# İLGİNÇ PSİKİYATRİK SENDROMLAR



M. David Enoch
Hadrian N. Ball

okuyan us

M. David Enoch - Hadrian N. Ball

# İLGİNÇ PSİKİYATRİK SENDROMLAR

okuyan us

okuyan us

**Psikoloji / Psikiyatri - 56**

**İlginç Psikiyatrik Sendromlar**
**M. David Enoch - Hadrian N. Ball**

**ISBN:** 978-605-4054-99-2

**Sertifika No.** 13838

**I. Baskı:** İstanbul, Şubat 2013

**Yayın Yönetmeni:** Cem Mumcu
**Yayın Koordinatörü:** Kemal Kırar
**İngilizceden Çeviren:** Dr. Banu Büyükkal
**Editör:** Ömer Erte

**Kapak Tasarımı:** Ebru Demetgül
**Grafik Uygulama:** Zeynep Erim

**Baskı ve Cilt:** Duplicate Matbaa Çözümleri San. ve Dış Tic. Ltd. Şti.
Maltepe Mah. Litros Yolu Sok. Fatih San. Sit. No. 12/102 Topkapı,
Zeytinburnu, İstanbul Tel.: (0212) 674 39 80, Faks: (0212) 565 00 61

**Orijinal Adı:** *Uncommon Psychiatric Syndromes*

*Copyright © 2001 M. David Enoch ve Hadrian N. Ball*

Kitabın düzeltisinde Dil Derneği Yazım Kılavuzu'nun 9. baskısı esas alınmıştır.
Eser, 60 gr. kâğıt üzerine 11 puntoluk Palatino fontuyla dizilmiştir.

Bu eserin yayın hakları Nurcihan Kesim Telif Ajansı aracılığıyla satın alınmıştır. Yayın hakları Okuyan Us'a aittir. Her hakkı saklıdır. Tanıtım için yapılacak alıntılar dışında yayıncının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

**© Okuyan Us Yayın Eğitim Danışmanlık Tıbbi Malzeme ve Reklam Hizmetleri San. ve Tic. Ltd. Şti**
Fulya Mah. Mehmetçik Cad. Eser Apt. A Blok No. 30 D. 5-6
Fulya, Şişli, İstanbul Tel.: (0212) 272 20 85 - 86 Faks: (0212) 272 25 32

**okuyanus@okuyanus.com.tr**
**www.okuyanus.com.tr**

M. David Enoch - Hadrian N. Ball

# İLGİNÇ PSİKİYATRİK SENDROMLAR

*İngilizceden Çeviren: Dr. Banu Büyükkal*

okuyan us

**Yazar hakkında:**

David Enoch, hukuk ve felsefe eğitimi gördüğü Tel Aviv Üniversitesi'nden -her iki bölümden de- 1993 yılında mezun oldu. Askerlik hizmetini tamamladıktan ve anayasa mahkemesi yargıcı Dorit Beinisch'in asistanlığını yaptıktan sonra felsefeyle ilgili akademik çalışmalarına geri döndü ve ilk olarak Tel Aviv Üniversitesi'nde sürdürdüğü çalışmalarına New York Üniversitesi'nde devam etti. Mayıs 2003 tarihinde buradaki doktorasını tamamlayıp 2003 yazında Kudüs İbrani Üniversitesi'ne hukuk fakültesi ve felsefe bölümü öğretim üyesi olarak atanan Enoch, halen bu görevlerini sürdürmektedir. David Enoch, öncelikli olarak ahlaki ve siyasi hukuk felsefesi üzerine çalışmaktadır.

Hadrian Ball, Waveney Sağlık Merkezi ve Suffolk Akıl Sağlığı Merkezi sözleşmeli tıbbi direktörü. Kraliyet psikiyatrları koleji eğitim üyesi.

# İçindekiler


| | | |
|---|---|---|
| Dördüncü Baskıya Önsöz | | 9 |
| Birinci Baskıya Önsöz | | 13 |
| I | Capgras Sendromu | 17 |
| II | De Clérambault Sendromu | 45 |
| III | Otello Sendromu | 87 |
| IV | Ganser Sendromu | 123 |
| V | Couvade Sendromu | 153 |
| VI | Münchausen Sendromu ve Bağlantılı Yapay Bozukluklar | 177 |
| VII | Gilles de La Tourette Sendromu | 209 |
| VIII | Cotard Sendromu *(La Délire de Négation - Yoksama Sanrısı)* | 241 |
| IX | Folie à Deux *(ve Folie à Plusiers) İkili delilik (ve çoklu delilik)* | 273 |
| X | Ekbom Sendromu *(Sanrısal Parazitoz)* | 315 |
| XI | Çarpılma Durumları ve Bağlantılı Sendromlar | 337 |
| Dizin | | 367 |

# Dördüncü Baskıya Önsöz

Bu kitaba talep ilk basımının yapıldığı 1967 yılından beri hiç eksilmeden devam ettiği için 1979'da ikinci, 1991'de üçüncü baskısı yapıldı. Yayımlanan eserlerde bu kitaba göndermelerin sayısındaki artışa bakılırsa, kitabın bu büyüleyici psikiyatrik sendromlara ilişkin bir bilgi kaynağı olarak gittikçe daha çok değer kazandığı anlaşılabilir. Kısa süre önce Japonca çevirisinin ikinci baskısı yapıldı.

Bir gözlemci, bu kitabın bütün psikiyatrlar, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, sosyal çalışmacılar ve akıl sağlığı alanındaki tüm çalışanlar için temel bir okuma haline geldiğini belirtti. Asla sansasyonel bir açlığı doyurması amaçlanmamış olmasına karşın, son 20 yılda giderek daha geniş bir okur kitlesine ulaştı. Hemşire Allitt gibi olguların çıkışı ve Münchausen sendromu ve vekaleten Münchausen'a duyulan ilgideki artış; O. J. Simpson davası ve bunun üzerine yazılan *West End* oyunu 'OJ-Otello', tacizcilere (özellikle ünlülerin peşindeki tacizcilere) duyulan büyük ilgi, birçok gazeteci ve televizyon programcısını, bu davranışlar üzerine makaleler yazar veya programlar yaparken bu kitabı yetkili bir bilgi kaynağı olarak kullanmaya ve geniş alıntılar yapmaya yöneltti.

*Otello sendromu*, adını aldığı ve Royal Shakespeare Company tarafından bir kez daha sergilenen oyunun programında yer almaktadır. Ian McEwan da çok satan romanı *Sonsuz Aşk* (*Enduring Love*) adlı romanının ana fikrini

de Clérambault sendromu üzerine yazdığımız bölümden aldığını söyleyerek bize teşekkür eder.

Ayrıca radyo programlarında, TV programlarında, filmlerde ve kaynak verilmemiş basılı eserlerde kitaptan alıntılar yapıldığını duyuyoruz. Bütün bunlar, kitap hakkında *'klasikler arasına girecek'* diyen John Pollitt'in kehanetinin gerçekleştiği anlamına geliyor olabilir.

Dördüncü baskı için bütün bölümler kapsamlı biçimde yeniden yazıldı. Sendromların temel verileri korunurken, özellikle psikopatoloji ve etiyolojiye ilişkin yeni malzemelerin bir derlemesine de yer verildi. Durumların çoğu için organik ve psikolojik etiyolojiler arasında sürüp giden ilginç çatışmayı da ele aldık. Nöroanatomi, nöropsikoloji ve nöroradyoloji disiplinlerinden doğan muazzam miktardaki yeni malzemeden söz ettikten sonra, tüm bu incelikli çalışma gereçlerinin kesin bir serebral lezyon ortaya koyamadığına da dikkat çektik. Bu bizi, sendromların psikodinamiği ve psikopatolojisinin –artık pek moda olmasa da– hâlâ önemli olduğunu kabullenmeye itti. Yalnızca ilk elden deneyimimiz olan bozuklukları bildirme şeklindeki politikamızı devam ettirdik, ama bazılarının ilk başta sandığımızdan daha sık olduğunu da kabul ettik.

Bölümlerin biçiminde temel bir değişiklik yaparak, okumayı kolaylaştıracak şekilde önemli noktaların altının çizildiği alt bölümlere ayırdık. Bununla birlikte kitap ilk baştaki yazılma amacını koruyor: Sadece psikiyatrinin daha gizil yönleriyle uğraşan bir eser olmakla kalmayıp, temelde bir klinik psikopatoloji başvuru kitabı olmak.

Diğer önemli bir değişiklik de yazarlarda oldu. Otuz yıllık dostum ve bu kitabın ikinci yazarı Prof. Sir William Trethowan ne yazık ki 15 Aralık 1996'da vefat etti. William Trethowan daha önceki baskılara büyük katkılar-

da bulunmuştu, ancak hem son baskının üzerinden on yıl geçtiği için, hem de kitabın bu baskısının hazırlanmasında rolü olmadığından ilk sayfaya adı konmadı. Bu, elinizdeki baskıda onun birçok görüşüne artık yer verilmediği anlamına gelmiyor. Bununla birlikte, onun görüşlerinden bazıları, hayatta olsaydı onun da onaylayacağını umarak, büyük oranda düzeltildi. Bu baskıyı onun anısına armağan ediyoruz.

Bu üçüncü baskının hazırlanmasında bize yardımcı olan Dr. Hadrian Ball'ın ilk sayfada ikinci yazar olarak yer alması beni memnun etti. Sekreterlerimiz Angela Royle ve Tracey Lovell'a yardımları için teşekkür ediyoruz. Ayrıca Georgina Bentliff ve Arnold'un verdikleri büyük cesaret ve yardıma da minnettarız.

M. David Enoch

# Birinci Baskıya Önsöz

Okuyucu bu kitapta tanımlanan sendromların hangi gerekçelerle seçildiklerini merak edebilir. İlki, bu sendromlardan çeşitli dergilerde söz edilmiş olsa da, bütünde standart psikiyatrik başvuru kitaplarında özellikle ele alınmamış ve birçoğunda adları bile geçmemiştir. Bunun nedeni bazılarının çok ender görülüyor olmasıdır. Sözgelimi Capgras sendromu son derece nadirdir; Ganser ve Gilles de la Tourette sendromları çok seyrek görülür. Buna karşın, Couvade sendromu, daha ufak belirtileri hesaba katıldığında, çok sık görülür; ayrıca büyük olasılıkla, semptomların görece hafif ve geçici doğası yüzünden en az o kadarı da gözden kaçmaktadır. Daha şiddetli ve yetiyitimine yol açan semptomlarla giden daha ağır vakalar çok daha seyrektir. Otello sendromu genellikle sanılandan daha sıktır. De Clérambault sendromu ('saf' erotomani), oldukça sık görülmekle birlikte, güncel çalışmalarda görece az dikkat çeker, oysa on dokuzuncu yüzyıl psikiyatri yazarlarının çeşitli biçimleriyle erotomaniyi kapsamlı biçimde ele almış olduklarını gözlemlemek ilginçtir. Münchausen sendromu da dahil, yedi sendromun hepsi de, mutlaka çok ender olmasalar da, ilginç veya bir şekilde sıra dışı oldukları için 'az rastlanır' sayılabilir.

Elbette burada ele alınanlara benzer daha birçok durum seçilebilirdi. Sayı, kitabın hacmi sınırlı olması gerektiği için sınırlı tutulmuştur. İçeriğin seçimini belirleyen en önem-

li neden, yazarlardan bir veya daha fazlasının bu konuda özel bir çalışma yapmış ve tanımlanan bozuklukların her biri için birinci elden kayda değer deneyim sahibi olmuş olmasıdır. Örnek olarak sunulan olgu öykülerinin çoğu yepyenidir; yalnızca birkaçı daha önce yazarların kendileri tarafından yayımlanan makalelerde sunulmuştur.

Tanımlanan yedi sendromdan üçü (Capgras sendromu, Otello sendromu ve de Clérambault sendromu) hepsi de paranoid durumların varyantları olmaları açısından benzerdir. Psikotik kıskançlıkla erotomaninin paranoid biçimi arasındaki ilişki özellikle yakındır. Diğerleri 'nevrotik bozukluklar veya kişilik bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılabilecek daha heterojen bir grup oluştururlar. Ganser sendromu, zaman zaman psikotik bir durum olduğu yanılgısına düşülse de, histerik bir yalancı-psikozdur. Gilles de la Tourette sendromu iyi anlaşılamamış bir obsesif-kompulsif bozukluk tablosudur ve bazı olgularda organik zemini olabilir. Couvade sendromu temelde diğer zamanlarda, 'normal' sayılan kişilerde ortaya çıkan bir psikosomatik tepki olmasıyla diğerlerinden biraz ayrılır. Bununla birlikte, nevrotik kişilerde çıkma eğilimi daha fazladır ve zaman zaman şizofreni veya diğer psikotik hastalığa patolojik yapılı bir renk katar. Münchausen sendromu, histerik psikopatlarda bulunan bir tür 'eyleme vurma'nın çarpıcı bir örneğidir.

Her sendromun sunumunu tutarlı bir örüntü içinde yapmaya gayret ettik. Yeri geldiğinde, tarihçede konuyla bağlantılı edebiyat veya tiyatro eserlerinden örneklere göndermeler yaptık. Bunu yerimizin izin verdiği ölçüde bilimsel yazının kapsamlı bir derlemesi izledi. Olanaklı olan her yerde özgün kaynaklara gönderme yaparak olabildiğince eskilere uzandık. Bundan sonra aydınlatıcı olgu

öyküleri verildi, ardından da her sendromun ana özelliklerinin toplu klinik tanımları yapıldı ve gerektiğinde ayırıcı tanılar tartışıldı. Bunları psikopatoloji üzerine bir bölüm izledi. Burada amaçlanan, nedensellik ve içerik üzerine hem fenomenolojik hem de psikodinamik kuramları ele alan bütüncül bir yaklaşımı korumaktı. Çoğu kez tedavi ve prognoz üzerine kısa notlar yazıldı.

Olağandışı psikiyatrik sendromlardan oluşan bu küçük koleksiyonun bir tür gizil alıştırma olarak kalmayacağını, psikiyatrik nozolojinin şu an içinde bulunduğu kaotik durum üzerine yeni açılımlar getireceğini umuyoruz. Sir Harold Himsworth'un (1949, *Lancet*, 1, 465) bir zamanlar dediği gibi:

> Bugün, hastalık birimleri olarak 'antiteler' yerine sendromların geçmesiyle tıbbi düşüncede bir özgürleşmeye tanık oluyoruz. Hastalık antitesi, herhangi bir hastalığın özgül bir nedeni olduğunu, hastalık için bir tür değişmez önkoşul bulunduğunu ima eder. Sendrom ise, özgül hastalık etmenlerini değil, bir fizyolojik süreçler zincirini felsefi temel olarak alır. Herhangi bir halkadaki kırılma, beden işlevlerinde aynı bozulmayı ortaya çıkarır. Yani aynı sendrom birçok farklı nedenden doğmuş olabilir. Bu uygulamanın getirdikleriyle tıbbi düşüncenin gözden geçirilmesine henüz yeni yeni başlanıyor.

Yukarıdaki alıntıda 'fizyolojik' sözünün arkasına 've psikolojik' sözcüklerini ekler ve daha sonra aynı cümlede 'bedensel' işlev yerine 'ruhsal' işlevi koyarsak, Himsworth'un söyledikleri pekâlâ fiziksel bozukluklar için olduğu kadar psikiyatrik bozukluklar için de geçerli olacaktır. Psikiyatrik hastalıkları 'hastalık antiteleri' olarak görmeye devam

etmenin, yuvarlak deliklere kare anahtarlar sokmaya çalışmak anlamına geldiği giderek daha çok anlaşılmaktadır, ki bu düşünce tarzımızda bir katılık yarattığı gibi, ilerlemeyi de geciktirir.

# I

## CAPGRAS SENDROMU

# Capgras Sendromu

*Ona benziyorsun, çok benziyorsun, hatta belki akrabasınız aranızdaki tek fark onun parlak bir şahin ve bir prens, seninse bir baykuş ve bir tezgâhtar olman.*
F. Dostoyevski, *Ecinniler*; 1871

Capgras sendromu, hastanın genellikle yakın akraba olduğu bir kişinin tıpatıp benzeriyle yer değiştirdiğine inandığı az rastlanır, renkli bir sendromdur.

**Tarihçe**

Bu durum ilk olarak 1923'te *l'illusion des sosies*, (benzerler yanılsaması) terimini kullanmış olan Capgras ve Reboul-Lachaux tarafından tanımlandı. Sundukları olgu, kronik paranoid psikozu olan ve çevresindeki değişik insanların yerlerine 'benzer'lerinin geçtiğinden yakınan bir kadınla ilgiliydi.

Benzerler yanılsaması terimi bir yanlış adlandırmadır, çünkü merkezdeki patoloji bir algı bozukluğu değil, sanrısal bir inanıştır; 'benzerler sanrısı (*delusion of doubles*)' daha doğru bir terimdir. (*Sosie* benzer, eş anlamında Fransızca bir sözcüktür ve Plautus'un oyunu *Amphitryon*'dan köken alır. Bu oyunda Tanrı Merkür Amphitryon'un hizmetkârı Sosie'nin görüntüsüne bürünür ve böylelikle onun benzeri olur.)

1924'te Capgras ve Carette, şizofreni tanısı almış bir kadın olan ikinci bir olgu tanımladılar. Düşük zekâlı, alınma (referans) fikirleri ve kötülük görme (perseküsyon) sanrıları ifade eden, yalnız yaşayan bir kadındı. Çocukluğundan beri babasına aşırı bir bağlılık gösterirken annesine düşmanca davranıyordu. Her seferinde hastanede düzeliyor, ancak eve dönünce hastalığı hızla nüksediyordu. Daha sonra ensest fikirleri ve benzerlik sanrısı geliştirdi. Onu hastanede ziyaret eden ana-babasını onların 'benzerleri' olmakla ve kendi ana-babasının yerine geçmekle suçluyordu.

Capgras sendromu *Sanrısal Yanlış Tanıma Sendromları*'nın en iyi bilinen ve en sık rastlananıdır. Bunlar aşağıdaki biçimde sınıflandırılabilir:

- Capgras sendromu – yukarıda tanımlandı.
- Frégoli yanılsaması – Courbon ve Fail tarafından 1927'de tanımlandı. Hasta doktor, hemşire, hasta bakıcı, komşu ve postacı gibi birçok kişiyi, sözde kendisinin peşine düşmüş (persekütör) kişi olarak tanır ve tıpkı ünlü Avrupalı aktör Frégoli'nin sahnede yaptığı gibi, peşindekini yüzünü değiştirmekle suçlar.
- İntermetamorfoz yanılsaması – Courbon ve Tusques tarafından tanımlandı (1932). Hasta çevresindeki insanların birbirleriyle değiştiklerine inanır, yani A, B olur; B, C olur; C, A olur vs.
- Öznel Benzer sendromu – (Kendinin Benzeri) Christodoulou tarafından tanımlandı (1978). Hasta diğer insanların kendi benliğine dönüşmüş olduklarına inanır. Bu özel durum üç alt tipe ayrılır: (1) Capgras tipi'nde hastanın çevresinde görünmez benzerler vardır (bu Capgras-Lachaux'nun 1923'teki ilk tanımında da yer

alıyordu, ancak üzerinde hiç durulmamıştı). (2) Otoskopik tip'te hasta kendisinin benzerlerini, diğer insanlara veya nesnelere 'yansıtılmış' olarak görür (Raschka, 1981). (3) Ters tip'te hasta kendisinin başka birinin yerine geçtiğine veya yer değiştirme sürecinde olduğuna inanır (Siomopoulos ve Goldsmith, 1975).

- Reduplikatif Paramnezi (yineleyici tarzda yanlış anımsama, -çn.) – hastalar bir yerin fiziksel olarak aynen kopyalanmış olduğuna inanırlar (Pick, 1903).

Jacques Vie (1930) Capgras sendromunu 'negatif benzerler yanılsaması' ve Frégoli yanılsamasını da 'pozitif benzerler yanılsaması' olarak adlandırdı. ilkinde, var olmayan bazı farklılıkların algılanması sonucunda kimlikler yadsınırken, ikincide imgelemsel benzerliklerin doğrulanması söz konusudur. Benzer şekilde Christodoulou (1976, 1977) Capgras sendromunu bir hipoidentifikasyon (eksik tanıma) ve Frégoli de dahil diğer tipleri hiperidentifikasyon (aşırı tanıma) olarak ele almıştı. Sanrısal Yanlış Tanıma Sendromları'nın başka varyantları da tanımlanmıştır (Joseph, 1986).

İngiliz psikiyatrların aksine, Fransız ve Alman hekimler başlangıçta Capgras sendromuna büyük ilgi gösterdiler. Ne var ki son 30 yıl içinde denge değişti ve İngilizce yazında bildirilen olguların sayısı giderek arttı.

Çok geçmeden Capgras-Lachaux'nun özgün tanımını diğer olgu sunumları izledi. Örneğin, Larrive ve Jasiensky (1931) sistematize olmamış kötülük görme psikozu olan bir kadın tanımladı. Kadında silik ve yetersiz sevgilisinin zengin, aristokrat, yakışıklı ve güçlü bir benzeri olduğu şeklinde bir sanrı gelişmişti. Diğer olgular arasında Halberstadt (1923); Dupouy ve Montassut (1924); Bouvier (1926);

Brochado (1936); Levy-Valensi (1939) ve Vie (1944) tarafından tanımlananlar sayılabilir.

1933 ve 1934'te Coleman yanlış tanıma ve tanımama fenomenleri üzerine Capgras sendromunun kapsamlı bir tanımını da içeren geniş makaleler yazdı. Tanımladığı olgunun tümden doyurucu bir örnek olmadığını da itiraf ediyordu, çünkü olgu bir kişinin benzeri ile değil, birisi tarafından yazılmış mektuplarla ilgiliydi. Elli yaşındaki kadın hasta, suçluluk ve ümitsizlik duygularıyla giden involusyonel melankoli (yaşdönümü melankolisi, -çn.) tanısı almıştı ve depersonalizasyon dile getiriyordu. Daha sonra kızının mektuplarını tanımayı reddetme biçiminde bir benzerler yanılsaması geliştirmişti. Bunların başka biri tarafından yazılmış kopyalar olduğunda diretiyordu.

Capgras fenomeninin bu tür parçalı formları enderdir. Diğer bir örnek, üniversiteye giden, 22 yaşındaki zeki bir kız öğrencide ortaya çıkmıştı. Akut bir şizofreni atağı geçirdikten sonra içinde bulunduğu birincil sanrılı durumu çarpıcı bir dille anlatmış ve şunları yazmıştı: 'Aşağıda küçük bir derenin aktığı, ağaçlık ve dik bir dere yamacına gelene kadar yürüdüm. Orada oturdum ve bir sigara içtim... Boş sigara paketini suya attım ve sonra saatimi inceledim. Bunun benim saatim olmadığını düşündüm, polis tarafından yapılmış iyi bir taklitti, bu yüzden onu da dereye attım'.

1936'ya dek sunulan bütün bildirilerin yalnızca kadınlar üzerine oluşu dikkat çekicidir. Daha sonra, Murray (1936), sendromun bir erkekteki ilk örneğini bildirdi. Bu olgu genç, bekâr, eşcinsel görünümlü bir adamdı ve şizofreni tanısı almıştı, Ana-babası onu hastanede ziyaret ettiklerinde onların gerçek ana-babası değil, benzerleri olduğunda ısrar ediyordu. Stern ve McNaughton (1945) daha erken bulgulara özel göndermeyle, iki yeni olgu ta-

nımladılar. Todd (1957), ayrıca Todd ve Dewhurst (1955) yedi olgu daha tanımladılar: Beşi şizofreni ve bağlantılı hastalıklarla ve ikisi affektif psikozla birlikteydi. Yazarlar psikopatolojide depersonalizasyonun rolünü vurguluyorlardı (Dewhurst, 1954).

Wagner (1966) Capgras sendromunun bir varyantı olarak gördüğü sanrısal bir sistem geliştirmiş genç bir kız üzerine tanısal bir olgu çalışması sundu. Bekâr bir genç kadın olan hasta, evlenmek üzere olduğu tıp öğrencisi tarafından nikâhtan az önce terk edilmişti. Daha sonra güya, tanıdıkları gelip kendisine ona ve ayrıldığı nişanlısına her şeyiyle çok benzer evli bir çiftle karşılaştıklarını anlattıklarında, büyük öfkeye kapılmıştı. Wagner, yaşantının dolaylı oluşu yüzünden olgunun Capgras sendromundan ayrıldığını kabul ediyordu, ancak benzerlerden biri hastanın kendisiydi ve iki benzer söz konusuydu. Disertori ve Piazza (1967) bir kadın olgu sundular ve bunu 'Alkmene Karmaşası' ya da 'Masum Zina Karmaşası' ile bağlantılandırdılar.

1970'den bu yana Capgras sanrısı ve Frégoli yanılsaması üzerine bildirilen olguların sayısı giderek arttı. Bunlarda sıklıkla eşzamanlı açık organik beyin hastalığı üzerinde duruluyordu. Günümüzde, organik bozukluklar listesi çok uzamış durumdadır ve madde intoksikasyonu ve yoksunluğu, enfeksiyon ve ensefalit, endokrin bozukluklar, epilepsi, ciddi ve hafif kafa travması, beyin tümörleri, deliryum, Alzheimer hastalığı, vasküler demans, multipl miyelom, Lewy cisimciği hastalığı, lityum zehirlenmesi ve migreni de içerir. Yakınlarda bildirilen olguların birçoğunda elektrofizyolojik, nörolojik görüntüleme ve nöropsikolojik çalışmaların sonuçları da verilmekte ve bütün yanlış tanıma sendromları için olası bir nörobiyolojik temel büyük ilgi toplamaktadır.

Capgras fenomeni ayrıca edebiyatta da tanımlanmıştır. Sözgelimi Dostoyevski *Ecinniler* romanında fenomenin çarpıcı bir tanımını yapar. Psikopat Marya Timofyevna gizlice Stavrogin'le evlenmiştir. Ancak kasabalarındaki bir sosyal etkinlik sırasında adam onunla hiç ilişkisi yokmuş gibi davranır, kızı bir kenara çekerek şöyle der: 'Sen kendini sadece genç bir kız olarak gör; ben de senin sadık dostun olmakla birlikte bir yabancıyım, ne kocan, ne baban ne de nişanlınım.' Birkaç gün sonra Stavrogin onu ziyarete geldiğinde, Marya onu tanımayı reddederek yüzüne karşı güler. Bu bölümün başında alıntılanan sözleri söyler ve sonra onu prensini öldürmekle suçlayarak der ki, 'Ben düştükten sonra senin kötü yüzünü gördüğümde... kıvrılıp bükülerek yüreğime doğru ilerleyen bir solucan gibi geldi bana. O değil diye düşündüm, o değil! Benim şahinim benim gibi kibar bir hanımdan asla utanmazdı... söyle bana, sahtekâr adam dişlerini ona ne kadar geçirdin? Bu işe razı olmak için çok para alman gerekti mi?'

Lord David Cecil tarafından yazılan Cowper'in biyografisi, *Yaralı Geyik* (The *Stricken Deer*) (1943) adlı kitapta da Gapgras fenomeninin bir örneği yer alır. Cowper'in, paranoid özellikleri olan affektif bir psikoza tutulmuş olduğu açıktır. Rahip Newton uzun yıllar yakın dostu ve sırdaşı olmuştur. Son dönemlerdeki depresif evrelerden birinde Cecil şöyle yazar: 'Hâlâ lanetlenmiş olduğuna inanıyordu. Gerçeklikle olan bağı öyle zayıftı ki, bundan yıllar sonrasında bile gördüğü Newton'un gerçek Newton mu yoksa onun şekline bürünmüş bir hayalet mi olduğuna asla emin olamıyordu.'

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Elli yaşında bir boyacı tuhaf davranmaya başlamıştı, evinin duvarlarını 'dinliyor', polisin onun peşinde olduğuna inanıyordu. Hastaneye yatırıldığında gergin ve şaşkındı, varsanılıydı ve kötülük görme sanrıları vardı. Doktorların kendisine karşı polisle işbirliği yaptıklarına ve diğer hastaların casus olduklarına inanıyordu; karısının gece kendisine ulaşmaya çalıştığını, ancak başına kötü bir şey geldiğini sanıyordu. En olası tanı bir derece depresyonla birlikte paranoid psikozdu. Psikometrik incelemeler hafif zihinsel bozulma ortaya koymakla birlikte, EEG ve kan brom düzeyleri de dahil bütün fiziksel incelemeler normaldi. Var olan organik konfüzyon hali, yatışından sonraki bir ay içinde iyice düzeldi ve bir yıl sonra yapılan psikometrik testler bunu doğruladı.

Bu kez de, Capgras sendromu sergilemeye başladı. Onu ziyaret eden karısının 'karısı değil, onun bir benzeri' olduğunu öne sürüyordu. 'Ona bir şey oldu; yerine başkası geçmiş olabilir' diyordu. Şöyle ekliyordu, 'Karımı çok severim, ama benzer kadını sevmiyorum'. Daha sonra sanrısı daha da yayıldı. Modifiye EKT, depresyon ve ajitasyonun kalkmasını sağladı ve sanrıları biraz geriledi. Benzerlik sanrısı hâlâ sürüyordu ancak bu da daha sonra haloperidol tedavisiyle geriledi. Hastanın sessiz, içedönük bir kişiliği vardı, karısı ise daha zorlayıcı ve baskın biriydi. Yüzeyde evlilikleri başarılı gözükmekle birlikte aralarında hep bir miktar sürtüşme olduğu ortadaydı. Ancak, hastalığı başlamadan birkaç ay öncesinde adam karısına giderek daha sevecen davranır olmuştu, duygularını daha çok belli ediyor ve cinsel olarak daha talepkâr davranıyordu. Onun sevgisinden emin olmak için de sürekli güvence arar gibiydi. Bu, durumu daha da kötüleştirmiş ve karısı ona karşı daha soğuk davranmaya başlamıştı, onun davranışlarını itici buluyordu. Adamın tutumu daha sonra iyice belirginleşti ve kadın kısa süreliğine bile olsa kocasının hastaneden eve dönüşüne karşı düşmanca tavırlar sergilemeye başladı. Adam bu düşmancılığı kabul etmekte çok zorlanıyordu ve

karşılık olarak karısına olan sevgisini öne sürüyordu. Ancak sevgisi geri çevrilince adamda saldırganlık ve nefret duyguları uyanmıştı. Bu şekilde sevgi ve nefret bir arada var olabiliyordu ve ikideğerlilik (ambivalans) sorununu da, Capgras sendromu geliştirerek çözmüştü.

İkinci olguda da çarpıcı benzerlikler görülebilir: 30 yaşında bir Alman kadın. Capgras sendromu psikotik hastalığının en önde gelen özelliğiydi.

