişmesi, ve bir süre sonra nöbetin bitiminde de yeniden kendisine gelmesi durumu sözkonusudur. Hastalarımızdan biri bir gün işine gitmek üzere bindiği dolmuşta nöbet geçirmiş ve kendisine geldiğinde, etraftakilerinden, hiçbir neden yokken ayakkabılarını çıkardıktan sonra çoraplarını da çıkarıp ceplerine sokmağa çalıştığını ve sonra da acemi hareketlerle yeniden giyinmeye başladığını öğrendi; aynı hasta, başka bir gün, Maçka'daki evinden Eminönü'ndeki işine gitmek üzere çıkmış, ve bir kaç saat sonra her tarafı çamur içinde, pantalonu yırtık ve dizi sıyrılmış olarak kendisini 4.Levent'te koşarken bulmuştur.

Saralı hastaların, bazen, uzun veya kısa süren paranoid veya konfüzyonel tablolar geçirdiklerini, ve hatta, düzelmelerinden sonra, aynı şekilde böyle akıl hastalığı nöbetlerini zaman zaman geçirmeğe devam ettikleri görül-mektedir.

Bunun dışında, bazı sara vakalarında, bir taraftan sıklıkla gelen nöbetlerin ve diğer taraftan -bilhassa eskiden çok yüksek dozda kullanılan- barbiturat grubu ilaçların ortak etkileri sonunda oluştuğu iddia olunan *bunama halleri* ortaya çıkabilir. Genelde ağır olan bu bunama hallerinde tedavi açısından yapılacak fazla bir şey yoktur.

Yukardaki psikoz tablolarının yanı sıra, saralı hastalarda, bazen, *saralı karakteri* diye tanımlanan ve önlenemeyen öfke, frenlenemeyen cinsel arzu ve yobaz bir dinsellikle kendisini gösteren özel bir karakter ve davranış biçiminin belirgin bir şekilde ortaya çıktığı gözlenir.

İlâç ve Madde Bağımlılığı, Toksik Maddelerin Neden Olduğu Psikotik Tablolar- Çocuğumsu ve karışılaştığı her şeyden sadece zevk almak arzusu üzerine kurulmuş ilkel bir kişilik yapısının yanısıra, yatkın bir beyin biokimyası ve uygun sosyokültürel faktörlerin ortaklaşa oluşturduğu zemin ile beraber kişi tarafından kullanılan bazı maddelerin farmakolojik etkilerinin ortak sonucu olarak oluşan *madde bağımlılığı* hallerinde, maddeyi kullanma veya kullanmama hususundaki kişinin iradesinin, gerek ruhsal gerekse fizyolojik açıdan, tamamen ortadan kalkmış olduğunu görürüz.

Bağımlı kişi, kullandığı maddenin kendi sağlığı ve mutluluğu ile sosyal durumuna ve çevresi ile sevdiklerinin huzur ve mutluluğuna olumsuz etkisinin olduğunu, böyle bir maddeyi kullanmasının kanun açısından suç olup bu nedenle ceza göreceğini ve hatta o maddeyi elde edebilmek için suç işlemek zorunda kalacağını bilmesine, ve, hatta, bu maddeyi kullanmış olması nedeniyle evvelce bir çok kez ceza görmüş olmasına karşın *bağımlı olduğu madde*'yi almağa ve kullanmağa devam eder.

Genelde, kişi, bağımlı bulunduğu maddeden ilk kullanma günlerindeki hazzı almağa devam edebilmesi ve hatta -bir süre sonra- basit günlük yaşamını devam ettirebilmesi için, almakta olduğu maddenin günlük dozunu sıklıkla arttırmak zorunda kalmaktadır.

Bazen de, kişide, bağımlı olduğu maddeyi bulamadığı ve alamadığı hallerde, maddenin son alındığı saatten sonraki ilk 12-72 saatlik zaman dilimi içinde ortaya çıkan ve katlanamaz bir sıkıntı, sırt ile bel ve kolbacak ağrıları, karın ağrıları, ağır terleme, kalp-damar yetersizliği, ateş yükselmesi, kabızlığı takip eden ishaller, titremeler ve hatta sara nöbetleriyle kendisini gösteren, bazen de ölüm ile sonuçlanabilen ve *yoksun-*

luk sendromu diye tanımlanan çok ciddi ve ağır bir klinik tablo ortaya çıkar.

Bağımlılığa neden olan maddeler alkol olabildiği gibi morfin, kokain gibi alkaloidler ve heroin gibi yarısentetik maddeler veyahut esrar, afyon, eter, LSD, meskalin, kloral, barbiturat, amfetamin, diazepoksit, bromür gibi doğal veya sentetik organik ve inorganik maddeler de olabilir.

1- *Alkol*'un, muayyen bir miktara kadar alındığında, beynin frontal lobları üzerine etki yaparak ahlaki benliği susturmak suretiyle, çeşitli bilinç ve bilinç dışı kaynaklı sorunların ifadeleri olan huzursuzluk ve sıkıntıyı ortadan kaldırıcı etkisi, bu maddenin tarihin derinliklerinden beri böylesine geniş kitleler tarafından kullanılmasına neden olmuştur.

Alkol'un etkisi ile, bir taraftan gerek kişinin kendisinden gerekse çevresinden kaynaklanan *otorite ve sansür*'ün neden olduğu kısıntı ve bağların gevşemeleri ve diğer taraftan üzücü anıların ve geçmişteki başarısızlıkların silinmesi ile tüm inhibisyonların zayıflaması ve hatta ortadan kalkması sonucu, kişideki yetersizlik ve güvensizlik duyguları azalır ve hatta silinir. Öforik veya agressiv bir emotiv ya da depresiv duyuş içinde, kişide abartmalı imgeler ortaya çıkmakta ve o zamana kadar sıkı bir kontrol ve baskı altında bulundurulan bir çok arzular rahatçasına ifade edilebilme olanağını bulmaktadır.

Bu suretle, alkol alındıktan bir süre sonra, şahsın kendi öz kişilik yapısındaki özelliklere uygun bir tablonun ortaya çıkacağı, yani, alkol'un superego'yu susturucu etkisi ile, o zamana kadar baskı altında kalan kıskançlık, megalomaniak veya agressiv duygular, yetersizlik duyguları veyahut ta çeşitli cinsel arzu ve ifadelerin ortaya çıkacağı kolayca anlaşılır.

Alkol, alındıktan kısa bir süre sonra kana ve oradan

da beyin-omurilik sıvısına ve alındıktan iki saat sonra da sperma'ya geçer. Beyinde evvelâ yukarıda izah ettiğimiz ve sarhoşluğun ruhsal yönünü oluşturan belirtileri ortaya çıkardıktan sonra muvazene, yürüyüş ve konuşma bozukluklarına, yani, sarhoşluğun organik belirtilerine neden olur. Alınmış olan alkol miktarının daha da artması ile bulantı, kusma, ishal, uyuklama ve nihayet koma ve ölüm de görülebilir.

Genelde diyebiliriz ki, kanda alkol miktarı %100 miligrama vardığında insanların çoğunda belirgin bir *sarhoşluk* görülebilir; alkol miktarı %200 miligrama vardığında ise, her insanda mutlak olarak, sarhoşluk ortaya çıkar; %500 miligram'da koma ve ölüm görülürse de, bazı müzmin alkolik kimselerde oluşan direnç sonucu, alkol seviyesi %800 ve hatta 1000'e vardığında da ölüm görülmeyebilir. Ancak, hemen işaret etmek isteriz ki, bazı hassas kimselerin pek az miktarda alkol ile dahi sarhoş oldukları görülür; *marazi sarhoşluk* olarak tanımlanan bu duruma bilhassa saralılar arasında sıklıkla rastlanır.

Sosyal içme veya *akşamcılık* diye adlandırılan basit içme alışkanlığı durumu muntazam, sürekli, değişmez bir hal alıp alkol yokluğunda kişide kuvvetli bir alkol arama ve içme arzusu ile şiddetli bir sıkıntı halinin ortaya çıkmasına ve kişinin verimliliği ile sosyal uyumunun kaybının yanı sıra titreme, başağrısı, baş dönmesi gibi belirtilerle birlikte gitgide bellek ve dikkat kusurları ile zekâ çöküntülerinin, karakter ve ahlâk kusurlarının ortaya çıkmasına neden olacak boyutta vardığında *alkol bağımlılığı* veya *müzmin alkolizm* olarak tanımlanır. Bu gibi hallerde pek çok dahili ve nörolojik bozukluk da ruhsal araza eşlik ederler.

Alkol'un neden olduğu akıl hastalıkları Psikiyatri'de önemli bir bölümü oluştururlar. Bunlar arasında en belli başlı olarak, müzmin alkoliklerde görülebilen ve bilhassa alkolün birdenbire kesilmesi hallerinde ve-

yahut ta alkollü günler içinde de oluşabilen ve bilhassa konfüzyon hali, bol görme halüsinasyonları, illüzyonlar, titremeler, korku ve panik halleri, kalp-damar iflâsı, terleme, ateş yükselmesi ile kendisini gösteren ve ciddi bir şekilde tedavi edilmediği hallerde ölümle de sonuçlanabilen *delirium tremens*; bilhassa kıskançlık ve homoseksüellik temasını işleyen işitme halüsinasyonları ile kendisini gösteren *alkol halüsinozası*; aile içi ve yakın akrabaları hedef tutan kıskançlık hezeyanları ile seyreden *alkol paranoia'sı* gibi had oluşan ve kısa süren psikotik levhaların yanı sıra "deja vu" ve "jamais vu" tipinde bellek yanılmaları, hikâye uydurmaları, akıl melekelerinde global çöküntü ve polinevrit gibi nörolojik araz ile kendisini gösteren *Korsakof sendromu* ile tam ve ağır bir bunamaya kadar giden *alkol bunaması* gibi müzmin akıl hastalıklarını sayabiliriz.

2- *Esrar (haşiş)*, hind keneviri nebatının yaprak ve liflerinin el arasında ufalanıp elekten geçirilmesinden sonra elde edilir. Uygulamada, bu madde plaka şeklinde sıkıştırılarak kullanıma hazır hale getirilir; esrar, genelde, bu plakalardan bir parçanın koparılması ve sigara içine konularak içilmesi veya tümbekide yakılarak içilmesi suretiyle kullanılır. Esrar'ın etkin maddesi olan tetrahidrokannabinol'un elde edinilmesinden sonra eriyik haline getirilmesi ve zerk suretiyle kullanılması da son senelerde revaçta olan bir yoldur.

Alındıktan birkaç dakika sonra başlayıp genelde beş ile on-oniki saat kadar süren tatlı bir uyuşukluk, arzu edilen durumun veya objenin veya yaşamın elde edilmiş olması gibi bir duygunun neden olduğu huzur hali, arzu edilen çevrede arzu edilen şekilde bulunma ve tüm isteklere sahip olma hissi sonucu oluşan mutluluk durumu ile kendisini gösteren zevkli hayal ve fantezili bir rüya hali belirir. Böylesine bir ekstaz içinde bulunan kişinin sessiz ve sâkin, kendinden geçmiş ola-

rak bulunduğu ve çevredeki en ufak bir gürültüye katlanamadığı görülür. Yukarıda tarif ettiğimiz bu duruma, halk arasında, *dalga* adı verilir.

Esrar'ın uzun süre kullanımından sonra, bazen, şizofreniye benziyen ruhi bozukluklar ortaya çıkabilir.

Esrar'ı bıraktıktan sonra kuvvetli bir yoksunluk sendromu'na neden olmaması bu toksik maddeyi diğerlerinden ayırır.

3- *Afyon ve alkoloidleri* konunun en önemli bölümünü oluştururlar. Gelinciklerden *haşhaş* bitkisinin çiçeklerinin dökülmesinden sonraki devrede ve daha meyveleri yeşil iken ortasından çepeçevre çizildikten sonra sızan süt gibi beyaz yapışkan sıvı, bir süre havada kaldığında koyulaşarak kahverengi bir sakız halini alır; bu madde *ham afyon sakızı*'ndan başka bir şey değildir.

Ağızdan yutularak, sigara veya çubuk veya nargile ile içilerek, veyahut fitil şeklinde rektal yoldan, veyahutta tentür'ü kaynatıldıktan sonra adele ve özellikle damar içi zerk suretiyle kullanılır ki, son yıllarda özellikle bu son kullanım tarzının kullananlar tarafından tercih edildiğini görmekteyiz.

Başlangıçta hafif bir coşku, kudret, zindelik hissi, cinsel kuvvette artma ile ortaya çıkan tablo, alınan dozun artması sonucu, rüya hali ve şuur bulanıklığının tamamladığı tatlı bir uyuşukluğa dönüşür.

Bir afyon alkaloidi olan *morfin*'in ya doğrudan doğruya *maddenin kötüye kullanımı* şeklinde, ya da tıbbi bir neden sonucu ve fakat *o nedenin ortadan kalkmasından sonra* veyahut da o *tıbbi nedenin gerektirdiği dozun çok üstünde* kullanılmasında *morfin bağımlılığı*'ndan sözedilir.

Başta 0.01-0.03 gr. gibi düşük dozlardan başlayıp günde 1-2 ve hatta 7 gr. gibi korkunç dozlarda kullanılabilen morfin, ağrıları kesen ve sıkıntı hallerinde çok iyi tesir eden bir ilaç olduğundan, ilk kullanıldı-

ğında, kişide nefis bir huzur, kudret ve zindelik duygusu, zekâ açıklığı ile libido artması ve öfori yaratır. Ne var ki, kısa bir süre sonra bağımlılık yaratarak, kişi, basit günlük yaşamını sürdürebilmesi için gitgide artan dozda maddeyi almak zorunda kalır.

Yarı sentetik bir uyuşturucu, öksürük ve ağrı kesici bir toksik madde olan *eroin*, en kısa zamanda en ağır ve kuvvetli bağımlılık yaratan beyaz bir tozdur. Ancak bir-iki hafta gibi kısa süren ve keyif, kudret, zindelik hissi, neşe, cinsel arzu ve kuvvet artması ile kendisini gösteren *balayı devresi*'nden sonra ağır ve kişiyi maddeye tutsak eden, kişinin eroin'i temin edebilmesi için herşeyi yapmağa ve herşeyini feda etmeğe hazır bırakan *bağımlılık devresi* başlar. Bu devrede, kişi, en ufak bir huzuru bulabilmesi ve en basit bir sosyal uyumu göstermesi, günlük işlerini yürütebilmesi için gün be gün artan miktarda maddeyi alma zorunda kalır.

4- *Kokain* coca yapraklarından elde edilen beyaz bir toz olup enfiye şeklinde burnuna çekilmek ya da eriyiğinin zerk edilmesi suretiyle kullanılır.

Keyif verici bütün toksik maddeler arasında, eroin'den sonra, en çabuk ve kolay bağımlılık yaratan bir madde olan kokain, kısa sürede ve gerçek anlamda akıl hastalığı tablolarının çıkışına neden olur.

Kokain, bu tür diğer ilaçların tersine, uyuşturucu olmayıp ilk alındığında genel bir zindelik duygusuna, çalışma gücü artmasına, zekâ ve fikir çağrışımı ile kendine güven hissinde artışa, öfori ve logore'ye, cinsel kudrette artmaya neden olur. Ancak, üç-dört saat sonra, ilâcın tembih edici etkisinin zayıflamasıyla durgunluk, neşesizlik, takatsizlik, boğaz ve burun kuruluğu başlar ve arkasından kişi uyur. Kokain sarhoşluğunda bol görsel halüsinasyonlu bilinç bulanıklığı ortaya çıkar; bu görsel halüsinasyonlar fantezik olup, kişinin arzulamakta olduğu konu üzerinde odaklaşır.

Maddenin uzun süre kullanımından sonra şüphecilik, kendisine fenalık ve düşmanlık yapılacak şeklinde veya kıskançlık konulu hezeyanlar, huzursuzluk, bilinç bulanıklığı ve panik hali, korkulu görsel ve işitsel halüsinasyonlar ve bilhassa derinin altında böcekler dolaşırmış şeklinde dokunma halüsinasyonları ile kendisini gösteren bir *delirium tremens* tablosu ortaya çıkabilir.

Uzun süre kokain kullanımında burun-boğaz salgılarının azlığı ve hatta bölge mukozasının kuruluğu karakteristik olup, durum, bazı hallerde, burun kemiğinin iç ara bölümünde delinmelere kadar ilerler.

Kokain bağımlılığı hallerinde, kokain'den uzak kalındığında genelde hiç ya da çok hafif bir yoksunluk sendromu belirir.

5- *LSD- 25* adlı sentetik madde kullanımında bol renkli halüsinasyonların dışında, mevcut objelerin de çok zengin ve ayrıntılı bir şekilde idrak edilmesi durumu gözlenir.

50-100 gamma miktarında ilacın ağızdan alımından yarım ile bir saat sonra başlayıp 6-24 saat kadar süren bol renkli halüsinasyonlar, illüzyonlar, objelerin global idrakleri yerine çok ufak ayrıntıların anlam ve değer kazanmaları ile perspektifin ön plana geçmesi gibi belirgin idrak kusurlarının hakim olduğu psikoz tablosu ortaya çıkar. Psikoza yatkınlığı olan bazı kimselerde ise, bu klinik tablonun sürekli bir akıl hastalığı niteliğini kazanarak, kısa veya uzun sürekli *şizofreniform durumların* ortaya çıkmasına neden olur.

6- *Anfetamin grubu ilaçlar* bilhassa zindelik verici, uyku kaçırıcı ve çalıştırıcı nitelikleri nedeniyle daha ziyade uzun yol şöförü veya sınav hazırlığı içindeki öğrenciler tarafından, ve, ayrıca iştah kesici nitelikleri nedeni ile zayıflama küründe bulunanlar tarafından kullanılır. Bir süre kullanılmalarından sonra, bazen, *paranoid ve şizofreniform tabloların* ortaya çıkmasına

neden olabilirler.

Bu ilaçlar kolayca bağımlılığa ve hatta, kısa sürede, kullanılma dozunun arttırılması zorunluluğuna neden olurlar. Ancak, bırakıldıklarında her hangi bir yoksunluk sendromuna neden olmazlar.

7- *Barbiturat*'ların tıbbi kullanım alanları çok geniş olmakla beraber, özellikle yüksek dozda ve uzun sürede kullanıldıklarında *bağımlılık*'a neden olurlar. Sürekli bir yorgunluk hissi, sersemlik, umursamazlık, bellek zayıflığı, sorumluluk duygusu kaybı, hezeyan ve halüsinasyon gibi ruhsal belirtinin yanı sıra titreme, peltek konuşma ve diğer bazı nörolojik arazın varlığı ile kendisini gösteren bu devrede, kişi maddeden uzak kaldığında huzursuzluk, çabuk kızma, dikkat dağınıklığı, çeşitli ağrı ve duygu bozuklukları ve hatta sara nöbetleri ile kendisini gösteren çok kuvvetli bir *yoksunluk sendromu* ile karşılaşır.

Yukarıda çok kısa ve genel çizgilerle anlatmağa çalıştığımız *bağımlılığa yol açan maddeler* listesi çok uzun olup, her gün bu madde zincirine yeni yeni halkalar eklenmektedir. Örneğin, gerçek birer ilaç olan *kodein ve benzodiazepoksit grubu ilaçlar* ile birer parkinson ilacı olan akineton veya aparkan gibi ilaçlar tıbbi neden dışında ve tıbbi dozların üstünde kullanıldıklarında zevk verici ve bağımlılığa neden olan birer madde hüviyetini alırlar.

III. Zekâ Gerilikleri

Tohum bozukluğuna neden olan kalıtımsal hastalıklar, kromozomal bozukluklar, gebeliğin özellikle ilk üç aylarında annenin geçirmiş bulunduğu zehirlenmeler ve bazı döküntülü hastalıklar ile travmalar veya ağır beslenme bozuklukları, doğum travmaları, kan uyuşmazlığı gösteren anne-babaların ikinci ve sonraki

çocuk yapma halleri, çocuğun özellikle ilk yıllarında geçirmiş olduğu zehirlenmeler ve enfeksiyon hastalıkları ile bazı metabolik hastalıklar, ağır beslenme bozuklukları, kafa travmaları sonucu oluşan *organik bir beyin bozukluğu*'na bağlı olarak ortaya çıkan *zekâ gerilikleri-oligofreni*'ler ve bilhassa bunların ağır dereceleri, tüm hayat süresince devam eden ve tedavileri olanaksız olan akıl bozukluklarıdır.

Zekânın, normalde, doğumdan sonra sürekli olarak gelişerek 17-18 yaşlarında en üst düzeyine ulaştıktan sonra 22 yaşına kadar bir plato çizip sonraları gitgide yavaşça yıkılmağa başladığını düşünecek olursak, *zekâ geriliklerini*, kişinin göstermekte olduğu zekâ düzeyinin uyduğu *zekâ yaşına* göre taksim etmenin pratik faydasını anlamış oluruz. Nitekim, kişinin zekâ testi ile saptanmış bulunan zekâ yaşının 100 ile çarpımının kronolojik yaş ile bölümü *zekâ bölümü, intellectual quotient, I.Q.* olarak belirlenir. Bu bölümü ifade eden sayı, zekâ geriliklerinin taksiminde esas tutulur.

"Kişinin önceden edinmiş bulunduğu deneyimlerden ve öğrendiklerinden faydalanarak karşılaştığı yeni güçlük ve sorunları çözme yeteneği" olarak tarif edebileceğimiz *zekâ*, genelde, *pratik zekâ* ve *teorik zekâ* olarak ayrıldığına göre, zekâ testleri de *pratik zekâ testleri* (örneğin Alexander ve Porteus testleri) ya da teorik *zekâ testleri* (örneğin WAİS ve WİSC testleri) olarak iki temel gruba ayrılır.

Gayet doğaldır ki, *zekâ* ve *zekâ geriliği*'nin tayini ve teşhisi, esasında, klinik bir sorun olup, test uygulaması -tüm testlerde olduğu gibi- klinik bulguların değerlendirilmesinde yardımcı bir araç olmaktan ileri gitmemektedir.

Kişinin sorunları ve olayları kavrama ve onları değerlendirme, impuls kontrolu, davranma, öğrenme, ilgilenme, duyguları ifade etme tarzı gibi geniş bir ruh-

sal öge spektrumunun irdelenmesi kişideki zekâ durumunun saptanması yönünde tatbik ve takip edilmesi gereken en sağlıklı ve bilimsel açıdan güvenilir yoldur.

Pek çok nörolojik görünümlü hastalık zekâ geriliği ile birlikte seyreder. Bu çok geniş hastalık gruplarının tetkik ve izahı bu kitabın gerek boyut gerekse amacını aşmaktadır.

Pratik olarak, *zekâ gerilikleri* üç büyük gruba ayrılır.

1- 0-3 yaştaki normal çocuk zekâsı sınırları içinde kalan çok ağır zekâ gerilikleri vakalarına, genelde, *idiosi* adı verilir. Ateşte yanma, yüksekten düşme, ezilme gibi çok belirgin fiziksel tehlikelerden dahi kendilerini sakınma yeteneği göstermeyen, konuşmayan, anlamsız bir şekilde bağırıp çağıran, ısıran, vurup kıran, tutup çekiştiren, en ufak bir temizlik kavramına sahip olmıyan, büyük ve küçük apteslerini kontrol altında bulunduramıyan *idyo*'ların I.Q.'sunun 0-30 gibi çok düşük olduğu kolayca anlaşılır.

2- 4-8 yaştaki normal çocuk zekâsı sınırları içinde bulunan *embesilite* derecesindeki ciddi zekâ geriliğinde, kişinin, her ne kadar kendisini fiziksel tehlikelerden koruyabildiği gözlenirse de belirgin çocukça davranışı ve düşünce tarzı, öğrenme yetisindeki belirgin yetersizliği ile arzu ve hiddet impulslarını kontrol altına tutamaması nedeni ile normal bir sosyal uyum göstermesine olanak yoktur. I.Q.'ları 30-50 arasında değişir. Ciddi ve bilgili ellerde eğitildiklerinde, kendilerine bazı pratik bilgilerin kazandırılması olanağı ve olasılığı vardır.

3- 9-15 yaş dilimi normal çocuk zekâsını gösteren *debil*'lerin I.Q.'ları 50-80 arasında değişir. Debil'ler iyi-kötü bir sosyal uyum ve öğrenme kabiliyeti göstermekte olmalarına karşın, karşılaştıkları karışık ve güç durumlardaki uyum ve sorunları çözmedeki yetersiz-

likleri, özellikle soyut kavramları anlamalarındaki kısıtlılıkları, öğrenmedeki güçlükleri, olayları değerlendirmede kullandıkları çocukca normlar ile normal zekâ gösteren kimselerden ayrılırlar.

IV. Psikonevrozlar

Psikonevroz veya sadece *nevroz* olarak isimlendirilen hastalıkları *psikoz*'lardan ayıran en önemli özellik, ve aynı zamanda *nevrozlar grubu* hastalıklarını birbirine yaklaştıran en büyük faktör, nörotik hastalarda, genellikle gerçek ile tamasın kopmamış olması ve dolayısıyla sosyal uyumun pek bozulmamış olmasıdır.

Anlaşılıyor ki, nörotik bir hasta, göstermekte bulunduğu sıkıntı ve acı duygusuna, yaratma ve sevebilme yetisindeki tüm kayıplara karşın -psikotik hastaların aksine- durumundan ve hastalığından bilinçli ve gerçekle temasta olup iyi-kötü sosyal bir uyum gösterebilmektedir. Bu duruma göre, böyle bir hasta, hastalığının en ağır ve kötü devrinde dahi işine gidebilmekte ve durumunu bilmeyen bir kimseden hastalığını saklıyabilmektedir.

Bir akıl hastahanesine yatırılmasına nadir olarak gerek duyulan böyle hastaların, hastalığın çok ağır dönemlerinde şikayetlerine dayanamıyarak, bir akıl hastahanesine yatırılabilmeleri için kendilerinin başvurduğu görülmektedir.

Nevrozlar *anksiete reaksiyonu, konversiyon reaksiyonu (histeri), yorgunluk reaksiyonu (nevrasteni), obsessiv-kompulsiv reaksiyon (psikasteni), fobik reaksiyon* ve *dissosiyasyon reaksiyonu* olarak sınıflandırılır.

Anksiete (Sıkıntı) Reaksiyonu- Bilinç içi veya bilinç dışı kaynaklı olup kişinin kendisinden veya etrafından doğarak emosyonel huzur ve dengeyi tehdit

eden, ve dolayısıyla kişi tarafından kabul edilmeyip bilinç dışına itilmiş materyelin, tekrar bilince çıkması için yaptığı çabanın kişi tarafından duyulan ifadesi *sıkıntı-anksiete*'yi oluşturur.

Bu duygu, şahsın emosyonel sağlığını bozmağa yönelik olduğundan, tüm savunma mekanizmaları seferber edilerek *sıkıntının* önlenmesine çalışılır. Sıkıntı'nın önlenmesi gayesi ile girişilen bu çabada, sağlıklı kişinin kullanmakta bulunduğu savunma mekanizmaları yetmediğinde, kişi,. çeşitli nörotik ve hatta psikotik veya psikofizyolojik savunmalara başvurmak zorunda kalır; veyahut, ortaya çıkan ağır bir sıkıntı sonucu *intihar* eder.

Klinik açıdan *anksiete* kendisini *had anksiete* veya *anksiete-panik hali, anksiete-gerginlik durumu, anksiete nevrozu* olarak üç şekilde gösterir.

Gayet dramatik bir klinik tabloyu oluşturan *had anksiete*'de hastalık *panik nöbetleri* şeklinde seyreder. Özellikle günün erken saatlerinde ortaya çıkan bu nöbetlerde, hasta, birdenbire ortaya çıkan şiddetli panik, korku, ölüm duygusu, aşırı heyecan, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi, derin terleme, parçalanma ve yok olma hissi içine girer. Nöbetlerin ancak birkaç dakika sürmelerine karşın, hastanın tamamen eski haline gelebilmesi için en az bir güne ve hatta daha uzun süreye gereksinim vardır. Ondan sonra da, o korkunç nöbetin tekrarlanacağı korkusu hastanın içine yerleşir. Had anksiete nöbeti'nin, yanlışlıkla, koroner veya diğer çeşit bir kalp nöbeti veyahut bazı dahili hastalık nöbeti şeklinde yorumlandığı da görülebilir.

Anksiete-gerginlik durumu uzun süre devam ede gelen orta şiddetteki sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk, terleme, çarpıntı, arter tazyiki oynamaları, kabızlık ve ishaller ile kendisini gösteren bir zemin üzerine zaman zaman ortaya çıkan had anksiete nöbetleri'nden ibarettir.

Anksiete nevrozu doğrudan doğruya sıkıntı hissinin idraki veya sıkıntının ruhsal, bedensel ve nörovegetatif sahalardaki ifadeleri ile kendisini gösteren ve erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da sıklıkla rastlanan bir hastalıktır.