**Olgu 2**

Bu hasta yatırıldığında ağlamaklı, çökkün, olasılıkla uygunsuz duygulanıma işaret eden manyeristik, sinirli biçimdeki sırıtmasıyla gergin görünümlü bir kadındı, ancak en belirgin özelliği duygularının sığlığıydı: Kocasına dair Capgras sanrısına ek olarak başka paranoid sanrıları ve etkilenme fikirleri vardı. Bilinç bulanıklığına ilişkin hiçbir kanıt yoktu. Paranoid şizofrenik reaksiyon tanısı kondu. Psikometrik inceleme paranoid bir durumun varlığını doğruladı, ayrıca sanrıya ve hastaneye yatırılmaya ikincil hafif derecede bir de depresif bileşen olduğu saptandı. Klorpromazin tedavisiyle iyileşme gösterdi ve Capgras sanrısı da dahil olmak üzere, yansıtmalı projektif) düşünce tarzında kararlı bir azalma gerçekleşti. Bir ay sonra taburcu edildi, hâlâ duygulanımı sığdı ancak Capgras fenomenine ilişkin hiçbir belirti yoktu. İki yıl sonra Capgras sanrısını da içeren psikozu yeniden ortaya çıktığı için bir kez daha hastaneye yatırılması gerekti.

Bu olguda Capgras sanrısı semptomatolojiye egemendir, çünkü hastanın esas yakınması kocasının kimliğinin değişmesiydi. Daima sessiz, duygularını belli etmeyen, somurtkan, suratsız, bir hayli katı ve hep savunmada kalan bir adamdı, utangaç, fazla duyarlı ve aşırı kıskançtı. Kadın, hastalığının hemen öncesinde duygularını giderek daha fazla gösterir olmuştu ve cinsel talepleri artmıştı; bir yan-

dan kocasından korkarken bir yandan da onun kendisini sevdiğinden emin olmak gereksinimi duyuyordu. Burada yine hasta, bu durum için temel oluşturan ikideğerlilik sorunuyla karşı karşıyaydı.

Üçüncü olgu, ikincil paranoid özellikleri olmakla birlikte depresif bir hastalıkta ortaya çıkışıyla diğerlerinden ayrılıyor.

**Olgu 3**

Daha önce defalarca hastaneye yatırılmış olan 40 yaşında bir kadına yineleyici endojen depresyon tanısı konmuştu. Zekâ düzeyi düşüktü ve 1963 yılında şiddetli depresyon nedeniyle 6. kez hastaneye yatırıldığı sırada kocasının gerçek kocası değil, onun yerini almış birisi olduğundan yakınmaya başlamıştı. Bir kür EKT ve imipramin tedavisinin ardından Capgras sanrısıyla birlikte depresyonu da ortadan kalktı. Yaklaşık bir yıl sonra depresyonu nüksettiğinde Capgras sanrısına dair herhangi bir belirti yoktu.

Bu olgular, Enoch (1963) tarafından ayrıntısıyla tanımlanan on olguda görülenleri andıran, Capgras sendromunun başlıca özelliklerini ortaya koymaktadır.

## Epidemiyoloji

Tarihsel olarak, Capgras sendromu ender görülen bir fenomen sayılmıştır. Ne var ki son yıllarda giderek daha çok ve daha sık tanınmakta ve bildirilmektedir. Gerçekten de bazı çalışmalar, bunun psikotik hastaların % 4'e varan bir oranında var olabileceğini ortaya koydu (Cutting 1987,1994; Frazer ve Roberts, 1994; Kirov ve ark., 1994). Dahası, Alzheimer hastalığına tutulmuş olan tüm hastaların üçte bire varabilen bir kısmı, hastalıklarının gidişi sırasında herhangi bir noktada bu fenomeni sergileyebilirler (Ballard,

1995; Ballard ve ark., 1995). Sendrom bütün yaş gruplarında ortaya çıkar. Bütün çalışmalarda bildirilmemiş olsa da kadınlardaki görülme sıklığı daha fazladır (Oyebode ve Sargeant, 1996).

**Klinik Özellikler**

- Capgras sendromu nadiren saf bir durumda ortaya çıkar. Genellikle tanı konmuş diğer bir psikotik hastalık bağlamında ortaya çıkar veya bu duruma eşlik eder.
- Olası bir organik etiyoloji üzerinde yoğun biçimde durulmuş olmakla birlikte, bildirilen olguların % 70'i fonksiyonel bir psikozla ilişkili olarak görülür.
- Olguların çoğunluğunda fonksiyonel psikoz paranoid şizofrenik tiptedir (Wallis, 1986; Signer, 1987). Ancak hem manik hem de depresif evrelerde bir affektif psikozun paranoid özelliği olarak da ortaya çıkabilir.

Capgras sendromunun *başlangıcı* eşlik ettiği hastalığın süresine bağımlı değildir. Bu tür bir psikozun gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Yirmi yıldır şizofren olan bir erkekte Capgras sendromu ancak hastaneden taburcu edildikten sonra ortaya çıkmıştı. Hastaneden çıktıktan kısa süre sonra babası ölmüştü ve az sonra hasta cesedin mezardan çıkartılması talebinde bulunmuştu. Annesi bunu reddetmişti ve hasta onun gerçek annesi değil, bir sahtekâr olduğu için buna karşı çıktığına inanmaya başlamıştı. Diğer bir örnekte, karısının ölümünden sonra yıllarca hastanede yatan bir erkek hasta, kendisini ziyarete gelen erkek kardeşinin kardeşi değil, bir benzeri olduğuna inanmaya başlamıştı. Capgras sendromu ortaya çıktığında, diğer psikotik semptomların varlığında bile, klinik tabloya egemen olma eğilimindedir. Hastaların yanlış tanınmış

kişiyi tanımlamak için 'benzer' ve 'sahtekâr' sözcüklerini çok sık kullanmaları dikkat çekicidir. Bir hasta kategorik olarak bunu doğrulamıştı: 'O kendisinin benzeri'.

Klinik durumun diğer önemli bir özelliği de benzerin kayda değer kişiye özgüllüğüdür. Genellikle bir kişi söz konusudur ve dirençli biçimde yanlış tanınır. Evli hastaların çoğunda esas benzer eştir. Dullarda, eşin dışındaki akrabalar esas benzer halini alır. Bekârlarda genellikle anababa veya kardeştir.

Benzerlik fenomeninde herhangi bir yayılma söz konusuysa (ki bu önceleri düşünülenden daha sıktır), bu durum yakın akrabalarla veya hemşireler veya doktorlar gibi hastayla yakından ilgilenen kişilerle sınırlıdır. Benzer, o sırada hastanın yaşamında belirgin biçimde anahtar kişilerden biridir ve genellikle duygusal bir unsur da vardır.

Bu bölümde daha önce de belirtildiği gibi cansız nesneler için de paralel semptomlar bildirilmiştir. Coleman mektuplar biçiminde bir sanrı tanımlamıştı, ayrıca saatinin 'iyi bir taklit' olduğuna inanan 22 yaşındaki öğrenci olgusu da buna bir örnekti. Anderson (1988) büyük bir hipofiz tümörü olan yaşlı bir hasta tanımlamıştı. Adam karısı ve yeğeninin kendisine ait üç yüzü aşkın eşyayı görünüşleri aynı, ancak daha kalitesiz benzerleri ile değiştirmiş olduklarına inanıyordu.

Fonksiyonel psikoz sergileyen olgularda organik tipte konfüzyon bulunmamakla birlikte, genellikle yaygın ve sürekli bir şaşkınlık ve sersemlik hali vardır.

## Etiyoloji ve Psikopatoloji

Geleneksel olarak Capgras sendromunun kökeninin psikodinamik bir çatışmada olduğu varsayılırdı. Ancak, Gluckman (1968) radyolojik olarak kanıtlanmış serebral

atrofisi olan ve psikolojik etmenler bulunmakla birlikte, belirgin biçimde organik bir hastalık bağlamında ortaya çıkan bir olgu tanımlayalı beri, organik etiyolojinin yandaşları çoğaldı. Bugün olguların % 25-40'ının organik bozukluklarla ilişkili olduğu tahmin edilmektedir; bunlar demans, kafa travması, epilepsi ve serebrovasküler hastalığı da içerir. Nörolojik görüntüleme bulguları Capgras sendromuyla, özellikle frontal ve temporal bölgelerde olmak üzere sağ hemisfer anormallikleri arasında bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Nöropsikolojik araştırmalar bu bulgulara ampirik destek sağlamıştır: Yüz tanıma (sağ hemisfer işlevi olduğu genel kabul görür) işleminde bozulmalar tutarlı biçimde bildirilmektedir, ancak bu bozukluğun kesin doğasına ilişkin tam fikir birliği yoktur.

Capgras ve diğer sendromların etiyolojisi üzerine çalışmaların özellikle paranoid psikoz olmak üzere, psikozların daha iyi anlaşılmasını sağlayacağına olan inancımızı koruyoruz. Bu çalışmalar hem nöropsikolojik hem de psikodinamik öğeler içermelidir. Bu tür bir çalışma duygulanımla düşünce, duyguyla kognisyon arasındaki bağlantıyı açığa çıkarabilir ve hatta patolojik topluluklar olduğu kadar normaller için de inancın doğasına açıklama getirebilir.

Organik etiyolojiye ilişkin çeşitli önerilerin eşlik ettiği yayımlanmış olguların sayısındaki keskin artışa karşın, özgül evrensel bir lezyon tanımlanamamıştır. Sanrıyı tam olarak açıklamak için hâlâ organik olduğu kadar psikodinamik öğelerin de ele alınması gereklidir. Sonunda özgül nöropsikolojik bir lezyon bulunacak olsa bile, bireylerin psikodinamik yapıları yine de önemli olacaktır. Gerçekten de, özellikle bilişsel işlevle ilişkisi açısından, duygulanım kilit önemini koruyacak ve inancın doğasını açıklayan yapıları tamamlayacaktır.

Şu anki bilgilerimizin durumu izleyen başlıklar altında özetlenebilir:

- İşlevsel zemin
- Organik zemin: (a) Serebral disfonksiyon;
  (b) Nöropsikoloji
- Yüz tanıma bozuklukları
- Psikodinamik unsurlar
- Duygulanımın rolü

**İşlevsel Zemin**

Capgras sendromu baskın olarak şizofreni zemininde ortaya çıkar, özellikle paranoid tipte ve daha az sıklıkla da şizoaffektif ve duygulanım bozuklukları ile birliktedir. Olguların çoğunun fonksiyonel psikozla başvurdukları gerçeği değişmemiştir. Organik bir durumun da fenomenin gelişmesini tetikleyebileceği gözlenmekle birlikte, bu tür olgularda psikoorganik sendrom için tipik olan bilişsel bozulmaya dair bazı işaretler de bulunur. Ancak, bu işaretler ortadan kalktığında, Capgras sanrısının genellikle direnmesi de, organik unsurun tetikleyici rolünü vurgular.

Lansky (1974) bir inancın merkezî semptom halini aldığı Capgras sendromu gibi herhangi bir durumda, fenomeni anlamak için ilk olarak inancın kendisi ve normal ve patolojik durumlardaki rolüne ilişkin daha çok şey bilmemiz gerektiğini vurgulayarak organik açıklamanın yetersizliğini gösterdi. Yani organik bileşenin baskın bir etmen olduğu olgularda bile psikopatolojinin kapsamlı bir tanımı hâlâ önemini korumaktadır. Berson'un (1983) da altını çizdiği gibi, 'sanrının belli ve kendine özgü içeriğini açıklamak için organik etmenler kendi başlarına ne gerekli ne de yeterli gözükmektedir'.

## Organik Zemin

Gluckman (1968) organik bir hastalık zemininde ortaya çıkan bir Capgras sendromu olgusu tanımlayalı beri, yayımlanmış, organik etiyolojisi bulunan olguların sayısında keskin bir artış oldu. Bugün bunların tüm olgu bildirimlerinin % 25-40'ını oluşturduğu düşünülmektedir (MacCallum, 1973; Todd ve ark., 1981; Berson, 1983; Bienenfield ve Brott, 1989; Cutting, 1994; Förstl ve ark., 1994; Signer, 1994). Alzheimer hastalığı, Lewy cisimcikli demans, multiinfarkt demans, kafa travması, epilepsi, serebrovasküler hastalık, hipofiz tümörü, multipl miyelom, multipl skleroz, viral ensefalit, frontal lob patolojisi ve AİDS de dahil olmak üzere, çok sayıda nöropsikiyatrik durum bu sendromla birlikte tanımlanmıştır. Birlikte anıldığı diğer tıbbi durumlar arasında psödohipoparatiroidizm, diabetes mellitus, hepatik ensefalopati, bakır zehirlenmesi, klorokin kullanımına bağlı psikoz, terapötik dozlarda lityum, terapötik dozlarda karbidopa-L-dopa, disulfiram, pnömoni, Klinefelter sendromu, reaktif hipoglisemi, vitamin B12 eksikliği, EKT'ye bağlı psikoz, postpartum depresyon, preeklampsi ve pulmoner embolizm sayılabilir.

## Serebral İşlev Bozukluğu

Capgras sendromunun gelişmesinde, uzun süredir merkezdeki etmen olarak serebral işlev bozukluğu önerilmektedir (Christadoulou, 1977). Capgras semptomatolojisi ve diğer yanlış tanıma sendromları için nöropatolojik bir temeli destekleyen kanıtlar Edelstyn ve Oyebode (1999) tarafından kapsamlı olarak gözden geçirildi.

Öyle görünüyor ki tek taraflı sağ hemisfer lezyonları sol taraftakilerden daha sık ortaya çıkmaktadır (Förstl ve ark., 1994, Lebert ve ark., 1994, Fienberg ve Roane, 1997); bu-

nunla birlikte, olguların çoğunluğunda çift taraflı serebral hastalık vardır (Silva ve ark. 1995). Patolojide beynin birçok bölgesi sorumlu tutulmuştur, bunların en önemlileri frontal lob (Förstl ve ark. 1994; Signer 1994) ve temporal lobdur (Jackson ve ark. 1992). Capgras sendromuyla, nörolojik temeli iyi anlaşılmış bir durum olan reduplikatif paramnezi arasındaki benzerlikler serebral disfonksiyona yüklenen nedensel rolü güçlendirir. Ayrıca bu iki durum aynı hastada sıklıkla bir arada bulunur.

Serebral bozukluğun yaygın olması gerekmez, hatta bazı olgularda altyapısal düzeyde var olabilir. Bu açıdan bakıldığında nörokimyasal bozukluklara kuramsal rol yüklenebilir. Birkaç çalışma dopamin veya serotonin dengesizliği olduğunu ileri sürmüştür (Daniel ve ark., 1987; Potts, 1992).

Bununla birlikte, nöropatolojiye ilişkin kanıtlar ne kadar artarsa artsın, bu tür serebral patoloji psikopatolojinin nasıl ortaya çıktığını açıklayamayabilir. Hâlâ duygulanımın rolü ile birlikte, bilişsel düzeneklere dair yeterli bir kurama gereksinim vardır. Ayrıca tek tek hastaların psikodinamikleri ve evrensel inancın doğası sorusunu da henüz çözemedik.

## Nöropsiklolojik Etmenler

Bozukluğun ilk tanımlandığı zamanlardan beri, Capgras sendromu ile depersonalizasyon arasında bir ilişki olduğu düşünülmüştür (Capgras ve Reboul-Lachaux, 1923). Christodoulou (1977) depersonalizasyonun belli nöropsikolojik etmenlerin varlığına bağımlı olarak bazı bireylerde gelişebilecek olan durumun temeli olduğu varsayımını ileri sürdü. Yanlış tanıma sendromları da, bellek işlevlerinde bozulma gibi özgül bilişsel kusurlarla açıklanmıştır; örneğin, depolanan anılarla yeni algılar arasında bağlantı-

sızlık (Staton ve ark., 1982; Sno, 1994) ve hemisferler arası bağlantısızlık (Joseph, 1986). Bu açıklamalar (deneysel sınama için iyi temel oluştursalar da) henüz yanlış tanıma fenomenlerinin tam yelpazesine ve derinliğine herhangi kapsamlı bir anlayış sunamıyorlar.

## Yüz Tanıma Bozukluğu

İlk başlarda, nöropsikolojik bir semptom olan *prozopagnozi*nin tek başına veya psikotik bir durumla birlikte Capgras sanrısının temelini oluşturduğu öne sürülmüştü (Shraberg ve Weitzel, 1979). Ne var ki, Bidault ve ark. (1986) ayrıntılı çalışmaları yanlış tanıma sendromlarının bu semptomla ilişkili olmadıklarını açığa çıkardı. Prozopagnozik hastalar bozuklukları ile ilişkili sanrı geliştirmezler ve iki durumun klinik özellikleri çok farklıdır. Sözgelimi, prozopagnozisi olan hastalar benzerlikler ararken, Capgras bulunan kişiler farklılıklar ararlar. Dahası, hastaya fazladan ayrıntılar verilmesi ilk durumda tanımaya yardımcı olurken ikincisinde köstekler. Son olarak kör bir kişide Capgras sanrısının ortaya çıkmış olması, bu durumu prozopagnoziyle bağlantılandırma yolundaki girişimlere son verse gerektir.

Ellis ve diğerleri (Ellis ve Young, 1990; Ellis ve Shepherd, 1992; Ellis ve ark., 1992) bazı psikiyatrik ve nörolojik hastaların diğer insanları algılama biçimlerini anlamak üzere çok çaba harcadılar. Ne var ki, ne bu modeller ne de normal yüz tanıma ile ilgili olanlar, yanlış tanıma sendromlarından herhangi birini tam olarak açıklayabilmektedir. Capgras sendromunun temel etiyolojisine yeterli bir açıklama getirmek için, benzer oluşun çok dar özgüllüğünü göz önüne almak esastır.

Yanlış tanıma sendromlarını anlamaya yönelik nöropsikolojik yaklaşım henüz emekleme dönemindedir. Bu

yaklaşımın, yanlış tanıma sendromlarını açıklayıcı değerinin sınırlı olduğu bulunursa, Capgras sendromu ve diğer sanrısal yanlış tanımaların da pekâlâ farklı nedenleri olabileceği kabul edilmelidir. Klinik deneyimler hastalarda başlangıç örüntülerinin bir hayli farklı olduğunu ve ilaç tedavilerine farklı yanıt verdiklerini gösterir. Demek ki, aynı semptom için birden fazla açıklama gerekli olabilir.

**Psikodinamik**

Capgras sendromu, ego işlevinde kişiliğin bütününe yayılan bir bozukluk olarak yorumlanabilir. Bu yorumda derealizasyon ve depersonalizasyon duygularıyla bir benzerlik vardır. Christodoulou (1977) serebral disfonksiyonun derealizasyon ve depersonalizasyon duygularına yol açtığını ve bunların da, paranoid düşüncelerin varlığında Capgras sendromunu geliştirebileceğini öne sürdü. Bununla birlikte, klinik deneyimler Capgras sendromunun gelişmesi öncesinde her seferinde bu tür fenomenlerin bulunmadığını gösterir.

Özüne indirgendiğinde, Capgras fenomeninin psikodinamik açıklaması temelde, ikideğerlikli duyguları imgesel bir benzere yansıtmak yoluyla çözülen bir sevgi-nefret çatışmasıdır.

Hastada aynı kişiye/nesneye yönelik temelden zıt iki görüş aynı anda bulunmaktadır, sevgi ve nefret. Bir yanda uzun süredir var olan bir sevgi, diğer yanda ise görünürde 'yeni' bir nefret vardır. Nesneden karşılık görmeye büyük gereksinim duyar. Görüldüğü olgularda, benzer sanrısının başlangıcından önce hastanın nesneye karşı artmış sevgi ve cinsel açlık gösteriyor olması çok anlamlıdır. Bu aşırı tepki, nesnenin sevgisine dair güvence açlığından ve eşzamanlı olarak bunu kaybetme korkusundan kaynaklanır.

Nesne, şaşırtıcı olmayan biçimde, bu taleplere karşılık vermek yerine bunları daha da itici bulur ve bu duygularını gizleyemez, ki bu da durumu daha da ağırlaştırır ve kısır bir döngü ortaya çıkar.

Benzer sanrısı bu ikideğerlilik sorunun çözümüdür. 'Benzer' yani kötü nesne ile karşılaşılabilir ve yüzleşilebilir ve hasta, bu tür duygular sevilen ve sayılan bir nesneye yönelik olmuş olsaydı ortaya çıkabilecek olan suçluluk duygusunu yaşamaksızın, nesneye yönelik nefretini ve gerçek saldırganlık duygularını ortaya koyar. İyi ve gerçek nesne ortada yoktur. Bu aktarılan ilk olguda iyi örneklenmiştir. Ancak güvence alma çabaları boşa çıktıktan sonra hasta psikotik düzenekler sergilemeye başlamıştır.

İkideğerlilik, zaten kuşkuculuk ve kıskançlığa gebe olan durumu iyice kötüleştirmeye neden olan kuşku, belirsizlik ve içsel bir gerilim yaratır. Bu, duygulanım bozukluğu olan hastalarda bile genellikle var olan paranoid bileşenin önemini açıklamaya yardım eder (Enoch, 1986). Duygulanım bozulmuştur ve bu da yargılamanın bozulmasına ve daha sonra da benzer sanrısının ayrıntılandırılmasına yol açar. Courbon ve Fail (1927) bunu 'senestezi bozukluğu' olarak tanımladılar, yani organizmanın yaşam işlevi duygusu, diğer bir deyişle, tüm algılara eşlik eden ve bireyin normalde farkında olmadığı ego duygusu. Coleman (1933; 1934) senestezi duygusunun yalnızca algısal yaşantılarla tutarlı olmayı kestiği zaman fark edildiğini belirtir. Sağlıklı kişilerde yalnızca yorgunluk ve bitkinlik dönemlerinde ortaya çıkar. Bu tür anlarda duyular kişinin kendi parçası gibi gelmez, artık kişilikle bütünleşmiş gibi değildir ve bir depersonalizasyon hissi ortaya çıkar. Bir sonraki aşamada durum duygulanım bozukluğuyla karmaşıklaşır ve

öznel yaşantı dış dünyaya yansıtılır. Hasta değişenin ve artık üzerine etki edemediği kişinin nesne olduğuna inanır.

Arkasından yansıtmanın geldiği bu ikideğerlilik süreci Capgras sendromunun patolojisindeki temel psikodinamik düzenektir. Ancak bir evre daha ileri gider, çünkü bölme (*splitting*) de olur ve 'kötü duygular' var olan nesneye yansıtılır, sevgi ve şefkat duyguları orada var olmayan ideal nesneye yansıtılır. Yani hasta yıkılmış bir idol sorunuyla uğraşmaktadır. Nesneyle ilişkide bir yıkım gerçekleşmiştir ve önceden var olan sevgiyle çatışma halinde olan 'yeni' bir nefret ortaya çıkar. Elbette bu 'yeni' nefret pekâlâ da uzunca bir süredir bilinçaltında zaten var olabilir, ancak değişen ilişki bu nefretin bilinçli hale gelmesine yol açacaktır, böylece sevgiyle eşzamanlı var olacaktır. Bölme süreci hastanın bir yandan gerçek kişiye olan sevgisini korurken bir yandan da nefret ve saldırganlığını ifade etmesine izin verir. Bu da hastanın bir yanda nesnenin varlığını yadsırken, diğer yanda dış görünümünde hiçbir değişiklik olmadığı inancını açıklar. Gerçek değişiklik kendi duygularında ve nesneyle olan ilişkisindedir. Gerçek insan hastanın nefretinden korunmuştur ve bir erdem modeli, 'ideal' olarak kalır. Sahtekâr olan benzer artık açık hale gelmiş olan nefretin hedefi olmuştur.

**Duygulanımın Rolü**

Capgras sanrısının oluşmasında özgül olarak duygulanımın rolünü kavramayı hedefleyen çok az araştırma vardır. Derombies (1935) Capgras'lı hastaların duygulanımına büyük önem vermiş ve sendromun, eşzamanlı bilişsel tanıma ve duyguların güdümünde yüzlerin tanınmamasından kaynaklandığını öne sürmüştür. Anderson (1988) 'Capgras sanrısının görsel imgelerin duygusal aşinalıkla

renklendiği bir aşamada görsel tanıma yolaklarındaki lezyonlardan kaynaklandığını' söyleyerek bu görüşü desteklemiştir. Capgras sendromunun aşırı özgüllüğü, yani bütün yüzlerin değil yalnızca hastaya yakın, özellikle de duygusal olarak yakın insanların yüzlerinin kopyalandığı gerçeği, bu savı destekler. Bu noktada bazıları Capgras sanrısının bazen cansız nesnelere de uzanabildiğini öne sürerek karşı çıkabilirler. Ancak, nesneler de yerler de duygusal olarak yansız değildir ve aynı düzenek pekâlâ bunlar için de geçerli olabilir.

Özetle, bazı olgularda belli öncüllerin diğerlerinden daha fazla etkisi olmuş olsa da, Capgras sendromu için doyurucu bir model, bilişsel ve algısal bozulma, organik bozukluk, paranoid düşünce yapısı ve psikodinamik faktörlerin bileşimini temel almalıdır. Hem organik hem de psikolojik etiyolojilere kulak vermek gereklidir.

## Nozoloji

Nozolojik açıdan Capgras sendromunun sınırları belli bir sendrom olarak mı, yoksa yalnızca bilinen bir psikozun bir parçası şeklinde ortaya çıkan bir semptom olarak mı ele alınması gerektiği son derece tartışmalıdır. Fransızlar geleneksel olarak ilk görüşü destekler ve buna psikiyatrik nozolojide özel bir yer ayırırken, İngilizce konuşan dünya, ikinci görüşü benimsemiştir. Biz bir semptom olarak ele alınmasının daha doğru olduğuna inanıyoruz. Ancak, ortaya çıktığında klinik tabloya damgasını vurma eğilimi vardır ve genellikle semptomatolojiye egemen olur.

Munro (1994) yanlış tanıma sendromlarının resmî olarak kabul edilmiş tanı sistemlerinde kendi başına bir yeri olmasa da bunların çok önemli olduklarını vurgular. Ayrıca yanlış tanıma sendromlarının ve sanrısal bozuklukların

ayrı ayrı olmalarına kıyasla, birlikte daha iyi durduklarına işaret eder. Yanlış tanıma sendromlarını –şimdiki bilgilerimiz ve anlayışımıza dayanarak– paranoid zincirin temel bir halkası olarak ele almak en iyisidir.

**Tedavi**

Literatürde, Capgras sendromunun tedavisine dair pek az bildiri vardır. Hiçbir kontrollü çalışma yapılmamıştır ve kaçınılmaz olarak bilgiler geriye dönük ve anektodal sunumlarla sınırlıdır. Capgras sendromunun ele alınmasının ve tedavisinin altında yatan ilkeler şunlardır:

- Organik lezyonu veya daha yaygın patolojiyi saptamayı hedefleyen eksiksiz incelemeler.
- Depresif psikoz gibi, ister organik isterse işlevsel, altta yatan herhangi bir psikiyatrik durumun tedavisi.
- Antipsikotik ilaçlarla semptomatik tedavi.
- Eşe veya birlikte yaşayan kişiye (bu kişi aynı zamanda 'sahtekâr' olabilir) destek verilmesi.
- Risklerin değerlendirilmesi.

Üç olgudan birinde organik bir bileşen veya bağlantı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ayrıntılı bir öykü alırken ensefalit veya kafa travması gibi bağlantılı olabilecek her enfeksiyonun veya travmanın kaydedilmesi şarttır. Dahası, Capgras sanrısı bulunan bir olguda ayrıntılı psikometrik testler, EEG ve BT ve MR gibi modern beyin görüntüleme tekniklerinin gerçekleştirilmesi mutlaka gereklidir. Günümüzde, Capgras sendromunun birincil nedeni olarak herhangi bir özgül yerleşim veya lezyon bulunmamış olmakla birlikte, bu tür ayrıntılı incelemeler zorunludur.

Capgras sendromu için özgül bir tedavi yoktur. Semptomatik temelde antipsikotik ilaçlar kullanılabilir; geniş yelpazedeki nöroleptiklerle remisyon bildirilmiştir (Enoch, 1963; Halsam, 1973; Sims ve White, 1973; Todd ve ark., 1981). Bazı yazarlar trifluperazinin etkisi olduğunu bildirmiştirler (Enoch, 1963; Lansky, 1974).

EKT'nin başarılı olduğu yönünde de, etkisiz olduğu yönünde de yayınlar vardır (Enoch, 1963; Nilsson ve Perris, 1971). Hatta Hay ve ark. (1974) psödohipoparatirodisi bulunan bir kadın hastada EKT'nin Capgras sendromunu tetiklediğini bildirmiştirler, ancak psödohipoparatirodinin kendisinin de Capgras sendromuyla ilişkili olduğu bilinmektedir (Prescorn ve Reveley, 1978). Endokrin bir bozukluğu olan (miksödem) diğer bir hastada tiroid hormonu yerine koyma tedavisi dramatik bir düzelme yarattı (Madakasira ve Hall, 1981). Depresif bir zeminde ortaya çıkmış Capgras sendromu olgularının çoğu antidepresan ilaçlara yanıt verirler (Christodoulou, 1977, 1986).

Nasıl hastayla nesne arasındaki kişilerarası ilişkide sanrının başlangıcından önce bir kötüleşme oluyorsa, bu ilişkideki düzelmenin de semptomların iyileşmesinde önemli bir etmen olduğu bilinmelidir. Demek ki, tedavi eşin veya hedef kişinin içgörü kazanmasına ve belki de hastaya karşı tutumlarını değiştirmesine yardımcı olmayı da içermelidir (Christodoulou, 1978).

## Adli Yönler

Şiddet, Capgras sendromu da dahil olmak üzere, sanrısal yanlış tanıma sendromlarında iyi bilinen bir tehlikedir. Kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda ortaya çıkar ve özellikle, hastalıklı (morbid, patolojik) kuşkuculuk ve düşmancılığın (*hostilite*) varlığıyla ilişkilidir. Yanlış tanıma sanrısal

bozukluk ve paranoid şizofreni gibi tedaviye yanıtsız bir hastalıkta uzun süreli var olduğunda şiddet olasılığı daha da artar. Bildirilmiş örnekler, sanrısal bir yanlış tanıma sendromuna bağlı ortaya çıkan şiddetin genellikle bu tür durumlarla sınırlı olduğunu göstermektedir.

**Prognoz**

Capgras sendromunun doğal tarihçesi üzerine sistematik bir çalışma (ki bu kitapta tanımlanan sendromların çoğu için olduğu gibi) yoktur denebilir. Yazarların deneyimlerine göre, benzer sanrısının ilerleyişi, eşlik eden psikozun gidişini izlemeyebilir. Bazı durumlarda tedavi sonucunda psikoz iyileşir, ancak benzer sanrısı diretir veya aksi olabilir.

Capgras sendromunun uzun süreli prognozu, eğer varsa genellikle eşlik eden psikozun veya bozukluğun doğasına bağımlıdır. Hastaların çoğunluğunda işlevsel bir psikoz, en sık olarak da paranoid şizofreni vardır ve bu yüzden yaşam süreleri uzun olma eğilimindedir. Şaşırtıcı biçimde, bu hastaların birçoğunda kişilik yozlaşması yönünde pek az belirti çıkar. Christodoulou (1986) bu fenomenin, kısmen EEG ile ortaya konan 'disritmik' bir bileşenin varlığıyla açıklanabileceğini önermiştir; Pond'un (1957) epilepsiye eşlik eden psikozu olan hastalarda duygulanımın sıcak ve –herhangi bir tipik 'şizofrenik' yozlaşma olmaksızın– uygun olma eğilimi gösterdiği şeklindeki gözlemi de bu duruma benzemektedir.

Sendromun altta yatan bir bozuklukla birlikte olduğu olgularda uzun süreli prognoz organik bileşenin doğasına ve uygun tedaviye verdiği yanıta bağımlı olacaktır.

# Kaynaklar


Anderson, D.N. (1988) *Br J Psychiat*, 153,699.

Ballard, C.G. (1995) *Psychotic symptoms in dementia sufferers.* MD thesis, University of Leicester.

Ballard, C.G., Saad, K,, Patel, A.,etal. (1995) *Int J Geriat Pschiat*, 10,447.

Berson, R.J. (1983) *Am J Psychiat*, 140, 969.

Bidault,E.,Luaute,J.RandTzavaras,A.(1986) *Bibliotheca Psychiat*,164,80.

Bienenfield, D. and Brott, T. (1989) *J Clin Psychiat*, 50,68.

Bouvier, A. (1926) *Le Syndrome 'Illusion des Sosies'*. Thesis, Paris.

Brochado, A. (1936) *Ann Med Psychol*, 15,706.

Capgras, J. and Carette, J. 0924) *Ann Med Psychol.* 82,48.

Capgras, J. and Reboul-Lachaux, J. (1923) *Bull Soc Cli Med Ment*, 16,170.

Cecil, Lord David (1943) *The Stricken Deer*. Constable, London.

Christodoulou, G.N. (1976) *Acta Psychiat Scand*, 54,305.

Christodoulou, G.N. (1977) *Br J Psychiat*, 130,556.

Christodoulou, G.N. (1978) *Am J Psychiat*, 135,249.

Christodoulou, G.N. (1986) *Bibliotheca Psychiat*, 164,99.

Coleman, S.M. (1933) *J Mental Sci*, 79,42.

Coleman, S.M. (1934) *Br J Medi Psycho*.14,3.

Courbon, R and Fail, G. (1927) *Bull Soc Cli Med Ment* 5,121.

Courbon, R and Tusques, J. (1932) *Ann Med Psychol*, 90, 401.

Cutting, J. (1987) *Br J Psychiat*, 151,324.

Cutting, J. (1994) *Br J Psychiat*, 159,70.

Daniel, D.G., Swallows, A. and Wolff, F. (1987) *Southern Med J*, 80,1577.

Derombics, M. (1935) *Ann Med Psychol*, 94, 706.

Dewhurst, K. (1954) *Irish J of Med Sci*, 1, 263.

Disertori, B. and Piazza, M. (1967) *G Psychiat Neuropat*, 95,175.

Dostocvsky, F. (1871) *The Possessed. Heinemann*, London.

Dupony, R. and Montassut, M. (1924) *Ann Med Psychol*, 82,341.

EdClstyn,N.M.J.and Oyebode,F(1999) *Internat J Geriat Psychiat*,14,48.

Ellis, H.D. and Sheperd, J.W. (1992) In: *Aspects of Memory* (Eds M. Gruneberg et al.). Routledge, London.

Ellis, H.D. and Young, A.W. (1990) *Br J Psychiat*, 56, 2] 5.
Ellis, H.D., de Pauw, K.W., Christodoulou, G.N., Papapcorgiou, L., Milne, A.B. and Joseph, A.B. (1992) *J Neurology Neurosurg and Psychiat*, 56, 215.
Enoch, M.D. (1963) *Acta Psychiatrica Scandi*, 39,437.
Enoch, M.D. (]986) *Bibliotheca Psychiat*, 164,22.
Fcinberg, T.E. and Roane, D.M. (1997) *Neurocase*, 3,73.
Forstl, H,, Besthorn, C,, Burns, A., Geiger-Kabisch, C., Levy, R. and Sattel, A. (1994) *Psychopathology*, 27,194.
Frazer, EJ. and Roberts, J.M. (1994) *Br J Psychiat*, 164, 557.
Gluckman, L.K. (1968) *Australian NZ Psychiat*, 2,39.
Halberstadt, G. (1923) *J Psychol Norm Pathol* 20,728.
Halsam, M.T. (1973) *Am J Psychiat*, 130,493.
Hay, G.G., Jolley, D.J. and Jones, R.G. (1974) *Acta Psychiat Scand*, 50, 73.
Jackson, R.S., Naylor, M.W., Shain, B. and King, C.A. (1992) *J Acad Child Adolesc Psych*, 31,5.
Joseph, A.B. (1986) *Bibliotheca Psychiat*, 164,68.
Kirov, G., Jones, P. and Lewis, S.W. (1994) *Psychopathology*, 27,148.
Lansky, M.R. (1974) *Bull Menninger Clin*, 38,360.
Larrive, E. and Jasiensky, J. (1931) *Ann Med Psychol*, 89,501.
Lehert, E, Pasquier, E, Steinling, M., Cabaret, M., Caparros-LefeUve, D. and Petit, H. (1994) *Psychopathology*, 27,211.
Levy-Valensi, J. (1939; *Gaz Hop Civ Milt*, Paris.
MacCallum, W.A.G. (1973; *Br J Psychiat*, 123,639.
Madakasira, S. and Hall, T.B. (1981) *Am J Psychiat*, 138, 1506.
Munro, A. (1994) *Psychopathology*, 27,247.
Murray, J.R. (1936) *J Mental Sci*, 82,63.
Nilsson, R. and Perris, C. (1971) *Acta Psychiat Scand* (*Suppl.*) 221,53.
Oyebode, E and Sargeant, R. (1996) *Psychopathology*, 29,209
Pick, A. (1903) *Brain*, 26,260.
Pond, D.A. (1957) *J Indian Med Prof*, 3,1441.
Potts, S.G. (1992; *Behav Neurol*, 5(1),19.
Prescorn, S.H. and Reveley, A. (1978) *Br J Psychiat*, 133,34.
Raschla, L.B. (1981) *Can J Psychiat*, 26,207.
Shraherg, D, and Weitzel, W.D. (1979) *J Clin Psychiat*, 40,313.
Signer, S. (1987) *J Clin Psychiat*, 48,147.
Signer, S.E (1994) *Psychopathology*, 27(3-S),168.
Silva, J.A., Leong, G.B., Lesser, l.M. and Boone, K.B. (1995) *Can J Psychiat*, 40(8),498.
Sims, A. and White, A. (1973) *Br J Psychiat*, 123,635.
Sno, H.N. (1994) *Psychopathology*, 27,144.

Stern, K. and MacNaughton, D. (1945) *Psychiatric Quart*, 19,139.
Todd, J. (1957) *Psychiatric Quart*, 31,250.
Todd, J. and Dewhurst, K. (1955) *J Mental Dis*, 122,47.
Todd, J., Dewhurst, K. and Wall is, G. (1981) *Br J Psychiat*, 139,319.
Vie, J. (1930) *Ann Med Psychol*, 88,214.
Vie, J. (1944) *Ann Med Psychol*, 100,273.
Wagner, E.E. (1966) *J Prof Tech Pers Assess*, 30,394.
Wall is, G. (1986) *Bibllotheca Psychiat*, 164,40.

# II

## DE CLÉRAMBAULT SENDROMU

# De Clérambault Sendromu

*Pisboğazlık ve şehvet gibi dünyevi günahlara beden bizzat doğası ve yapısıyla belli sınırlar koyar. Ama beden ne kadar zayıf olursa olsun, ruhun istekleri sonsuzdur. İrade ve hayal gücünün günahlarına, şefkatli doğa hiç sınır koymaz. Tamahkârlık ve iktidar hırsı neredeyse bu dünyadaki her şey kadar bitimsizdir. Ve D.H. Lawrence'in 'kafadaki seks' dediği şey de öyle. Düşlenen şehvet, insan zihninin ilk zayıflıklarından biridir.*

Aldous Huxley, *Loudon Şeytanları* (*The Devils of Loudon*), 1952

Bu bozukluk, genellikle kadın olan hastanın durup dururken, çok kısa bir süre bir arada bulunduğu veya hiç karşılaşmadığı bir erkeğin kendisine âşık olduğu yolunda sanrısal inanış geliştirdiği bir durumdur.

## Tarihçe

1942'de de Clérambault, *tutku psikozu* (*psychose passionelle*) olarak bilinen durumu tanımladı. Sendromdan *erotomani* şeklinde söz ederek, bunu daha genel kabul görmüş erotik paranoid durumdan ayırt etmeye uğraştı.

De Clérambault, bu durumun en ince ayrıntısına kadar tanımladığı belli bazı özellikleri olduğunu düşünüyordu: Kurban genellikle çok daha yüksek toplumsal konuma sahiptir – politikada, beyazperdede veya televizyonda halka

mal olmuş bir kişiliktir veya sıklıkla bir doktor veya bir rahiptir ve sırf bu yüzden veya belki de zaten evli olmak gibi diğer bazı nedenlerle neredeyse ulaşılamaz biridir.

Sendromun diğer bir özelliği de hastalıklı tutkunun yoğunluğudur. De Clérambault, bütün sendromun özünde yattığını düşündüğü bir 'temel önerme' formüle etmişti: Çok daha yüksek konumdaki bir kişiyle aşk ilişkisi içinde olma inancı, ki ilk âşık olan ve ilk adımı atan da o kişidir. De Clérambault, bu sanrısal aşk bağlılığındaki iki tarafı özne ve nesne olarak adlandırdı. Ayrıntısıyla beş olgu tanımladı ve diğer bir hastadan söz etti:

> On yıldır paranoid psikozu olan 53 yaşındaki bir stilist, hükümdar Kral V. George'un kendisine âşık olduğuna inanıyordu. Gördüğü denizcilerin ve turistlerin ona olan aşkını ilan etmek üzere Kral tarafından gönderilmiş elçiler olduklarına emindi. Daha önceleri de Kral VII. Edvvard'ın kendisine âşık olduğuna inanıyordu, ayrıca Amerikalı bir General de ona kur yapmıştı. 1918'den itibaren inatla Kral V. George'u takip etmeye başladı, birçok kez İngiltere'ye gitti. Sık sık Buckingham Sarayı'nın dışında onu bekliyordu. Bir keresinde saray pencerelerinden birindeki perdenin oynadığını gördü ve bunu Kral'dan bir işaret olarak yorumladı. Bütün Londralıların onun kendisine olan aşkını bildiğini öne sürüyordu, diğer bir iddiası da Kral'ın onun Londra'da kalacak yer bulmasını engellediği, onun otel rezervasyonlarının iptal olmasına yol açtığı, para ve kendi portrelerini taşıyan valizinin kaybolmasından sorumlu olduğuydu. Bu tür kuşkuları asla uzun sürmüyordu. Ona olan tutkusunu canlı bir dille özetlemişti. 'Kral benden nefret ediyor olabilir, ama asla unutamaz. Ben ona karşı asla kayıtsız kalamam, o da bana... Beni boşu boşuna incitiyor. O erkeklerin en üstünü... Yüreğimin derinliklerinde onun cazibesine kapıldım. Onunla aynı göğün altında ve tebaasının arasında yaşamak istiyorum. Onu gücendirdiysem, benim kalbim kan ağladı.'

Tanımlanan diğer bir olgu şöyleydi:

> Rastgele cinsel ilişkilere giren 50 yaşında bir kadın, kendisinden çok daha yaşlı bir rahibin ona âşık olduğuna inanıyordu. Dairesinin kirasını onun ödediğini ve kendisiyle evlenmek istediğini öne sürüyordu, buna karşın kötülük görme tarzında işitsel sanrıları ve alınma ve etkilenme fikirleri de vardı. Sürekli olarak kilisede ona küfür ediyor ve bağırıyordu; bir keresinde onun kendisini izlettiğine inandığı için rahibin verdiği bir konferansa dalmıştı. Bu davranışı olaya polisin karışmasına yol açmıştı. Polisin ona zalimce davranmak üzere para aldığına inanıyordu, ama âşığının bu çelişkili davranışlarını affetmeye daima hazırdı: 'Rahip bana kötülükten başka bir şey yapmadı, ama onu affediyorum. Sürekli bana tekliflerde bulunuyor.'

De Clérambault, 35 ve 55 yaşlarında iki kadın hasta daha tanımladı. İkisinde de kronik erotik sanrı vardı ve bu sanrı ilkinde 7, ikincisinde 37 yıldır değişmeden sürmüştü. İlk hasta sevgilisinin karısını onun kendisine olan aşkı yolunda bir engel olarak görmüyordu. Sık sık adamın yolunu kesiyor ve ona vuruyordu, sonuçta da genellikle tutuklanıyordu. Diğer hasta ise bir rahip olan ilk aşk-nesnesiyle 17 yaşındayken karşılaşmıştı. Sürekli onu takip ediyor ve sık sık onu kucaklamaya çalışarak herkesin ortasında olay çıkarıyordu. Durmaksızın telefon ediyor, nadiren de mektup yazıyordu. Kocası sonunda onu boşadı.

De Clérambault olgularından yalnızca bir tanesi erkekti. Bu olgu, aslında diğer açılardan da sendroma tipik bir örnek gibi durmamaktadır.

> Otuz dört yaşındaki hastada eski karısına karşı hastalıklı bir tutku vardı. Kadın kendisini sevmediğini ısrarla söylemesine karşın, adam onun tutumunun daima sözlerini yalanladığını öne sürüyordu. Kadın yeniden evlendikten sonra, adam onun

bir kez daha kendi metresi olacağını ve gururunu kurtardıktan sonra kadını bir kez daha reddedeceğini söylüyordu. Onu nerede olursa olsun daima bulabileceğini belirtiyordu. Sürekli yazıyor, kenarda köşede kıstırıyor ve herkesin içinde kadına vuruyordu. Yanında bir jilet taşıyor ve kadını tehdit ediyordu 'Yeniden evlenirsen ikinizin de işini göreceğim'. Boşanmanın sahte olduğunu, hükümsüz ve anlamsız olduğunu ileri sürüyordu.

De Clérambault'nun temelde yaptığı şey, kendi döneminde bile tarihçesi çok eski zamanlara uzanan bir psikiyatrik kavram olan erotomaniye olan ilgiyi diriltmekti:

- Hippokrat – Perdiccas rahatsızlığının tanısını koymuştur (Rather, 1965).
- Plütarkos – Erisistratos tarafından tedavi edilmiş bir olgu kaydetmiştir (Rather, 1965).
- Soranus – Durumun sanrısal yönleri üzerine yorum yapmış Romalı bir hekimdir: 'Bazıları Proserpin'in aşkı için Hades'e indiklerini düşlüyorlardı; bazıları başka birinin karısı olsa da bir Tanrıça'nın kendileriyle evlenme sözü bahşetmiş olduğuna inanıyorlardı' (Zilboog, 1941).
- 1640 – Jacques Ferrand, *Erotomani ya da Sevgili veya Erotik Melankolinin Özü, Nedenleri, Belirtileri, Prognozu ve Tedavisinin Tartışıldığı Bilimsel Bir İnceleme* başlıklı kitabı yazmıştır.

Adı konduğu andan itibaren erotomani terimi kesin bir tanımdan yoksun olmuştur. Sözgelimi, on sekizinci yüzyıl tıp yazınında erotomanikler 'gözü dönmüş biçimde, gelişigüzel ve gayri meşru şehvet peşinde koşanlar' şeklinde tanımlanmıştı (Rather, 1965). Oysa 'nemfomani' veya er-

keklerde, 'satiriyazis' terimleri bu durumları daha doğru tanımlar. Esquirol (1772-1840) erotomaniyle nemfomani arasında şu ayrımı yapar: "Nemfomanide kötülük üreme organlarından kaynaklanır, bunların tahrişi beyinde tepki oluşturur. Erotomanide bunu karakterize eden duygu kafadadır... Erotomaninin özneleri asla edep sınırlarını aşmazlar, bakir kalırlar!"

Sir Alexander Morison (1848) erotomaniyi 'aşk monomanisi' olarak tanımladı. Ayrıca bu münasebetsiz yakınmanın adli sonuçları üzerine de yorum yaptı: "Sabit ve kalıcı erotomani sanrıları bazen bunlardan mustarip olanların kendilerini veya başka insanları mahvetmelerine yol açar, çünkü genelde sakin ve saygılı olmakla beraber hasta bazen kolay sinirlenen, tutkulu ve kıskanç bir hal alır."

On dokuzuncu yüzyılda başka olgular da tanımlandı:

1863, Winslow – "Yıllardır zaman zaman uçarılıkla dönüşümlü, moral çökkünlüğüyle birlikte giden, günün birinde deliliğe varacak gibi duran şiddetli bir histeriye tutulmuş genç bir hanım, kısa bir süreliğine kürsüde gördüğü, tek bir sefer dışında asla görmediği evli bir vaize karşı yoğun bir tutku duymaya başlamıştı. Ailesi, vaiz kendilerini ziyaret edip, bu hanım tarafından yüksekten uçan ve amatör bir dille yazılmış risaleleri gösterene dek durumdan habersizdi. Akli melankolisinin belirgin ve çarpıcı özelliği mektupları böyle pervasızca yazdığı beyefendiye karşı olan muğlak, anlaşılmaz, hastalıklı erotik duyguydu. Akıl sağlığına kavuşana dek on iki ay geçti. Görünürde mükemmel iyileşmişti. İyileştikten sonra sık sık vaize olan delice tutkusundan bahsediyor ve artık ona karşı eğiliminin yalnızca bir delilik belirtisi olduğunu söylüyordu."

1887, Clouston – "Size 40 yaşında tek bacaklı bir terzi göstereceğim, kesinlikle hiçbir cazibesi olmayan bu kadın rahibe gitmiş ve ondan kendisini ve Bay ...'i kilisede 'karı koca ilan etmesini' istemişti. Rahip araştırdığında koca ilan edilecek olan beyefendinin kadınla asla konuşmamış olduğunu

öğrenmişti. Kilisede adam onun tam karşısına oturmuştu ve kadına göre kendisine o kadar anlamlı bir tarzda bakmıştı ki, nikâhlarının kıyılmasını arzuladığını anlamıştı. Kadın ... Bey ile evli olmamasının tek sebebinin entrikacı bir komşu olduğunu söylüyordu.

1899'da MacPherson *sapkın delilik* hakkında yazdı: 'Erotomani' başlığı altına çok sayıda patolojik doğada anormal cinsel hususiyet yerleştirilmiştir. Bunlar anormal bir cinsel birleşme arzusu veya mastürbasyon alışkanlıklarından tutun, penisin ahlaksızca teşhiri, çocukların ırzına geçme, cesetlerle ilişki, kulamparalık, livata ve hayvanlarla ilişkiye dek varabilir. Burada karşımızdaki cinsel saplantı ya da abartılmış veya büyük ölçüde sapkınlaşmış itkidir. Bütün gruplarda altta yatan ve bunları düpedüz soysuzlar sınıfına girmekten alıkoyan ortak etmen, zihnin cinsel düşünceye takılıp kalmış olmasıdır...

Erotomaninin bu son tanımı hem tepkisel hem de aşırı kapsayıcıdır, belki de geç Viktorya döneminin güçlü ahlaki baskılarından fazla etkilenmiştir. Aynı zamanda oldukça yanlıştır!

On dokuzuncu yüzyıl başlarında monomani terimi giderek silinmekteydi ve daha önce bu başlık altına sokulmuş olan bozukluklar paranoya kılığında yeniden ortaya çıkmıştı. 1906'da Bianchi *paranoia erotica* terimini kullandı. Ona göre bu, 'genellikle cinsel yaşamı yolunda gitmeyen, cinsel birleşmeye pek eğilimli olmayan kişilerde, bazen asla evlenme fırsatı bulamamış kız kurularında ortaya çıkıyor'du.

Sanrıların, varsanılar ve diğer açık psikoz belirtileri olmaksızın tek başlarına ortaya çıktıkları bir durum olan paranoyanın bir antite olarak görülmesinin uygun olup olmadığı sorusu hâlâ çelişkilidir. Bianchi birçok erotomani

olgusunun daha geniş paranoid hastalıklar sınıfına sokulabileceğini, buna karşın diğer örneklerde başka herhangi bir psikoz belirtisi olmaksızın izole bir fenomen olarak ortaya çıktığını düşünüyordu.

Emil Kraepelin (1921) erotomaniyi bir *paranoyak megalomani* biçimi olarak sınıflandırdı.

> Hasta karşı cinsten, gerçekten tanınmış veya yüksek konumdaki bir kişinin kendisine eğilim duyduğunu ve anlaşılmayacak tarzda ona ilgi gösterdiğini algılar. Bazen kesişen bakışlar, sözde pencerenin önünde yürüyüşler, rastlantısal karşılaşmalar hastanın bu gizli sevgiden emin olmasına yol açar. Bir kadın hasta o sırada tahtta olan hükümdarın tiyatroda ona özel saygı göstererek eğildiğini ve çocuklarını da onu selamlamaya zorladığını fark etmişti... Çok kısa sürede, gizli anlayışın işaretleri sayıca artar. Şans eseri her karşılaşma, giysiler, bir araya gelmeler, okunanlar, sohbetler hasta için düşündeki serüvenle ilişkili hale gelir. Sevgisi açık bir sırdır ve evrensel ilgi nesnesidir, her yerde bunun hakkında konuşulur, elbette yüksek sesle değil, daima belli belirsiz işaretlerle, ki o bunların kastettikleri anlamı çok iyi anlar... Belli bir sanrı uzun süre boyunca daha da ayrıntılandırılabilir... Özellikle gazetelerdeki mecazi reklamlarla beslenir, bu arada gerçekten de bu macerayı gizli tutmaya çalışan hastanın geri kalan etkinliklerinde her şey yolunda görünür.

1921'de Bernard Hart bir çeşit paranoid erotomaniyi yeniden tanımlayarak buna *kız kurusu deliliği* adını verdi.

> Bir hayli yaşlı ve son derece namuslu, hiç evlenmemiş bir hanımefendi ... bir erkek tanıdığı tarafından, istemediği ilgi gösterilerine maruz bırakıldığından yakınmaya başlar. Adamın açıkça kendisiyle evlenmeye can attığını ve kendisini inatçı biçimde takip etmekte olduğunu açıklar. Son olarak önemsiz bazı olaylar, adamın kendisini zorla kaçırma planları yaptığı-

na inanmasına yol açar ve buna dayanarak adama öfkeli bir mektup yazar, polise de şikâyette bulunur. Tahkikat başlar ve adamın kendisine yöneltilen suçlamalar konusunda tamamen masum olmakla kalmayıp hanıma asla en ufak bir ilgi göstermemiş olduğu ve hatta onun varlığının farkında bile olmadığı ortaya çıkar.

Sonraki yirmi otuz yıl erotomani nispeten kayıplara karışmış gibidir, ezkaza sözü geçse bile, paranoyanın birçok çeşidinden biri olarak görülmektedir, o kadar. Yine sessiz geçen bir dönemin ardından, de Clérambault'nun olgu tanımlarını izleyen psikiyatride bu duruma ilgi yeniden canlanmıştır. 1956'da Balduzzi İtalya'da yeni bir olgu tanımladı.

Mutsuz bir evliliği olan 26 yaşındaki bir kadında aniden, kendisine kürtaj yapmış olan evli bir doktora karşı ateşli bir tutku gelişmişti. Sürekli telefon ederek, hemen her gün mesajlar göndererek adamı taciz ediyor ve sık sık evine gidiyordu. Kendi kızına hiç ilgi göstermiyor ve ağzından 'O'nun haricinde hiçbir laf çıkmıyordu. Adamın birçok kez ona 'kendisininkinden de daha ateşli karşılıklar vermiş' olduğunu öne sürüyordu. Dr. 'P' ile ilk karşılaştığında 'Başka bir insana dönüşmüş olduğumu hissettim... O zamana dek ben yaşamamışım' diyordu. Bundan sonra kendisini yalnız hissetmez olmuştu ve... 'İnsanlar benimle konuşmaya başladıklarında, önünde sonunda kaçınılmaz olarak onun hakkında konuşuyorlar' diyordu. Son olarak, doktorun karısı hastayı sözcük anlamında kapıdan kovmuştu, ne ki tehditler ve sevimsiz sahneler ancak onun sevgisini artırmaya yarıyordu. 'Bu şekilde davranmasının tek nedeni, benim henüz anlayamadığım bazı gerekçelerle duygularının tamamen aksi olan tutumlar takınmak zorunda olması, çünkü başkalarının gerçek tutkulu aşkını anlamalarını istemiyor; aslında karısıyım diye geçinen o kadın yakındaysa, kendisini bana karşı sözel olarak daha saldırgan gibi göstermeye ça-

lıştığına dikkat ettim. Aslında Dr. P evli olamaz, o kadının kim olabileceğini bilmiyorum, ama tümüyle kayıtsız kaldığım bir komedi oynamak üzere çağrılmış olduğunu biliyorum.'

Bu hasta ayrıca nesnesinden söz ederken hastalıklı tutkusunun yoğunluğunu ortaya koyar:

'Hiç kimse veya hiçbir koşul bizi ayıramayacak, ölüm bile, çünkü bu yalnızca bedeniyle sevenler için geçerlidir; ben onu onun beni sevdiği gibi zihnimle sevdiğim için sonsuza dek ona bağlı kalacağım. O benim öylesine bir parçam ki, kişiliğimle bütünleşiyor; her şeye rağmen o benden çok daha güçlü, kuvvetli ve mantıklı; daima onunla yaşayabileceğim zamana dek asla bütün olmayacağım.'

Kısa zamanda literatürde bunu başka olgu tanımları izledi (Arieti ve Meth, 1959; Baruk, 1959).

Son yıllarda, *folie à deux* ve Capgras ve Frégoli sendromları gibi, başka ender sendromlarla birlikte, artan sayıda olgu (genellikle tekli olgu bildirimleri halinde) tanımlandı (Pearce, 1972; Sims ve White, 1973; Drevets, 1987; Signer ve Cummings, 1987; Wright ve ark., 1993; Carter, 1995; Strip ve ark., 1996; Mann ve Foreman, 1996).

Şaşırtıcı olmayan biçimde, Batı kültürlerinde değişen cinsel ahlakla birlikte, erotomanik sürecin homoseksüel veya biseksüel doğada olduğu, hatta nesnenin bir çocuk olduğu olgular bildirilir oldu (Mannion ve Carney, 1996; Michael ve ark.,1996; Remilagton, 1997).

## Olgu Sunumları

İzleyen örnekler erotomani teması üzerine bazı çeşitlemeleri göstermek üzere seçilmiştir. Bazıları de Clérambault'nun

önermelerine uyarken diğerleri ya açıkça ya da daha hafif biçiminde paranoid psikozun parçası olarak erotomani kavramına daha yakın özellikler ortaya koyar.

**Olgu 1**

Yirmi yaşında, güzel konuşan bekâr bir kadın olan hastanın annesi o dört yaşındayken ölmüş ve hasta daima küçük gördüğü, aşırı koruyucu babası ve katı babaannesi tarafından büyütülmüştü. İlk cinsel ilişkisini 17 yaşındayken yaşlıca ve evli bir erkekle yaşamış, daha sonra başka yaşlı erkeklerle, babasının katı biçimde karşı çıktığı kısa süreli ilişkilere girmişti. Belirgin psikotik özellikleri yoktu. Aşırı yorgunluktan yakınıyordu ve çok fazla yalan söylüyordu.

İki yıl boyunca 35 yaşında, toplumsal ve entelektüel olarak kendisinden üstün bekâr bir erkeğe tutulmuştu. Kendisinin memur olarak çalıştığı ofiste çalışıyordu. 'Benimle konuştuğu anda onu bütün hayatım boyunca tanıyormuşum gibi hissettim ve bu beni korkuttu ... işte bu kaderimde sevmek olan adamdı – o andan itibaren asla eskisi gibi olamadım.' İşi bu yüzden bozulunca kovulmuştu. Ayrılmadan önce sözde sevgilisiyle yüzleşmiş ve ona olan duygularını açığa vurmuştu. Adam onun duygularını fark edememiş olduğu için şaşkına dönmüş ve hasta kollarını boynuna dolayıp ofiste onu tutkuyla öptüğünde utancından yerine dibine geçmişti.

Görüşmede adam kadının ilgisinden gururlandığını ve ilk başta böyle bir ilişkiye ters bakmadığını itiraf etti. Ancak hep yaşları arasındaki farkı vurgulamış ve kadına onlar için hiçbir gelecek olmadığını ve evliliğin olanaksız olduğunu tekrar tekrar ifade etmişti. Ara sıra kadını peşinden koşmamaya ikna edebiliyordu, ama çok geçmeden kadın bir randevu daha ayarlamak üzere yeniden telefon ediyordu.

Kadına kendi yaşında bir erkekle ilişki kurmasını önermişti. Bundan sonra kadın ona çekici gelmeyen genç bir erkekle cinsel ilişkiye girmiş ve sonra sevgilisine geri dönerek deneyin başarısız olduğunu, onun kendisi için tek erkek olduğunu zafer kazanmış bir ifadeyle bildirmişti.

Başka bir seferinde adama kontraseptif armağan etmiş, adamsa bu armağanı geri çevirmişti. Her ikisi de cinsel ilişkiye girmediklerini söyledi, ancak adam başlangıçta 'yoğun ön oyunlarla' kadını kuşkuya yer vermeyecek tarzda kışkırtmıştı. Kadın ofisten adamı günde birkaç kez arıyor veya evine telgraflar gönderiyordu, ta ki adam çaresizlik içinde onu 'son bir kez daha' görme sözü verene kadar.

Kadın hastaneye yattıktan sonra, hastanede sevgilisiyle bir buluşma ayarlandı. Onlar için hiçbir gelecek olmadığını adam bir kez daha dile getirdi. Kadın o bu işi 'sıyrıksız atlatırken' kendisinin bu kadar acı çekmesinin hiç de adilce olmadığını açıkladı. Sonra da adamın yüzüne sıkı bir yumruk attı, ama bir yandan da diğer eliyle adamın elini tutuyordu. Bundan sonra olduğu yere yığıldı ve kendisi için artık tek seçeneğin intihar etmek olduğunu söyledi. Hastanede olduğu sürece adama telefon etmeye ve yazmaya devam etti, mektupları sevgi, hakaret ve intihar tehditleriyle karmakarışıktı. İlaçlar, EKT ve içgörü yönelimli psikoterapinin hiçbiri etkili olamadı. Tutkusunu yenmekte olduğunu öne sürmekle birlikte, sıkıştırıldığında hâlâ adamın kendisini çekici bulduğuna inandığı ortaya çıkıyordu.

**Olgu 2**

On dokuz yaşında bekâr bir kız ilk kez aspirin tabletleriyle intihar girişiminde bulunduktan sonra psikiyatrik tedaviye alınmıştı. 'Bir rahibe âşığım, onun için daha iyi olacağından kendimi öldürmeye çalıştım' diyordu.

Beş çocuğun dördüncüsüydü. Babasını huysuz, ne yapacağı belli olmayan ve çocuklarına karşı ilgisiz biri olarak tanımlıyordu. Baba haftanın yedi günü çalışıyor ve her gece eve sarhoş dönüyordu. İçerken ilk önce neşeleniyor, sonra sersemliyor ve son olarak da saldırganlaşıyordu. Bunlara rağmen kızın çocukluğu nispeten olaysız geçmiş gibiydi. Okulda başarılıydı. Ergenlik sırasında içine kapanmış ve aşırı dindar olmuştu. Rahibe olmak, zaman içinde de misyoner olmak fikrini kafasında evirip çeviriyordu. Tam bu sırada kendisinden

14 yaş büyük bir rahibe âşık olmuştu. Bu ilk başta tek taraflı bir tutulmaydı, ama genç kıza göre 'aşkını itiraf ettikten' sonra onun da duyguları güçlenmiş ve kök salmıştı.