Sıkıntı, huzursuzluk, heyecan, gerginlik, korku, kötü bir olayın beklentisi içinde olma hissi, depresyon, dikkat dağınıklığı, titremeler, çalışamama, çabuk hiddetlenme, çarpıntı, terleme, geğirme, bulantı, nefes darlığı, ishal ve bağırsak spazmı, iştahsızlık veya oburluk, yorgunluk, baş ağrısı, başta ağırlık hissi gibi gayet geniş bir belirti spektrumu hastalığın klinik tablosunu oluşturur. Vakaların bazılarında mutlak iştahsızlık ve sonuçta zayıflama görülebildiği gibi, bazılarında ise devamlı yemek yeme sonucu aşırı şişmanlık görülür ki, böyle hallerde *anorexia nervosa* veya *bulimia nervosa*'dan sözedilir.

Konversion Reaksiyonu (Histeri)- Yasak ve kötü nitelikleri nedeni ile kişinin ahlaksal benliği tarafından kabul edilmeyip bilinçaltına itilen arzu ve düşüncelerin, oradan, muhtelif karmaşık ruhsal mekanizmalar yardımıyla, anksiete oluşmasına meydan vermeden felç, ağrı, ses çıkaramama ve konuşamama, körlük veya sağırlık veya deride hissizlik gibi bedensel bazı belirtilere neden olmaları hali *histeri-konversion reaksiyonu*'nun klinik tablosunu oluşturur.

Ancak, tüm bu değişik somatik görünümlü semptomun hiçbirisinin organik bir bozukluğa bağlı olmadığını, ve, dolayısıyla, tıbben bilinen anatomi, fizyoloji ve patoloji kurallarına uymadığını vurgulamak isteriz.

Yorgunluk Reaksiyonu (Nevrasteni)- Ruhsal nedenlere bağlı ve genel bir yorgunluk ve bitginlik hissi ile beraber seyreden ve özellikle bir iç hastalığı arazını taklit eden bu nevroz'da uykusuzluk, sıkıntı, dikka-

ti toparlayamama, unutganlık, çabuk kızma, gerginlik, takatsizlik ve yorgunluk hissi gibi ruhsal arazın yanısıra, herhangi organik bir nedene bağlı olmıya baş-bel ağrıları, mide-bağırsak ve kalp-damar şikâyetleri ön plandadır.

Böylece uykusuzluk, takatsizlik, çarpıntı ve ekstrasistoller, göğüs sıkışması, devamlı olarak değişen arter tansiyonu, bayılmalar, mide ekşimeleri ve gazları, hazımsızlık, kabız veya ishal, cinsel iktidarsızlık veya erken boşalma gibi şikâyeteri olan bu hastalar ellerindeki tomar-tomar reçete ve ilâçlarla doktordan doktora dolaşır dururlar.

Obsessiv-Kompulsiv ve Fobik Reaksiyonlar (Psikasteni) - Kişideki ahlaksal benlik tarafından kabul edilmeyip açıklanmalarına olanak tanınmayan cinsel ve yıkıcı-düşmanca arzu ve eğilimlerin neden olduğu muhtelif çatışma ve komplekslerin ortaya çıkardığı *obsession, kompulsion* ve *fobi* gibi belirtilerin ön planda bulunduğu müzmin seyirli ve ciddi bir hastalıktır.

Genelde ilk gençlik yıllarında başlıyan *psikasteni*, genelde, tedaviye inad ederek senelerce sürer.

Hasta, saçma ve gülünç oldukları gibi anlamsız ve gerçekle ile tamamen ilgisiz olduklarını bildiği halde, belirli fikirleri aklından uzaklaştıramaz, bazı korkulardan kendisini kurtaramaz ya da kendisinin istemediği ve tüm benliği ile önlemeğe çalıştığı bazı hareketleri yapmaktan ve tekrarlamaktan kendisini alamaz. Zamanla da ortaya çıkan sıkıntı, yorgunluk, gerginlik, huzursuzluk, çabuk kızma, bıkkınlık gibi araz klinik tabloyu tamamlar.

Hastanın mantığı ve iradesi ile önlemeğe ve aklından uzaklaştırmağa çalıştığı her *impulsiv dürtü*'nün beraberinde daima bir *gerçekleştirilme arzusu* yükü taşımakta olması nedeniyledir ki, önlendiği sürece,

hasta için ağır bir sıkıntıya neden olur; ancak gerçekleştirildikten sonradır ki, hasta sıkıntıdan kurtulabilir; ta ki, yeni bir obsesyon veya impulsyon ortaya çıkıncaya kadar...

Fobi'ler ise, hastanın, gerçekle herhangi bir ilgilerinin olmadığını ve temeldeki saçmalıklarını bildiği halde, bu hususlaki tüm çabalarına ve mantığını kullanmasına karşın, kendisini bir türlü kurtaramadığı korkulardır.

Psikastenik bir hasta için her şey ve her düşünce bir obsession veya impulsion veya fobi objesi olabileceği için, klinikte pek çok obsession, impulsiyon veya fobi çeşitleri ile karşılaşılabileceği kolayca anlaşılır.

Özellikleri nedeni ile iki impulsion üzerine kısaca durmak isteriz.

Dipsomani, hastanın, genelde alkollü içki içmekten nefret etmesine ve çok defa içkinin kokusuna dahi dayanamamasına karşın, birden bire önlenemez ve karşı konulamaz bir içki içme arzusuna kapılarak, her ne pahasına olursa olsun ve yapacağı eylemin olumsuz sonuçlarını artık hiç düşünmeksizin ve kendisini tamamen kaybedinceye kadar durmamacasına içki içme kompülsiyonudur.

Kleptomani, temelde cinsel bir sapıklık olup, kişinin, hiç ihtiyacı yok iken ve hiç kullanmayacağını bildiği halde *bir şeyi çalma kompülsiyonu*'nu duyma halidir. Çalma fiili esnasında kişinin cinsel haz duyması ve hatta orgazm'a varması karakteristiktir. Çalma fiilinin gerçekleşmesinden çok kısa bir süre sonra hastada derin bir pişmanlık ve gerek kendisine gerekse çalmış olduğu eşyaya karşı nefret hissi oluşarak, hasta, çaldığı eşyayı ya hiç kullanmamak üzere bir dolaba saklıyor ya da bir yerlere fırlatıp atıyor. Kleptoman bir hanım hastamızın ifadesine göre "apartmanlarının kanalizasyonu karıştırıldığında milyonlar değerinde mücevherat bulunabilecekmiş"; kendisi, ziyarete gitti-

ği hanım arkadaşlarının çekmecelerinde bulduğu mücevherleri çalarken tarif edilemeyecek kadar kuvvetli cinsel bir haz duyuyor ve daima orgazma varıyormuş; ne var ki, biraz sonra korkunç bir pişmanlık, nefret ve sıkıntıya kapılarak hemen evine dönüyor ve çaldıklarını helaya atıyormuş.

Dissosiyatif Reaksiyonlar- En ağır bir nevrotik ifade olan *dissosiyasyon*, nevroz ile şizofreni arasında bir geçiş dönemi olarak da kabul edilebilir.

Genelde, *dissosiyasyon halleri* tehlike ve ağır stres karşısında oluşan psikolojik bir kaçış olarak açıklanabilir. Burada, ağır ve dayanılmaz sıkıntı karşısında, tümünün yıkımını ve tamamen parçalanmasını önliyebilmesi ve varlığını koruyabilmesi amacıyla, ego, kendi bütünlüğünden bir parçayı koparıp ayırmak suretiyle, hastalık yaratan ve hasta olan kısmını bilinçten uzaklaştırmak zorunda kalır. Yani, tam bir yıkım ile karşı karşıya kalan ego, tümünün korunması amacıyla, kendi organizasyonunu ve entegrasyonunu parçalama ve feda etme gibi çok ağır bir ödün vermek zorunda kalır.

Dissosiyasyon'da bilincin bir kısmının genel ruhsal bütünlükten ayrılıp uzaklaştırılması; ya da, ağır vakalarda olduğu gibi, bilincin büyük bir kısmının bütünlükten ayrılması ve kişiliğin tüm kontrol ve idaresinin bir süre için ayrılmış, uzaklaştırılmış "hasta" kısım tarafından ele alınması söz konusudur.

Dissosiyasyon hallerinde ve dissosiyasyon süresince tam bir bilinç kaybının söz konusu olup, yapılan tüm hareketlerin ve girişilen tüm eylemlerin tamamen bilincin kontrolundan uzak ve ancak "hasta" ego'nun gereksinmeleri ve istekleri yönünde işlemekte olduğunu vurgulamak isteriz.

Tıbbın en ilginç konularını oluşturan *dissosiyasyon halleri*, klinik açıdan, *uyurgezerlik (somnanbulism)*,

yabancılaşma (depersonalizasyon), çift kişilik, bayılma, kaçış, amnezi şeklinde kendilerini gösterirler.

"Rüyadaki bazı işlemin motor aktivite haline gelmesi" şeklinde izah edebileceğimiz *somnanbulism*'den farklı olarak, *depersonalizasyon*'da "şahsın kendi varlığına, kendisinin kendisi olduğuna dair inancında ve hissinde veyahut çevresinin kendi öz gerçek çevresi olup olmadığı hususunda bir kuşku ve, ilerlemiş olgularda olduğu gibi, bir kayıp" söz konusudur; burada her şey değişiyor, kendisi ve kendi vücudunun değişik kısımları veya etrafı değişiyor, başkalaşıyor, vücudu parçalara ayrılıyor ve her bir parça başlı başına hareket etmeye ve çalışmaya başlıyor, kendisini ve etrafını sanki bir sis içinde imişçesine veyahut bir cam üzerinde iki boyutlu olarak çizilmişçesine algılıyor ve bu suretle kendisinin kendisi olduğundan kuşkuya giren hastanın saatlerce ayna karşısında durup "durumu anlamağa" çalıştığı, kendisinin belirgin bir *yabancılaşma* hali içinde olduğu gözleniyor.

Biribirine yakın psikodinamik nedenlerle ortaya çıkan *bayılma, kaçış* ve *amnesia*'da kişi, karşılaştığı ağır sıkıntıdan ya bayılarak ya da yarı konfüzyonel bir durumda amaçsız kaçışlar yaparak veyahut ta "olay"ı unutarak korunmağa çalışır.

Çift kişilik diye tanınan ve hastanın, hiç haberi olmadan, biribirine tamamen bağlantısız, farklı ve hatta biribirine karşıt ve birbirini izleyen iki veya daha fazla hayat yaşaması şeklinde gelişen dissosiasion halleri, ilginçliği nedeni ile, bir çok roman ve filmlere konu olmaktadır.

V. Kişilik Bozuklukları

Bir akıl hastalığı veya zekâ geriliğine bağlı araz topluluğu olmaktan çok, "hayat boyunca devam eden özel bir davranış, düşünce, duyuş ve yaşam tarzı" olan

kişilik bozuklukları arasında en önemlileri olarak *yetersiz, şizoid, affektif, paranoid, passiv agressiv, obsesiv-kompülsiv, histerik* ve *psikopatik kişilik* yer alır.

Nevrozlardan farklı olarak, kişilik bozukluklarının oluşmasına neden olan psikopatolojik ögeler kişinin ego'su ile çatışma halinde olmamaları nedeni ile, *kişilik bozukluğu vakalarında sıkıntı görünmez.* Halbuki, tam tersine, *nevrozların* temelinde yatan psikopatolojik ögeler, kişinin ego tarafından rededilmeleri ve dolayısıyla ego ile sürekli çatışma halinde olmaları nedeni ile daima *sıkıntı*'ya neden olurlar.

Yetersiz Kişilik- *Yetersiz kişilik* özelliğini gösteren şahıs, dış aleme karşı vermekte olduğu yetersiz cevap ve davranışları ile kendisini belli eder. Gerek zekâ, gerekse bedensel bakımdan belirgin bir kusur göstermemelerine karşın, böyle kimselerin toplumsal, emosyonel, meslek ve kişisel hayatlarında daima bir gerilik, zayıflık, hayatın ikinci planında kalış görülür; hayata karşı gerçek bağlılıkları, zevkleri, coşku ve şevkleri olmayıp karşılaştıkları hayat problemlerini tam ve kesin yollarla çözemezler, başarıya varamazlar. Muhakemeleri kıt, uyumları zayıf olan bu kişilerin topluma ait sorunları tartıştıkları görülmez; bunlarda sosyal vicdan gelişmiş değildir; tatsız, kuru, sinmiş, silik, coşku ve ilgi ufukları dar yaşamlarına devam ederdurlar.

Şizoid Kişilik- *Şizoid*'ler gerçek anlamda bir akıl hastası olmadıkları halde kendi öz dünyaları ve ilgi konuları içinde kapanmış, etrafları ile ilgisiz, dış hayata karşı heyecansız, çevrelerindekileriyle sağlam ve rahat ilişki kuramıyan, soğuk, kuru, tuhaf, eksantrik, kendi öz yaşam anlayışlarının dışındaki tutum ve davranışlara karşı katı ve hoşgörüsüz kimselerdir. Daima gerçekleştiremedikleri, olmadık proje ve düşler peşin-

de koşarlar; etraflarındakileri sevmedikleri için de, kendilerinin başkaları tarafından sevilebileceklerine inanamazlar.

Paranoid Kişilik- *Paranoid kişilik* kendisini sürekli bir tedirginlik, huzursuzluk, geçimsizlik, şüphecilik, alınganlık, aşırı hassasiyet gibi vasıflar ile belli eder. İnatçı, hırslı, kıskanç bir tutumla "kendilerine sürekli haksızlık eden" hayali düşmanları ile uğraşırlar, en ufak bir nedenle "zedelenmesi istenen onurlarını koruma" istemi ile aşırı reaksiyonlarda bulunurlar. Daima haklı ve çok değerli olduklarına inandıkları için de, kendi isteklerini etraftakilerine kabul ettirmeğe ve onları idare etmeğe kalkışırlar. Tüm bunlar nedeni ile de, çevreleri ile sürekli bir çatışma içinde bulunurlar ki, bu durum, kendilerinin temel paranoid davranışlarının şiddetlenmesine neden olur; böylece de, oluşan kısır döngü içinde yaşamlarını sürdürürler.

Affektif (Siklotimik) Kişilik- *Siklotimik*'lerin ruhsal yaşamı, sürekli olarak, hipomani'nin neşeli coşkusu ve hiddeti ile depression'un sıkıntısı ile aşağılık ve yetersizlik duyguları arasında değişip durur. Coşku devresinde iken neşeli, konuşkan, lâubalicesine samimi, patavatsız, sinirli, hayatı toz pembe gören kişi bir süre sonra depresion'un sıkıntısı, neşesizliği, durgunluğu, karamsarlığı ve isteksizliği içine girer.