Şaşırtıcı olan, intihar girişiminde bulunduğu sıralarda dört yıldır rahibi görmemiş veya onunla konuşmamış, yalnızca ona uzaktan tapmış olmasıydı. Ama, olaydan kısa süre önce yakın bir arkadaşının başka bir rahipten gebe kalması anlamlı duruyordu, arkadaşı sonradan bu rahiple evlenmişti. Genç kızı intihar girişimini bir tür kendine zarar verme eyleminden çok, kendini feda etme, 'rahibin sorununu çözecek bir eylem' olarak tanımlamaya iten de bu rahatsız edici olay olabilir. Dahası, inancını tümden yitirdiğini, yaşamda hiçbir anlam göremediğini, başkalarının da yaşamı neden anlamlı bulduklarını bir türlü anlayamadığını öne sürüyordu.

Birkaç ay sonra, olanları öğrenince rahibin ona 'oldukça soğuk, resmî bir mektup' yazdığını söyledi. Bunun ardından, ısrarla 'rahibin ondan hâlâ hoşlandığını' kendisine söylediğini iddia ettiği ortak bir dostlarının önerisine uyarak rahiple temasa geçmişti. Aralarında ne geçtiyse, bu ona önemli bir duygusal rahatlama sağlamış gibiydi. Artık kendini 'çok daha aklı başında' hissettiğini ve 'ilişkiyi' çok daha gerçekçi biçimde görebildiğini söylüyordu. Bir zamanlar 'o yaşamıma girebilecek tek erkek' derken, artık kendini 'erkek arkadaş' bulmakta özgür hissediyordu ve gerçekten de izleyen aylarda birçok arkadaşı oldu, bir keresinde bir hafta içinde beş farklı erkekle çıktığı için 'adım çıkmaya başlıyor' demişti.

Bir yıl sonra, hâlâ duygusal olarak olgunlaşmamış, olayları dramatize etme eğilimindeki bir genç kız olsa da, rahibe olan erotomanik bağlılığına geri dönüş olmamıştı.

Olgu 3 daha öncekilerden erkek oluşu ve kayda değer affektif unsurların varlığıyla ayrılır. Diğer bazı psikotik belirtilerin varlığına ve özgün sanrısal inancının kısmen diretmesine karşın sonlanımı en sonunda iyi olmuş gibi duruyor.

**Olgu 3**

41 yaşında bekâr bir çiftçi olan erkek hasta, ilk olarak çeşitli fiziksel semptomlardan yakınması üzerine evinde görüldü. Semptomlar için herhangi bir fiziksel neden saptanamadı, ancak mastürbasyonla ilgili suçluluk duygularıyla giderek artan biçimde aşırı uğraşısı vardı. Aynı zamanda yöredeki veteriner hanıma karşı bir tutku geliştirmişti ve onun da duygularına karşılık verdiğine inanıyordu. Veteriner birkaç kez sürüsüne bakmak üzere çiftliği ziyaret etmişti, ancak hayvanlar hakkında birkaç söz dışında aralarında hiçbir şey geçmemişti. Ne var ki adam ona saplantı geliştirmişti, kadını gece evinde ziyaret etmeye çalışıyor, telefon ediyor ve bazen müstehcen içerikli tutkulu mektuplar yazıyordu; örneğin, 'Bilmek istediğim şey şu, şu anki aklın boğayı becerdiğin günküyle aynı mı?' Bu tür mektuplarda ayrıca onunla evlenmek istediğini de belirtiyordu ve bir keresinde Belediye Binası'nda kendisiyle evlenip evlenmeyeceğini sormak üzere şehre bile inmişti. Onun kendisini sevdiğine inandığını da açıklamıştı. Kendisinden çok daha eğitimli (o okuma yazmayı sekiz yaşında sökmüştü) olması ve bir mesleği bulunması sayesinde hayatta ondan çok daha yüksek konumda olduğunu itiraf ediyordu. Kadının onun hevesini kırmaya ve uzak tutmaya çalıştığı gerçeğini diğer bir mektupta dile getirmişti: '...Yaşamımda bu kadar önemli bir kişiyle konuşamamak çok can sıkıcı.'

Zaman zaman ileri derece çökkünleşiyor ve çiftliğinin bakımsızlığına seyirci kalıyordu, ancak hayvanlarını hiç ihmal etmiyordu. Düşünceleri bulanıktı ve şaşkın hale gelmişti, ki bu bazı mektuplarının içeriğine yansıyordu. Ayrıca bölgedeki insanların onun hakkında konuştuklarına, özellikle de evlenmesi gerektiğini söylediklerine inanıyordu. Ayrıca önceki aylarda onu bir hayli düzenli ziyaret etmiş olan Yehova Şahitlerinin bıraktıkları broşürlerde gördüğü çeşitli 'işaretler' onu endişelendiriyordu.

Psikotrop ilaçlarla tedavisine ilk önce evinde başlandı, ancak işbirliğine girmediği ve veteriner hanımı taciz etmeyi sürdürdüğü için zorla hastaneye yatırılması gerekti. Bundan

sonra durumu düzeldi ve hanıma karşı olan saplantısı tümden yok olmasa bile azalmaya başladı.

Dört yıl sonra tuhaf düşünceler geliştirdiği ve kendisi hakkında kaygılandığı için psikiyatra gönderildi. Ancak yeniden görüldüğünde bu semptomlar ortadan kalkmıştı. Bundan sonra bir kez daha çok sayıda somatik semptomdan yakınmaya başladı. Bu kez ne depresif ne de paranoiddi ve durumu tiyoridazin verildikten sonra düzeldi. Veteriner hanımla ilgili sorular sorulduğunda onu yıllardır görmediğini ve kadın bölgeden ayrılmış olduğu için artık onunla temas kurmaya çalışmadığını söyledi. Bununla birlikte, 'Hiçbir şey söylemeden de duygularınızı gösterebilirsiniz' diyerek kadının ona âşık olduğuna hâlâ inandığını açığa vurdu.

Son görüldüğünde ilaç kullanmıyordu, buna karşın iyilik hali sürüyordu.

**Olgu 4**

Boşanmış, 33 yaşında bir kadın, başvurduğunda şarkı yazarı Paul McCartney'in kendisine âşık olduğuna inanıyordu. Ailede akıl hastalığı öyküsü vardı, anne tarafından dayısı yaşamının büyük bölümünü bir akıl hastanesinde geçirmişti. Ana-babası sağlıklıydı ve hasta dört çocuğun en büyüğüydü. Bir erkek kardeşi açık biçimde şizofrendi.

Kendi kişisel öyküsü bir hayli kaotikti. Birçok ilişkisi olmuş ve asla herhangi bir işi uzun sure yürütememişti. 16 yaşındayken ilk erkek arkadaşının onu zorla baştan çıkartmış olduğunu öne sürüyordu, sonraları İranlı bir aşçı ile evlenmiş ve dokuz ay sonra fiziksel taciz iddiasıyla ondan boşanmıştı. O sırada bir lezbiyenle birlikte yaşıyordu. Ayrıca istenmeyen gebelikler için üç kez terapötik kürtaj geçirmişti.

McCartney ile ilk kez 18 yaşındayken, ondan imza istediğinde karşılaştığını söylüyordu. O karşılaşmadan beri onun kendisine delice âşık olduğunu öne sürüyordu. İlk buluşmadan birkaç gün sonra bir sanatçı onu aramış ve portresini yapıp yapamayacağını sormuştu, kendisini Paul McCartney'in gönderdiğini söylemişti. Bundan sonra McCartney ile kendisi

19 yaşına basana kadar kısa süreli bir ilişkisi olduğunu söyledi. Sonradan başına bela kesildiği ve yaşamına egemen olduğu için McCartney'e olan duyguları değişmişti. Bunu onun kendisine karşı saplantısı olduğu için ve kendisiyle evlenmek istediği için yaptığını belirtiyordu. Nereye giderse gitsin adamın kendisini izlediğine ve bunu yapamayacak durumda olduğunda da çevresindekilerden birini ya da 'kuklalarını' kendi yerine gönderdiğine inanıyordu. Birçok kez onun tarafından kaçırıldığını iddia ediyordu, onun kendisini bir otele götürdüğünü, kendi fotoğraflarını gösterdiğini ve cinsel ilişkiye zorladığını söylüyordu. McCartney'in özel hekimi daha sonra ona yaşadıklarını unutturan bir madde enjekte ediyordu.

Ruhsal durum muayenesi, merkezde birincil sanrısı olan, bakımlı ve çekici genç bir kadın olduğunu ortaya koydu. Bilişsel işlevleri sağlamdı, hiçbir biçimsel (*formal*) düşünce bozukluğu ve varsanı yoktu. Bununla birlikte bazı alınma fikirleri vardı.

Birkaç aylık tedavinin ardından sanrıları perfenazine yanıt verdi. Ancak bir yıl boyunca semptomsuz kaldıktan sonra aynı semptomlar geri döndü. Sanrıların yoğunluğunu azaltmak ve nispeten normal bir yaşam sürebilmesini sağlamak için birkaç ay antipsikotik ilaç verilmesi gerekti.

Bu dört olgunun dördü de de Clérambault'nun özgün tanımına oldukça iyi uyuyor gibi. Hiçbirinde gözlemcinin hastaların psikotik olduklarına inanmasına yol açacak diğer semptomlara dair bir kanıt yoktu. Ancak, izleyen olgu biraz farklı bir kategoridedir ve Hart'ın (1921) *kız kurusu deliliği* tanımına daha çok uyar.

**Olgu 5**

Üniversitede okutman olan 41 yaşında, evde kalmış bir kadın olan hasta, diğer bir fakültede ders veren, kendisinden on yaş kadar büyük, hiç evlenmemiş bir profesöre âşık olmuştu. Başkalarıyla daha önce bir veya iki prodromal epizot yaşamıştı, ancak bu seferki tutkusu epey ani başlamıştı. Erotomanisi

çevresinde odaklanan alınma fikirleriyle birlikte ayrıntılı sanrısal bir sistem geliştirdi.

Öğrencilerin onun adama, adamın da ona olan tutkusundan haberli olduklarına ve üniversiteye gelişini adama bildirdiklerine inanıyordu, nitekim kendisi orada olmadığında adamın 'en şahane halinde' olduğunu söylüyordu. Adamı düzenli aralıklarla rahatsız ediyordu, fazla yazmıyordu ve adamın onun hevesini kırma çabalarını ve görünür düşmancıllığının kendisine karşı altta yatan derin tutkulu duygularını gizlediğinde ısrar ediyordu.

Üniversite dışından insanların bu ilişkiyi bildiklerine inanıyordu. Esnafın ve başka insanların hareketlerini kendi tutkusu ışığında anlamlı biçimde yorumluyordu. 'İşler yolunda gittiğinde kasap gülüyor, kendi doktorum da. Rahip bana "kötü kötü" bakıyor ve gözleriyle beni öldürüyor.' Bu mono-ideistik sanrı ve alınma fikirleri dışında psikoza dair pek az kanıt vardı ve işini sürdürebiliyordu. Üç yıllık bir dönem boyunca gözlendi ve bu sürede hastalıklı tutkusu hafif dalgalanmalar dışında değişmeden kaldı. Çocukluğunda birçok erotik deneyim yaşadığını ve birkaç yıl yaşlı, dul bir adamla cinsel ilişkisi olduğunu itiraf etti, bu üniversite profesörüne tutulmasından epey önceydi.

Bir sonraki olgu, sanrıların nesnesi herhangi bir nedenle sahneden çekildiğinde neler olduğunu göstermesi açısından anlamlıdır.

**Olgu 6**

Yirmi yılı aşkın süredir devamlı akıl hastalığı olan 50 yaşında bir kadın. İki kardeşin küçüğü idi. O bebekken başka bir adamla kaçmış olan annesini hiç görmemişti. Beş yaşındayken bir erkek tarafından uğradığı cinsel taciz ve on bir yaşındayken de babasının cinsel tacizi yüzünden travmatik bir çocukluğu olmuştu. Kendisinin üç çocuğu olmuş ve ikiz oğullarından biri yıllarca şizofreni tanısıyla hastanede yatmıştı. 24 yıl evli kaldıktan sonra 1976 yılında boşanmıştı. O zamandan beri dinî

nikahlı kocasıyla yaşıyor ve bu bildiri yazıldığı sıralarda yardımcı hemşire olarak ve yarım gün bir alışveriş merkezinde tezgâhtar olarak çalışıyordu. 1962'den beri antipsikotik ilaçlar ve EKT dahil çeşitli psikiyatrik tedaviler görmüştü. İşlevselliğinin daha iyi olduğu dönemler olmakla birlikte, tüm tedavi süresince psikotik olmayı sürdürdü. Bir dizi mal müfettişi ile ilgili erotik aşırı uğraş geliştirdi. Hastalığının başlangıcında bürolardan birindeki bir mal müfettişini hedef seçmiş ve onu ikizlerinin babası olmakla suçlamıştı. Birkaç yıl sonra adam öldü ve hasta bundan sonra saplantılı duygularını aynı bürodan başka bir müfettişe aktardı. Adamla nasıl karşılaştığına dair ayrıntılı tanımlar yapıyor ve onu üçüncü çocuğunun babası olmakla suçluyordu. Bu adam da günün birinde emekli oldu ve bölgeden ayrıldı, ne var ki hasta bu kez yine aynı bürodan diğer bir müfettişle ilgili benzer duygular yaşamaya başladı.

Ruhsal durum muayenesinde hoş, orta yaşlı bir kadın olduğu gözlendi. Konuşması kendiliğindendi ve duygulanımı normaldi. Bununla birlikte, sınırları iyi çizilmiş bir sanrısal sistemi olması açısından psikotikti. Varsanısı yoktu ve bilişsel işlevleri sağlamdı.

Önceki olguların en azından ilk dördü, de Clérambault'nun kavramına yakından uyuyor gibiydi, bunların aksine bir sonraki olgu, odak noktası bir erotomanik sanrı olan gerçek paranoid şizofreniye bir örnek olarak seçildi. Görünürde birincil olan bu özelliğe karşın, tartışmasız şizofrenik semptomların yanında, ego işlevinde belirgin bir bozulma göze çarpıyordu.

**Olgu 7**

İlk kez görülmesinden altı yıl önce, 44 yaşındaki boşanmış bu hanımda aynı firmada çalışan, çok saygın, evli bir adama karşı ani bir ilgi gelişmişti. O andan itibaren adamın varlığını 'güçlü biçimde hisseder' olmuştu, bir ay boyunca güçlü bir bağ hissediyor ve zaman zaman 'kazara-bilerek dokunma'lar

oluyordu. Daha sonra giderek kafasının içinde 'tuhaf bir basınç' fark eder oldu, omuzlarında da daha önce hiç başına gelmemiş 'ağır, yüklü bir basınç' hissi vardı, bunları güçlü biçimde etkilendiği adama bağlıyordu.

Nihayet kafasının içinde bir basınç hissi yaşamakla kalmayıp, ilk kez olarak bir sesin 'onu biz yaptık, biz ettik!' dediğini işittiği bir noktaya geldi. Bunu bir tür engelin yıkıldığı şeklinde yorumladı, bunun sonucunda artık zihinsel telepati yoluyla sevgilisiyle iletişim kurabiliyordu, o 'verici', kendisi 'alıcı' idi. Sanki birisinin onunla 'zihinsel dalga boyu aracılığıyla' konuştuğunu söylüyordu. Ertesi gün, o ve adam iş yerinde birlikte otururlarken, zihninde adamın sanki 'seni seviyorum' dediğini işitti. Aynı tarzda yanıt verdi, yani zihninden, tek bir kelime etmeksizin. İlk kez muayene edildiği zamana dek, 'bazen isteyerek, bazen de hiç istemeyerek' sürekli bu türde bir temas içinde olduğunu hissetmişti. Ayrıca, 'göbek deliğinde bir uyarılma ve yadsınamaz bir cinsel sıcaklıkla birlikte vajinasında tıpkı bir erkek onu orgazma götürebilecek bir tarzda içine girermiş gibi hisler' yaşadığını söylüyordu. Ona göre bu gerçek bir ilişki olmaksızın cinsel birleşme yaşamanın bir yoluydu.

Bütün bu zaman boyunca kafasının içinde açıkça ama sessiz biçimde adamın sesini ve bazen başka birinin sesini işitiyordu. Bazen seslerin söyledikleri anlamlı gibiydi; bazen de tümü 'hiç anlaşılmaz laga luga' idi. İşittiği seslerden biri onunla ilgili aşağılayıcı sözler söylüyordu. Bazen bunlar ona bir tür sevişme gibi gözüken belli sözcüklerin sürekli tekrarlanmasından oluşuyordu; 'mısır', 'darı', 'buğday', 'mühendis', 'organizasyon', 'pornografi', 's.k', 'şehvet', '.m', 'bok', 'vasiyetname', 'john', 'ana kontrol', 'boynuzlama', 'kararmış' vs. On günlük bir dönem boyunca neredeyse sürekli olarak 'bok' dendiğini işitmişti. Bundan o kadar rahatsız olmuştu ki, el yazısını hiç değiştirmeye kalkışmadan adama postayla iki paket tuvalet kâğıdı göndermişti! Ayrıca giderek, sıradan şeylerde 'cinsel simgeler' görmeye zorlandığını fark ediyordu. Daha sonra, söz konusu adamın 'düzüşme' adını verdiğini sandığı bir hareket yapmaya başladı, pelvisi istemsiz biçimde kasılıyordu ve bunun üzerinde hiçbir denetimi yoktu. Seslerin

söylediklerinden sanki adam kadın ve geçmişi hakkındaki her şeyi biliyor gibiydi. Bazen ses daha sevecendi. Bir keresinde 'evleneceğiz' demişti. Bu yaşantıdan sonra hasta bebek giysileri örmeye başlamıştı.

İlaç tedavisiyle durumu kayda değer düzelme gösterdi ve kısa sürede kendini ilaç almasına gerek kalmayacak kadar iyi hissetmeye başladı. İlacı kesmesinin ardından, bekleneceği üzere, alevli psikotik semptomları geri döndü ve daha sonrasında tedaviye işbirliği göstermeyi reddetti.

## Klinik Özellikler

De Clérambault sendromu sanrının tek psikopatoloji olduğu, *birincil* veya *saf* erotomaniden söz edilebildiği durumlarda birincil şeklindedir. Ancak, durum daha yaygınlaşmış paranoid bir psikozun veya diğer bir psikotik bozukluğun yalnızca bir parçası olduğunda en iyi terim *ikincil* erotomanidir.

Birincil sendromun klinik özellikleri, ki hepsinin aynı anda bir arada bulunması gerekmez:

- Diğer bir kişiyle bir aşk iletişimi içinde olduğuna dair sanrısal bir inanış vardır.
- Bu kişi çok daha yüksek bir konumdadır.
- İlk âşık olan ve ilk adımı atan o kişidir.
- Aşk sanrısının nesnesi değişmeden kalır.
- Hasta sevilen kişinin paradoks davranışlarına bir açıklama getirir.
- Gidişi kroniktir.
- Varsanılar ve başka psikotik özellikler yoktur.
- Başlangıç genellikle anidir.

Daha önce gösterildiği gibi de Clérambault'nun kendi olgularının da hepsi saf tipte değildi, bazılarında, büyük ola-

sılıkla bağlantılı diğer paranoid psikozlar olduğu açıktı. Bununla birlikte, bu diğer olguların bazıları ve Balduzzi'nin (1956) olgusu ile Baruk (1959) tarafından tanımlanan diğer olgu, en azından ilk bakışta birinci kategoriye girecek gibi dururlar.

Bizim bildirdiğimiz olgulardan ilki saf erotomani örneği gibi durmaktadır. Bununla birlikte, hiç alınma fikirleri bulunmadığı ve hastalıklı tutkunun kesin bir başlangıcı olduğu halde, zorlanmadıkça 'sevgilisinin' kendisine olan duygularını hastanın açıkça dile getirmemesi ve bu durumda bile kovalayanın çoğunlukla kendisi olduğunu itiraf etmesi açısından atipiktir, çünkü normalde tam tersi öne sürülür, yani adamın onun peşine düşmüş olduğu. Bu olguda kadının davranışlarının çoğunda 'psikopatik' bir tını bulunmakla birlikte, tartışmasız psikotik hiçbir özellik yoktu.

İkinci olgumuz bazılarının abartılmış bir ergenlik tutkusu olarak görmeyi yeğleyeceği bir olgudur. Yine de onun durumunu da de Clérambault sendromu başlığa altında ele almayı haklı gösterecek gibi duran diğer özellikler vardı. Özellikle ilginç olan, görünürde *yüzleştirme yoluyla iyileşmesi*ydi ki bunun istisnai bir durum olduğuna dikkat edilmelidir.

Üçüncü olgumuz da de Clérambault önermelerini karşılar gibi durmaktadır, ancak bir süreliğine bazı alınma fikirleri olmuştu. Daha sonra bunlar ortadan kalkmakla birlikte, çok güçlü biçimde bağlanmış olduğu hanımın da onu sevdiği yolundaki sanrısı direniyordu, ancak bu fikrinin gücü, onu artık bu yönde herhangi bir eylemde bulunmaya zorlamayacak derecede azalmıştı.

Dördüncü ve beşinci olgularımız daha yaygın alınma fikirleri sergiliyor ve bu açıdan açık paranoid psikoza daha

yakın gibi duruyorlar. Yine de hiçbir varsanı veya tartışmasız şizofreni semptomu yoktu. Bu yüzden bu hastaların durumlarına 'kendi içinde sınırlı (enkapsüle)' gözüyle bakılabilir; her ikisinin de gözlem altında tutulduğu yıllar boyunca bu durumları direnmiştir.

Son olgumuz, ilk altısının aksine, yalnızca dirençli işitsel varsanılar değil, ayrıca daha önce de belirtildiği gibi, açıkça şizofrenik başka semptomlar da sergiliyordu ve bu açıdan onun durumu net olarak de Clérambault kategorisinin dışında kalmaktadır.

*Özne* – büyük çoğunlukla bir kadındır. Arieti ve Meth'in (1959) tutulan kadınların genellikle evli oldukları yolundaki iddialarını destekleyecek hiçbir kanıt yoktur. De Clérambault olgularının incelenmesi böyle bir kanıt ortaya koyamadığı gibi, bizim yedi olgumuzun beşinin evlenmemiş ve ikisinin boşanmış olduklarına da dikkat edilmelidir.

Yazında erkek özne örnekleri bulunmakla birlikte enderdir, bu da yazarların klinik deneyimleriyle tutarlıdır (Taylor ve ark., 1983). Bildirilen erkek olguların birçoğu aslında ikincil erotomani örnekleridir (Magner, 1992; Dursun ve ark., 1994).

*Nesne* – genellikle erkektir ve tipik olarak öznenin yalnızca kısacık bir süre karşılaşmış olduğu birisidir. Genellikle hastadan entelektüel ve toplumsal olarak üstündür ve genellikle çok daha yaşlıdır. Kitle iletişimi ve ağır medya çağı olan günümüzde nesnenin tanınmış, halka mal olmuş bir kişilik olması olağandışı değildir.

Sık olmamakla birlikte, nesneye duyulan patolojik ilginin eşcinsel veya homoerotik doğada olduğu olgular bildirilmiştir (Peterson ve Davis, 1985; Urbach ve ark., 1992; Boast ve Coid, 1994) bunlar arasında kadın eşcinsel eroto-

manisine ait örnekler de yer alır (Dunlop, 1988). Michael ve ark. (1996) daha sonraki bir evrede heteroseksüel erotomaniye dönüşen bir eşcinsel erotomani olgusu tanımladı.

Bazı hastalar kurbanlarının yaşamında kaos yaratabilirler. Aralık vermeksizin onları gerek evde gerek işyerinde uzun süreler boyunca mektup ve telefon bombardımanına tutabilirler. Kurbanların hissettiği psikolojik stres ve kişisel gerginlik muazzam ve bezdirici olabilir.

Bazı hastalar taciz, hatta sanrılarının nesnelerine saldırıda bulunmak suçuyla tutuklanabilirler. Bu ikinci fenomen özellikle hastanın tekrarlı girişimleri yanıtsız kaldıktan sonra, sıklıkla aşkın yerine kin veya nefretin geçtiği aşamaya ulaştığında ortaya çıkma eğilimindedir. Bu durumun adli yönleri bu bölümün daha sonraki bir bölümünde ele alınacaktır.

## Etiyoloji ve Psikopatoloji

De Clérambault sendromunun nozolojik konumuna ilişkin büyük tartışma sürmektedir: daima diğer bir psikotik bozukluğun/sürecin parçası olarak mı ortaya çıkar, yoksa saf, birincil biçiminde de gelişip var olabilir mi? Her iki bakış açısının altında yatan savlar de Clérambault sendromuyla sınırlı değildir, başka birçok eponim duruma da uyarlanabilir.

Bir dereceye kadar, tarih çarkı tam devir yapmıştır ve eski zamanlarda paranoya veya monomani olarak sınıflandırılacak durumlar bir kez daha modern sınıflandırma sistemlerindeki şizofrenilerden ayrı bozukluklar olarak sınıflandırılmaktadır. Sanrısal Bozukluk terimi hem ICD-10 hem de DSM-IV'te yer alır ve tek bir sanrı (DSM-IV'e göre 'tuhaf olmayan') veya son derece değişken içerikli ve bağlantılı bir dizi sanrı ile karakterize bir grup duruma

gönderme yapar, bunlarda bazen varsanılar olsa bile baskın değildirler. DSM-IV'te ayrı, farklı bir alt tip *–erotomanik tip–* tanınır.

Durumun etiyolojisi açıkça anlaşılmış değildir. Açık organik patoloji olgularıyla ilişkili olarak tanımlanmış olmakla birlikte, nedenleri ve psikopatolojisi hemen hemen kesin olarak işlevsel psikoza aittir. Özellikle birincil sendrom örneklerinde bozukluğun genellikle önceden var olan belirgin kişilik özellikleri üzerine binmiş psikopatolojik süreçlerden doğuyor olduğu düşünülür.

## Nozoloji

Ellis ve Mellsop (1985), kendilerinin beş olgusuyla birlikte, 1966 ve 1985 arasında İngilizce yazında tanımlanmış 53 olguyu gözden geçirdiler ve sonuçta birincil sendromun varlığını sorguladılar. Yakından incelendiğinde olguların çoğunluğunun de Clérambault önermelerinin tümünü karşılamadığını ve bu yüzden şizofreni gibi diğer bozuklukların örnekleri şeklinde sınıflandırılmalarının doğru olabileceğini öne sürdüler.

Ne var ki, buna alternatif olarak Mullen ve Pathe (1984) 16 olgu tanımladılar ve örneklemi birincil (beş olgu) ve ikincil (11 olgu) şeklinde böldüklerinde iki grup arasında ayrıma götüren bazı etmenler gözlemlediler. Sözgelimi birinci grubun hepsi de Kişilik Bozukluğu için DSM-III-R ölçütlerini dolduruyordu ve ikinci grupta erotik odak bir nesneden öbürüne kayma eğilimindeydi. Bu yazarlar ayrı bir tanısal antite olarak birincil erotomani kavramının tutulması gerektiğini öne sürdüler. Benzeri bir görüş de yakınlarda Garland ve McGennis (1998) tarafından en azından pragmatik zeminde yorumlandı.

Yazarların görüşüne göre, eponim sendromlardan hoşlanmayanlar üzülecek olsalar da, de Clérambault sendromunun nozolojik bir antite olarak korunmasının haklı bazı gerekçeleri vardır.

## Biyoloji

Yazında erotomanik semptomatoloji ve sendromların Alzheimer hastalığı, HIV enfeksiyonu ve beyin hasarı gibi yaygın beyin hastalıklarıyla birlikte ortaya çıktığı olgular bildirilmiştir (Drevets, 1987; Boast ve Coid, 1994; John ve Ovsiew, 1996). Anderson ve ark. (1998) tarafından nörolojik ve tıbbi durumlara eşlik eden birkaç erotomani olgusu üzerine yararlı bir derleme yapılmıştır. Bununla birlikte bu tür örnekler bildirilen bütün olguların küçük bir azınlığını oluşturur ve etiyolojik açıdan de Clérambault sendromu işlevsel bir psikoz gibi davranır.

Michael ve ark. (1996) polikistik over hastalığı ile birlikte, ilginç bir biseksüel erotomani olgusu tanımladılar. Bu yazarlar, durumun oral kontraseptifler ve steroidlerin alımından sonra ve kürtajın ardından da gözlemlendiğine bakarak, santral monoaminlerin psikoz için organik bir substrat oluşturabilecekleri varsayımını ortaya attılar. Dahası, Wijeratne ve ark. (1997) yapısal ve işlevsel nörolojik görüntülemede bir tümör nedeniyle çocuklukta uygulanmış radyoterapiye bağlı sol medyal temporal lob hasarının ortaya konduğu bir birincil erotomani olgusu bildirdiler. Yazarlar psikotik semptomlarla beyin işlevi arasındaki, özellikle de psikotik hastalarda medyal temporal lobla frontal korteks arasındaki bağlantıların nasıl bozulmuş olabileceğine ilişkin güncel fikirler zemininde bu olguyu tartıştılar. Buna göre, daha sonra sanrıların gelişme nedeni, iç bilişsel gözlemde bozukluktur.

## Psikodinamik Özellikler

Erotomanide psikopatolojinin merkezinde genellikle ikideğerlikli cinsel tutum yatar. Erotomaninin temeli kesinlikle platonik aşk değildir. Tersine, de Clérambault hastaların çoğunun cinsel ilişki açlığı çektiklerini gösterdi. Bazılarının yazdıkları şeyler kaba cinsellikleriyle hayal gücünü zorluyordu. İlk olgumuzun sevgilisiyle ilişkisinde kesinlikle platonik bir yan yoktu, kontraseptif vererek adamı baştan çıkarma girişiminde bulunmuştu. Ama buna karşın, hastaların kendilerinin sıklıkla evlenmemiş olmaları ve aşk nesnesinin yalnızca farklı toplumsal konumlar yüzünden değil, aynı zamanda evli olduğu ve diğer nedenlerle evlenilemez olduğu için genellikle ulaşılamaz olması gerçeğini de göz önüne alınca, gözlemciler hastanın davranışı ne kadar açık biçimde cinsel olsa da cinsel doyumdan kaçınma gereksiniminin var olduğu sonucuna ulaşmak zorunda kalabilirler. Bazı olgularda hastanın kötülük gördüğü yolunda bir fikir geliştirmesine yol açan da bu olabilir, hasta kendisine, istemediği cinsel yaklaşımlarda bulunulacağından korkar.

Ne yazık ki, de Clérambault diğer açılardan titiz bir ayrıntıyla tanımladığı hastaların geçmiş öykülerine veya kişiliklerine pek az ilgi göstermiş. Bunun sonucunda da durumun psikopatolojisine çok az göndermede bulunmuş. Bizim kendi olgularımıza göndermeyle psikopatolojiyi anlama girişiminde bulunulabilir.

İlk olgumuz tek çocuktu. Dört yaşındayken, yani büyük olasılıkla ödipal duruma girmişken, annesi ölmüştü. Bundan sonra baskıcı babasının bakımına bırakılmış ve dokuz yaşından itibaren ona kin beslemeye başlamıştı, bununla birlikte babasındansa 'sessiz, pasif bir tip' olan amcasına sığınmayı tercih ediyordu. Bundan sonra kendisinden yaş-

lı erkekleri arar oldu, bu da babasının hiç onayladığı bir durum değildi. Annesine bağlı bir adam olan sevgilisinin ona amcasını çok andırdığını itiraf etti, ama hem onun hem de amcasının babasının huylarının tam tersi huyları olduğunda ısrarlıydı.

İkinci hastamızın da babasıyla ilişkisi bozuktu, içkili olduğundaki davranışları yüzünden onu hor görüyordu. Bu pekâlâ da sevgisini aşk nesnesine, onun için açıkça *ideal* babayı temsil eden bir rahibe aktarmasına yol açmış olabilir. İdeal baba olması rahibin yalnızca sevilmesine yol açmakla kalmıyor, güvenle yani herhangi bir cinsel karşılık tehlikesi olmaksızın sevilmesini de sağlıyordu. Bunun büyük olasılıkla doğru olduğu, bir arkadaşının diğer bir rahiple gerçekten cinsel ilişkiye girmiş olduğunu öğrendiğinde kendi fantezi ilişkisinin 'güvenliliğinin' kuşkuya düştüğü gerçeğinde ortaya konuyor gibi. Bu da intihar girişiminin yanında bunun 'rahibin sorununu çözeceği' şeklindeki psikolojik yansıtmayı açıklıyor.

Üçüncü hastamızda belirgin olan affektif unsur ve hipokondriyak özelliklerden daha önce söz edilmişti. Bununla birlikte, altta yatan psikopatolojisi açısından daha çarpıcı bir özellik, görünürde mastürbasyonla ilgili, ama daha büyük olasılıkla latent homoseksüel eğilimleriyle ilişkili güçlü cinsel suçluluk duyguları olabilir. Bu bir aşamada hafif alınma fikirlerinin, örneğin yöredeki insanların evlenmesi gerektiğini söyledikleri yolundaki inancın, geçici olarak ortaya çıkmasına yol açmış olabilir.

Durumu Hart'ın (1921) *kız kurusu deliliği*ne benzetilen beşinci hastamız şimdiye dek ele alınanlardan farklıdır, çünkü daha önce birçok cinsel deneyim yaşamıştı, ayrıca çok daha gençken, kendisinden bir hayli yaşlı bir adamla uzun süren bir ilişkisi olmuştu. Ancak bu ilişki yüzünden,

özellikle baskıcı annesinin paylamalarının da katkısıyla, sürekli kendini suçlu hissediyordu. Üstelik, orta yaşlı, evlenmemiş bir üniversite profesörü olan aşk nesnesi, kanıtlanamasa da, pekâlâ eşcinsel olabilirdi. Gerçekten de birçok erotomanik sendrom olgusunda seçilen aşk nesneleri ayrıntılı incelenmeyi hak eder. Beş numaralı olguya ek olarak, bir numaralı olguda da sözde 'sevgili' evlenmemiş, orta yaşlı bir bekârdı, ki onun da yine, açık değilse bile örtük eşcinsel eğilimleri bulunmuş olabilir, iki numaralı olgudaki rahip gibi diğer özelliklerinin yanı sıra bu eğilimi yüzünden de ulaşılamaz ve böylelikle aşk nesnesi olarak 'güvenli' sayılmış olabilir.

Bu temanın ardından gitmek yerinde olabilir. Bu bağlamda Arieti ve Meth'e (1959) göre erotomanide söz konusu aşk, yadsınan veya başka bir kişiye yansıtılan kendine-âşık olma olabilir, ya da alternatif olarak sanrısal kıskançlık sendromundaki psikojenik düzeneklere benzer, yadsınmış bilinçdışı homoerotik eğilimler yerine sanrısal heteroseksüel bir bağlılığı koyan savunma manevrası olabilir. Freud bu savunma manevrasını şu formülasyonla sunar, 'Onu (*erkek*) sevmiyorum; öbürünü (*kadın*) seviyorum çünkü o *beni* seviyor'. Ancak Reik (1963) Freud'un formülasyonunun erotomanide narsisizmin rolüne yeterli ilgiyi göstermediğini düşünüyor ve bu hastalığın hasta tarafından, önemsizlikten türeyen 'aşağılanma ve horgörünün derinliklerinden' kendini kurtarma girişimi olarak görüyordu.

Gerçekten de bu olgularda narsisizm vardır, hem de bol bol. Sözgelimi, Hamilton Dükü'ne karşı muazzam bir tutku (asla adamla karşılaşmamış olmasına karşın yedi yıl süren ve 84 ciltlik günlüğünün birçok sayfasını dolduran bir tutku) geliştirmiş genç bir Rus kızı olan Marie Bashkirtseff, biyografisini yazan Doris Langley Moore'a göre, bir ergen

için olağan sayılandan daha narsisistikti. Operada bir gösteriyi beğenmediğinden yakınırken, o sırada kendisine hayran olacak kimse bulunmadığı için yazdıklarına şunu ekliyordu, 'Ben saatlerce giyinme odamda aynanın önünde çırılçıplak oturabilirim. Hiç kimse böyle bir beyazlık, incelik ve endam zarafeti görmemiştir' (Moore, 1966).

Balduzzi (1956) hastalarında belirgin narsisistik eğilimler bulunduğundan özellikle söz etmemekle birlikte, kadının sevgi arzusunun akrabalarının ilgisini kaybetmesi sonucunda saplantı boyutuna ulaşmış olduğu sonucuna varmış olabilir. Kadının kendisinden çok daha yaşlı, paranoid bir kıskançlık eğilimi olan sert yapılı kocası baba imgesini yeniden oluşturmuş gibi durmaktadır. Bununla birlikte, ikisi arasındaki ilişki, Balduzzi'nin hastanın psikozunun kocasının kendi hastalıklı düşünce yapısından kaynaklanıp kaynaklanmadığını sorgulamasına yol açmıştı. Dahası, kocası ve babası psikolojik olarak benzer olabilirler, öyle ki, kadın 'olumsuz çocuksu bastırılmış evre'nin etkisindeyken, nörotik güdülenimle saçma bir evliliğe yönelmişti. Evlilik yaşamı boyunca bu nevroz sürekli kendini belli etmiş, sevgilisiyle ilk karşılaştığı anda birdenbire, patlarcasına 'yayılıcı ve pozitif evreye' geçmişti. Aynı zamanda, inancını geçmişte çektiği acıları vurgulayarak ussallaştırıyor ve o ana dek hiç yaşamamış olduğunu söylüyordu. Ancak psikozunda ödipal çatışmasından kaçamamıştı, tersine, sanrılarına sığındıkça, bunu güçlendirme eğilimi gösteriyordu. Bu tür gözlemler bu psikozda ve diğerlerinde çocuksu düşünme biçimlerinin erişkin yaşamda da direndiğini düşündürmektedir. Bu temelde, kolayca tablonun üstüne binebilecek olan sanrısal usavurma daha anlamlı hale gelir.

Tutku psikozunun (*psychose passionelle*) gelişmesi açısından vazgeçilmez olan 'ideo-affektif düğüm' bir yanda doyurulmamış sevgi temeline, diğer yanda ise isyan gereksinimine dayanır. Dahası de Clérambault'nun kendisi erotomaninin birincil kaynağının gerçekte sevgiden çok cinsel *gurur* olduğunu vurgular, 'gurur tutkuya egemen olur, çünkü engellenmiş tutku asla böyle kalıcı sonuçlar yaratamamıştır'. Erotomani gururdan evrilir, önce tutkuya sonra da umuda götürür. Umut tekrar tekrar kırılırsa, kolayca yerini bir kin ve elem evresi alabilir, hangisinin olacağı hastanın kişiliğine ve *affaire de coeur* (aşk macerasının, -çn.) koşullarına bağımlıdır. Bu genellikle hastaların yazdıklarında ve diğer yönlerden hiçbir kışkırtma olmadığı halde, sevgililerine ve onlarla ilişkiye girenlere yaptıkları bilinen saldırılarda kendini gösterir. Bu evreye ulaşıldığında, özgün erotomaniyi tümüyle gölgede bırakabilir, bu da bu duruma kolayca yanlış tanı konmasına ve hekimlerde bu olguların hepsini paranoid veya paranoid şizofreni örnekleri olarak hatalı şekilde sınıflandırma eğiliminin doğmasına yol açabilir.

**Erotomani ve Aşk**

Erotomani temelde sevme değil sevilmeyle ilişkilidir ve bu açıdan kesinlikle halkın romantik veya erotik aşk olarak adlandırdığı insani durumun bir çeşitlemesi değildir. Bununla birlikte iki kavramın bazı ortak özellikleri vardır.

Erotik aşk kuşkusuz etkili bir güçtür, genellikle tutkulu bir yoğunluk taşır, varlığı bireyin davranışlarını etkileyebilir, öyle ki diğer insanlar bu tür bir durumda mantığın işlemediği sonucuna varabilirler. Bu fenomen sık kullanılan birçok terimde ifade bulur, sözgelimi 'körü körüne âşık' 'sırılsıklam âşık' 'aşktan gözleri parlıyor'. Delilik ve ussal-

lığın yakın ilişki içinde olduğu yaygın zihniyette, yoğun erotik aşk bir tür çılgınlık olarak görülebilir. Bu görüş antik çağlarda bile dile getirilmişti, Çiçero 'Bütün duygular içinde aşktan daha şiddetli olanı yoktur' ve 'Aşk deliliktir' der (Rather, 1965).

Dahası, aşkın, özellikle de karşılıksız kalırsa kişinin fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlığı açısından istenmeyen sonuçlar doğurabileceği bilinmektedir. Bu doğrultuda Jerome Gaub 1763'te "DeRegimene Mentis" başlıklı makalesinde şunları yazmıştır:

> Güzel genç kızlar ve yakışıklı genç erkeklerin aşkın pençesinde, sararıp solduklarını ve eriyip gittiklerini ne de sık görürüz, melankolik kıskançlık hastalığı veya erotomani bu gençleri yer bitirir... (Mayer, 1921).

Benzer şekilde, *Dekameron*'da Boccacio (1349-1351) eczacının kızı Lisa'dan söz eder. Kız ata binerken gördüğü Aragon Kralı Pietro'ya çılgınca âşık olmuştur:

> Aşkı arttıkça arttı ve bir melankolik ruh halini diğeri izledi, ta ki kız artık buna daha fazla katlanamayıp hasta düşene kadar, göz göre göre, güneşin altındaki kar gibi günden güne eriyordu.

On sekizinci yüzyıl başında Sir Alexander Crichton (1798) âşık olmanın dinamikleri üzerine fikir yürüttü:

> Bu ani ve romantik hayranlığın hangi ilkeyle açıklanabileceği sorusu ilginç bir sorudur. Âşık olanlar, sevdikleri insanın ahlaki niteliklerine dair bizzat fikir sahibi değildirler, ama yine de sevgileri kişisel cazibe olduğu kadar,

varsayılan bir ahlaki güzellik üzerine de inşa edilmiştir. Doğru açıklaması şu gibi duruyor. Her insan, yaşam boyunca ilişkimiz olmuş olan kişilerin özelliklerinin kalıbını temel alan fizyonomik bilimden belli bir miktar nasip almıştır. Tecrübenin bizi hep aynı kalıba soktuğunu, belli ahlaki özellikler kümesinin belli ahlaki karaktere ait olduğunu sanırız ve bu türden bir muhakeme öyle bir alışkanlık haline gelir ki ilk bakışta diğer insanlarla ilgili olumlu veya olumsuz önyargılar oluştururuz.

Crichton, Shakespeare'in Romeo ve Juliet, Rosalind ve Orlando gibi, en esrik sevgililerini *birdenbire* âşık ederken bu ilkeyi benimsediğini söyler. Fikirleri zamanının çok ilerisindedir ve psikanalitik aktarım kavramı ve etolojik imprinting paradigmasından çok daha erkendir.

Belki de empatik psikolojinin buna uyarlanması, bazı erotomanik hastaların davranışlarını yönlendiren güçlerin ve sevgi nesnesiyle temas kurma girişimlerinde sergilenen inatçılığın biraz daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir.

**Tedavi**

Erotomaninin, özellikle birincil sendromun tedavisinde temel ilkeler şunlardır:

- Hastaneye yatırmak, gerekirse yasal yollardan, zorla
- Antipsikotik ilaçlar
- Uzun süreli destekleyici psikoterapi

Birincil erotomaninin (de Clérambault sendromu) ilk ve en gerekli tedavi şekli, düşük-orta dozlarda antipsikotiklerle ilaç tedavisi ile birlikte danışmanlık ve psikoterapidir. *Pimozidin*'in özellikle birincil erotomanide özgül antieroto-

manik etkisi olduğu bildirilmiştir (Mullen ve Pathe, 1984; Munro ve ark., 1985; Dursun ve ark., 1994).

Psikoterapötik yaklaşım erotomanik takıntıların korunmasına yardım eden bilişsel çarpıtmaların yüzleştirilmesini de içermeli ve hastanın diğer insanlarla daha başarılı ilişkiler kurmak üzere harekete geçmesine yardım edilmelidir. Tedavi süreci genellikle uzun ve sık geri dönüşler ve yavaş ilerlemeyle bezdiricidir, yalnızca hasta düzenli uzun süreli tedavide kalmaya ikna edilebilirse gerçek terapötik kazanımlar elde edilir.

Hastalara genellikle uzun bir dönem boyunca önemli psikoterapötik destek gerektiği için erotik odağın terapiste kayması yolunda ciddi bir tehlike vardır. Bu yüzden, özellikle hasta ve hekim ayrı cinsiyette ise terapötik ilişkinin uygun klinik süpervizyon ortamında gelişmesi şarttır.

İkincil (semptomatik) erotomanide tedavi altta yatan bozukluğu hedeflemelidir, bu da genellikle mani veya şizofrenidir, uygun olduğunda tedavi antipsikotik ajanlar ve erotomanik unsura yöneltilmiş psikoterapötik girişimlerle güçlendirilmelidir. Yazında elektrokonvülsif tedavinin (EKT) ardından, yalnızca ikincil erotomanide değil, ayrıca birincil sendromun semptomlarında da iyileşmenin gözlendiği birkaç olgu bildirilmiştir (Munro ve ark., 1985; Remington ve Jeffries, 1994).

Bazı durumlarda hastayı hastaneye isim kullanmadan veya ruh sağlığı yasalarının verdiği yetkiyle zorla yatırmak gerekli olabilir, çünkü erotomanik hastanın nesneye zarar verme tehlikesi gerçektir. Erotomanik tacizciyi adi suç kavramında ele almak uygun olmayabilir. Bu durumdan bu yöntemle ve belki tutuklamayla kurtulma çabası, bazen durumu daha da alevlendirir ve daha büyük bir kin yaratarak sanrıyı pekiştirir. Ruh sağlığı hekimlerinin

mahkemelerde ve diğer yerlerde erotomanik hastaların ve özelikle erotomanik sanrıların güdümündeki takipçilerin uygun şekilde uzaklaştırılmasıyla ilgili fikir vermelerinin giderek daha sık istendiği zamanımızda bu noktayı özellikle vurgulamak önemlidir. Yukarıda tanımlanan tedavinin etkililiğine ilişkin süregiden tartışmalara karşın, bunun halihazırda hastayı her şeyi kapsayan sanrısal aşırı uğraşısından ve kurbanı da tacizden ve tehlikeli takipten kurtarabilecek tek olası tedavi olduğu vurgulanmalıdır. Mahkemelerin ve toplumsal politika belirleyicilerin 'erotomanik sanrıyı ortadan kaldırma konusunda psikiyatri ve diğer ruh sağlığı disiplinlerine fazla önem verilmemesi gerektiğini ve erotomani olgularının ele alınmasında daha doğru yaklaşımın ceza hukuku ve sivil yasaklar olduğunu öne süren Leong'a (1994) katılmıyoruz.

Hem birincil hem de ikincil erotomaninin tedavisinde psikososyal etmenler de göz önüne alınmalıdır. Toplumsal destek grupları ve özgül hasta ağları soyutlanmışlığın azaltılması ve yeni ilişkiler kurulması için etkili bir destek sağlayabilir, bu da hastaların yaşamlarına egemen olan patolojik ilişkinin gevşemesine yardımcı olur.

## Prognoz

Geleneksel olarak birincil erotomaninin prognozunun kötü olduğu ve herhangi bir tedavi şekline iyi yanıt vermediği, genellikle kronik bir gidiş izlediği düşünülürdü. İkincil erotomaninin prognozu ise altta yatan psikozun tedavisine verilen yanıta bağımlı kabul edilirdi.

Önceleri, yayımlanan bildiriler bu görüşü destekliyordu; sözgelimi Segal (1989) yazını ve kendi deneyimlerini gözden geçirerek erotomanik sanrıların ender örnekler dışında tedaviye dirençli olduklarını saptamıştı. Gillet ve

ark. (1990) altta yatan şizofrenisi olan dört olguda yanıtı kötü buldular, altta yatan manisi bulunan bir olguda da şaşırtıcı derecede kötü bir yanıt aldılar –hem mani hem de erotomanik sanrılar tedaviye yanıtsızdı. Leong (1994) da tedaviye yanıtın kötülüğü üzerinde durdu ve bu da onu bu özel durumun tedavisinde psikiyatrinin değerinden kuşkulanmaya yöneltti.

Bununla birlikte, yakın tarihli bildiriler daha iyimser bir görüşü benimser gibi durmaktadır. Retterstol ve Opjordsmoen (1991) iki olguda iyi, bir olguda idare eder ve üç diğer olguda kötü veya belirsiz yanıt bildirdiler. Munro ve ark. (1985) ısrarla antipsikotik bir ilaç olan *pimozid*in de Clérambault sendromu da dahil olmak üzere, genelde sanrısal bozuklukların tedavisinde etkili olduğu üzerinde durdular. Stein (1986) da bu durumda antipsikotik ilaçların kullanımını destekledi.

Mullen ve Pathe (1994) açıkça geçmişte erotomaniyle ilişkili terapötik kötümserliğin yanlış yönlendirilmiş olduğu üzerinde durdular. Onların deneyimlerine göre, düşük doz nöroleptikler ve destekleyici psikoterapi kombinasyonuyla beş saf erotomani hastasından dördü tam iyileşir veya semptomlarında anlamlı düzelme gözlenir. Tedavinin uzun bir süre bırakılmaması gereği üzerinde de durdular. Yazarlar ayrıca ikincil veya semptomatik erotomanideki yanıtın altta yatan psikozun doğasını veya şiddetini yansıttığını da belirtiyorlardı. Sözgelimi, manik hastalığa ikincil üç olgu tam iyileşirken, şizofren hastalarda erotomanik sanrılar daha sönük ve daha az uğraştırıcı olmakla birlikte, direnme eğilimindeydi.

Demek ki, erotomanik sendromların tedavisiyle ilişkili genel terapötik kötümserliğin yersiz olduğu sonucuna varılabilir. Ne yazık ki, klinik uygulamada, anlamlı herhangi

bir tedavi denemesine başlamadan önce kötümserlik varsa, bu kendini gerçekleyen bir kehanet halini alır. Ancak hava yavaş yavaş değişmekte, yeni araştırmalar ışığında terapötik kötümserlik yerini bir miktar terapötik iyimserliğe bırakmaktadır. Biz de, bir yandan erotomaninin tipolojisini daha sağlam ortaya koymak üzere tasarlanmış, açık terapötik sonuçları olacak uzun süreli izleme çalışmaları gerektiğine katılırken, bir yandan da bakış açısındaki bu olumlu kaymayı desteklemek istiyoruz.

**Adli Yönler**

Son yıllarda, özellikle kurban ünlü biri olduğunda, basında geniş yer alan şiddet eylemleriyle ilişkisi ve tehlikelilikle olası özgül bağlantısı yüzünden erotomani kamuoyunda yaygın ilgi uyandırdı ve bu konuya olan psikiyatrik ilgi de yenilendi. 1848'de Morison şunları yazmıştı: 'Erotomani bazen buna tutulanların kendilerini veya başka insanları mahvetmelerine yol açabilir, çünkü genellikle sakin ve saygılı olan hasta bazen sinirli, tutkulu ve kıskanç bir hal alır'. De Clérambault (1942) erotomaninin gurur, aşk ve umutla başlamakla birlikte kolayca kin ve öfkeye yozlaştığına inanıyordu.

Takipçinin ilgisinin üzerinde yoğunlaştığı nesneyle rahatsız edici ve istenmeyen bağlantılar oluşturmak veya diğer bir tarzda iletişim kurmak üzere tekrarlayıcı girişimler olarak tanımlanabilecek bir durum olan takip tacizi erotomanik sendromların potansiyel davranışsal sonuçlarından biridir. Ancak çalışmalarda takipçilerin yalnızca % 10'unda erotomani bulunduğu da kaydedilmelidir (Melroy, 1994; Davis ve Chipman, 1997).

Erotomanik suç işlemiş hastalardan oluşan küçük bir örneklem üzerine bazı çalışmalar yayımlandı (Taylor ve

ark. 1983; Noone ve Cockhill, 1987; Leong, 1994). Medeni hukuku ilgilendiren durumların aksine, adli bir ortamda bildirilen hastaların çoğu erkektir ve nesne büyük olasılıkla kadındır. Bu genelde vahşi suçlar işleyenlerin baskın olarak erkek olmaları örüntüsüyle tutarlıdır. Tanısal açıdan bu tür örneklemlerdeki hastaların çoğunda şizofreni (ikincil sendrom) veya sanrısal bozukluk (birincil erotomani) olduğu bildirilir.

Tek başına erotomanik sanrıların varlığının hastanın diğer insanlar açısından oluşturduğu riskte mutlaka bir artışa yol açıp açmadığı konusu açık değildir. Menzies (1995) bir öngörü çalışması yürüttü ve tehlikeli hastaları tehlikeli olmayanlardan ayıran iki değişkene işaret etti: erotomanik bağlılık dışında bir antisosyal davranış öyküsü ve çoğul nesnelere bağlılık geliştirilmesi. Leong (1994) kendi örnekleminde geçmişte hiç vahşi saldırı öyküsü olmayan olgular bildirdi, büyük olasılıkla erotomanik sanrıların bir dereceye kadar içsel tehlikelilikle ilişkili olduklarını düşündürüyordu. Taylor ve ark. (1983) de Clérambault sendromunun ayrı bir klinik bozukluk olarak ele alınması gerektiğini destekledi. Bu yaklaşımın getirdiği önemli üstünlüklerin, en başta geleni, davranışı öngörebilmektir. Ne var ki bu görüş, 'tehlikelilik yelpazesi'nden söz eden Bowden (1990) tarafından paylaşılmaz, ona göre bu durumun gerçekte tehlikeli olma derecesi 'görüntü'den pek fazla değildir.

Şiddete maruz kalan olgularda kurbanın ille de aşk nesnesi olması gerekmez. Melroy (1994) şiddetin hedefinin özne tarafından nesneye ulaşılmasını engelleyen taraf şeklinde algılanan üçüncü kişi olduğu fenomeni tanımlamak için üçgenleşme (*triangulation*) terimini ortaya attı (ancak bu terim baskın olarak daha geniş kategorideki takipçiler

içindir). Bu yazar ayrıca bu özel sürecin psikodinamiklerini de ayrıntılı biçimde tartışır.

Leong'un (1994) çalışmasında beş olgudan ikisinde kurbanlar (ve nesneler) sağlık çalışanlarıydı. Leong sağlık çalışanlarının erotomanik bağlantıların nesnesi olmak açısından özel risk altında olabileceklerini ortaya atmıştır. Psikoterapistlerin de aktarım süreçleri yüzünden daha da büyük risk altında olduklarını söylemiştir. Bu noktada Pathe ve Mullen (1993) 'Hippokrat laneti'nden söz etmiştirler.

# Kaynaklar


Anderson, C.A., Camp, J. and Filley, CM. (1998) *J Neuropsychiat* 10/3, 330.

Arieti, S. and Meth, M. (eds) (1959) *American I landbook of Psychiatry*, Vol.1.Basic Books, New York.

Balduzzi, E. (1956) *Riv Sper Freniat*, 80, 407.

Baruk, H. (1959) In: *Tratie de Psychiatre*, Vol.1. Masson, Paris. See also Hirsch, S.R. and Shepherd, M. (eds) (1974) *Themes and Variations in European Psychiatry*, Wright, Bristol.

Bianchi, L. (1906) *A Textbook of Psychiatry*. Trans. J.H. MacDonald. Bailliere. Tindall and Cox, London.

Boast N. and Coid, J. (1994) *Br J Psychiatry*, 164, 842.

Boccacio, G. (1349-1351) *The Decameron, The Tenth Day, Seventh Tale*. Trans. R. Aldington (1958), Vol.2., Elek, London.

Bowden, R (1990) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry* (eds R. Bluglass and R Bowden). Churchill Livingstone, London.

Carter, S.M. (1995) *Clinical Gerontol*, 15/3,45.

Clerambaule, C.G. dc (1942) *Les Psychoses Passionelles*. Oeuvre Psychiatrique, Paris, Presses Universitares.

Clouston, T.S. (1887) *Clinical Lectures on Mental Diseases*, 2nd edn. Churchill, London.

Crichton, A. (1798) *An Enquiry into the Nature and Origen of Mental Derangement*, Vol.2, Cadell and Davies, p.3]2.

Davis, J.A. and Chipman, M.A. (1997) *J Clin Foren Med*,4 66.

Drevets, W.C. (1987) *Br J Psychiat*, 151,40().

Dunlop, J.L. (1988) *Br J Psychiat*, 153,83().

Durson, S.M., Mathew, V.M. and Reveley, M.A. (1994) *J Psychopharmacol*, /3,185.

Ellis, P and Mellsop, G. (1985) *Br J Psychiat*, 146,90.

Garland, M. and McGennis, A. (1998) *Irish J Psychol Med*, 15/1,22.

Gillet, T., Eminson, S.R. and Hassanyeh, F. (1990) *Acta Psychiatr Scand*. 82/1,65.

Hart, B. (1921) *The Psychology of Insanity*. Cambridge University Press, Cambridge.
Hunter, R. and Macalpine, 1. (1963) *Three Hundred Years of Psychiatry*. Oxford
University Press, London.
John, S. and Ovsiew, E (1996) *J Intellect Disabil Res*, 40/3,279.
Kraepelin, E. (1921) *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Trans. M. Barclay, (ed. E. Robertson). Livingstone, Edinburgh.
Leong, G.B. (1994) *J Foren Sci* 39/2,378.
Macpherson, J. (1889) *An Introduction to the Study of Insanity*. Macmillan, London.
Magner, M.B. (1992) *South Afr Med J*, 81,167.
Mann, J. and Foreman, D.M. (1996) *J Intellect Disabil Res*, 40/3,275.
Mannion, L. and Carney, P.A. (1996) *Euro Psychiat*,1/7,378.
Mayer.W. Q921) *Zeitschr Ges Neurolund Psychiat*,71,187.
Melroy, J.R. (1994) *J Foren Sci*, 44/2,421.
Menzies (1995) *Br J Psychiat*, 165,529.
Michael, A., Zolese, G. and Dinan, T.G. ( 1996) *Psychopathology*, 29/3, 181.
Moore, D.L. (1966) *Marie and the Duke of H. Cassell*, London.
Morison, A. (1848) *Outlines of Lectures on the Nature, Causes and Treatment of*
*Insanity*. Longman, London.
Mullen, P.E. and Pathe, M. (1984) *Br J Psychiat*, 146,90.
Munro, A., O'Brien, J.V and Ross, D. (1985) *Can J Psychiat*, 30,619.
Noone, J.A. and Cockhill, L (1987) *Am J Psychiat*, 8,23.
Opjordsmaen, S. and Retterstol, N. (1991) *Acta Psychiatr Scand*, 84/3, 250.
Pathe, M. and Mullen, PE. (1993) *Med J Austral*, 159/9,632.
Pearce, A. (1972) *Br J Psychiat*.121, 116.
Peterson G.A. and Davis, D.L. (1985) *J Clin Psychiat*, 46,448.
Rather L.J. (1965) *Mind and Body in Eighteenth Century Medicine*. The Wellcome
Historical Medical Library, London.
Reik T. (1963 *The Need to be Loved*. Farrer, Straus, New York.
Remilagton, G 1. (1997) *J Clin Psychiat*, 58/9,406.
Remington G.J. and Jeffries, J.J. (1994) *J Clin Psychiat*, 55,3()6.
Segal. J.H. (1989) *Am J Psychiat*, 146,1261.
Signer S.E and Cummings, J.L. (1987) *Br J Psychiat*, 151,404.
Sims A. and White, A. (1973) *Br J Psychiat*, 123,635.
Stein, M. (1986) *Can J Psychiat*, 31/3,289.

Strip, Lecomte, T. and Debruille, J.B. (1996) *Austral NZ J Psychiat*, 3()/2,-799.
Taylor, R, Mahendra, B. and Gunn, J. (1983) *Psychol Med*, 13,645.
Urbach, J.R., Khalily, C. and Mitchell, RR (1992) *J Adolesc*, 15,231.
Wijeratne, C, Hickie,1. and Schwartz, R. (1997) *Austral NZ J Psychiat*, 31,765.
Winslow, E (1863) *Obscure Diseases of the Brain and mind*, 3rd edn. Davies, London.
Wright, S., Young, A.W. and Hellawell, D.J. (1993) *J Neurol Neurosur Psychiat*, 56/3,322.
Zilboog, G. (1941) *A History of Medical Psychology*. Norton, London and New York.

# III

## OTELLO SENDROMU

# Otello Sendromu

*Kıskanç ruhlar*
*Bir nedenden ötürü kıskanç değil,*
*Kıskanç olduklarından kıskançtırlar sadece;*
*bir canavardır bu*
*Kendi kendine var olan, kendini doğuran*
William Shakespeare, *Otello* (III. perde, III. sahne)

Otello sendromuna adını verdiren semptom, eş tarafından aldatılıyor olma sanrısıdır. Aldatılma sanrısı saf biçiminde görülebileceği gibi, zaten yerleşmiş olan bir psikoz zemininde de ortaya çıkabilir. Bu ikinci durumda Otello sendromu teriminin uygun olup olmadığına ilişkin kuşkular olmakla birlikte, sanrı merkezi, sürekli ve semptomatolojiye egemense terimin kullanımı haklı olabilir. Ancak sanrı diğer bir psikotik sürecin tutarsız, önemsiz bir özelliğinden ibaretse, bu terim uygun değildir.

- Bu durum için önerilen diğer isimler arasında cinsel kıskançlık (Kraepelin, 1910), erotik kıskançlık sendromu (Langfeldt, 1961; 1962) hastalıklı kıskançlık (Ey, 1950; Shepherd, 1961; Mowat, 1966) ve (belki de en uygunu) psikotik kıskançlık, paranoid kıskançlık veya sanrısal kıskançlık sayılabilir.
- Saf biçiminde ortaya çıktığında paranoyanın özel bir çeşidi olarak ele alınabilip özellikle İkinci Bölüm'de tanım-

lanan de Clérambault sendromuna benzer Kraepelin'in 'gerçek paranoya'sı veya monosemptomatik sanrısal durumları (Kraepelin, 1910; 1921; Riding ve Munro, 1975; Kenyon, 1976).