Passif-Aggresif Kişilik- *Passif-aggresif kişilik*'te agressif ve passif öğelerin biribirine girmiş ve kaynaşmış bir şekilde bolca bulunmaları sonucu, son derece çocuksu ve olgunlaşmıyan bir duyuş ve davranış temeli üzerine ya zavallı, umutsuz, yardıma muhtaç ve tamamıyle diğerlerine bağımlı; veya pasif tarzda oluşan karşı koyma ve başkaldırma hali, dikkafalılık, usandırıcılık ve inatcılık; veyahut ta kendi öz yakın

çevresine yönelik belirgin ve şiddetli saldırganlık, kızgınlık, yıkıcı ve kaba davranışa karşın, dış çevresine karşı yumuşak, ezik, yapay nazik ve terbiyeli bir yaşantı tarzının varlığı ile kendilerini gösteren üç temel davranış kalıbı sözkonusudur.

Obsessif-Kompulsif Kişilik- *Obsessif-kompülsif kişilik* özellikleri taşıyan şahısların davranışlarında yapmaları gereken işleri doğru, eksiksiz, zamanında, mükemmel, dikkatli ve kusursuz bir şekilde tamamlama dürtüsü bir leit-motiv olarak kendisini gösterir.

Kendilerine karşı gaddarcasına hoşgörüsüz, kuru, doğru olup en ufak bir esnekliğe, yumuşaklığa, değişikliğe tahammülleri yoktur. Kendilerine karşı böylesine katı ve ritüellere hastaca bir sadakat ile bağlı olan bu kişilerin diğer insanlarla olan ilişkilerinin de insancı yumuşaklıktan yoksun, soğuk, renksiz, yakınlık ve içtenlikten uzak olacağı da kolayca anlaşılır.

Histerik (Histrionik) Kişilik- *Histerik (histrionik) kişilik*'te çocuksu bir egosantrizm, etrafın ilgisini çekme arzusu, kendisinin çevresine bir şey vermemesine karşın etrafından sürekli olarak almağı isteme ve sömürme temeli üzerine kurulu bir duyuş ve yaşam tarzı kendisini belli eder. Hayatlarının cinsel cephesinin dışında kalan diğer her konuda bol ve çarpıcı bir cinselliğin var olmasına ve bu cinselliği her davranışlarında göstermeğe çalışmalarına karşın, seksüalitenin esasını oluşturan cinsel alanda, cinsel yaşamlarında frijid olmaları histerik'lerin ilginç bir özelliğini oluşturur.

Psikopatik (Antisosyal) Kişilik- *Psikopatik (antisosyal) kişilik* yapısındaki aşırı bencillik, her şeyden ve her ne pahasına olursa olsun zevk alma isteği, sorumluluk kavramı yokluğu, sürekli ve sınırsız olarak

hiç bir şey vermeden hep elde etme isteği, ölçüsüz ve frenlenemeyen arzu ve hiddet, impuls kontrol kaybı, düzen ve kurallara -hangi düzen olursa olsun, ve hatta bir zamanlar kurulması için kendilerinin dahi çaba ve uğraş vermiş olduğu düzen dahi olsa- karşı gelme, suç teşkil eden girişimlerde bulunmaktan zevk alma, sahip olmadıkları ünvan ve sıfatı kullanarak karşısındakileri aldatma, çıkarlarına karşı olsa dahi ve hatta girişecekleri eylemin sonunda ceza görecekleri belli iken ve sırf "suç işlemiş olmanın tadına varmak için" suç işleme, almış oldukları cezalardan en ufak bir ders almama, çabuk bıkma, sebatsızlık gibi ögelerin bolluğu nedeni ile *psikopat*'lar sürekli olarak *antisosyal girişim*'lerde bulunurlar.

Hırsızlık, dolandırıcılık, askerlikten firar, yaralama ve öldürme, ırza geçme, gasp, cinsel suçlara katılma, toksik madde kullanma gibi eylemler *psikopat*'ların günlük yaşamlarını oluşturur. Vücutlarını değişik ve çarpıcı konulu dövmelerle süsleme, sıkıldıklarında ellerine geçirdikleri bir cam parçası veya jiletle kendi göğüs, karın, kol ve boyunlarına yüzeysel çizik yaraları serpiştirmeleri çok sevdikleri ve kendilerini rahatlatan ve sıkça başvurdukları vasıtalardır.

VI. Uyum ve Stres Reaksiyonları

Bu başlık altında *çevresel stres etkisinde bulundurulan ve o zamana kadar olgun, sağlıklı, iyi uyum göstermiş kişilerde görülebilen ruhsal reaksiyonlar* irdelenir.

Bunlar meyanında: 1.— *Durumsal büyük stres reaksiyonu,* 2.— *Çocuklukda uyum reaksiyonu,* 3.— *Gençlikte uyum reaksiyonu,* 4.— *Yetişkinlikte durumsal reaksiyon,* 5.— *Yaşlılıkta uyum reaksiyonu* sayılır.

Durumsal Büyük Stres Reaksiyonu- Burada irdelenen oldukça geniş psikopatolojik tabloların oluşmasında, bir taraftan kişinin öz kişilik yapısı ve entegrasyonu ile sahip bulunduğu kendine özgü (*yıkılma noktası*) düzeyi; diğer taraftan, stres'in türü ile o stres'e maruz kalmış bulunan kişi için söz konusu stres'i oluşturan olayın taşımakta olduğu duygusal yük; ve aynı zamanda, stres'in şiddeti ve süresi ile tekrarı gibi çok boyutlu ve geniş bir spektrumu oluşturan faktörlerin karşılıklı etkileşimleri rol oynar.

Savaş ve fakat barış zamanında da görülebilen *açlık, sefalet, işkenceye maruz kalma, aşırı yorgunluk, esaret, hapis, büyük yangın veya deniz kazası, deprem, su baskını, yolunu kaybetme, ağır yaralanma, evden ve memleketten uzak kalma ve oralardan haber almama veya kötü haberler alma gibi ve genelde kişinin ontolojik varoluşunu tehlikeye koyan* ağır stres'ler karşısında, o zamana kadar herhangi bir psikotik veya nevrotik araz ve hatta kişilik veya uyum kusuru göstermeyen kişilerde ortaya çıkan, ve "stres niteliğinde olan durum-sitüasyon'un devamı süresince görülüp onun ortadan kalkmasından kısa bir süre sonra kaybolan" konfüzyonel, saldırgan, sıkıntı-panik görünümlü geçici emosyonel tablolar *durumsal büyük stres reaksiyonları* olarak tanımlanır.

Çocuklukta Uyum Reaksiyonu- Genelde huzurlu ve iyi bir adaptasyon gösteren çocuklar, derin emosyonel çatışma veya bazı durum değişiklikleri esnasında *kısa süreli nörotik gösteriler* veya *evde, okulda, toplumda davranış bozuklukları* veya *parmak emmek, tırnak yemek, gece işemeleri, büyük aptestini kaçırma, mastürbasyon, kızgınlık nöbetleri* ile kendilerini gösteren ruhsal bozukluk geçirebilirler. Bu geçici bozukluklar doğru ve düzgün tedaviye olumlu cevap vermektedirler.

Gençlikte Uyum Reaksiyonu- Burada gençlik yaşlarında görülen ve stres altında veya gençlik problemleri karşısında ortaya çıkan *impulsiv ve emosyonel gösteriler* irdelenir. Yüzeysel bir gözlem ile yanlış olarak "kişilik bozukluğu" veya "nörotik bozukluk" olarak teşhis edilebilen bu haller, uygun bir tedaviye gayet iyi cevap vermeleri ile diğer benzer vakalardan ayırt edilebilirler.

Yetişkinlikte Durumsal Reaksiyon- O zamana kadar herhangi belirgin psikopatolojik bir araz veya uyum kusuru göstermeyen, ve normal bir ruhsal hayat geçiren yetişkin bir şahsın yeni bir çevre, iş, görev veya sorumluluğa başladığında veyahut yeni bir evliliğe uyum göstermeye çalıştığında *takatsizlik, yetersizlik, anksiete, umutsuzluk ve çeşitli davranış bozuklukları* ile kendisini gösteren bir sendromu ortaya çıkarabileceği gözlenir. Bu halin etkin ve acil bir tedavi ile düzelebilmesine karşın, tedavisiz kaldığında haftalarca süren bir huzursuzluğa veya müzmin bir nöroz, kişilik kusuru veyahut hatta psikotik bir tabloya dönüşebileceğini daima göz önünde tutmak gerekir.

Yetişkinlikte durumsal reaksiyonlar olarak tanımlanan bu psikopatolojik tabloların, daha ziyade, latent nöroz veya latent kişilik bozukluğu gösteren kişilerde ortaya çıktığına işaret etmek isteriz.

Yaşlılıkta Uyum Reaksiyonu- Yaşamı süresince kişinin karşılaşacağı fizyolojik, durumsal ve çevresel koşullara uyum sırasında geç yaşlarda görülebilen geçici reaksiyonlar bu grupta mütaala edilirler. Yaşlılık, o zamana kadar faal ve mevki sahibi olan şahsın emekli olması, sevgili şahs ve a ile fertlerinden bazılarının ölümü, çocuklarına "muhtaç" olarak kendini görme ve olma hali gibi faktörler ya esasında varolan

kişilik bozukluklarını arttırır ya da geçici bir nevi kişilik bozukluğu gösterilerine ve dolayısıyla arzu edilmeyen reaksiyonlara neden olabilir.

Bu vakaların da özellikle yüzeysel destekleyici psikoterapiye olumlu cevap verdikleri görülür.

VII. Cinsel Sapıklıklar

Karşı cinsten bir kimse ile cinsel ilişki kurabilme olanaklarına sahip olmasına karşın ancak mastürbasyon yolu ile zevk alan; veya karşı cinsten bir kimse ile ilişki kurabilme olanağında olabilmesine karşın kendi cinsinden birisiyle bulunmaktan zevk alan; veya kendi veya karşı cinsten birisiyle olan cinsel ilişkiden zevk alabilmesi için ilişki esnasında seks arkadaşına eza etmek veya ondan eza edilmek ihtiyacında bulunan; cinsel temas sırasında ancak bir eşyanın veya beden kısmının varlığında zevk duyabilen; karşı cinsin giysilerini giymek ve onlarla dolaşmaktan zevk duyan; hayvanlarla veya ölülerle cinsel temasta bulunmaktan zevk duyan; kendi cinsel organlarını teşhir etmekten veya başkalarının cinsel organlarını seyretmek veya bir çiftin sevişmelerini seyretmekten cinsel haz duyan bir kimseye *cinsel sapık* ismi verilir.

Evvelki bölümlerde görmüş olduğumuz gibi, cinsel bakımdan normal olan kişi, çocukluğu süresince ruhsal-cinsel evrimin çeşitli evrelerinden zamanında geçtikten sonra olgunlaşarak *hetero-sexual evre*ye varır, ve bu şekilde, anne-baba veya kardeşleri gibi kendi öz aile çevresi dışında bulduğu karşı cinse ait bir kimse ile cinsel arzu ve ihtiyaçlarını tatmin eder.

Olgunlaşma evrelerini huzurlu, rahat ve sağlıklı bir şekilde geçirmesine izin verilen çocuk, doğal olarak, hetero-sexual evre'ye varacaktır. Ancak, bu gelişmesine yaşamı boyunca engeller konacaksa, korku veya özdeşleşme güçlüğü gösterecek veyahut başka neden-

lerin etkisiyle cinsel tatminini başka yollarda aramak zorunda kalacaktır ki, o zaman, karşımıza bir *cinsel sapık* olarak çıkmış olacaktır.

Cinsel sapıklıklar içinde *homoseksüalite* (eşcinsellik), *fetişizm* (ancak belirli bir eşya veya organ şeklinin varlığı ile zevk alabilme), *sadizm* (sevgili kişiye eza çektirerek zevke ulaşma), *mazohizm* (sevgili kişiden eza görerek zevke ulaşma), *bestialite* veya *zoofili* (hayvanlarla cinsel ilişkiden zevk alma), *voayörizm* (başkalarının cinsel organlarını veya cinsel ilişkilerini seyretmekten zevk duyma), *triolizm* (üçlü ilişkiden haz alma), *eksibisyonizm* (teşhircilik) belli başlılarını oluşturur.

Gerçek anlamda bir cinsel sapıklık olarak kabul edilmeyen *transeksüalite*'de, kişinin bedensel cinsi ile ruhsal ve seksüel yapısının ters olması sözkonusudur. Bu suretle, erkek vücudu içinde kadın ruhu ve cinsel arzularını taşıma, ya da tam tersine, kadın vücudu içinde erkek ruhu ve cinsel arzularını taşıma hallerine tanık oluruz.

Konu böylece açıklandıkta sonra, transeksüalite'de gerçek bir homoseksüalitenin, eşcinselliğin söz konusu olmadığı görülür. Zira, kendi cinsi ile ilişkide bulunmaktan zevk duyduğu sanılan kişi, esasında, göstermekte olduğu cinsin karşıtının ruhsal ve cinsel yapısını taşımakta olması nedeniyle, görünürde, bedensel olarak kendi cinsinden biri ile ilişkide bulunursa da, aslında, kendisi ile karşı cins olan birisi ile ilişki kurmaktadır. Önemle vurgulanması gereken bir nokta da, erkek transeksüellerin diğer erkeklerle anal ilişkiye bulunmaktan zevk almadıkları ve hatta böyle bir ilişkiden aslında nefret ettikleridir; böyle kişiler, transeksüalite ameliyatına tabi tutulmalarından sonradır ki, ancak yapay vaginaları ile giriştikleri temastan haz duymaya başlarlar, ve ondan sonra da anal yoldan ilişkilerine tamamiyle son verirler. Bu husus, böylele-

rini gerçek homoseksüellerden ayırır.

İşaret edilmesi gereken diğer bir konu da, transeksüellerin daima karşı cinsin giysilerini giymekten (*transvesti*) haz duymakta olmalarıdır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
PSİKOSOMATİK REAKSİYONLAR

Psyche'nin (ruh) *soma*'dan (beden) ayrı, bağımsız, farklı olmayıp tek bir varlığın, yani *canlı insan hayatı*'nın biribirinden ayrılmaz iki ögesi olduğunu düşünürsek, bütün hastalıklarda -gerek neden gerekse tedavi açısından- bedensel ve ruhsal faktörlerin ortak etkinliğini kolayca anlamış oluruz. Doğaldır ki, bazı hastalıklarda bedensel-somatik faktörün ağırlıkta olmasına karşın, bazı hastalıklarda ruhsal-psişik faktör daha fazla bir ağırlık taşır. Ancak, tüm hastalıklar içinde, öyle bir hastalıklar grubu var ki, kökenlerinde, uzun süreden beri devam edegelen ve genelde bilinç dışı olarak oluşan emosyonel etkenlerin sonucu olmalarına karşın, klinik gösterilerini bedensel alanda göstermektedirler. Yani, bu hastalıklar *sıkıntı*'nın, dolaylı olarak, *somatik alan*da değişik ifadelerinden başka bir şey değildir. Böyle hastalıklarda, kişide mevcut ve uzun zamandan beri devam edegelen ruhsal sorunun ortaya çıkardığı *sıkıntı* ve *kızgınlık* halinin bir süre sonra bilinç dışı bir hale gelmesine karşın, onun neden olduğu fizyolojik işlev bozukluğu devam etmektedir.