## Tarihçe

Edebiyat, hastalıklı kıskançlık betimlemeleriyle doludur. Roma mitolojisinde Fırtına Tanrıçası Juno yoğun kıskançlığıyla tanınıyordu ve sürekli kocası Jüpiter'in başının etini yiyordu. 2000 yıl önce Euripides, Medea'nın öyküsünü anlatmıştır. Medea, Creusa uğruna İason tarafından reddedilince kıskançlık dolu bir hiddetle rakibini öldürmüş, daha sonra İason'ın çocuklarını da öldürerek ondan intikamını almıştı.

Bir Yunan söylencesi, Jean Giraudoux'nun (1938) yazdığı modern oyun *Amphitryon 38*'in temelini oluşturur. Jüpiter fani Amphitryon'un sadık karısı Alkemene'ye âşık olur ve karşılığında bir fani olarak sevilme özlemi duyar. Tanrı Merkür'e bunun olanaklı olup olmadığı yolundaki kuşkularını ifade eder. Şöyle der: 'Kendine mi sadık yoksa kocasına mı sadık... Biliyorsun, Merkür sadık kadınların çoğu ... haricinde kocalarına her yönden sadakatsizdirler. Bu erdemli kadınlarla farklı olan, onları baştan çıkarmak değildir, kimsenin ruhu duymadan baştan çıkarılabileceklerine ikna etmektir.'

Jüpiter, bu amaçla Amphitryon kılığına girer ve Merkür'le birlikte dünyaya iner. Merkür bir savaş ayarlar, böylece Amphitryon silah başına çağrılır, bu da Jüpiter'in Alkmene'nin yaşadığı yere girmesine fırsat verir. Alkmene bu kılık değiştirmeyi fark edebildiğini öne sürse de, Jüpiter görünürdeki başarısı konusunda çelişkiye düşer, bir yandan zafer kazanmış hissederken diğer yandan hoşnut-

suzdur, şöyle der 'Ben ne istiyorum? Her erkeğin istediğini! Bin tane çelişkili arzu! Alkmene'nin kocasına sadık kalmasını ama aynı zamanda kendini bana vermesini. Okşamalarıma kendini bırakmamasını ama aynı zamanda gözümün önünde tutku ateşiyle yanmasını. Bu entrikadan hiç haberi olmamasını ama yine de olanca kudretiyle buna katılmasını.'

Seidenberg (1952) de, diğer bir modern oyunda, Franz Molnar'ın (1924) yazdığı *Bekçi*'de (*The Guardsman*) eşi sınama gereksinimine yol açan bu ikideğerlilik ve kuşku unsuruna işaret eder. Geçmişte rasgele cinsel ilişkilere girmiş, yeni evli yaşlıca bir aktör, gerçek aşkını bulduğuna inanarak, kendini karısının sadakatini sınamak zorunda hisseder, ancak sadakatsizliği kanıtlanırsa buna katlanamayacağının da farkındadır. 'Şimdiye kadar asla gerçekten âşık olmamıştım' der, 'bu seferki, içimin en derinindeki hissetme gücünü tüketen son, en büyük aşk'. Bekçi kılığına girer ve kadına yaklaşmakta kısmen başarılı olur. Ama kim olduğunu açığa vurduğunda karısı onun gerçek kimliğinden asla kuşkuya düşmediğinde ısrar eder. Bununla birlikte, ne kocası ne de seyirciler buna ikna olurlar.

Kıskançlık sanrısının ortaya çıktığı karakteristik durum, en ünlü yazarların en büyük eserlerinin bazılarının temelini oluşturan 'ebedi üçgen'dir. On dördüncü yüzyılda Boccaccio *Dekameron*'da bir tacir olan Bernarbo'nun öyküsünü anlatır. Bernarbo ilk başta karısının onu aldatmış olması olasılığına bile şiddetle karşı çıkarken, sonraları kandırılarak aldatılmış olduğuna inanır. Bu konuda onu sürekli alaya alan Ambroginolo kendi başlarına sonuca vardırıcı olmasalar da, Bernarbo tarafından eşinin sadakatsizliğinin kanıtı olarak kabul edilen gerçeklerden bahseder. Shakespeare, *Otello*'da sendroma klasik bir örnek

tanımlar. Otello genellikle hatalı biçimde, İago tarafından kandırılmış haşmetli bir karakter olarak resmedilir. Ne var ki gerçekte İago yalnızca Otello'nun kişiliğine kazınmış olan kıskançlık ateşini körüklemiştir, o kadar. Kıskanabildiğini fark ettikten sonra Otello'nun delirdiği de ileri sürülmüştür (Tynan, 1965). Gerçek şu ki, kıskançlık ondaki psikozun merkezî semptomuydu ve karısını öldürmesi de dahil, davranışlarının kaynağı doğrudan bu semptomdu. Bu kıskançlık tepkisinin belirgin ve aşikâr bir hal almasından çok daha önce bu kıskançlığın ilk işaretleri vardır. Sözgelimi Otello III. perdede nispeten önemsiz bazı konularda İago tarafından sorgulandığında hiddetle patlar, öyle ki İago bile bu tepkinin boyutu karşısında şaşırır ve şöyle bir gözlem yapar: 'Aman Tanrım, kıskançlıktan sakınmalı; bu kendini besleyen eli ısıran yeşil gözlü bir canavar.'

Shakespeare, *Bir Kış Masalı*'nda (*A Winter's Tale*) bir kez daha psikotik kıskançlığı tanımlar. Burada da karşımıza ilk başta Boccaccio'nun Bernarbo'sunu andıran bir adam çıkar. O da karısının sadakatine inanır ve gerçekten de karısıyla yıllarca mutlu mesut yaşar. Kıskançlığı, tetikleyici koşullar olmaksızın oldukça ani ve açıklanamaz biçimde patlar. Aslında, dostunun karısıyla da dost olmasını yüreklendiren kendisidir.

Tolstoy'un *Kroyçer Sonat*'ındaki psikotik kıskançlık düzeneği tanımlaması Shakespeare'inkinden daha kabadır ve dişi cinse karşı takındığı, eskisinin tam zıddı olan yeni tutumdan açıkça etkilenmiştir. Yine de bu, kıskançlığın Bozneyçev'in karısını öldürmesine yol açan doyurulamaz, tüketici bir hiddete nasıl ilerlediğini anlatan yararlı bir tanımlamadır. Bozneyçev gençliğinde rasgele cinsellikler yaşamıştır, ama karısının bakire çıkmasını beklemektedir. Evliliğinin başlarında, zihninde kadının sadakatiyle ilgili

uyanan kuşkular sık sık kavga etmelerine yol açmaktadır. Bu konuda kendini daha iyi hissetmeye başladıktan sonra karısıyla ilişkisinin yüzeyde düzelmesi anlamlıdır. Cinsel olarak uyarıcı bulduğu için her türlü keyiften ve tüm dünyevi zevklerden vazgeçer. Karısını muayene eden doktorlardan bile kuşkulanmaktadır. Kıskançlığı özellikle karısının müzik öğretmeni üzerine odaklanmıştır, oysa adam hiç çekici değildir. Beethoven'ın *Kroyçer Sonat*'ının ilk presto ölçüsünün karısı için cinsel olarak özellikle uyarıcı olduğuna inanmaktadır ve bu müzik aklından bir türlü çıkmaz. Beklenmedik bir anda eve döndüğünde karısını müzisyenle birlikte bulur ve tüm fantezileri ve kuşkularının bu şekilde doğrulandığına inanır. Öfkesi sınırsızdır ve birlikte olmaları için herhangi mantıklı bir açıklamayı reddederek karısını öldürür.

- Psikiyatri yazınında ve standart psikiyatri başvuru kitaplarında hastalıklı kıskançlığa dair örnekler boldur.
- On dokuzuncu yüzyıl başına kadar bu durum hemen her zaman alkolle ilişkili kabul ediliyordu. Daha sonra Von KraftEbing (1903) ve Kretschmer (1942) hem işlevsel hem de organik diğer akıl hastalıklarında da paranoid tipte cinsel kıskançlık ortaya çıkabileceğini öne sürdüler.
- Daha yakın zamanlarda psikotik kıskançlık üzerine birçok ayrıntılı örnek verildi (Jasper, 1910; Langfeldt, 1951; Mooney, 1965; Mullen, 1990).

## Olgu Sunumları

Aşağıda Otello sendromunun başlıca özelliklerini ortaya koymak üzere üç olgu tanımlanacaktır.

### Olgu 1

1963 yılında 50 yaşında bir adam aile hekimi tarafından, karısını sadakatsizlikle suçladığı için gönderilmişti. 1956-57'de benzer bir epizot geçirmişti. O sırada birkaç ay boyunca kuşkucu davranmış ama sonra birdenbire karısının onu aldattığına dair gerçek sistematize bir sanrı geliştirmişti. Sekiz yıl sonra bu epizodu ayrıntısıyla anlatabiliyordu. Karısının Halk Eğitim Merkezi'nin düzenlediği günlük bir geziye tek başına katıldığını söyledi. Döndüğünde barmen ona karısının davranışlarıyla ilgili imalı laflar etmişti; o an yöre kasabı içeri girmiş ve hasta içgüdüsel olarak karısıyla ilişkisi olan adamın o olduğunu 'anlamıştı'. Bu inanç zihninde iyice odaklanmış ve adam 'paramparça' olmuştu, ajiteydi ve işini sürdüremiyordu. Karısının belli zamanlarda sözde aşkıyla buluştuğunu 'bildiğine' inanıyordu. Ufacık ipuçları, örneğin karısının giyinme tarzında, davranışlarında ve tutumundaki değişiklikler, ilişkinin kesin kanıtı olarak yorumlanıyordu. Kemoterapi ve ayaktan psikoterapi ile tedaviye iyi yanıt vermişti; ajitasyonu geçti ve 18 ay içinde ilişkinin bittiğine inanmaya başladı.

Sanrı 1963'te birdenbire yeniden ortaya çıktı, ilk başta karısının çok daha genç bir adam olan kendi yeğeniyle ilişkisi olduğuna dair belli belirsiz kuşkuları vardı, bu daha sonra gerçek bir sanrıya dönüştü. Karısının gizlediği,bir etek bulduğunu iddia ediyordu, üzerinde 'yeğeniyle yaptığı kötü davranışı kanıtlayan meni lekeleri olduğunu öne sürüyordu. Bu inancını doğrulayan hiçbir kanıt bulunmamakla birlikte, sanrısı sürüyordu. Birçok küçük ipucunu karısının 'âşığıyla' buluştuğunun 'kanıtları' olarak yanlış yorumluyordu. Ev için yeni bir şeyler aldığında, bunu sevgilisinin verdiği parayla yapabildiğini söylüyordu. Daha sonra kadın evin idaresi için ondan daha fazla para istediğinde, o sırada yeğeninin işsiz olduğunu da bildiğinden, şimdi de kadının ona para verdiğine inanıyordu.

Bir komşunun Noel hediyesi olarak verdiği iç çamaşırlarının dolaylı olarak âşığından geldiğine inanıyordu. Yine, kadının çarşafları onun haberi olmadan çamaşırhaneye gönderdiğine, çünkü 'işlediği haltları örtmek istediğine' inanıyordu.

Bütün bu zaman içinde fiziksel olarak hastaydı ve evden hiç çıkamamıştı. Kor pulmonalesi olduğu halde, asla organik konfüzyon işaret göstermemişti, diğer herhangi bir sanrı veya varsanıya ilişkin hiçbir kanıt ya da başka bir psikozun varlığını düşündürecek hiçbir belirti yoktu. Aslında son derece hoş, dost canlısı bir adamdı ve aldığı yardımı çok takdir ediyordu.

Karısı ona çok iyi bakıyordu, ama artık duruma katlanamaz olduğunda adam hastaneye yatırılmıştı. 1963'ten beri üç kez daha yatışı oldu ve her seferinde hastanede ilaçla düzeliyordu. Genellikle kısa bir süre sonra kendisi ve karısı taburcu edilmesini istiyorlardı.

Bu saf biçiminde ortaya çıkan bir sanrısal kıskançlık olgusu 'gerçek paranoya'dır. Kadının kendi kız kardeşinin, yine karısının sadakatsiz olduğu sanrısına tutulmuş olan kocası tarafından öldürülmüş olması da ironiktir.

**Olgu 2**

Bir İngiliz subayıyla evli genç bir Fransız kadını kocasını kıskandığı ve özellikle de onu seksi kadınların pornografik resimlerine bakarak cinsel doyum sağlamakla suçladığı için gönderilmişti. Adamı saatlerce sorguya çekiyor, onu gerçek duygularını itiraf etmeye zorluyordu. Kocasının kesin olmayan yanıtları durumu daha da bozuyordu. Bazen yanitları kadını tatmin ediyor, ama sonra yine aynı konuya dönüyordu.

Hatta adama fiziksel olarak saldırmıştı. Bu epizotlar genellikle koca görevi gereği birkaç günlüğüne uzaklaşmak zorunda olduğunda ortaya çıkıyordu. Akut ataklar sırasında kocasının sadakatsizliğiyle ilgili tam bir sanrısal durumda oluyordu. Ancak iki atak arasında suçlamalarının geçerliliğine ilişkin kuşkuları oluyordu. Herhangi bir psikotik hastalığa ait başka hiçbir işaret yoktu.

Periyodik olarak depresyon epizotları geçiriyordu, bunlar ilaçlara yanıt veriyordu. İki buçuk yıllık psikoterapi sırasında

kız kardeşi ve annesine yönelik bir hayli fazla saldırganlık dile getirdi, onlara karşı belirgin bir ikideğerlilik sergiliyordu. Tavırlarını ve duygularını değiştirebildi ve kıskançlığını çok daha iyi denetim altına alabildi, kıskançlık atakları çok daha seyrek ve daha az yoğun hale geldi. Tedavinin gidişi sırasında kendisinin bu pornografik resimlerden cinsel olarak uyarıldığını kavradı, böylece kendi homoerotik eğilimlerini açığa vurmuş oluyordu.

**Olgu 3**

Yirmi sekiz yaşında bir tesisatçı, genç karısının onu ayrılmakla tehdit etmesine yol açan bir geçimsizlik yüzünden gönderildi. Hastalığı bebekleri on üç aylık olduğunda ansızın başlamıştı. Parasal durumları gerekli kıldığı halde, karısının çalışmasını onaylamıyordu. Bebek planlanandan epey önce gelmiş ve yaşadıkları zorluklar artırmıştı. Karısını açıkça sadakatsizlikle ve işyerindeki erkeklerle işi pişirmekle suçluyordu. Akşam eve beş dakika geç dönse, bunu kadının vaktini diğer erkeklerle geçirdiğinin 'kanıtı' olarak yorumluyordu. Saatlerce, bazen gecenin geç saatlerine kadar karısını sorguya çekiyordu. İddiasını kanıtlayacak ipucu bulmak üzere kadının giysilerini yokluyordu. Bu da sık sık şiddetli kavgalara yol açıyordu.

Gerçek cinsel sorunları durumu daha da kötüleştirmişti. Genç kadın hep frijit idi ve evliliğin çok başlarında doğum yapınca yeniden gebe kalmaktan korkar olmuştu. Bu sırada, onun yaşadığı güçlükler ve libido yokluğu için büyük olasılıkla kendini suçlamaya başlamış olan kocasına bu duygularını açık etmişti. Daha sonra adam bunun nedeninin cinsel doyumu başka yerde bulması olduğuna inanmıştı. Aşırı sinirli, huysuz olmuş ve artık kendisine yük gibi gelmeye başlayan işine yoğunlaşamaz hale gelmişti. Sabah erken uyanma ile diürnal değişkenlik gösteren ve suçluluk duygularının eşlik ettiği bir depresyona girmişti.

Daima utangaç, duyarlı, katı ve saplantılı bir kişiliği olmuştu. Kendisinin aksine, karısının lise eğitimi almış olması ve belirgin olarak kendisinden daha zeki olduğu gerçeği hiç aklından çıkmıyordu. Ayaktan psikoterapi ve antidepresan

ilaçlara iyi yanıt verdi. Daha sonraları, küçük kızıyla yaşadığı zorluklar depresif semptomlarını alevlendirdi, ancak Otello sanrılarında nüks olmadı.

Bu, biyolojik özelliklerle giden, altta yatan depresif hastalıkla ortaya çıkan Otello sendromuna bir örnektir.

## Epidemiyoloji

Psikiyatri başvuru kitaplarında bu sendromdan pek az bahsedilmesi, nadir olduğu izlenimini yaratır, oysa ki gerçekte klinik uygulamada hiç de seyrek değildir ve genellikle yalnızca hastaların kendilerinde değil, akrabalarında da karşılaşılır.

Soyka ve ark. (1990) 1981 ile 1985 arasında Münih Üniversite Hastanesi'ne yatırılan 8134 hastadan oluşan büyük bir seriyi incelediklerinde aldatılma sanrıları olan 93 hasta saptadılar, bu bütün yatışların % 1,1'iydi.

## Klinik Özellikler

Tek başına ya da diğer bir psikotik bozukluğun bir semptomu olarak ortaya çıkabilen bu durum izleyen klinik özellikleri sergiler:

- Çekirdek özellik cinsel eşin sadakatsiz olduğu sanrısıdır. Cinsel bileşenin önemi, sanrının doğasında ve daima cinsel eşe odaklanmış olmasında belirginleşir.
- Eşlik eden özellikler arasında saldırganlığın yanı sıra, aşırı sinirlilik ve moral bozukluğu bulunur.
- Her iki cinsiyet de tutulabilir, bununla birlikte klinik uygulamada kadınlara kıyasla erkeklerle daha sık karşılaşılır.

- Öncesinde hafif kıskançlık nöbetleri olsa da, genellikle 40'lı yaşlarda, herhangi bir akıl hastalığı öyküsü olmaksızın ortaya çıkar.
- Başlangıç görünürde anidir, ancak daha yakından incelendiğinde sıklıkla birkaç aydır giderek artan kuşkuculuk öyküsü alınır.
- Sanrıyı doğrulamak için en ufak ipuçları kullanılır. Hasta eşini sınamak ve 'iş üstünde' yakalamak için büyük çaba harcar; gerçekten de kontrol kıskançlığın ayırt ettirici işaretidir, kontrol, yeniden kontrol, sağlama kontrolü ve daima kontrol.
- Psikotik kıskançlık, çoğu psikiyatrik hastalığın ille şiddete yol açması gerekmediği yolundaki kuralın istisnasıdır. Eşe yönelik yüksek bir şiddet riski vardır.

Kontrol davranışı klinik tabloya tümden egemen olacak kadar yoğun olabilir. Bir koca, portmantodaki paltoların dizilişini ezberliyor, günün sonunda evine döndüğünde de yerleri değişmiş mi diye kontrol ediyordu. Düzendeki herhangi bir değişiklik o yokken karısıyla onu aldatmak amacıyla evine 'biri'nin girdiğinin kanıtı sayılıyordu. Başka bir adam karısının satın aldığı malzemenin barkodlarını kontrol ediyordu, böylece karısının gittiğini iddia ettiği süpermarkete gidip gitmediğini denetliyordu. Hastaların birçoğu meni lekeleri için eşlerinin giysilerini, gayri meşru aşkın işaretlerini bulmak üzere çarşafları kontrol eder, ipucu olacak saçlar için elbiseleri inceden inceye denetler, cepleri arar, sürekli gözler ve izler. Hastalar genellikle belli olayların nasıl olup da inançlarını doğruladığına dair açıklamalarda bulunurlar, yine de sıkı sorgulamada bu savlarını destekleyemezler. Hayali âşığın genellikle tanımlanamaması ve ona ait en basit ayrıntıların (örneğin isim,

adres, görünüm) bile verilememesi çarpıcıdır. O genellikle hayatın uzağında, gölge gibi bir figür olarak kalır. Ancak nadiren rakip olarak biri tanınır, işte o zaman o kişi risk altında sayılabilir.

Hastanın kendi sözde kanıtları genellikle çelişkilidir ve birbirini tutmaz, ama ne bu ne de elle tutulur kanıtların yokluğu daha yoğun araştırmalara girişmesine engel olmaz. Eşten bir itiraf kopartma çabasıyla saatlerce onu sorgular. Hasta geçici olarak aldığı yanıtlardan ve açıklamalardan tatmin olsa bile, daha sonra aynı sorgulama temasına döner ve kuşkulanılan eş o anki ve geçmişteki davranışlarının her ayrıntısı üzerine sürekli bir engizisyona tâbi tutulur. Bunun sonucunda, çatışma ve kavgalar giderek artar, bazen şiddete başvurulur. Kıskançlığı dindirecek bir itiraf için durmaksızın baskı yapılır; ama itiraf yapılsa bile, en iyisinden yalnızca geçici bir rahatlama sağlar ve genellikle de patlarcasına ve şiddet potansiyeli taşıyan bir tepki doğurur, ardından da daha fazla suçlama gelir. Geçmişte itirafta bulunmuş bir hasta evlilik yaşamının geri kalanında bir an bile huzur bulamamış ve kendisi de akıl hastalığına sürüklenmişti.

Paradoks biçimde, hasta genellikle tartışmasız kanıtlar aramak yerine bunlardan kaçınır. Sözgelimi karısının belli bir zamanda, belli bir yerde hayali bir âşıkla ilişkisi olduğunu söyleyebilir, ancak kesin kanıtlar bulmaya kalkışmaz. Sorulduğunda genellikle kaçamaktır ve karısının onu aldattığını düşündüren başka bir durumu anlatmaya girişir. Hastalıklı kıskançlık genelde çelişkili davranışlar ve duygular doğurur. Kıskanç arzu, sözde sadakatsizliği açığa vurmak ve cezalandırmaktır, ama aynı zamanda ilişkiyi korumak veya onarmak da istenir. Kıskanç kişi, kuşkucu suçlamalarında haklı çıkmak ister ama aynı zamanda

sevgilisinin sadık olduğu yolunda güvence arar. Arzusu incitmektir, ama aynı zamanda sevmek ve sevilmek de ister. Kayıptan korkar, ama kaçınılmaz olarak bu durumu ayrılık ve boşanmaya götüren bir eylemler zinciri izler. Genellikle sanrıya aşırı cinsel heves ve artmış cinsel etkinlik eşlik eder.

Bu genellikle eşte iğrenme yaratır, bu da başka yerde doyum bulduğunun kanıtı olarak yorumlanır.

Sanrısıyla bu denli meşgul olduğu, sinirli, gergin ve çökkün olduğu için işi gibi rutin görevleriyle genellikle başa çıkamaz. Yaşam ailesi ve kendisi için gerçek bir cehennem haline gelir. Arzuları, duyguları ve davranışları sadakatsizlik sanrılarının denetimine geçer.

Hastanın ve eşinin entelektüel, eğitimsel veya toplumsal geçmişleri genellikle birbirinden çok farklıdır. Eşin ev dışındaki ilgileri ve dostları daha fazla olabilir. Hasta, bu yaşama ayak uyduramayınca kendini dışlanmış ve önemsiz hisseder. Bazı durumlarda eş evlilik öncesinde de kişinin kıskanç doğasının farkındadır, ancak bu, evliliğin gerçekleşmesine engel olmaz.

Ender olmayarak hastanın ana-babasından birinde de kıskançlık krizleri vardır, hatta bazen gerçek sanrı bile olabilir. Baba genellikle oldukça duygusuzdur, çocuklarına çok az ilgi gösterir, anne ise boyun eğici ve aşırı koruyucudur. Hastanın kendi kişiliği belirgin saplantılı (obsesyonel) özellikler, frijidite ve kuşkucu olma eğilimi sergileyebilir.

### Semptomatik Hastalıklı Kıskançlık

Bu durum yerleşik diğer bir psikotik hastalığın bir semptomu olarak görülebilir. Birlikte en sık ortaya çıktığı psikoz paranoid bir durumdur, ancak affektif psikoz, psikopati ve

epilepsi, demans ve alkolizm gibi belli organik durumların bir özelliği de olabilir.

Alkol kötüye kullanımıyla arasında kabul edilmiş bir ilişki vardır. Bununla birlikte, Shepherd (1961) 81 hasta arasında yalnızca 6 olgu saptayabildi (% 7,4). Glatt (1961, 1982) kendi alkolikleri arasında % 20'den fazlasının kıskançlığı önemli bir sorun olarak sıraladıklarını bildirdi. Alkol kötüye kullanımında cinsel kıskançlık üzerine yapılan tek sistemli çalışmada Shrestha ve ark. (1985) erkeklerin % 27'sinde ve kadınların % 15'inde hastalıklı kıskançlık saptadı. Hastalıklı kıskançlıkla ilgili daha geniş hasta serilerinde hastaların % 10-20'sinde alkol kötüye kullanımı bildirilmektedir. Soyka ve ark. (1989) dirençli alkolik sanrısal kıskançlığı olan 15 yatan hastayı incelediklerinde iki tipi birbirinden ayırt ettiler; daha sık görülen, yavaş başlangıçlı mono-semptomatik biçim ve varsanılarla akut başlangıçlı ikinci bir tip. Özellikle ikinci tipin prognozunun çok kötü olduğunu buldular.

Aldatılma sanrıları şizofreni, depresif hastalık veya organik psikosendrom gibi diğer bir akıl hastalığıyla birlikte ortaya çıkıyorsa, eşzamanlı hastalığın semptomları da bulunacaktır. Şizofrenik bozukluklarda hastalıklı kıskançlık, tablonun belirtilerinden biri olabilir ve bazı durumlarda en belirgin özelliğidir. Kıskançlık karmaşası ilk belirti olabilir, daha sonra diğer semptomların da var olduğu gerçek şizofreniye geç bir ilerleme gözlenebilir.

Shepherd'ın (1961) 3 yıllık bir dönem içinde yatırılan hastalardan oluşan serisinde şizofreni veya paranoid hastalık tanısı alanların % 14'ünde kıskançlık baskın bir özellikti. Langfeldt'in (1961) serisinde, hastalıklı kıskançlığı olan 66 hastanın beşine şizofreni tanısı kondu. Shepherd (1961) 81 hastada 5 şizofreni bildirdi. Mullen ve Maack (19-

85) kıskançlık sanrısı olan 138 hastanın 15'inde şizofreni bildirirken, Soyka ve ark. (1990) çalışmasında bu oran % 50 idi.

Hastalıklı kıskançlıkla birlikte ortaya çıktığı söylenen bir dizi organik durum vardır. Bunlar arasında diabetes mellitus, tabes dorsalis, serebral tümörler, kurşun zehirlenmesi, panhipopitüitarizm, multipl skleroz, Parkinson hastalığı ve presenil demanslar sayılabilir.

Amfetamin ve kokain gibi, alkol dışındaki maddelerin kötüye kullanımı da hastalıklı kıskançlığa yol açabilir, sanrısal fikirler hızla yoğunlaşabilir ve hiç de ender olmayarak şiddete dönüşebilir. Sanrısal fikirler maddeler kesildikten sonra bir süre daha direnebilir.

**Nörotik Kıskançlık**

Bazı yazarlar nörotik kıskançlık dedikleri bir durumu sanrısal kıskançlıktan ayırdılar (Mairet, 1908; Freud, 1911; 1922; Mooney, 1965). Nörotik ve sanrısal kıskançlık örtüşebilir ve kıskançlığın doğası ve yoğunluğu farklı zamanlarda dalgalanabilir, yine de ayrım geçerlidir. Bununla birlikte, sendrom hangi biçiminde ortaya çıkarsa çıksın, eşit derecede habistir. Gerçekten de, normal ve patolojik kıskançlık sınırı bile bulanıktır ve normal kıskançlık sergilediği söylenenlerde bile, patolojik kıskançlığın ruh durumu ve davranışları için tipik sayılan belirtiler ortaya çıkabilir. Ancak biçimsel (*formal*) ve patolojik kıskançlık arasındaki bu ayrım, getirdiği tüm zorluklara karşın hem klinik hem de yasal açıdan hatırı sayılır pratik yarar sağlar.

Aşırı değerlendirilmiş fikir kategorisine sokulan düşüncelerin hastalıklı kıskançlıkla özel bir bağı olduğu düşünülür (McKenna, 1984). Aşırı değerlendirilmiş fikirler, görünürdeki içeriklerinin önemini kat kat aşan kişisel anlama

bürünmüş inanışlardır. Halk arasında yaygın güçlü inanışlardan duygusal yatırımın derecesiyle ve bireyin ruhsal yaşamında işgal ettikleri merkezî yerle ayrılırlar (Fish, 1967). Normal bireylerin körü körüne tutundukları inanışlarla sanrısal inançlar arasındaki yelpazede bir yerlerdedirler. Güçlü dinsel ve politik inanışlarla benzerler, ancak ileri derecede kişiselleştirilmiş (benmerkezci anlamında değil) nitelikleriyle farklılık gösterirler.

**Etiyoloji ve Psikopatoloji**

- Geleneksel olarak patolojik kıskançlığın, çekirdekte yetersizlik duygusuna eşlik eden güvensizlik hissine özel önem verilen psikodinamik bir çerçevede ortaya çıktığı kabul edilir.
- Daha yakınlarda, dikkatler sanrı için olası bir organik temele odaklandı ve psikopatolojiye dair bir anlayış geliştirilmesi niyetiyle bilişsel-davranışsal yaklaşımlar benimsendi.

**Normal Kıskançlık**

Hastalıklı kıskançlığın etiyolojisini ve psikopatolojisini ele almadan önce normal kıskançlık denebilecek durumun doğasını ve amacını anlamak yerinde olacaktır. Eşe veya cinsel ortağa (hatta bazen arzulanan ama henüz karşılık vermemiş bir aşk nesnesine) yönelik kıskançlık birçok kültürde ve tarihte insanlığın büyük çoğunluğunun yaşadığı ve tanıdığı bir duygudur. Gerçekten de, belli koşullarda kıskançlığın hiç olmayışı, ki Fransızlar buna *unaesthetique jalousie* derler, patolojik sayılabilir. Bir eşin diğer bir kişiye kaptırılması değerli bir eşyanın kaybından çok daha önemlidir. Çoğu kişide bu tür bir olaya verilen duygusal tepki, en çok değer verdiği malını kaybettiğinde vereceği

tepkiden çok daha güçlüdür. Potansiyel olarak yıkıcı bu duyguların insanlık tarihi boyunca varlığını sürdürmüş olması, bir şekilde yararlı bir amaçları olması gerektiğini gösterir.

Çok yoğun ve yıkıcı olmamaları kaydıyla, kıskançlık duyguları büyük olasılıkla kurulmuş kişiler arası ilişkilerin uzun süreli korunmasına katkıda bulunurlar. Sosyokültürel bakış açısı, kararlı ilişkilerin daha geniş topluluğa sağladığı yararların altını çizecektir. Evrim açısından, güçlü kıskançlık duyguları kişinin genlerinin bir sonraki kuşağa ve daha ötesine aktarılmasını güvenceye alıyor olabilir. David M. Bass, *Tehlikeli Tutku* (*Dangerous Passion*) başlıklı kitabında kıskançlığın aşkı korumak üzere evrildiğini, ama yine de bir ilişkiyi kopartabileceğini vurgular. Buna göre kıskançlık kişinin yoğun yatırım yaptığı, değer verilen bir ilişkiye karşı bir tehdide tepki olarak ortaya çıkar. Genellikle geçici ve epizodik bir deneyimdir, kalıcı bir dert değil.