Başka bir deyimle, *psikosomatik hastalıklar*'ı, sıkıntı sonucu beynin diensefal bölgesinde yaratılan stres sonuçlarının gene diensefalde bulunan nörovegetatif merkezlere ve oradan da nörovegetatif çevresel sinirler ve içsalgısal yol ile çevreye ve özellikle iç organlara geçmesi ile ortaya çıkan, yani, *sıkıntının bedensel sonuç ve ifadeleri olan işlev bozuklukları* olarak da tanımlıyabiliriz. Psikosomatik hastalıklarda, sıkıntının bilinç altında kümelenmiş bulunması nede-

niyle, *hasta sıkıntı duymaz.*

Belirli bir psikosomatik hastalığı ortaya koyan ve o hastalığa has olan herhangi özel bir kişilik yapısı söz konusu olmadığı gibi, psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışında da, psikodinamik etkenlerle ortak etkileri olan ve etkinliklerini henüz tamamen bilmediğimiz ve büyük bir olasılıkla doğuştan var olan bazı bedensel etkenlerin de ortak bir rol oynamakta olduklarını bilmek gerekir.

Psikosomatik hastalıklar veya *Psikofizyolojik reaksiyonlar* ismi altında toplanan ve dolayısıyla gerek ortaya çıkışlarındaki nedenler gerekse tedavi yöntemleri açısından *psişik* ve *somatik* etkenlerin ortaklaşa rol oynadığı bu tür hastalıklar kendilerini *deri* (çeşitli kaşıntı, egzema, psoriasis), *kas-kemik* (bazı artrit çeşitleri, sık sık kaza geçirme halleri), *solunum* (astma), *kalp-damar* (bazı senkop halleri, migren, gerginlik başağrısı, esasi hipertansiyon), *mide-bağırsak* (bazı iştahsızlıklar ve oburluk haleri, kusma halleri, mide nevrozu, duedenum ülseri, peptik ülser, spastik kolitis, müzmin ruhsal kabızlık), *cinsel* (çift cinsellik, bazı iktidarsızlık halleri, erkek ve kadında cinsel soğukluk, bazı gece işemeleri, erken ve geç boşalmalar, yalancı gebelik, bazı ağrılı-az-fazla aybaşı görme halleri), *içsalgı* (tiroid hastalıkları, bazı tür şeker hastalığı, yorgunluk halleri) gibi çok geniş bir alanda kendilerini gösterirler.

ALTINCI BÖLÜM
ÇOCUK PSİKİYATRİSİ

Çocuk Hastalıkları dalının yetişkin İç Hastalıkları ve Cerrahi'sinden farklı olduğu gibi, Çocuk Psikiyatrisi de Genel Psikiyatri'den belirgin bir şekilde ayrılır.

Çocuk Psikiyatrisi, dış dünya ve onun yarattığı değişik travma ve tatminsizlikler yani Yaşam ile yeni yeni karşılaşan insan yavrusunda oluşan anksietenin ortaya çıkardığı sorunlar ve onların çözümü ile uğraşan bir daldır.

Yetişkinlikte rastlanan bütün nevroz, psikoz, kişilik bozuklukları ve hatta psiksomatik hastalıklara zemin hazırlayan çeşitli kompleks, tatminsizlik ve çatışmaların çocukluk dönemi içinde oluştuğunu düşünürsek, konunun önemini daha iyi kavrayabiliriz.

"Çocuklukta olur", "çocuk, güçlükleri kendi kendine yener", "büyüdüğünde her şey düzelecektir" kabilinden halk ve hatta bazen hekimlerde dahi rastlanan kanılar tamamen yanlış ve tehlikelidir.

Çocuk, olgunlaşmamış bir varlık olmaktan olgun bir yetişkinliğe doğru yol alırken, kişiliğin tüm olgunlaşma evrelerinden sırasıyla geçer; her evrede gerekli bir süre geçirerek, zamanında, bir sonraki evreye geçmek ve bu süretle tüm evreleri yaşayarak olgunluğa erişmek durumundadır.

Yaşı itibarıyla, çocuk hangi olgunluk evresinde bulunması gerekir? O evreye ulaşmış mıdır? Yoksa, daha ilkel bir evrede takılıp kaldı mı? Bu günkü safhada olmasına karşın, ruhsal yapısında daha önceki bir evrenin kalıntıları var mıdır? Yani, çocuk daha önceki evreleri başarı ile geçmiş ve bugün bulunduğu evreye

rahatça girmiş midir? Yoksa, bu günkü yapısıyla çocuk, karşılaştığı güçlükler karşısında, bir zamanlar başarı ile ulaşmış olduğu ruhsal-cinsel olgunlaşma evresinden daha ilkel bir evreye gerilemiş midir? Hekim, karşılaştığı herhangi bir çocuk psikiyatrisi olgusunda tüm bu soruları eksiksiz yanıtlamak zorundadır.

Çocuğun temel bünyesel kişilik özellikleri doğum esnasında mevcuttur; bundan sonra, özellikle yaşamın ilk beş-altı yılı içinde, anne-babasının ve aile çevresinin etkisi çok büyüktür. Bu ilk yıllar, çocuğun, anne-babasına en fazla bağımlı olduğu yıllar olup, bundan sonra, doğal olarak, dış dünya ile temas etmek suretiyle özgürlüğünü kazanmağa çalışır. Çocuğun işte bu çabasına engel olunduğunda, duygusal sorunlar ortaya çıkar.

Çocuğun *oral evre*'de bulunduğu sürece annesine bağımlı olmasına karşın, *anal evre*'ye geçtiğinde isyankâr, inatçı, itaatsız olur. Bu durumun tamamen "normal" olduğunu bilerek, çocuğun huzurlu, oturmuş ve olgun bir kişilik kazanabilmesi için ona sevgi, anlayış ve güven verilmesi gerekir. Çocuğa gerekli anlayış ve yakınlık gösterilmezse, ileride ya aşırı bir saldırganlık ve düşmanlık duygularıyla dolu *antisosyal bir psikopat*; veyahut, *pasif ve karar veremeyen, baş eğen ve silik* bir şahıs olur.

Oedipal evre'ye giren çocuk, tüm yaşamınca sürecek bazı cinsel kararlar verir. Bu esnada, kendi veya karşı cinsteki ebeveyni ile kendisini özdeşleştirir, veya ondan nefret ederek uzaklaşır. Yaşamın en önemli yılları olan bu 4-7 yaş diliminde anne-babanın çocuğa gerçek ve ölçülü bir sevgi, anlayış, yaklaşım ve huzurlu bir ev ahengi göstermeleri ile ileride mutlu, sevebilen ve hayatının her dönem ve cephesinde eğitim ve mesleğinde tam verim ve yaratıcılık gösterebilen *olgun heteroseksüel* kişi; ya da, yukarıda işaretlediğimiz hususlar anne-baba tarafından çocuğa temin edile-

mediklerinde ödipal girdaplar içinde sıkışıp kalmış, huzursuz ve mutsuz *homoseksüel eğilimli bir kişi* ortaya çıkar. Ve, bütün bunların dışında, çocuğa daima özgür ve kendine güven verici bir davranışın aşılanmasının gerekmesine karşın, onu, yaşı nedeniyle kendisinin yüklenemiyeceği sorumluluklar ile karşı karşıya bırakmaktan sakınılması gerekir.

Sonuç olarak, diyebiliriz ki, bir çocukta sağlam ve sağlıklı bir ruhsal yaşam ve dolayısıyla uyum elde edebilmek için dikkat edilmesi gerekli çevresel etkenler şunlardır: 1- Sevgi, kabul ve anlayış göstererek *güven hissi*'nin temini; 2- Kendi bünyesel özelliklerini ve bulunduğu cinsel-ruhsal olgunlaşma evresinin ortaya çıkardığı çeşitli emosyonel gösterileri gözönüne alarak, *çocuğa yaşamın tüm cephelerinde yetilerini kullanıp onları göstermesine yardımcı olmak*, ve bunu yaparken de, çocuğun yerine getiremiyeceği birşeyi ondan istememeğe özen göstermek.

Arızasız ve sağlıklı geçen bir bebeklik ile oyun çocukluğu ve ilk okul devresinden sonra, bir çocuğun erginlik sırasında uyum güçlüğü nedeniyle *emosyonel sorun* göstermekte olduğuna işaret eden bazı önemli noktalar vardır: 1- Okul notlarında ve genel akademik veriminde birdenbire ortaya çıkan beklenmedik büyük düşme; 2- Anne-baba, arkadaş ve her türlü aktivitelerden çekilme; 3- Karşı cins ile ilişkilerinde rahat ve huzurlu bir davranış göstermeme; 4- Zaman zaman saldırganlık ve düşmanlık gösterileri; 5- Antisosyal gösteriler. Böyle bir durumda, çocuğun bir hekimle görüştürülmesinin önemini vurgulamak isteriz.

Önemle vurgulamak istediğimiz diğer bir husus da, çocukta gözlenen duygusal sorunların, genelde, aile çevresinde mevcut sağlıksız bir durumun sonucu olarak ortaya çıkmakta olmalarıdır. Bu nedenledir ki, hasta çocukla beraber -kendileri herhangi bir şikâyette bulunmasalar dahi- anne-babanın da uzun süreli psi-

koterapiye tabi tutulmaları gerekmektedir. Hasta çocuğun yaşının küçüklüğü ile çevresinin etkinliği arasında ters bir orantının bulunduğunu düşünürsek, küçük yaştaki çocuk hastaların tedavisi açısından ana-babaların tedavi altına alınmalarının önemini daha iyi anlamış oluruz. Bu şekilde, özellikle ödipal evreden önce bulunan bir çocuğun çevresinin düzelip değişmesi çocuğun ruhsal durumuna çok olumlu etki yapacağı nedeniyle, böyle hallerde anne-babanın psikoterapiye tabi tutulması hususunun çocuğun tedavisinin temelini oluşturduğu belirginleşir.

Çocuk psikiyatrisi olgularının büyük bir kısmını, yetişkin psikiyatrisinde hemen hemen hiç veya pek az rastladığımız *beslenme güçlükleri, gece işemeleri, tik gibi psikonevrotik gösteriler, cinsel sapıklıklar ile egzema, ürtiker, astma gibi psikosomatik hastalıklar* oluşturur. Psikoz vakalarına ise; -nadir olan *çocuk şizofrenisi* hariç- aşağı-yukarı hiç rastlanmamaktadır.

Organik bir patoloji göstermeyen bir çocuğun, sağlam ve sağlıklı bir ev ve aile çevresinde bulunduğunda, herhangi bir *beslenme güçlüğü* göstermesi beklenmez. Çocuk kendi iştah, gereksinim ve isteğine göre yiyecek ve beslenecektir. Ancak anne-babanın ve özellikle annenin ruhsal huzursuzluğu, çocuğun "beslenmesi" ve "büyümesi" hususunda ona şu veya bu yemeği şu veya bu ölçüde şu veya bu zamanda ve saatte yedirmek yönünde kendini gösterirse, çocuk, yemek yemesinin annesinin onunla ilgisi ve sevgisi açısından büyük duygusal konusu olan bir öge olduğunu anlar, ve, ondan sonra da kendi duygusal durumunu beslenme işlevine bağlıyarak istek, sevgi, hınç, düşmanlık ve saldırganlığını yemek yeme süreci ile ifade etmeğe başlar.

Bir beslenme bozukluğu olarak karşımıza çıkan *şişmanlık* seyrek olarak iç salgı bozukluğu, ansefalit, diensefal ve hipofizer bölge tümörleri, kafa travması

gibi organik sebeplere bağlı ise de- genelde, çocuğun fazla yemek yemesine bağlıdır; bu gibi hallerde fazla yemek yeme olayı, hissedilen sevgi açlığının yerine geçen bir sübstitüsyondur.

Çocukluktaki *anorexia nervosa* sonucu görülen ileri zayıflık olgularında, neden olarak, bir taraftan çocuğun anne-baba bağımlılığından kopup özgürleşme arzusuna rağmen annenin halâ ona zorla yemek yedirmek arzusunu, diğer taraftan da anne-babanın çocuğu sevmemeleri veya anne-çocuk çatışmaları veya kardeş kıskanmaları gibi emosyonel etkenleri görürüz.

Omurganın alt omurları ve o hizadaki omur ilik hastalıkları, idrar kesesi hastalıkları, şeker hastalığı, sara, uyku derinliği ve bazı beyin hastalıklarında da görülmekle beraber *gece işemeleri* olgularının çoğunluğunun nedeni psikopatolojiktir.

Gece işemeleri doğuştan beri ve aralıksız süregelebildikleri gibi, normal yaşta kesilmiş olmasına karşın ileriki yaşlarda çocuğun karşılaşmış bulunduğu duygusal etkenler sonucu olarak da yeniden ortaya çıkabilirler. *Ayrıca, gece işemelerinin bir çocukluk cinselliğinin ifadesi olup erginlikten sonraki normal gece ejakülasyonunun çocukluk şekli olduğu*nu düşünecek olursak, genelde, püberte ile beraber bu tip şikayetlerin neden kendiliklerinden de geçtiğini anlamış oluruz.

Tik'ler, esasında, çocukluk yaşlarında başlayıp çok defa bütün hayat süresince devam eden ve çoğunlukla göz, yüz, ağız adalelerinde olmakla beraber boyun, omuz ve hatta tüm vücut adalelerini de ilgilendirebilen ve genelde günlük hayatta yapılan basit bir hareketi taklit eden mahiyette olan istemsiz ve amaçsız hareketlerdir. Burada da, neden olarak, tıpkı yetişkinlerdeki *histerik konversiyon* vakalarında olduğu gibi, derin çatışma ve kompleksler ile ilgili tatmin ve cezaların sembolleşmesini görürüz.

Çocuğun kendini yere atması, etrafı tekmelemesi, bağırıp çağırması, ağlaması ve bir süre nefesini tutup morarması ile kendisini gösteren *temper tantrum-kasılma* nöbetlerine bilhassa yaşamın ilk dört yılı içinde rastlanır. Bazen, çocuğun nefes almaması öylesine uzun olabilir ki, tabloya kısa bir süre için, bilinç kaybı da eklenebilir.

Hayatın ilk yılı için tamamen doğal olarak kabul edilen *parmak emmek* hali, bazen 3-4 yaşına kadar sürer ve sonra geçer. *Parmak emmek* ve onunla aynı psikodinamik nedene bağlı olan *tırnak yemek* halleri oral tatminin ifadeleri olup, çocuğun yorgun ve üzgün olduğu ve kendisini yalnız, güvensiz ve mutsuz hissettiği hallerde özellikle artar.

Obsessiv-kompülsiv reaksiyonlar'a mükemmelliyetçi ve ısrarcı anne-babaların katılığı sonucu çocukluğun normal afacanlık, huzur ve fütursuzluğunu red ve inkâr etmiş ve bu suretle "yaşından büyük", "büyümüş de küçülmüş", "küçük bir beyefendi" veya "küçük bir hanımefendi", "her sene sınıf birincisi", "tertipli", "ciddi", "kitap ve defterleri ile dolabı tertemiz ve tertipli", "oyunlardan hoşlanmaz", "büyüklerle ciddi ciddi konuşur" diye tanınan çocuklar arasında sıklıkla rastlanır. Ne yazık ki, bu mutsuz çocuklarda ciddi bir nevrozun çoktan başlamış olduğunu ve yarınki *psikasteni*'nin temellerinin atılmakta olduğunu görebilen hekim sayısı da pek fazla değildir.

Huzursuzluk, dikkatsizlik, hiperaktivite, okuma ve öğrenme güçlüğü, karabasan, uyurgezerlik, korku veyahut tersi olan korkunun idrak edilmemesi, yalancı bir saldırganlık, anlamsız ve ölçüsüz endişe ve bilhassa çeşitli korkularla kendisini gösteren *anksiete reaksiyonu*'nda korkunun önemi, korku objesinin taşımakta bulunduğu gerçek tehlike potansiyeli ile ters orantılıdır. Burada, hostilite ile düşmanca davranma komponentlerinin bulunmaması *sıkıntılı çocuk*'u *hostil*

çocuk'tan ayırır.

Esasında tamamen doğal olup her sağlıklı çocukta görülen *mastürbasyon*'un devamlı ve çok fazla veya herkesin önünde yapılması halinde, çocukta duygusal problemlerin veya anne-baba ile çatışmanın varlığını gösterir.

Çevreleri ile rahat ve huzurlu ilişki kuramıyan *antisosyal çocuklar*'ın kişilik yapılarında bol düşmanca, saldırgan ve yıkıcı öğeye rastlanır. Egoist, geçimsiz, isyancı, yalancı, kavgacı, hırsız, yıkıcı, disipline uyamıyan bu çocuklar *ilkel bir ego* gösterip tamamen "zevk alma ve istediğini elde etme" prensibi ile hareket ettiklerinden, kendilerinde güçlüklere katlanma, vefa, diğergâmlık, karşısındakine ve onun hakkına saygı, başkalarını sevme gibi superego gösterilerine rastlanmaz.

Genelde huzursuz, sorunlu, olgun bir sevgi gösteremeyen ve genelde ayrılmış anne-babadan gelen veya üvey anne ve babada veyahut uzak ve soğuk akraba evlerindeki sürekli sert ceza ve hoşgörüsüzlük ortamında büyüyen bu çocuklar da, kendilerinin sevilmediklerine ve istenmediklerine inanarak, onları sevmeyen ve istemeyen aile, okul, çevre ve topluma düşman ve saldırgan bir şekilde davranırlar; kendilerinin bu tür davranışlarına aile ve çevreleri de aynı düşmanlık duygusu ve saldırganlıkla cevap verdiklerinde, olay daha da kötüleşerek kısır bir döngü oluşur.

Çocuklarda ruhsal gelişim organik-bedensel gelişime göre daha geç oluştuğundan, çocuklar anksiete gösterilerini -yetişkilerden çok daha fazla ve sık olarak- *fizyolojik saha*'da gösterirler. Bu suretle gergin, huzursuz, sorunlu ve çatışmalı çocuklarda *mide-bağırsak şikayetleri*'ne, *astma*'ya, *şişmanlık hali*'ne veya *ürtiker*'e sıklıkla rastlanır.

Özellikle çevrelerinden bekledikleri sevgi ve ilgiyi bulamayan çocuklarda sıklıkla rastlanan *spasmus mu-*

tans'ta çocuğun tek başına bir köşeye çekilip sürekli bir şekilde bedenini ön-arkaya sallaması sözkonusudur.

Yalnız çocuk'un kendi kendine oynaması veya kendisini oyalaması ve zamanını geçirmesi olarak izah edilebilen bu mutsuzluk ve yalnızlık ifadesine, özellikle sevgisizlik ve terk edilmişlik ortamında yetimhanelerde yaşayan çocuklarda sıklıkla rastlanır.

Autism ve *çocukluk şizofrenisi*'nin ortaya çıkmasında bünyesel bir yatkınlığın yanı sıra çevresel psikolojik etkenler ortaklaşa rol oynarlar. Bazı genç çocuklarda yaşamla mücadele, yaşamda uyum, güçlükleri yenme gibi bazı yetilerin doğuştan zayıf olduğu gözlenir. Böyle çocuklar karşılaştıkları tüm güçlük ve tersliklere daima "gerileme" ve "kabuğuna çekilme" ile cevap verdiklerinden *autism*'e yatkındırlar; bu şekilde autism'e sığınan çocuklarda da bir süre sonra *şizofrenik bir tablo*'nun ortaya çıkacağı kolayca anlaşılır.

"Entellektüel" diye tanınan ve bol sorun, huzursuzluk ve maskelenmiş düşmanca hisler taşıyan, çocukları ile rahat ve huzurlu bir şekilde olgun bir sevgi ve sevecenlikle yaklaşamayan anne-babaların çocuklarında *şizofreni*'nin sıklıkla rastlandığına işaret edilmektedir. Hatta, böyle çocuklar, kişilikleri hakkında öylesine bir keşmekeşlik ve şaşkılık içindedirler ki, kendileri hakkında *sen* ve diğerleri hakkında da *ben* tabirini kullanır; çok defa da, kendilerinden sözederken üçüncü şahıs kullanarak *o* diye konuşurlar. Üç yaşına kadar iyi-kötü gelişen bu çocukların sonraları saçma hareketler, bozuk davranışlar, çeşitli obsesiv ve kompülsiv-tekrarlı hareketler göstermeğe başladıklarına tanık olunur. Böyle çocukların, çok kez, yanlış olarak *geri zekâlı* olarak değerlendirildiklerini görmekteyiz.

Bazı çocuklar, beyinlerinde büyük ve belirgin anatomik bir bozukluğun sözkonusu olmamasına karşın, geçirilmiş bir beyin veya beyin zarı iltihabı, zehirlen-

me veya travma sonucu veyahut konjenital bir nedenle oluşan yaygın bir beyin strüktürü bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan ve kendisini ölçüsüz ve amaçsız hareketlilik, yıkıcılık, huzursuzluk, saldırganlık, huysuzluk, yerinde duramama, korku, sebatsızlık, dikkati bir konuya toplıyamama, özellikle matematik derslerinde başarısızlık gibi çok geniş bir bulgu spektrumu ile kendisini gösteren bir sendrom sergilerler. Çok yaygın olan Anglo-amerikan bir tabir ile *brain damage* diye tanımlanan bu çocuklar hiç te geri zekâlı olmamalarına karşın, çok defa yanlışlıkla *geri zekâlı* olarak teşhis edildiklerine tanık olmaktayız.

Dyslexia diye tanınan ve çok geniş bir konu olan ve okuma ve yazma güçlüğü ile kendisini gösteren hastalıklar grubu içinde mütalea edilen ve *aynada okuma* diye tanımlanan ve örneğin tas kelimesinin sat, at kelimesinin ta, son kelimesinin nos veyahut b harfinin d, p harfinin q şeklide okunması ile kendisini gösteren bu tür okuma güçlüğünde neden, esasında solak olan bu çocukların sağ ellerini kullanmaya zorlanmalarıdır. Hal böyle olunca da, *aynada okuma* durumunun tedavisinin esasını, çocuğun yeniden sol elini kullanmaya izin verilmesine ve sonuçta çocuğun rahatça sol elini kullanmasına bağlı olduğu da ortaya çıkar.

YEDİNCİ BÖLÜM
AKIL HASTALIKLARINDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Akıl Hastalıklarının Nedenleri bölümünde izah edilmiş olduğu gibi, bir akıl hastalığının oluşmasında pek çok etkenin ortaklaşa veyahut bir tek etkenin yalnız başına rol oynamış olması sözkonusu olabildiğine göre, Tıb'ın bu dalında çok değişik tedavi yöntemleri ile karşılaşacağımızı kolayca anlamış oluruz.

Kaldı ki, konunun izah tarzındaki belirgin farklılık, akıl hastalıklarının oluşmalarının izahını ve dolayısıyla tedavisini değişik açıdan gören ekollerin kurulmasına neden olmuştur. Denilebilir ki, tedavi yöntemleri bakımından böylesine değişkenlik gösteren ve belki de kendi açılarından her birinin haklı olduğu böylesi bir ekol bolluğuna başka hiç bir Tıb dalında rastlanmamaktadır.

Aynı olgu karşısında, *organist ekol*'u takib eden ve uygulayan bir hekimin yaklaşımı ile *psikodinamik ekol*'e bağlı bir hekimin yaklaşımı tamamen farklı olabilir.

19. asırdaki genel Tıb anlayışına uygun olarak akıl hekimliğinde hakim olan *organist görüş*, 1800'lerin son on senesi içinde sahneye çıkan ve insan davranışını -tıbbın sağlam morfolojik metodolojisine sadık kalmakla beraber- ilk çocukluk yaşlarından başlayıp ölüme kadar süren biribirine bağlı ve biribirinin üstüne kurulan çeşitli psikolojik işlev ve işlemlerin bir tümü olarak gören büyük Viyanalı hekim Freud'un çalışmalarından sonra bir süre çok gerilemiş ve yerini *psikodinamik ekol*'e bırakmıştır. Jung, Adler, Ferenczi, Fenichel, Horney, Sullivan, Reich, Groddeck, Ale-

xander, Halliday ve sonraları Meninger gibi Freud'un arkadaşları, talebeleri ve hatta karşıtları tarafından işlenerek olgunlaşan bu görüş bilhassa II. Dünya Savaşı ve onu izleyen yıllarda tüm akıl hekimliği dünyasına hakim olmuş ise de, 1952'de ilk kez ortaya çıkan *psikofarmakoloji*'nin dev adımlarla ilerlemesi ve dolayısıyla beyin kimyasının anlaşılmasıyla Psikiyatri bu günkü saygın düzeyine ulaşmıştır.

1930 ve 1940'lı yıllarda ortaya konulan üç büyük biolojik tedavi yöntemlerinden söz etmemiz doğru olur kanısındayım.

1932 yıllarında Budapeşteli von Meduna'nın epilepsi ile şizofreni hastalıklarının beraber görülmedikleri şeklinde ortaya atmış olduğu görüşten hareket ederek 1936'da İtalyan hekimleri Cerletti ve Bini'nin kısa bir zaman ünitesi içinde beyinden yüksek frekanslı elektrik cereyanı geçirmek suretiyle tipik bir sara nöbetini husule getiren *elektroşok* metodu ve aletini ortaya koymaları Akıl Hekimliği için bir dönüm noktasını oluşturmuştur. Uzun yıllar süresince hemenhemen bu sahada tek güvenilir tedavi yöntemi olan ve çok geniş bir uygulama alanı bulmuş olan elektroşok, her ne kadar bu gün için eski öneminden çok kaybetmiş ise de, halâ, vakaların doğru seçilmesi halinde, sadece tedavi etme açısından son çare olmakla kalmayıp, bazen, hayat kurtarıcı niteliği ile ağırlığını korumaktadır.

Bu gün için artık tamamen bırakılmış ise de, 1933'de Viyanalı Sakel tarafından ortaya atılan ve uzun yıllar şizofreni vakalarının tek tedavi umudu olarak tüm dünyada uygulanan *insulin koma tedavisi*'nden de çok kısa bilgi vermemizin doğru olacağını düşünüyorum. Sabahları aç karnına 50-500 ünite gibi çok geniş bir doz skalası içinde, hastaya en uygun olacak şekilde seçilen yüksek dozda insulin'in zerkinden 1-2 saat sonra ortaya çıkan *hipoglisemi-kandaki*

şeker düzeyi düşmesi komasi'nı, "komayı mümkün olabildiğince derin tutmakla beraber, bir süre sonra hastanın o derin komadan çıkmasını sağlamak" gibi çok güç ve daima hayati tehlike ile karşılaşılan bir tedavi süreci olarak kullanmaktan başka bir şey olmıyan bu metodda, bir tedavi kürünün 60 derin komadan oluştuğunu söylersek, aşağı-yukarı 3 ay kadar süren bu güç ve sonucu belirsiz yöntemin bir zamanlar böylesine geniş bir uygulama alanı bulmuş olmasından, o senelerde şizofreni hastalığının gerek hekim gerekse hasta ailesinde yaratmakta olduğu umutsuzluk ve paniği kolayca anlamış oluruz.

Nasıl ve ne gibi bir tedavi edici etkisi olduğu bilinmeyen *insulin koma tedavisi*'nin psikiyatrik bir tedavi metodu olarak o yıllarda ortaya çıkması bir tesadüfe bağlıdır. Diabetik olup insulin tedavisi tatbik edilen bir akıl hastasına bir gün yanlışlıkla gereğinden çok yüksek dozda insulin zerkinden sonra oluşmuş ağır bir kanda şeker düşmesi komasından sonra, hastada ruhsal açıdan belirgin bir düzelmenin gözlenmiş olması bu tedavi metodunun keşfine yol açmıştır.