Gerçekten de kıskançlık, paradoks biçimde derin ve dayanıklı bir sevgiden doğar, ancak en uyumlu ilişkileri bile paramparça edebilir. Paradoks, O. J. Simpson'un mahkemede verdiği ifadeye de yansımıştır: 'Diyelim ki bu suçu (ayrı yaşadığı eşi, Nicole Brown-Simpson'un katli) işledim. Gerçekten bunu yapmış olsaydım bile, bu onu çok sevdiğim için olurdu, değil mi?' Bir ilişkiyi yabancılardan korumak niyetiyle ortaya çıkan bu kıskançlık duygusu, aşk mabedi olabilecek yuvaları geçimsizlik ve nefret cehennemine çevirir.

İnsanlar tipik olarak eşin kıskançlığını onun sevgisinin derinliğinin bir işareti olarak ve kıskanmamasını da sevgisizlik olarak yorumlarlar. Augustine, 'kıskanmayan âşık değildir' dediğinde bu bağlantıyı ortaya koyuyor-

du. Shakespeare'in ruhu işkenceler içinde kıvranan kahramanı Otello 'tapar, ancak kuşkulanır, ama yine de çok sever'.

## Biyoloji

Belirtildiği gibi, birçok organik durumun patolojik kıskançlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, en nesnel veriler tekli olgu bildirimlerine dayanır ve organik durumların doğası, ya önceden var olan kıskanç özelliklerin disinhibisyonuna ya da cinsel işlev üzerinde olumsuz bazı etkilere yol açarak bu tür örneklerdeki anahtar etiyolojik etmenleri oluşturuyor olabilir. Beyin hasarlı 3552 asker üzerinde yürütülen geniş bir çalışmada bunların yalnızca 42'sinde kıskançlık paranoyası geliştiği ortaya çıktı (Achte ve ark., 1967).

Son yıllarda, sağ (baskın olmayan) taraftaki serebral infarktlara ikincil olarak ortaya çıkan sanrısal kıskançlık ve Otello sendromu üzerine birçok olgu tanımlandı (Richardson ve ark., 1991; Wong ve Meier, 1997; Westlake ve Weeks, 1999). Bu olgu bildirimleri 'doygun özgül sanrılar' ile ilgili güncel tartışmalara ve bunların oluşumunda sağ serebral hemisfer ve frontal lobun rolüne kolayca uydurulabilir.

Çoğu olguda yapısal bir etmenden kuşkulanılır ve bu da etiyolojide genetik bir bileşen olasılığını doğurur. Ne var ki, konuyla ilgili çalışmaların hiçbirinde kalıtsal ve çevresel etkiler arasında ayrım yapmak mümkün olamamıştır; sözgelimi Vauhkonen'in (1968) hastalarının 20'si ana-babalarının kıskançlık davranışları gösterdiklerini söylemişti. Bu genetik bir temelde açıklanabilir, ama aynı bağlamda bu davranış', oluşturulmuş modelden öğrenilmiş de olabilir, çünkü hem hastaların hem de eşlerin aile öykülerinde anlamlı fark çok azdı.

## Bilişsel Davranışsal Etkiler

Patolojik kıskançlığın bilişsel davranışsal bir formülasyonu, tutulan bireyin sürekli olarak cinsel eşini yitirme tehdidini beklediği bir şema kavramına dayandırılır. Intili ve Tarrier (1998) kıskanç olmayan kontrollere kıyasla kıskanç deneklerin dikotik dinleme testinde sunulan kıskançlıkla bağlantılı uyaranları saptamaya özellikle yatkın olduklarını gösterdiler. Yazarlar, patolojik kıskançlık olgularında, dikkatte kıskançlıkla bağlantılı bilgilere yönelik bir yanlılık olabileceği sonucuna vardılar.

## Psikodinamik Özellikler

Sorunun çekirdeği, hastanın olmak istediğiyle, aslında olduğunu kabul ettiği kişi arasındaki tutarsızlıktan kaynaklanan bir yetersizliktir (Boccaccio, 1958). Bu hastanın kendisini küçük gördüğü anlamına gelmez, tersine, genellikle narsisistik ve benmerkezcidir, ama bilinçdışı olsa da, önemli zayıflıkları olduğunun 'farkındadır'. Kretschmer'in (1942) hastalıklı kıskançlık şeması 'onun yayılmacı' tepkileri arasında sınıflandırılır. Hastalar '...varlıklarının nüvesinde bir leke, aşırı duyarlı, sinirli bir incinebilirlik, gömülmüş bir odak ve eski bir aşağılık duygusu...' sergilerler.

Belli bir olay veya olaylar bu aşağılık duygularını harekete geçirebilir, ki bunlara da daima anksiyete, güvensizlik ve aşırı duyarlılık eşlik eder. Ego karşısındaki tehdit gerçek olur, ego ne pahasına olursa olsun savunulmalıdır ve kıskançlık kendini gösterme eğilimindedir. Bununla da yansıtma düzeneği aracılığıyla başa çıkılır ve 'yetersizlik' eşe yansıtılarak eş sadakatsizlikle suçlanır (Parant, 1902; Sjobring, 1947; Revitch, 1954; Ovesey, 1955; Stauffacher, 1958). Yetersizlik duyguları özellikle şunlarla bağlantılı olabilir:

- Hastanın konumu ve prestijinin tehdit altında olduğu duygusu
- Kendi sadakatsizliği
- Eşcinsellik
- Sevme yetisinin yokluğu

İlk başta, hastanın sahip olduğu şeylerden herhangi biri dışarıdan bir tehdit altındaysa, sözgelimi konum, güç veya prestij kaybı, yetersizlik ve aşağılık duyguları açığa çıkabilir. Bu sırada karı-koca ilişkisindeki herhangi bir gerçek veya düşlemsel tehdit bu duyguları ciddi biçimde güçlendirir. Bunun nedeni, toplumumuz ideolojisinde eşin diğerinin malı olarak görülmesidir. Descartes kıskançlık duygularının sahip olma içgüdüsünden doğduğunu ve mala, özellikle de eş gibi çok değer verilen bir mala, gelen herhangi bir tehdidin kıskançlığın artmasına yol açtığını söyler. Gerçekten de, bu tür bir tehdit hastanın daha da fazla veya daha eksiksiz bir sahipliği arzulamasına yol açar. Zaten, Ley ve Wauthier'in (1946) gösterdikleri gibi kıskançlık, nesnenin her şeyiyle tek sahibi olmak arzusudur. Bu yüzden, başka insanların gösterdiği en ufak ilgi bile bir tehdit oluşturur.

Kişide kıskançlığın var olması için, sahip olduğunun ve dünyanın bilincinde olması gerekli gibi durmaktadır, denetimin kendi elinde olmasını beklemek de hakkıdır (Boeuff, 1938). Buna göre, iç dünyasını dışarıdaki dünyadan (yani 'Bana' ait olanla yabancı olanı) ayırt etme gücüyle birlikte, bu derecede bir kendinin farkında oluş gelişene dek, bir çocuk kıskançlık edemez (Seidenberg, 1952). 'Ben' ve 'Sen' sözcüklerinin var olduğunu kavradıktan sonra, ilişki kendini diğerinin ellerine bırakma ve kendi dediğini kabul ettirmenin derecesine bağımlı olur. Lagache (1947, 1950,

1955) Pichon'dan ödünç aldığı *amour captatif* (esir edici aşk, -çn.) ve *amour oblatatif* (yok edici aşk, -çn.) terimlerini kullanarak bu kutuplaşmayı tanımlar. İlkinde kişi karşılık görmese bile, eşe tam olarak sahip olmayı talep eder; ikincide ise kendini tümden nesneye vermek ister. Ne var ki çoğu ilişki bu iki uç arasındaki bir yelpazede yürür, ancak sevgi *amour captatif* yönüne ne kadar çok kayarsa, kıskançlığa eğilim de o denli artar.

Neden bazı insanların kıskançlığa daha yatkın oldukları sorusu henüz yanıtlanamamıştır, çünkü herkesin yaşamında 'Ben' olan sürekli tehdit altındadır. Bu pekâlâ yapısal etmenlerle de açıklanabilir. Shakespeare bu tür yapısal bir etmenin çok iyi farkındaydı. Desdemona bunu, 'Yazık bugüne, oysa onu asla aldatmadım' şeklinde dile getirir; Emilia da bu bölümün başında alıntılanan önemli yanıtında bu farkındalığı ortaya koyar.

İkinci olarak merkezdeki yetersizlik hastanın kendisinin aldatmak için duyduğu gayri meşru arzularla bağlantılı olabilir, ki bunlar eşe yansıtılır. Diğer bir deyişle, hastalarda sadakatsizliğe yönelik bu bilinçdışı itkiler veya eğilimler zaten vardır. Hastalarımızdan biri, uzun psikoterapisi sırasında bize, kocasıyla cinsel ilişkiye girdiği sırada çeşitli erkeklerle ilişkide olduğu yolunda fanteziler kurduğunu açıkça ve kendiliğinden dile getirmişti. Jones (1929a,b) sadakatsizliğe yönelik itkilerin kendilerinin başlı başına nörotik özellikler olduklarını ve bir özgüven eksikliğini gösterdiklerini düşünür. Nesneden nesneye dolaşıp durma eğilimi, der yazar, kıskanç kişinin nesnesine narsisistik bağımlılığından kaynaklanan bunaltının sonucudur. Şunları ekler, 'evlilikte sadakatsizliğin nörotik bir kökeni olduğuna inanıyorum. Bu özgürlük ve iktidar işareti değildir, hatta tam tersidir'.

Hastaların kendilerinin giriştiği bu tür Don Juan davranışları, eşe dair sadakatsizlik sanrıları geliştirme olasılıklarını daha da artırmaktan başka işe yaramaz. Gerçekten de geçmişte kendi yaşadığı gayri meşru ilişkiler ne kadar başarılı olmuşsa, karısının sadakatine ilişkin kuşkuları da o denli artar. Tolstoy'un *Kroyçer Sonat*'ı buna iyi bir örnektir. Bozneyçev evlilik öncesinde çok çapkındır; daha sonra, karısının müzik öğretmeniyle kendisini aldattığına inanarak Trökkaçoski'ye şöyle der, 'O bütün erkekler gibi, benim bekârken olduğum gibi. O bundan haz duyuyor, hatta bana bakarken gülümsüyor, sanki "Sen bu konuda ne yapabilirsin ki? Şimdi sıra bende" dermiş gibi.' Yukarıda anlatılan *Bekçi*'deki yaşlı aktörün durumunda, genç karısının sadakatini sınama arzusu kendisinin önceki çapkınlıklarıyla katmerleniyordu. Burton *Melankolinin Anatomisi*'nde bu noktayı vurgular:

> Hayatım üzerine bahse girerim ki,
> Başka birinin karısını kirletmiş,
> Bu yüzden kendisi de yoldan çıkmış olup,
> Hemen karısının da aynı şekilde
> Davranacağını düşünmeyen kıskanç yoktur.

Üçüncü olarak, yansıtılmış olan yetersizliğin kendisi de eşcinselliğe doğru bir eğilimi açığa vuruyor olabilir. Buna çarpıcı iki genç kadın örneği vermiştik, bir yandan kocalarını pornografik resimler ve seksi kadınlardan erotik olarak uyarılmakla suçlarken, diğer yandan kendilerinin tam da bu resimler ve bu kadınlardan cinsel olarak uyarıldıklarını itiraf etmişlerdi. Freud (1911, 1922, 1938) psikotik kıskançlığın eşcinsel bir temeli olduğu görüşünü kuvvetle destekliyordu. Fenichel (1945) şöyle der: 'Freud kıskançlık

paranoyasına getirdiği açıklamayla yolu açtı. Kıskançlığın yalnızca sadakatsizliğe yönelik bir itkiyi değil, aynı zamanda eşcinselliğe yönelik bir itkiyi de kendinden uzaklaştırmak üzere kullanıldığının altını çiziyordu. Psikotik kıskançlıktan doğan aldatılma sanrısı, hastanın kendi "yadsınmış" bastırılmış eşcinselliğini gizleme amacına hizmet eder.' Bu Freud'un kötülük görme paranoyası olan bir hastaya getirdiği formülasyonun bir çeşitlemesidir. Hasta yadsımayla ('Ben onu sevmiyorum') ve kadına yansıtmayla ('O ötekini seviyor; beni değil') kendini savunuyordu. Analizin gidişi sırasında, hastanın karısından kuşkulandığında, aslında kendisinin başka erkeklere ilgi duyduğu, ancak yansıtma yoluyla kendini eşcinselliğinden arıtmaya çabaladığı açıklık kazandı.

Fenichel (1953) kıskanç hastanın yansıtma aracılığıyla kendini aldatma ve eşcinsellik itkilerinden arıtmaya çabaladığı şeklindeki bu görüşü desteklerken, bir yandan da Oidipus kompleksinin doğasında var olan engellenmişlik hissinin 'bütün kıskançlıkların temeli' olduğunu öne sürer. Melanie Klein (1957) bunlara çok benzer, ancak kendi kuramsal bakış açısıyla renklenmiş görüşler dile getirmiştir: '...kıskançlık, annenin memesini ve anneyi almakla suçlanan babayla rekabet kuşkularına dayanır. Rekabet doğru yöndeki ve tersine dönmüş Oidipus karmaşasının erken evrelerine damgasını vurur, ki bu normalde ilk yaşın ikinci çeyreğinde depresif bir pozisyonla eşzamanlı ortaya çıkar.'

Dördüncü olarak, Oidipus karmaşasının önemi Schimdeberg (1953) tarafından da vurgulanmıştır. Yazar, sevme yetisinin bulunmayışını önemli bir etmen olarak görüyordu. Sevememenin 'derin bir ikideğerliliğe dayandığına' inanan Fenichel de bunu vurgulamıştır. Sürekli sanrı-

sal kıskançlık çekenler, gerçek sevgiyi hissedemeyenlerdir, çünkü bütün ilişkileri narsisistik bir gereksinimle birbirine karışmıştır. Çarpıcı biçimde, en yoğun kıskançlığı yaşayanlar, o zamana dek sevgi ve doyumu en yoğun yaşamış olanlar değildir; tersine, kıskançlığa en yatkın hastalar sevgi nesnelerini sürekli ve düzenli olarak değiştirenlerdir.

### Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel işlev bozukluğu, özellikle impotans bazı olgularda hastalıklı cinsel kıskançlığın psikopatolojisinde önemli bir etmen haline gelir. Gerçekten de bazı yazarlar impotansın kendisini birincil, had safhada önemli sayarlar (Bleuler, 1911, 1923, 1926; Campbell, 1953; Noyes ve Kolb, 1963). Alkol kötüye kullanımında sık ortaya çıkan impotans bu tür olgularda aldatılma sanrılarının üretiminde rol oynar. Bu impotans alkolün bağlantılı sinir sistemi ve endokrin düzenekler üzerindeki toksik etkilerinin doğrudan sonucu olarak açıklanmıştır.

Hastalıklı kıskançlık, kaçınılmaz olarak cinsel teması olan iki kişiyi ilgilendirdiğinden, eşin cinsel işlevi de son derece önemlidir. Vauhkonen (1968) kendi denekler grubunda 16 kocadan yedisinin cinsel işlev bozukluğu (ikisinde libido kaybı, birinde sertleşme güçlüğü ve dördünde erken boşalma) bildirdiğini; 37 kadından 32'sinin bazı güçlükler (15'inde tam frijidite ve 17'sinde orgazm güçlükleri) bildirdiğini saptadı. Demek ki, birincil mi yoksa ikincil mi olduğunu söylemek zor olsa da, cinsel alanda başarısızlık hastalıklı kıskançlıkla sıkı bağlantılı gibi durmaktadır. Şurası kesin ki, genellikle hastalıklı kıskançlığı kadında cinsel işlev bozukluğu izler. Alkol kötüye kullanımıyla ilişkili olgu örneklerinde, durumu alevlendiren başka etmenler de vardır. Nispeten erken bir evrede bile, yani impotans

ortaya çıkmadan önce, sarhoş kocanın davranışları eşi iter ve adam bunu karısının onunla cinsel ilişkiye girmek istememesi şeklinde yorumlar, bundan da doyumu başka yerde buluyor olduğu anlamını çıkartır.

Eşit derecede, evli çiftlerin cinselliklerindeki belirgin dengesizlik de psikogenezde önemli bir etmen olabilir. Bu tür bir dengesizlik her iki eşi de Otello fenomenine aynı derecede yatkınlaştırır. Bu dengesizlik daha önce sözü edilen alanlarda da görülebilir, örneğin entelektüel yetiler, eğitim ve toplumsal konum. Yaşlar arasındaki farklılık önemli bir etmendir ve genç bir kadınla evli yaşlıca bir koca bu durumu geliştirmeye özellikle yatkındır. Burton yaşlı erkeklerin genç kadınlarla evlenmesinden şöyle söz eder, 'Chaucer'daki Janivere'i el üstünde tutan yaşlı adama bakınca, her şeyin yolunda gitmediği kuşkusu uyandı':

Kadın genç, adam yaşlıydı
Ve bu yüzden korkuyordu
Boynuzlanmaktan

Alımlı olmayan eşler de aynı şekilde kıskançlığa yatkındırlar. Olgularımızın birçoğunun eşlerinin özellikle çekici ve kışkırtıcı olmaları dikkate değer. Oscar Wilde, *Önemsiz Bir Kadın*'da (*A Woman of No Importance*) bu noktayı şöyle dile getirir: 'İlginç şey, güzellikten nasip almamış kadınlar daima kocalarını kıskanıyorlar, güzel kadınlarsa asla!'

**Tedavi**

Bu durumun tedavisindeki ilkeler:

- Kesin bir tanı koyun, yani birincil sendrom mu yoksa diğer bir duruma ikincil özellikler mi olduğunu belirleyin ve uygun tedavi başlayın.
- Eş ve ana-babaya bağımlı çocuklar gibi diğer kişilerin içinde oldukları riskin derecesini değerlendirin ve uygun tarzda harekete geçin, örneğin zorla hastaneye yatırma, coğrafi ayrılık veya çocukların devlet tarafından bakım altına alınması.
- Her iki tarafa da psikolojik destek sunun; özgül psikolojik tedaviler gerekli olabilir.
- Kötüleştirici etmenleri, örneğin alkol kötüye kullanımı, cinsel işlev bozukluğu veya herhangi diğer bir organik etmeni tedavi edin.

Kıskançlık sanrıları ikincil bir fenomen olarak ortaya çıktıklarında tedavi genellikle altta yatan duruma yöneliktir. Örneğin kişide şizofreni varsa, antipsikotik ilaç verilir ve depresif bir psikozun varlığında ilk seçilecek tedavi antidepresanlardır. Zeminde organik bir psikosendrom varsa, altta yatan enfeksiyon, tümör vs. tedavinin hedefi olmalıdır. Huntington koresinde olduğu gibi hastalık tedavi edilemiyorsa bile, nöroleptikler temel patofizyolojiyi değiştirmeden sanrıların çözülmesini sağlayabilirler.

Aldatılma sanrıları monosemptomatik sanrısal bozukluk gibi saf bir biçimde ortaya çıkıyorsa veya sanrısal kıskançlık daha yaygın psikotik bir durumun en başta gelen baskın özelliğiyse, antipsikotik ilaç verilmesi temeldir. Pratikte, ortalama dozlarda nöroleptikler genellikle sanrıların ortadan kaldırılmasında başarılı olabilir, bazen

de çok daha yüksek dozlar gerekebilir. Paranoid kıskançlık dahil, monosemptomatik sanrısal bozukluklarda ilk seçilecek ilaç olarak *pimozid*i savunanlar çoktur. Byrne ve Yatham (1989) 39 yaşında, patolojik kıskançlığı olan bir adamın bu ilaçla başarılı biçimde tedavi edildiğini bildirdiler. Bazı olgularda, sanrılar yeterince denetim altına alındığında ve bunlara eşlik eden ilişki çatışması etkili biçimde çözüldüğünde dozun azaltılması ve sonunda tümden ilacın kesilmesi olanaklı olabilir. Bununla birlikte, antipsikotik ilaç almayınca süratle nüks gösteren bir grup hasta da vardır ve bu grupta tek çözüm uzun süreli idame tedavisidir.

### Davranışçı Psikoterapi

İlk seçilecek tedavi olarak davranışçı psikoterapiden yana olanlar da vardır. Cobb ve Marks (1979) sanrısal yoğunluğa ulaşmamış, aşırı kıskançlığı olan dört olguda geniş yelpazede davranışçı teknikler kullandıklarını bildirdiler. Kullanılan terapötik stratejide şunlar yer alıyordu: Düşlemde kendi kendini düzenleyen alıştırma (*exposure*) ve gerçek yaşamda kıskançlık törenleri (ritüel) için yanıtın engellenmesi, kıskanç ruminasyonlar için düşünce durdurulması ve toplumsal beceri eğitimi. Önlem paketi olguların üçünde yararlıydı, ancak kıskanç düşüncelerin doğrudan uyarılmasının yararlı olmaktan çok anksiyete doğurucu olduğu bildirildi.

### Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi ilk olarak 1989'da Bishay ve ark. tarafından bildirildi. Bu yöntemle tedavi edilen 13 hastanın 10'unda anlamlı düzelme tanımladılar. O zamandan bu yana, yaklaşımın özellikle psikotik olmayan olgularda

gerçekten de büyük potansiyeli olduğunu öne süren bildiriler yayımlandı (Dolan ve Bishay, 1996a,b).

Obsesif-kompulsif bozukluk zemininde yoğun aldatılma kuşkuları bildirildi (Cobb ve Marks, 1979; Mullen, 1990; Stennet, 1994). Bunların birincil olarak obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisi için geliştirilmiş terapötik stratejilere yanıt verdikleri bulundu (Cobb ve Marks, 1979; Bishay ve ark., 1989).

Kıskançlığın zehirlediği ilişkilerde, kıskançlık öncesinde var olan veya bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkan cinsel sorunlar sık olduğundan ve bunların hastalıklı kıskançlığın sürdürülmesinde güçlü etmenler oldukları göz önünde bulundurulursa terapinin bunlara odaklanması gerektiği anlaşılır. Bu cinsel sorunların kesin tedavisi, özgül doğalarına, şiddetlerine ve patolojik kıskançlığın sürdürülmesindeki rollerine bağımlıdır. Cinsel bozuklukların tedavisinde uzmanlaşmış bir meslektaştan yardım istenebilir.

Hastayla eşi arasındaki ilişki tedavinin odağı olmalıdır. Kıskançlığın açıkça temelsiz olduğu çiftlerde, bir netleştirme ve güvence sürecinin yardımı olabilir. İlişkinin çerçevesinin yeniden belirlenmesi ve sınırlarının netleştirilmesinin de yeri olabilir. Sadakatsizliğin gerçek olduğu olgularda hastanın bu itirafa tepkisi can alıcıdır ve kıskançlığın ilerlemesi açısından önemli etkileri vardır. İtiraflar, çatışmayı çözüme götürmek yerine, genellikle daha yoğun sorgulamalara ve daha fazla suçlama ve tehditkâr patlamalara yol açar.

Bir kez yerleştikten sonra, hastalıklı kıskançlık ilişki sisteminin bir parçası haline gelir ve eşlerin tepkileri ve çözüm girişimleriyle daha da kemikleşir. Patolojik ilişki örüntülerinin kırılması ve yerlerine kıskançlığın çözülme-

sini sağlayabilecek başa çıkma yöntemlerinin konmasına yönelik bir tedavi şekli vardır. Rol-oynama, kıskançlığın ele alınmasında etkili stratejileri yüreklendirmek üzere kullanılmıştır. Karşılıklı anlayış ve içgörüyü artırmak için kıskançlık çalışma grupları düzenlenmiştir (Blood ve Blood, 1977; Marolin, 1979; Im ve Breit, 1983; Constantine, 1986).

**Birleşik Terapi**

Muhakeme alanlarının netleştirilmesi ve düzeltilmesi, İlişkideki sınırların ve beklentilerin yeniden tanımlanması ile eşler arasındaki iletişimin iyileştirilmesini hedefleyen birleşik terapi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu yaklaşım, sanrısal olmayan kıskançlık olgularının artık polikliniklere evlilik sorunları olarak gönderilme sıklığının arttığı gerçeğinden yola çıkmıştır. Bu strateji genellikle kıskançlık davranışının yoğunluğunu ve sıklığını azaltır, ama ille 'tam iyileşme' sağlamayabilir (Purdy ve Nickle, 1981).

Bireysel temelde tedavi, minimum hedefi tedaviye uyumu yüreklendirmek ve yanıtı izlemek olan destekleyici psikoterapiden, davranışı değiştirmeyi ve hastanın yetersizlik gibi derin kişilik sorunlarını ele almayı amaçlayan derin içgörü kazandırıcı psikoterapiye uzanan bir yelpazeden seçilebilir. Hastaların psikanalitik tedaviye alınmaları enderdir. Freeman (1990) psikanalitik tedaviye girmiş psikotik olmayan iki kadının da içlerinde olduğu dört hastalıklı kıskançlık olgusu tanımlar.

Bütün olgularda risk değerlendirmesi esastır ve evlilik içi şiddetin gerçek olduğu durumlar ayrı bir değerlendirmeye tâbi tutulmalıdır. Hastalıklı kıskançlığın, hapishane veya hastaneden çıkışın ardından çok sayıda yeni cinayetlerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Scott, 1977). Fiziksel

taciz söz konusuysa, kurban yasal haklarıyla ilişkili bilgilendirilmeli ve çocuklar risk altındaysa, devletin uygun destek kurumlarına gönderilmelidirler. Şiddetin boyutu ve kronikliği genellikle geçici veya kalıcı bir ayrılığın tek çözüm olmasına yol açar.

**Prognoz**

Geleneksel olarak prognozun çok kuşkulu olduğu düşünülür. Daha saf biçimlerinde hastalık daha kalıcıdır. Diğer bir psikozla birlikte ortaya çıkıyorsa, genellikle bu hastalığın örüntüsünü izler. Ancak bazen diğer semptomlar kalktığında, Otello sanrısı daha da belirginleşir. Bu gelişme, de Clérambault sendromuyla tezattır, ancak Capgras sendromundaki durumu andırır.

Langfeldt (1951) kendi serisindeki hastaların % 56'sının tedaviden sonra düzelme gösterdiklerini bildirdi. On yedi yıllık bir aradan sonra 50 hastayla yaptığı izleme çalışmasında, altısının ölmüş ve 17'sinin izinin kaybolmuş olduğunu buldu. Kalanlardan yalnızca 12'si tam düzelmişti, 6'sı dönemsel düzelme gösteriyordu, dokuzu ise hiç düzelmemişti. Ağır kişilik bozukluğu veya psikotik hastalığı olanların prognozu özellikle kötüydü.

Mooney (1965) tedavi sonuçlarını bildirirken 'hastaların yaklaşık üçte biri çok düzelme göstermiş, üçte biri hafif düzelmiş ve üçte biri de değişmeden kalmıştı' demiştir. Psikotik olgular ise yine daha kötü durumdaydılar.

Klinik deneyimler hastalıklı kıskançlığın iyileştikten sonra nüksetme eğiliminde olduğunu gösterir. İlk baştaki ilişki sona erip yeni bir eş olduğunda bile bu olabilir. Artık bu yeni eş hastalıklı kıskançlığın odağı haline gelir.

## Dipnot

Aldatılma sanrıları üzerine yazmaya ilk başladığımızda Otello sendromunu nadir veya ilginç psikiyatrik sendromlar arasına koymak uygundu. O zamandan beri, hastalıklı kıskançlığın klinik uygulamada sık görülen yaygın bir fenomen olduğu anlaşıldı. Bununla birlikte, bu durumun çağdaş psikiyatrideki konumu hâlâ belirsiz ve buna tutulan hastaların ve çevresindekilerin çektikleri dertler o kadar büyük ki, bu durumun göz ardı edilmemesi gerekiyor. Hastalıklı kıskançlık psikiyatrisi için karmaşık bir meydan okuma olmayı sürdürse de, bilgilerimizin şu anki durumuna göre, kemoterapi, davranışçı teknikler, psikoterapi ve birleşik evlilik terapisi gibi bütüncül bir yaklaşımla sonuç geleneksel olarak inanıldığı kadar kötümser olmayabilir.

# Kaynaklar


Achte, K.A., Hillbom, E. and Aalberg, V. (1967) *Reports of the Rehabilitation*
*Institute for Brain Injured Veterans in Finland*, Vol. 1.
Bishay, N.R., Peterson, N. and Tarrier, N. (1989) *Br J Psychiat*, 154,386.
Bleuler, E. (1911) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1950) Trans. J. Zinken. International University Press, New York.
Bleuler, E. (1923) *Textbook of Psychiatry*, 4th edn. Trans. A.A. Brill, Dover Publications.
Bleuler, E. (1926) *Affektivitat, Suggestbilitat, Paranoia*, 2nd edn. Halle Marholz.
Blood, R. and Blood, M. (1977) In: *Jealousy* (eds C. Clanton and L.G. Smith). Prentice Hall, New York.
Boccaccio, G. (1958) *The Decameron*. Elek, London.
Boeuff, C.W. du (1938) *Over Jolverschheidswan*. Zutphen, Ruys.
Byrne, A. and Yatham, L.N. (1989) *Br J Psychiat*, 155,249.
Campbel I,J.D.(1953) *Manic-Depressive Disease*. Lippincott, Philadelphia.
Cobb, H. and Marks, I.M. (1979) *Br J Psychiat*, 14,395.
Constatine, L.L. (1986) In: *Clinical Handbook of Marital Therapy* (eds N.S. Jacobson, and A.S. Gurman). Guildford Press, New York.
Dolan, M. and Bishay, N.R. (1996a) *J Cognit Psychother*, 10/1,35.
Dolan, M. and Bishay, N.R. (1996b) *Br J Psychiat*, 168,588.
Ey, M. (195U) Jalousie morbide. In: *Etudes Psychiatriques* Vol. 11. dc Bronwen,
Paris.
Fenichel; O. (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. Norton, New York.
Fenichel, O. (1953) *A Contribution to the Psychology of Jealousy*, in: The Collected Papers of Otto Fenichel, Norton, New York.
Fish, E (1967) *Clin Psychopathol*. Wright, Bristol.
Freeman, T. (1990) *Br J Psychiat*, 156,68.