Bu gün için aşağı yukarı tamamen terkedilmiş olmakla birlikte, Wagner von Jauregg tarafından ortaya atıldığı 1917'de tüm dünyayı sarsmış olan bir tedavi yöntemi, o sıralarda kesinlikle öldürücü olduğu gibi sıklıkla rastlanan ve frengi sonucu oluşan (paralizi jeneral progressiv) denilen çok ağır akıl hastalığında 30-40 yıllık bir süre için tek çare olarak kabul edilen *ateş tedavisi*'dir. Bundan gaye, 39 dereceden yukarı toplam 60 saatlik ateşli bir devreyi hastaya geçirtmek suretiyle beyin ile omurilik sıvısı arasında varlığı yanhipotetik olarak kabul edilen bir barajı yıktıktan sonra, spesifik tedaviyi uygulamak suretiyle, ilaçların beyin dokusuna geçmelerini sağlayarak oradaki frengi mikroblarını öldürebilmektir. Bunun için, hastanın damarına ya tifo aşısı veyahut kaymağı alınmış süt veyahut

ta diğer bazı ateş yükselten aşı ve maddeler zerk edilirdi. Çok güç ve oldukça tehlikeli olan bu tedavi yöntemi ile 60 saatlik kür tamamlandıktan sonra da, o sıralarda sinir sistemi frengisinde kullanılabilen tek ilaç olan bismuth ve neo-salvarsan zerkedilmekte idi. Ne var ki, penisilin'in keşfinden sonra, başlangıçta yukarıdaki tedaviye ilave olarak kullanılan bu ilaç, frengi tedavisindeki büyük etkisi anlaşılınca, tüm eski yöntemleri bir yana iterek gerek genel frengi gerekse frenginin neden olduğu paralizi jeneral hastalığının tek tedavi yöntemi olarak kendisini kabul ettirmiştir.

Akıl hastalıkları tedavisinde halen kullanılan temel tedavi yöntemi *ilaçla tedavi-psikofarmakoloji*'dir. Fransız Laborit ve arkadaşları tarafından ilk ortaya atıldığı 1952'den sonra, her geçen gün, tıbbın hiç bir dalında görülmemiş bir hızla büyüyüp yerleşen bu çok önemli metodun temelinde, Ralph Gerard'ın çok güzel bir şekilde ifade etmiş olduğu gibi "her bozulmuş fikrin arkasında bozulmuş bir molekül mevcuttur" düşüncesi yatmaktadır. Bu durumu "nörohormon'lar grubunu oluşturan asetilkolin, serotonin, epinefrin, norepinefrin, triptofan, histamin ve dopamin metabilizmalarına ve bu maddelerin metabolitlerine çeşitli kimyasal maddeler vasıtasıyla müdahale etme süreci" olarak da tanımlayabiliriz.

Bu suretle de, bunalımdan psikomotor faaliyetteki yavaşlamağa, saldırgınlık ve huzursuzluktan suçluluk duygusuna ve her şeye karşı kesin isteksizliğe, hayal görme ve olayları yanlış algılayıp değerlendirmeden tam bir umursamazlığa, kognisyon dediğimiz yüksek akıl faaliyetlerinin yıkımından kendisini her şeyi elde edebilme ve yapabilme duygusunu içeren omnipotans'a, uykusuzluktan uyuklamağa, aşırı neşe ve kızgınlıktan ağır eleme kadar yayılan ve tüm ruhsal yaşamı içeren çeşitli hastalık belirtilerinin altında yatan belirli kimyasal bozukluklara yönelik bir ilacın seçimi

ile tedavi sağlanmış olur.

Burada çok önemli bir noktayı açıklamak zorundayız. Akıl hastalıklarında kullanılan ilaçların etki mekanizmaları, hastalığın temel nedenini iyileştirmekten çok, hastalığı oluşturan bulguları düzeltmeğe yönelik olmaları nedeni ile, yani, tıbbi bir ifade ile, etyopatojeniye etki göstermeleri yerine paliatif etkiye sahip olmaları nedeni iledir ki, bir ruh hastalığının tedavisinde bu tür ilaçların uzun süre ve hatta klinik arazın silinmesinden çok sonra da kullanılmaları gerekmektedir. Nöbet nöbet seyreden bir hastalık olan psikoz maniak depresiv'in herhangi bir nöbetinde, nöbetin sonlamasına kadar ilacın sürekli ve düzgün bir şekilde kullanılması gerekirken, şizofreni gibi müzmin seyreden bir hastalıkta -tıpkı şeker hastalığında insülin, veyahut kalp kıfayetsizliğinde digitalis'te olduğu gibi- belki de, optimal bir dozda tüm yaşam boyunca kullanılması gerekecektir. İşte bu nedenledir ki, klinik şifa halinde olup tam bir ruhsal sağlık görünümünde olan şizofren hastaların, ilaçlarını kestikten 1-2 ay sonra yeniden hastalandıklarına tanık olmaktayız. Bu üzücü durum, almakta oldukları ilaçların yan etkileri olarak ortaya çıkan hafif uyuşukluk, cinsel kuvvette azalma veyahut etrafta kasılma ve hafif titremeler nedeni ile şikayetçi olan şizofrenlerin, hekimlerinin bu konudaki ikazlarına aldırmaksızın ilaçlarını azaltmaları veyahut tamamen kesmeleri hallerinde ortaya çıkar.

Özellikle *psikodinamik ekol*ün temel tedavi yöntemi olmakla beraber, her akıl hekiminin hastasını tedavi etme çabası içinde sıklıkla başvurduğu *psikoterapi*, esasında, tıbbın tüm şubelerinde geçerli ve hatta uygulanması şart olan bir tedavi yöntemidir.

Daha uygun bir ruhsal denge, huzur ve sosyal uyum elde etmek amacıyla akıl ve heyecan bozukluklarını, kişinin kişiliğinin derinliklerindeki veya günlük yaşamla ilgili yüzeysel kısımlarındaki çeşitli komp-

leks ve sorunları *hekim ile hasta arasında verbal emosyonel karşılıklı etkileşim yolu ile çözmek ilmi*ne, geniş anlamı ile, *psikoterapi* denir.

Yukarıdaki tanımlamadan kolaylıkla anladığımıza göre, gerçek anlamda bir tedavi aracı olarak -grup ve çevre tedavileri dışında- her çeşit *psikoterapi*de temel öge, *bir odada karşılıklı oturan iki kişi* ortamında oluşan *hasta ile hekim arasında kurulmuş bir ilişki*'den başka bir şey olamaz. Bu suretle "psikoterapi görüşleri sırasında hasta ile hekimin dışında herhangi bir kişinin bulunamayacağı" kuralının önemi anlaşılır.

Psikoterapi uygulayan hekimin, hastanın kişilik yapısını en ince ayrıntılarına kadar ve derinliğine kavraması, mevcut klinik tablonun dinamik ögelerini bilmesi, anksietesini ifade edebilmek için hastanın kullanmakta olduğu sembolleri ve değişik savunmaları anlaması ve tedavisini de -yüzeysel bulgu ve sorunlardan çok- temel kişilik bozukluklarına yöneltmesi gerekir. Ayrıca, psikoterapinin seyri esnasında çıkması beklenen ve hastanın araya koyduğu çeşitli savunma, karşı koyma, transferans ve düşmanlık duygularının anlam ve değerlerini bilerek onları ve onların doğurduğu güçlükleri hekimin aşabilmesi, ve, hastasını bütün bu engellerden başarı ile geçirterek tedaviye götürebilmesi gerekir. İşte burada, akıl hekiminin meslek yeterliliğinin yanı sıra kendi öz kişiliğini -iyi ve kötü, kuvvetli ve zayıf yönleriyle- bilmesinin, kendisinin anlayışlı, hoşgörülü, iyi niyetli, geniş görüşlü ve peşin hükümlerden sıyrılmış olmasının, insanları sevmesinin önemi kendisini özellikle belli eder.

Biliniyor ki, nöroz belirtileri ile davranış bozuklukları, ve hatta psikotik belirtiler, kişinin, çocukluğu sırasında çevresinin ona neden olduğu derin çatışmalarının çözülmesi ve, dolayısıyla, bunların ortaya çıkarmış bulundukları sıkıntı'dan kurtulabilmesi için yaptığı çabalardan başka bir şey değildir. Bunun için-

dir ki, böyle bir hasta, gerçek kişiliğinden farklı bir şekilde cevap verir. Psikoterapi, hastaya, kendisinin daha gerçekci ve dolayısıyla daha olgun bir uyum gösterebilmesine yardım eder.

Değişik türdeki psikoterapi yöntemlerinden hangisinin kullanılmasının gerektiği hususu hastanın göstermekte bulunduğu klinik tabloya göre değişmekle, bu seçim, tamamen, tedavi sorumluluğunu üstlenmiş hekime aittir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM
AKIL HASTALIKLARININ ADLİ YÖNÜ

Adli Tıb, genel olarak, Tıb'ın çeşitli konularının hukuk kavramları ve sorunlarıyla ilişkilerini araştıran bir tıp dalı olarak tanımlanabildiğine göre, *Adli Psikiyatri*'yi de, "Adli Tıb'ın genel prensip ile amaç ve anlayışına sadık kalmak şartı ile, Psikiyatri şubesinin gerektirdiği bilginin, akıl hastasının toplum içinde ve toplum ile karşılıklı ilişki ve etkileşimlerinden doğan sorunların çözümü için kullanılması" şeklinde tanımlayabiliriz.

Anlaşılıyor ki, doğru ve yararlı bir Adli Psikiyatri kuramı ve uygulaması için, geniş ve mükemmel bir psikiyatri bilgisinin temel hukuk kavramları, kanunlar ve işlemler ile yoğrulması şarttır.

Karşımıza çıkan bir adli psikiyatrik sorunun halli için, olayı çok geniş bir bio-psiko-sosyal acı içinde oturtmak ve bu görüş ve spektrum içinde, hiç bir peşin hükme kapılmadan, tam bir objektivite ile ve mevcut kanunlar çerçevesi içinde tahlil etmek gerekir. Her adli psikiyatrik sorunda vakanın nevi, olayın oluş tarzı ve oluş şartları, kişinin tıbbi ve adli geçmişi, kişinin eylem sırasındaki psikiyatrik ve genel tıbbi durumu, kişinin yaşam hikâyesi ile aile ve çevresinin değer ölçüleri, kişinin eyleminden önceki ve onu takip eden günlerdeki tutum ve davranışı, kişinin eylemini izah ve onu savunma mantığı, etraftakilerin kişi ile şartlar hakkındaki kanaatleri, kişinin muayenesi esnasında tespit edilmekte olan tıbbi bulgular gibi çok geniş bir komponent spektrumu tüm olarak incelenip değerlendirilir.

Adli Psikiyatri, genelde, *Ceza Kanunu* ve *Medeni Kanun*'a ait konular ile ilgilenmektedir.

Ceza Kanunu ile ilgili konular arasında, bir yandan, sanıkların suçlarına karşı *ceza ehliyeti*'nin tayini ile yaşı küçük sanıkların suçlarının *farik ve mümeyyizi* olup olmadıklarının tayini ve madde bağımlılığı gösteren kişilerin bu bağımlılıklarının *itiyad* veya *iptilâ* boyutlarına varıp varmadıkları hususunda alınacak kararları; diğer yandan da, muayyen bir yaştan küçük olan veya ruh-akıl-zekâ bozukluğu gösteren ve ırzlarına karşı suç işlenmiş olan kişilerin, uğradıkları bu eylemin mahiyet, anlam, tıbbi ve sosyal sonuçlarını ve sonuçta *kötülüğünü kavrayabilecek ve dolayısıyla eyleme karşı ruhsal yönden karşı koyabilecek duygusal olgunluğa erişmiş olup olmadıklarının tayini*'ni sayabiliriz.

Medeni Kanunu ilgilendiren konulara gelince, bunlar, kişilerin şimdi veya evvelki bir tarih veya süre içinde medeni haklarını kullanmağa ehil olup olmadıklarının, yani *hukuk ehliyeti*'ni haiz olup olmadıklarının tayini; göstermekte bulundukları psikiyatrik durum nedeni ile *evliliğin ortak hayatını karşı taraf için çekilmez hale getirmiş* olup olmadıkları ve dolayısıyla, karşı taraf istediği takdirde, evlilik bağının kesilmesinde tıbbi bir nedenin olup olmadığının saptanması; evlenme akti esnasında, ruhsal durumları nedeni ile, değerlendirebilme yetilerini ve dolayısıyla hukuk ehliyetlerini haiz olup olmadıklarının, ve sonuçta, *evlenme aktinin geçersiz sayılması*nın gerekip gerekmediğinin tayini gibi sorunlardır.

Biz, kitabımızda yukarıdaki konuları ancak kaba çizgilerle tanımlamakla yetineceğiz.

Kanunun suç olarak kabul ettiği bir eylemi işleyen bir kimsenin, kanunun bu suç için öngördüğü cezaya çarptırılması için gerek yaş gerekse ruhsal-zihinsel-bedensel olgunluk açısından belirli bir düzeye varmış

bulunması; yani, bu olgunluğu nedeniyle eyleminin anlamını ve doğuracağı sonuçlar ile bu anlam ve sonuçların Toplum'ca makbul olanlarınkinden farklarını bilmesi, eylemini bu hususları bilerek işlemesi gerekir. Yani, suçlunun bu eylemini herhangi bir akıl hastalığı veya zekâ yetersizliği veyahut ta yaş küçüklüğü nedeni ile işlememiş olması, ve dolayısıyla, suçlunun suçu işlemiş olduğu sırada tam bir hareket, irade ve şuur serbestisi içinde bulunması icap eder.

Kanuna göre, 11 yaşını bitirmemiş ve suç işlemiş bir çocuk hakkında herhangi bir işlemin yapılmamasına karşın, 12 yaşından gün almış ve 16 yaşından gün almamış suç işlemiş çocukların ceza görmeleri için *suçlarının farik ve mümeyyizi bulunmaları*; yani, eylemlerinin mahiyet, anlam ve sonuçlarının bilincine varmalarına mani olacak nitelik ve derecede herhangi bir zekâ geriliği, çocukluk devresi psikiyatrik sendrom arazı göstermemeleri, veyahut, olayları suçun işlenmesine neden olacak şekilde yorumlamalarına yol açan çevresel etkenlerden kendilerini koruyabilecek ve dolayısıyla kendi hür iradeleri ile eylemde bulunabilecek olgunluk ve akıl sağlığı içinde olmaları gerekir. İşte, bu suretle, farik ve mümeyyizliğin tayini gibi çok önemli bir sorun karşımıza çıkar.

15 yaşını bitirmiş kimselerin işlemiş bulundukları suçlara karşı durumları, adli psikiyatri açısından, üç temel kategoriye girer: *tam ceza ehliyeti, azaltılmış ceza ehliyeti, tam ceza ehliyetsizliği.* Suçu işlemiş bulunduğu sırada ceza ehliyetini haiz bulunmadığı saptanmış bulunan suçlunun, sanığı bulunduğu suça karşı ceza görmemesine karşın şifası hekim raporu ile kanıtlanıncaya kadar bir akıl hastahanesine yatırılması gerekmekte ise de, azaltılmış ceza ehliyeti hallerinde, sanığın göreceği cezadan belirli bir miktar indirilir.

Değerledirilmesi ve dolayısıyla tayini çok güç olan bu konuda, sanığın suçu işlemiş olduğu anda göster-

mekte bulunduğu akli durumun tespiti şarttır. Bunun için de, sanığın muayenesi esnasında tespit edilmiş bulunan klinik tablo kadar, adli tahkikat dosyasının tetkiklerinden anlaşılacak suçun nevi ve işleniş tarzının, sanığın suç işleme ve suçuna karşı kendisini savunma mantığı ile sanığın suç öncesi-esnası-sonrası tutum ve davranışlarının, sanığın tıbbi ve adli geçmişinin, suçun işlenişi sırasında sanığın ruhsal muvazenesini bozabilecek herhangi bir genel tıb sorununu göstermekte olup olmadığının tespiti ve değerlendirilmesi önem taşır.

*Ahlaki tecavüze uğramış kimse*lerin yaş veyahut bu yaş küçüklüğüne eklenmiş olan ve uğradıkları olayın nitelik ve sonuçlarını idrak etmelerine ve dolayısıyla olaya ruhsal yönden karşı koymalarına olanak vermeyecek nitelik ve ağırlıkta bulunan akıl hastalığı veya zekâ geriliği göstermekte olduklarının, veyahut ta, yaşları büyük olmalarına karşın, göstermekte bulundukları akıl hastalığı veya zekâ geriliğinin mağduru oldukları olayın ciddiliğini kavramalarına ve dolayısıyla olaya ruhsal yönden karşı koymalarına olanak tanımamakta olduğunun saptanması halinin suçluya tayin edilecek cezanın miktarına önemli derecede etkisi olacağı nedeniyle, olaylarda, akli yönden değerlendirilmeleri isteği ile mağdurlar akliye muayenesine gönderilirler.

Ayrıca, o zamana kadar herhangi bir akıl bozukluğu göstermeyen bir kimsede, maruz kalmış bulunduğu bir ahlaki tecavüz olayından sonra ciddi bir akıl hastalığının ortaya çıkmasının da, sanığa verilecek cezanın tayinine önemli etkisi olacağını da vurgulamak isteriz.

Kanuna göre *esrar, morfin, bazmorfin, eroin* ve *kokain* maddelerinin tıbbi amaç dışında ve tıp açısından kabul edilebilecek miktarların üstünde kullanılmaları, hatta bu maddelerin bir kimsenin üstünde bulundurulmaları suçtur. Ancak, böyle bir suçu işlemiş bulunan

bir kimsenin *kullandığı maddeye karşı iptila*'sı bulunduğu saptandığında, kişi, bu bakımdan ceza görmeyip zorunlu tedaviye tabi tutulmak üzere bir hastahaneye gönderilir. Genelde, bu günkü uygulamağa göre, bir kimsenin muayyen bir maddeye karşı *müptela bulunduğu*nun kabulu açısından, bu kişinin söz konusu maddeyi kullanmasında iradesini zorlıyan ve maddenin yokluğu halinde ortaya çıkan titreme, bel ve kolbacak adalelerinde ağrılar, karın ağrısı, kabızlık ve kabızlığı izleyen ishal, derin terleme, dayanılmaz sıkıntı ve maddeyi arayıp bulma isteği, kalp-damar iflası ve bazı hallerde ateş yükselmesi ile kendisini gösteren ve madde alınmadığı veya gerekli tedavi tatbik edilmediği takdirde bazen ölüm ile de sonuçlanabilen, *yoksunluk sendromu* dediğimiz klinik tablonun gözlenmesi istenmektedir.

Ancak, bugünkü anlayışa uygun olarak, *iptila* kavramı yerine *bağımlılık* kavramının yerleşmesinin uygun olacağı kanısındayız.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgili tarifine göre, "bir kişi günlük yaşamını ve aktivitelerini sürdürebilmesi için muayyen bir maddeyi almak zorunda bulunursa; böyle bir maddeyi kullanmak suretiyle kendisinin ve sevdiklerinin sağlık ve huzurunu tehlikeye atmaktan ve böyle bir maddeyi elde edebilmesi için suç işlemekten çekinmiyorsa; böyle bir maddeyi kullanmış olması nedeniyle önceden görmüş bulunduğu bir çok cezadan ders alamıyorsa ve bu maddeyi kullanmaktan kurtulabilmesi için kendi hür iradesi ile başvurduğu tedavi girişimlerinden netice almamışsa -maddeden uzak kaldığında kendisinde (yoksunluk sendromu) belirmese dahi- maddeye karşı bağımlı olarak kabul edilir".

Durum böyle olunca da, belirgin yoksunluk sendromu'na neden olmamakla beraber tartışmasız bir şekilde çok kuvvetli bir *bağımlılık*'a neden olan *esrar* ve

kokain maddelerini kullananların adli durumlarının, bu çağdaş psikiyatrik görüş karşısında yeniden tartışılmasının gereği ortaya çıkar.

Vasiyetname tanzim etmek, evlat edinmek, hibede bulunmak, mal satmak veya satın almak, çek imzalamak, iş akti veya kontrat veya feragatname imzalamak, vekâletname vermek gibi hukuksal işlemlerin geçerli olmaları için, akti yapan kişinin aktin imzalandığı sırada akıl melekeleri ile davranışının tamamen sağlam olması, yapmakta bulunduğu aktin mahiyeti ile kendisine yükleyeceği sorumluluğun ve sonuçlarının bilincinde olması, olayları kavrayıp onlardan sağlıklı sonuçlara varabilme kabiliyetinde bulunması, iyiyi kötüden ve doğruyu yanlıştan ayırt edebilmesi, etrafın telkinlerine karşı koyabilip kendi özgür istemi ile karar alıp kararları yönünde eylemde bulunabilme ve menfaatlerini koruyabilme yetisinde bulunması, günlük olaylar ile rayiç kıymetleri hakkında bilgili bulunması, yani ***kişinin hukuk ehliyeti***'nin tam olması şarttır.

Yukarıda belirttiğimiz ve tam bir akıl sağlığını ifade eden özellikleri haiz olmayan kişinin de hukuk ehliyetine sahip olduğu kabul edilemez.

Hukuk ehliyetine sahip olmayan kişiye, menfaatlerinin gözetilmesi amacı ile, kendisine *vasi* tayin edilerek kendisi *vesayet* veya *hacir* altına alınır. Vesayet altına alınmış bir kimsenin herhangi bir hukuk işlemi yapması düşünülemez; hakkındaki tüm işlemler vasisi tarafından yürütülür.

Bazı hallerde, hukuk ehliyetini sahip olup olmadığı sorulan kimsede gözlenen bulguların ağırlığı onun tamamen vesayet altına alınmasını icap ettirecek nitelik ve derecede değilse de, kişinin tek başına ve bizzat menfaatlerini korumasına da yeterli olmayabilir. Yani, kişi, tam anlamı ile akıl hastası veya ağır zekâ gerisi veyahut bunak olmamakla beraber, kendisinde tespit

edilen bir takım bulgu nedeniyle de kendisine bu hususta yardım edecek ve fikir verecek bir müşavire muhtaç durumunda olmakla *müşaveret* altına alınarak kendisine bir *müşavir* tayın olunur.

Konuyu bitirmeden evvel, *tıbbi neden ile evliliğin sonlandırılması* sorununa da değinmemiz gerekmektedir.

Tüm hastalıklar içinde, yalnız *akıl hastalıkları*'dır ki, nitelikleri bakımından, bazen evliliğin ortak yaşamını karşı taraf için çekilmez hale getirirler. İşte böyle hallerde, karşı tarafın isteği üzerine, *evlilik sonlandırılabilir.* Adli psikiyatri açısından böyle bir kararın alınabilmesi için, mahkemenin açılma tarihinden en az üç yıl önce başlamış olup devamlı olarak süre gelen ve evliliğin ortak yaşamını karşı taraf için çekilmez hale getirecek boyutlara varan akıl hastalığının, müzmin seyirli olmakla iyileşmesinin beklenmediğinin saptanması gerekmektedir. Genelde güç olan bu kararın verilebilmesi için, hastanın muayene tarihlerinde göstermiş bulunduğu bulgular kadar hastalığın seyrini belirten evvelki hekim muayene kayıtları, reçeteler, muhtelif hastahanelerdeki yatışlar, evvelce alınmış raporlar gibi tıbbi belgelerin değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Evlenme akti sırasında akıl hastalığına musap olduğu saptanan kişinin evliliğinin *geçersiz* sayıldığını da belirtmek isteriz.

Burada temel öge, evli çiftteki kişilerden birisinin evlilik akti sırasında hukuki ehliyetini ortadan kaldıracak mahiyet ve derecede bir akıl hastalığı ve zeka geriliği tablosu içinde bulunup bulunmadığı; veyahut kendini bilmiyecek, yapmakta olduğu işlemlerin mahiyet ve ciddiyeti ile sonuçlarını idrak edemeyecek kadar metabolik veya kendi iradesi ve bilinci dışında kendisine verilmiş bulunan alkol veya toksik madde tesiri altında olup olmadığının saptanmasıdır.

Bu konuda da hekim, bir taraftan söz konusu kişinin halen göstermekte olduğu klinik tabloyu tespit etmekte, diğer taraftan da müşahade edilmekte olan akıl hastalığı veya zeka geriliğinin kuramsal olarak bilinen ve beklenmekte olan seyri ile mahkeme dosyasında mevcut tanık ifadelerini gözönüne alarak tüm verileri değerlendirip *evlenme akti sırasında kişinin hukuki ehliyete haiz olup olmadığı*'nı saptama, ve sonuçta, hadisenin Türk Medeni Kanunu'nun ilgili maddesi kapsamına girip girmediği hususunda karar verme durumundadır.

BİBLİYOGRAFYA

Abromson, H., *Neuropharmacology*, Transection of the Fifth Conferance, New Jersey, 1959.

Adasal, R., *Ruh Hastalıkları, Psikonevrozlar*, Ankara, 1949.

Adasal, R., *Ruh Hastalıkları, Psikozlar*, Ankara, 1955.

Aksel, İ. Ş., *Psikiyatri*, İstanbul, 1959.

Aksel, İ. Ş., *Role de l'hypothalamus sur la régulation du sommeil et de la vigilance*, Nöro-Psikiyatri Arşivi, Ocak 1968.

Alexander, F., *Psychosomatic Medicine*, Norton and Co., New York, 1950.

Amit, Z., Brown, Z.W. Rockman, G. E., *Acetaldehyde, catecholamines, and alkaloids in the regulation of alcohol dependence*, 32. International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Varşova, 1978.

Andrew, W., *Structural alterations with aging in the nervous system*, The neurologic and psychiatric aspects of the disorders of aging, Williams and Wilkins, Baltimore, 1956.

Anokhina, A. P., *On comparative characteristics of metabolism of the brain catecholamines under alcoholism and narcomania*, 32. International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Varşova, 1978.

Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York, 1959.

Benedict, T., *The functions of the sexual apparatus and their disturbances*, Norton and Co., New York, 1950.

Brown, J. A. C., *Freud and the Post-Freudians*, Pelican Books, Middlesex, 1966.

Cannon, W., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, Charles Stanford Co., Boston, 1953.

Dide, Giraux., *Psychiatrie*, Paris, 1929.

Dinçmen, K., *İrade bozuklukları*, Acta Neuropsychiatrica, 1953.

Dinçmen, K., Velioğlu, S., *L. S. D-25 ile Kliniğimizde alınan neticeler*, Türk. N. P. Cem. tebliğ, Nisan 1956.

Dinçmen, K., *Yetimhaneden nöropsikiyatrik müşahedeler*, Türk, N. P. Cem. tebliğ, Aralık 1958.

Dinçmen, K., *Psikosomatik hekimlik*, Kültür Kitabevi, İstanbul, 1968.

Dinçmen, K., *Yaşlılık biolojisine genel bir bakış*, Psikiyatri, Cilt 1, Sayı 3, 1976.

Dinçmen, K., *Yeni psikiyatrik nosografi karşısında ceza ehliyeti sorununun gözden geçirilmesi*, Psikiyatri, Cilt 2, Sayı 2, 1978.

Dinçmen, K., *Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri*, II. Basım, Ar Yayın Dağıtım, İstanbul, 1981.

Dinçmen, K., *Psykhiatria ve Mythos*, Roci Yayınları, İstanbul, 1984.

Dinçmen, K., *Adli Psikiyatri*, Birlik Yayınları, İstanbul, 1984.

Dunbar, F., *Emotions and bodily changes*, Columbia University Press, New York, 1954.

Enumanegger, H. Meier-Ruge, W., *Pharmacology*, Bazel, 1968.

English, S. Finch, S., *Introduction to psychiatry*, Norton, New York, 1957.

English, S. Pearson, G., *Common neuroses of children and adults*, Norton Co., New York, 1964.

Held, R., *Psychologie affective de la relation medecin-malade*, Entretients de Bichat, Specialitées, 1961.

Himwich, H., Himwich, W., *Brain metabolism in relation to aging*, «The neurologic and psychiatric aspects of the disorders of aging», Williams and Wilkins, Baltimore, 1956.

Hinsie, L., Campbell R., *Psychiatric dictionnary*, New York, 1960.

Kaymakçalan, Ş., *Tolerence to and dependence on cannabis* - Bulletin on narcotics, cilt XXV, No. 4, Ekim-Aralık 1973.

Laughlin, H., *The neuroses in clinical practice*, Saunders, Philadelphia, 1956.

Lishman, W. A., *Organic Psychiatry: The psychological concequences of Cerebral Disorders*, Blackwell Scientific Publications, Londra-1978.

Masserman, J., *Principles of Dyn. mic Psychiatry*, Saunders, Philadelphia, 1961.

Métraux, R., *Effects of cultural anticipations and attitudes towards aging*, «The neurologic and psychatric aspects of the disorders of anging», Williams and Wilkins, Baltimore, 1956.

Slatter, Roth, *Clinical Psychiatry*, Londra, 1967.

Songar, A., *Psikiyatri*, Gül Matbaası, İstanbul, 1971.

Uzman, M. O., *Psychiatria*, İstanbul, 1947.

Wechsler, I., *Clinical Neurology*, Saunders, Philadelphia, 1963.

WHO., *Youth and Drugs*, Cenevre, 1973.

Weinberg. J., *Psychotherapy of the aged person*, «The neurologic and psychiatric aspects of the disorders of againg», Williams and Wilkins, Baltimore, 1956.

Weiss, English. *Psychosomatic Medicine*, Philadelphia, 1950.

Zembilci, N., *Sinir Sistemi Hastalıkları*, Sanel Matbaacılık, İstanbul 1985.