Freud, S. (1911) *Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Puranoides).* In: Collected Papers,1959, Vol.3, Basic Books, New York.
Freud, S. ( 1922) *Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia, and Homosexuality.* Collected Papers, 1922, Vol.2, Hogarth, London.
Freud, S. (1938) *The Basic Writings of Sigmund Freud.* Trans. A.A. Brill, Modern Library, New York.
Giraudoux, J. (1938) *Amphitryon 38.* Adapted by S.N. Behrman, Random House, New York.
Glatt, M.M. (1961) *Acta Psychiat Scand*, 3,788.
Glatt, M.M. (1982) *Alcoholism. Hodder and Stoughtan, Sevenoaks*, UK. Im, W. and Breit. M. (1983) *Family Process*, 22,211.
Intili, R. and Tarrier, N. (1998) *Behav Cognitive Psychother*, 26/4,323.
Jasper, K. (1910) *Zeitsch Ges Neurol Psychiat*, 1, 567. Jones, E. (1929a) Rev Française Psychoanalyt, 3,228.
Jones, E. (1929b) Jealousy In: *Papers on Psychoanalysis* (1948), 5th edn. Bailliere, Tindall and Cox, London.
Kenyon, F.E. (1976) *Br J Psychiat*, 1,291.
Klein, M. (1957) *Envy and Gratitude.* Tavistock Publications, London.
Kraepelin, E. (1910) *Psychiatrie*, 8th edn. Barth, Leipzig.
Kraepelin, E. (192l) *Manic-Depressive Insanity and Paranoia* (ed. E. Robertson).
Trans. M. Barclay Churchill Livingstone, Edinburgh.
Krafft-Ebing (1903) *Lehrbuch der Psychiatrie.* Enke, Stuttgart.
Kretschmer, E. (1942) *A Textbook of Medical Psychology.* Hogarth, London.
Lagache, D. (1947) *La Jalousie Amoureuse.* Presses Universitaires de France, Paris.
Lagache, D. (1950) *Internat J Psychoanal*, 31,24.
Lagache, D. (1955) Discussion. In: *L'Evolution Psychiatrique.*
Langfeldt, G. (1951) *Acta Psychiat Scand*, 26, (Suppl. 73) 3.
Langfeldt, G. (1961) *Acta Psychiat Scand* (Suppl. 151),36,7.
Langfeldt, G. (1962) *J Neuropsychia*, 3,317.
Ley, L. and Wauthier, M.L. (1946) *Etudes de Psychologie Instinctive et Affective.* Presses Universitires de France, Paris.
Mairet, A. (1908) *La Jalousie: Etude Psycho-Physiocoque.* Clinique et Medico-
Legale, Montpellier.
Marolin, G. (1979) *Am J Fam Ther*, 7,13.
Molnar, E (J924) *The Guardsman.* Boni and Liveright, New York.
Mooney, H.B. (1965) *Br J Psychiat*, 111,1023.

Mowat, R.R. (1966) *Morbid Jealousy and Murder*. Tavistock Publications, London.
Mullen, PE. (1990) In: *Principles and Practice of Forensic Psychiatry* (eds R. Bluglass' and P. Bowden). Churchill Livingstone, London.
Mullen, R.E. and Maack, L.H. (1985) In: *Jealousy, Pathological Jealousy and Violence* (eds D.R Farringdon and J. Gunn). Wiley, London.
Noyes, A.R and Kolb, L.C. (1963) *Modern Clinical Psychiatry*, 6th edn. Saunders, Philadelphia.
Ovesey, L. (1955) *Psychiatry*, 18,163.
Parant, V. (1902) *J Mental Sci*, 48,133.
Purdy, E and Nickle.N. (1981) *Social Workand Groups*, 4, 111.
Revitch, E. (1954) *Dis Nervous Syst*, 15, 271.
Richardson, E.D., Malloy, RE and Grace, J. (1991) *J Geriat Psychiat Neurol.* 4/3,160.
Riding, J. and Munro, A. (1975) *Acta Psychiat Scand*, 52,23.
Schmidberg, M. (1953) *Psychoanalyt Quart*, 40,1.
Scott, P.D.(1977) *Br J Psychiat*, 131,127.
Seidenberg, R. (1952) *Psychoanalyt Rev*, 39,345.
Shepherd, M. (1961) *J Mental Sci*, 107,687.
Shrestha, K., Rees, D.W., Rix, K.J.B., Hobe, B.D. and Faragher, E.B. (1985) *Acta Psychiat Scand*, 72,283,
Sjobring, H. (1947) *Acta Psychiat Scand* (Suppl.),47,74.
Soyka, M., Naber, G. and Volcker, A. (1990) *Br J Psychiat*, 158,549.
Soyka, M., Sass, H. and Volcker, A. (1989) *Psychiat Praxis*, 16, 189.
Stauffacher, J.C. (1958) *J Clin Psychol*, 14,99.
Stein, O.J., Hollander, E. and Josephson, S.C. (1994)J *Clin Psychiat*, 55,-30.
Tynan, K. (1965) Olivierby Tynan, *The Observer Magazine*, 12 December.
Vaughkonen, K. (1968) *Acta Psychiat Scand*, Suppl. 202.
Westlake, R.J. and Weeks, S.M. (1999) *Austral NZ J Psychiat*, 33/1,105.
Wong, A.H.C. and Meier, H.M.R. (1997) *Neurocase*, 3/5,3

# IV

## GANSER SENDROMU

# Ganser Sendromu

*Polonius: Tamam, bu delilik, ama yine de bir yöntemi var*

(II. perde, II. sahne, 207)

*Kral: Biraz şekilsiz olsa da konuştukları,*
*Delilik gibi değildi.*
*Ruhunda bir şey var onun.*

(III. perde, I. sahne, 171)
Shakespeare, *Hamlet*

Bilinçte bozulma veya bulanıklık zemininde, basit ve yeni işitilen sorulara yaklaşık yanıtlar verilmesiyle karakterize, temeli iyi anlaşılamamış bir durum olan Ganser sendromu ilk kez 1897 yılında, klasik bir seminerde Sigbert Ganser tarafından tanımlandı.

## Tarihçe

Ganser, dört mahkûmda gözlemlenen bir sendrom anlattı. Bunu bir çeşit histerik alacakaranlık durumu olarak görüyordu, diğer başlıca özellikleri şunlardı: Kavrama, dikkat ve yoğunlaşma bozukluğu, anksiyete, şaşkınlık, varsanılar ve açık biçimde histerik duyusal ve motor semptomlar. Tümü de bütün epizoda karşı amneziyle aniden sona eriyordu (Ganser, 1898). O günden bu yana bu duruma eşan-

lamlı birçok isim bulundu (ancak semptomatolojinin tamamını açıklayamadıkları için hiçbiri doyurucu olamadı):

- Saçmalık sendromu
- Saçmasapan sendrom
- Psödodemans sendromu
- Hapisane psikozu

Çelişkiler bulunmakla birlikte, hatta varlığı bile sorgulanmakla birlikte, sendrom ayrı bir nozolojik antite olarak konumunu korudu. Her şeye karşın, Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması'nın Onuncu Baskı'sında tanındı.

Bozukluğun gerçek önemi belli psikopatolojik süreçlere getirdiği içgörüde yatar. Şizofrenik hastalık, duygulanım bozuklukları, organik durumlar, histeri ve temaruzun arka bahçesinde dolanır. Özellikle temaruzla ilişkisi, kolayca kaçılamayan fiziksel veya başka türlü katlanılamaz, kısıtlayıcı bir durum karşısında insan zihninin nasıl çalıştığına dair birçok noktaya açıklık getirir.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

1961 yılı Aralık ayının ortalarında, elli beş yaşında bir adam ilk olarak evinde, pratisyen hekiminin isteği üzerine görüldü. Birkaç aydır bel ağrısı için tedavi görmekteydi. Bu yakınması düzelmiş olmakla birlikte, adam giderek rahatsız ve şaşkın bir hal alıyordu. Ayrıca evden çıkıp gitmeleri başlamıştı. Bu yüzden ve muayenesinde bacaklarında belirsiz bazı nörolojik işaretler bulunduğundan, gözlem ve araştırma amacıyla hemen hastaneye yatırıldı.

Hastanın 56 yaşında ölmüş olan babası geçinilmesi kolay, dost canlısı bir adam olarak tanımlanıyordu; 86 yaşındaki an-

nesi hayatta ve sağlıklıydı. Sekiz çocuğun en büyüğüydü ve ailede akıl hastalığı öyküsü yoktu. İrlanda'da doğmuş, çocukluğu orada geçmişti; çocukluğunda ciddi hiçbir hastalık geçirmemiş, nörotik özellikler göstermemişti. On dört yaşına kadar devlet okulunda okuduktan sonra bahçıvan olarak çalışmaya başlamış, daha sonra da demiryollarında travers döşeyici olmuştu.

Otuz yıl boyunca bir kadınla ve onun gayri meşru oğluyla yaşadıktan sonra nihayet Ekim 1961'de kadınla evlenmişti.

Bazı saplantısal özellikleri olan, vicdanlı bir adamdı. Zaman zaman huysuz biri oluyordu, bazen sevgi dolu, bazen de çabuk öfkelenen bir yapısı vardı. Özellikle işte yanlış giden bir şeyler olduğunda hemen endişeye kapılıyordu. Bu kişilik özelliklerine rağmen asla herhangi bir akıl hastalığına tutulmamıştı. Ayrıca, çalışırken iki ray arasına düştüğü Haziran 1958 tarihine dek fiziksel olarak sağlamdı. Kemiklerle ilgili veya nörolojik herhangi bir anormallik saptanmamıştı ve izleyen Şubat ayında işine geri dönmüştü. Haziran 1961'de bir ortopedi kliniğinde görülmüş ve düz bacak kaldırması biraz kısıtlı bulunduğundan, intervertebral disk kayması üzerinde durulmuştu. Pelvik traksiyon için hastaneye yatırılmış ve Eylül 1961'de taburcu edilmişti.

Ortopedisti yeniden görmeden birkaç gün önce, kendi kendine alçısını kesmiş, ama sonra bunu yaptığı için çok huzursuz olmuştu. Muayenede sırtının durumu iyiydi, ancak ruhsal olarak rahatsız olduğu dikkati çekiyordu. O akşam eve döndüğünde sigara almak üzere evden çıkmış ve üç gün dönmemişti, bu arada ne yaptığını çok az hatırlıyordu. Tuhaf davranmaya devam etti, saatlerce çıkıp gidiyor ve şaşkın görünüyordu.

Yatırıldığında, yapılı ve iyi beslenmiş olmasına karşın, 55 yaşından daha yaşlı gösteren biriydi. Her iki bacakta canlı refleksler ve sağda daha fazla olmak üzere, düz bacak kaldırmada kısıtlılık dışında anormal hiçbir fiziksel işaret saptanmadı. Belirgin biçimde şaşkın, anksiyeteli, konfüzyonluydu ve ağrısı var gibi duruyordu. O sırada varsanılı değildi ancak bir ay önce sesler duymuş olduğunu söyledi. Konuşmasın-

da fakirlik vardı, kendiliğinden konuşması kısıtlıydı ve kayda değer bir duyusal bozulma saptandı. Zaman ve yer yönelimi bozuktu. Aylardan hangisi olduğu (Aralık) sorulduğunda 'Kasım' diye yanıtladı. Nerede olduğu sorulduğunda 'Bazen nerede olduğumu unutuyorum' dedi. Dikkati ve yoğunlaşması kötüydü. Yüzden yedişer yedişer geri sayması istendiğinde şu yanıtları verdi: 100-7=83; 83-7=76; 76-7=63; 63-7=46. Bir şeyleri unuttuğu yolundaki savını doğrular gibi duran yamalı bir bellek kaybı belirgindi. Yalnızca iki ay önce gerçekleşmiş olan evliliğiyle ilgili konularda özellikle belirsiz konuşuyordu. Soruları yanıtlarken üzerlerinde çok düşünüyor ve çok ciddiye alıyordu.

Klinik tablo ilk başta organik bir durum düşündürdüğü için kapsamlı olarak araştırıldı, ama bu arada, durumundaki dalgalanma öyküsü, davranışlarındaki tuhaflıklar ve duyusal kusur örüntüsü güçlü biçimde psödodemans düşündürüyordu. Bazı osteoartritik değişiklikler ve lumbosakral eklemdeki daralma dışında tüm fiziksel muayeneler normal sınırlar içindeydi.

İleri akıl muayenesi Ganser durumu tanısını doğruladı. Aritmetik testlere yanıtları ve daha az olmak üzere sözel ve agnozi testlerine yanıtları, 'yaklaşık yanıtlar' kategorisine giriyordu. Sözgelimi, altı basit aritmetik hesap yapması istendiğinde, dördünü yanlış yaptı, ama doğruyu kıl payı kaçırıyordu, örneğin 4+2=7; 3+4=8; 5+5=10; 6-3=3; 5-2=2; 7-4=2. Parmak sayması istendiğinde, hekimin gösterdiği parmak sayısının bir altında veya bir üstünde olmak üzere, her seferinde yanlış yanıt verdi. Bir köpeğin kaç bacağı olduğu sorulduğunda, çok ciddiyetle düşündü ve doğru bir yanıt verdi, ama yavaş yavaş parmaklarıyla hesap yapması gerekmişti. Bir tarafında 3, diğer tarafında 2 bacağı olan bir yengeç resmi gösterildiğinde, üç bacaklı olan taraftan bir bacak eksik olduğunda ısrar etti. Bu tarafı işaret ederek dört bacak saydı ve üç bacak olduğunu söylediği diğer tarafla kıyasladı. Daha birçok tutarsızlık belirgindi. Ayrıca kısa bir süre içinde, benzer testlerdeki performansında değişkenlik vardı, kolay sorularla başa çıkamazken daha zor olanları başarıyordu. Bütünde, doğru, yaklaşık ve açıkça yanlış yanıtların bir karışımı söz konusuydu. 'Bir köpe-

ğin kaç bacağı vardır?' gibi basit sorular sorulması karşısında hiçbir şaşırma veya alınma belirtisi göstermemesi de dikkate değerdi.

Bir ay sonraki performansında müthiş farklılık vardı, ilk başta IQ (WAIS) puanı 72 olarak saptanmış olmasına karşın, şimdi 94 idi ve alt-test puanları arasında bir miktar değişkenlik hâlâ var olmakla birlikte çok daha az belirgindi. Bu sefer, ilk testlerde gözlemlenen türden yaklaşık yanıtlar veya olağandışı özelliklerin hiçbiri yoktu. Basit aritmetik hesaplamalar yapması istendiğinde yanıtları tümüyle doğruydu. Benzer şekilde, hekimin gösterdiği parmakları sayarken hiçbir hata yapmadı. Gerçekten de şimdi böyle basit sorular sorulmasına şaşırıyor ve daha önce bunları başarıyla yanıtlayamamış olmasını inanılması güç buluyordu.

Bu düzelme yatırıldıktan sonraki beş gün içinde başlamıştı. Hâlâ sırtında ve sağ uyluğundaki ağrıdan yakınmakla birlikte, bu eskisi gibi şiddetli veya kısıtlayıcı değildi. Gerçekten de hissettiği ağrıya karşı tutumu da belirgin biçimde değişmişti. Evdeyken yataktan çıkmayıp, ağrılar için kıvranıyordu, oysa hastanede kısa sürede her gün kalkıp hastane bahçesinde yürüyebilir hale gelmişti. Bundan sonra da doğrudan sorulmadıkça ağrısından bahsetmez oldu. Artık konfüzyonda gibi durmuyordu, bununla birlikte bir süre daha periyodik yamalı bellek kaybından yakındı. Psikoterapinin gidişi sırasında anksiyetesi ve özellikle de karısının kendisine karşı tutumu hakkında daha rahat konuşmaya başladı. Kadın gayri meşru oğluna hastaya olduğundan daha bağlı gibiydi, bu yüzden adam kendini ikinci plana atılmış hissediyordu. Evden ayrılmak zorunda bırakılmamak için, baskı altında evlenmiş olduğunu düşünüyordu. Ayrıca işi ve parasal durumuyla ilgili bazı kaygılarını dile getirdi.

Anksiyete yaratan düşüncelerini açığa vurabilmesinin sonucunda klinik durumunda çabucak ve hatırı sayılır düzelme oldu. Bu durumu devam etti ve iki ay hastanede kaldıktan sonra taburcu edildiğinde semptomları hemen tamamen ortadan kalkmıştı. Bu sırada bilincinde herhangi bir bulanıklık veya bellek bozukluğuna dair hiçbir işaret yoktu. Yanıtları açık,

doğrudan ve hemen her zaman doğruydu. Periyodik bel ağrıları olsa da bunların onu fazlaca kaygılandırmadığını söyledi. Bunun ne olduğunu bildiğini, buna tahammül edebileceğini ve kesinlikle onu sakat bırakmayacağını belirtti. Hastaneden gelecekle ilgili iyimser bir havada çıktı ve izlemesinin sürdüğü iki yıl boyunca iyilik halini korudu.

**Olgu 2**

35 yaşında, dul bir kadın yine pratisyen hekiminin isteği üzerine evinde görüldü. Bir yandan mesleğini yürütüp, diğer yandan ev işi, çiftliğin işleri ve iki oğlu ile başa çıkamadığı için son birkaç günü yatakta geçirmişti.

İlk görüldüğünde aptalca bir kayıtsızlık içindeydi, sırtüstü yatıyordu, gözleri kapalıydı ve genellikle, sanki oturamıyor veya ayakta duramıyormuşçasına (ama istek üzerine her ikisini de yapabiliyordu) gevşek, pelte gibi bir hali vardı. Bazen anlamsızca homurdanıyor ve inliyordu; bazen de mantıklı konuşuyordu. Bir süre sonra konsantrasyonu ve dikkati daha düzeldi ve olup bitenlerle ilgilenmeye başladı, ancak hâlâ konfüzyonda gibi duruyordu. Sorulara verdiği doğru yanıtlar yaklaşık, açıkça saçma yanıtların ve bazen 'Bilmiyorum'ların aralarına serpiştirilmişti. 'Bir ineğin kaç bacağı vardır?' diye sorulduğunda, 'İnek beslemiyorum, yalnızca domuz besliyorum' yanıtını verdi. Haftanın ilk gününü söylemesi istendiğinde 'Cuma' dedi. Duvar kâğıdındaki kıpkırmızı bir çiçeğin pembe olduğunu söyledi. Ek olarak, 3+2 gibi basit hesaplamalar yapması istendiğinde 'Bilmiyorum' diyordu. Teğet gitme eğilimindeydi ve konuşması saçma ile mantıklı olanın bir karışımıydı. Duygusal olarak yüklü soruları, sözgelimi kocasının ölümü ve kendi geleceğiyle ilgili olanları hiç duymamış gibi yapıyordu. Tek bir görüşme sırasında bile durumu dalgalanıyordu, bir an daha az şaşkın duruyor, bir an sonra iyice konfüzyondaymış gibi bir hal alıyordu. Geçmiş yaşamına dair net bir öykü veremiyordu.

Hastaneye yatırılma olasılığından söz edildiğinde, kesin bir dille akıl hastanesine gitmeyeceğini, ama genel bir has-

taneye yatmayı düşünebileceğini söyledi. Bundan sonra, yakınlarda bir ameliyat için yatmış olduğu hastaneden söz etti, ancak adını veya yerini ammsayamadı. İhtiyaç duyduğu tek şeyin dinlenmek olduğunu, bunu da evde yapabileceğini ve bir dostunun ona bakacağını ısrarla söylüyordu. Bunun nasıl başarılı biçimde gerçekleşeceğine dair hiçbir ayrıntı veremiyordu ve son iki gündür evi annesinin idare ettiğini, ona ve oğullarına baktığını kavrayamamış gibi bir hali vardı. Sanki belli bir derecede disosiasyon (çözülme) vardı.

Ayrıca varsanılı bir izlenim uyandırıyordu. Aile hekimini yatağının ayak ucunda 'görüyor' ve 'işitiyor' olduğunu söylüyordu, oysa adam sessizce görüşmecinin yanında, geride duruyordu. Ayrıca onu bir hafta önce, histerektomi için hastaneye yattığında da gördüğünü ve işittiğini söyledi.

Hiçbir nörolojik işaret veya fiziksel anormallik yoktu, ancak durumu göz önüne alındığında, o sırada yaşamını idame ettirememesi, ruhsal durumu ve ailesi ile hekiminin kaygıları yüzünden hemen hastaneye yatırıldı.

İlk 24 saat boyunca durumu hemen hemen aynı kaldı. Kayıtsızca yatakta yatıyor, çevresine hiç ilgi göstermiyordu. Seyrek olarak konuştuğunda da konfüzyonda gibiydi. Ertesi gün çevresine daha çok ilgi göstermeye başladı ve eve gitmek istediğini, tek ihtiyaç duyduğu şeyin dinlenmek olduğunu tekrarlayarak itiraza başladı. Daha açık tarzda konuşuyordu, hem konuşması hem de hareketleri daha kendiliğindendi. Sol tarafında ağrıdan ve bütün vücudunda zayıflıktan yakındı, 'Bacaklarım tutmuyor' diyordu. Sonra çok kaygılandığını, yalnız ve çökkün olduğunu ve uyuma zorluğu çektiğini itiraf etti. Üçüncü gün durumu daha da düzeldi ve konfüzyonu çok azaldı. Gerçekten de artık çoğu soruya doğru yanıt veriyordu ve daha önce vermiş olduğu yaklaşık ve gülünç yanıtların hiçbiri kalmamıştı. Bunlar kendisine anlatıldığında güldü, sanki bu yanıtları vermiş olduğunu unutmuştu. Giyinmeye ve yataktan kalkmaya başladı, ama yine de kendini zayıf hissettiğinde ısrarlıydı.

İlk yatırıldığında Ganser sendromunun bütün belirtilerini açıkça sergiliyordu; ayrıca bunun depresif bir durumun üzeri-

ne binmiş olduğu da açıktı. Buna uygun olarak, antidepresan tedavi (amitriptilin) başlandı. Günden güne belirgin düzelme göstermeyi sürdürdü ve on gün içinde canlı ve neşeli bir hale geldi. İki haftanın sonunda bütün depresyon belirtileri ortadan kalkmıştı.

Psikoterapinin gidişi sırasında anksiyetelerini söze dökebilir oldu. Her şeyle aynı anda başa çıkamayacağı gerçeğini kabullenerek, sorunlarıyla birer birer, gerçekçi biçimde başa çıkmayı aklına koydu. Gelecek konusunda daha iyimser oldukça, düzelmesini pekiştirmek üzere hastanede bir süre daha kalması yolundaki önerileri daha fazla dinler ve daha sabırlı bir hale geldi.

Yukarıdaki olgular sendromun çekirdek klinik özelliklerini ortaya koyar – konfüzyon, varsanılar, somatik semptomlar ve yaklaşık yanıtlar verilmesi. İlk olguda tetikleyici etiyolojik etmen duygusal olarak yüklü ve psikolojik olarak kısıtlayıcı bir sosyal durumdu, ikinci olguda ise durum depresif hastalığın üzerine binmişti.

İzleyen olgu, bir cezaevi ortamında ortaya çıkışıyla önceki örneklerden ayrılır, ancak yine kısıtlanmayla ilişkili aşırı strese tepki olarak gelişmesi ilginçtir.

**Olgu 3**

Yirmi üç yaşındaki bir mahkûm, bir İngiliz cezaevindeki ciddi bir karışıklığın ardından, isyan çıkarmakla suçlanıyordu. Ailesinde hiçbir ruhsal bozukluk öyküsü yoktu, kentsel kesimde yetişmiş, devlet okullarına gitmişti ve suç işlemeye (çoğunlukla gasp) ergenliğinin ilk yıllarında başlamıştı. Daha önceleri psikiyatrik hizmetlerden hiç yararlanmamıştı ve sağlıklıydı, yalnızca yasadışı madde kötüye kullanımı öyküsü vardı.

Cezaevindeki bir karışıklık sırasında başına darbe aldığını, birkaç dakikalık bir bilinç kaybı olduğunu bildirdi. Ancak bu olayın gerçekten olduğunu doğrulayan hiçbir nesnel kanıt yoktu.

Karışıklıkların ardından araştırmaları yürüten polisle ilk başta işbirliği yapıyordu, ancak daha sonra kendisi isyan çıkarmakla suçlandı. Bundan sonra kendisini başarıyla savunabilmek ve ağır bir hapis cezasından kaçabilmek için, diğer mahkûmlar hakkında daha fazla bilgi vermek zorunda kaldığı bir ikilem içine düştü. Bu arada, ondan sessiz kalmasını isteyen diğer suçlulardan şiddet tehditleri alıyordu. Benzer şekilde, ailesi de diğer isyancıların ailelerinin tacizine maruz kalmıştı.

Cezaevindeki karışıklıktan birkaç ay sonra sağlığıyla ilgili sorunları oldu ve epileptik konvülsiyon olduğu düşünülen bazı solunum sorunlarıyla cezaevi revirinde kısa bir süre yatırıldı. Bir dizi EEG ve izotop beyin taraması da dahil birçok inceleme yapıldı. Yalnızca EEG traselerinin bir bölümü hariç, incelemelerin hepsi de normaldi. Bu arada cezaevi ekibi davranışlarında bir değişiklik gözlemledi. Bazen şaşkın görünüyor ve işittiği seslerden yakınıyordu. Bununla birlikte, normalde kaldığı bölümden revire aktarıldığında semptomları çabucak düzelme gösterdi. Cezaevi ekibi, bir konvülsiyon sırasında kollarını bacaklarını savuruşuna bakarak semptomlarının gerçekliğinden kuşkuya düştü ve temaruz yaptığını düşündü. Mahkeme tarihi yaklaştıkça durumu da kötüleşti. Cezaevindeki karışıklıktan 20 ay sonra yapılan psikiyatrik muayenesinde görüşülmesi güç, bilgi vermeye isteksiz biri olduğu düşünüldü, ama diğer yönlerden işbirliğine giriyordu. Muğlak, kaçamak davranıyordu ve görünürde yoğunlaşması ve kavraması zayıftı. Kendisiyle konuşan, fısıldayan sesler işittiğini anlattı, bunlar diğer mahkûmlardan geliyordu ve birkaç görüşme boyunca yaklaşık yanıtlar verdi. Formel psikometrik testleri reddetti ya da bunlara işbirliği gösteremedi, ancak klinik bir tahmin normal zekâ aralığının alt ucunda işlev gördüğünü ortaya koydu.

Bir psikiyatri koğuşuna aktarıldıktan sonra tavır ve davranışları hızla düzeldi, ama yine de mahkeme ve yaşadığı zorluk konusunda anksiyeteli ve gergindi. Tuhaf biçimde, durumuna karşı içgörülüydü, doktorların ancak 'mucize gerçekleştirebilirlerse' ona yardımcı olacaklarını söylüyor ve kendi yaşadıklarını 'kafesteki bir hayvan' gibi olmaya benzetiyordu.

Hastada Ganser sendromu bulunduğu düşünüldü, çekirdek özelliklerin hepsini sergiliyordu. Destekleme ve ara sıra anksiyolitik ilaç verilerek tutucu bir tedavi yöntemi izlendi. Bozulmuş ruhsal durumu mahkemeye çıkmasına izin verecek kadar düzeldi. Bir yıl sonra toplum içinde yaşıyordu ve ruhsal sağlığı yerindeydi.

## Epidemiyoloji

Sendromun seyrekliği bu konuda yazmış olan tüm yazarlar tarafından üzerinde durulan bir noktadır. Gerçekten de Goldin ve MacDonald yaptıkları kapsamlı derlemede 1955 yılına dek İngilizce yazında yalnızca 14 olgu bildirilmiş olduğunu buldular. Bu belki de epidemiyolojik çalışmaların azlığını ve buna bağlı olarak bozukluğun sıklığı ve yaygınlığına ilişkin hiçbir veri bulunmayışını kısmen açıklar.

Kuzey Amerika yazınına kıyasla Avrupa yazınında daha sık, ama genelde çok az sayıda olgu bildirilmiştir (bozukluğun olası histerik temeli düşünüldüğünde bu şaşırtıcı gelebilir). 1987'de Carney ve ark. yararlı bir yazın derlemesinden sonra, bildirilmiş tam sendrom olgularının 50'den az olduğu sonucuna vardılar. O zamandan bu yana 30 kadar olgu daha bildirildi, ancak bunların tamamında, hatta çoğunluğunda, Ganser'in ilk tanımladığı özelliklerin tümü bulunmuyordu. Demek ki, İngilizce yazın açısından Ganser'in ilk tanımından bu yana bildirilen olgu sayısı yüzün çok altındadır. Bildirimlerin seyrekliğine sendromun ender olarak tanınması katkıda bulunmuş olabilirse de, gerçekten az rastlanır olması da olasıdır. Son yıllarda tanımlanan olgu sayısındaki artış Scott'ın (1965) sendromun giderek daha seyrek olduğu görüşünü çürütür.

Tam ölçekli epidemiyolojik bir taramaya en yakın çalışma, Tsoi'nin 1973 yılında Singapur'da iki milyonluk bir nüfusa hizmet veren bir akıl hastanesine yapılan 1200 ya-

tış üzerindeki çalışmasıdır. Bu çalışmada, 10 olguda sendromun varlığı bildirildi. Aslında, örneklemin tümü tam sendromu sergilememiş olsa da, bütün hastane yatışlarının yüzde birinden biraz az olan bu rakam, şaşırtıcı derecede yüksektir. Sendromun sıklığına dair ikinci bir sayısal ipucu Tyndel'den (1956) geldi. Tyndel, 1950 ile 1954 yılları arasında sosyal sigortalar için 'birkaç bin' kişiyi inceledi ve Ganseryen özellikler taşıyan 25 olgu bulduğunu bildirdi.

Cinsiyet açısından bakıldığında, sendrom hemen her zaman erkeklerde görülüyor gibi durmaktadır. Whitlock (1967) bu farklılığın gerçek olmaktan çok görünürdeki bir farklılık olduğunu, belki mahkûmlarda (hem askerî hem sivil) daha sık bildirilmesiyle ilişkili olduğunu öne sürdü. Bununla birlikte, bildirilen çalışmaların birçoğu yalnızca erkek örneklemlerden oluşur ve kadın olgu bildirimleri çok az sayıdadır.

Ganser'in özgün hastaları cezaevinde yatan mahkûmlardı, ancak daha sonra yazılan makalelerde sendromun adli olmayan ortamlarda da eşit derecede görülebileceği öne sürüldü. Jolly (Weiner ve Braiman'dan alıntı) kendi olgularının üçte birinin suçlu olmayan sivillerden oluştuklarını bildirdi ve Weiner ve Braiman'ın (1955) örneklemindeki altı olgudan yalnızca biri mahkûmdu. Daha sonraki birkaç olgu bildiriminin ışığında, sendromun yalnızca sivil veya askerî mahkûmlarda ve kaza için tazminat isteyen bireylerde ortaya çıktığı görüşünün hatalı olduğu açıklık kazanır (ayrıca bkz. Olgu 1 ve 2).

İlginç bir gözlem de, sendromun etnik azınlık konumuyla ilişkisinin olmasıdır. Sözgelimi Tsoi'nin (1973) örnekleminde % 60 Singapur'daki Hintli azınlıktandı. Yakınlarda Sigal ve ark. (1992) İsrail'den 15 olgu üzerinde bir çalışma bildirdiler, burada da örneklemin % 50'den fazlası

Arap kökenliydi, oysa Araplar İsrail nüfusunun yalnızca % 19'unu oluştururlar.

Geleneksel olarak daima sendromun yalnızca erişkin psikiyatrisi alanıyla sınırlı olduğuna inanılmıştır. Gerçekten de Scott (1965) kişisel olarak incelediği 8000 çocuk suçlu arasında tek bir örnek bile bulamadı. Ne var ki, son yıllarda yayımlanan bir avuç olgu bildirimi, bazıları adli ortamlarda olmak üzere, ergenlerde ve ergenlik öncesi çocuklarda da ortaya çıktığını gösterdi. Her şeye rağmen bunlar olağandışı olgular olarak ele alınmalıdır (Dabholkar, 1987; Adler ve Touyz, 1989; Apter ve ark., 1993).

## Klinik Özellikler

Ganser sendromunun dört temel klinik özelliği şunlardır:

- Yaklaşık yanıt
- Bilinçte bulanıklık
- Somatik konversiyon özellikleri
- Varsanılar

Bütün çekirdek semptomları sergileyen tam sendrom enderdir. Bununla birlikte, tıbbi yazında bu özelliklerin iki veya üçünü gösteren birçok olgu bildirimi vardır, demek ki daha sık karşılaşılan bu örnekler büyük olasılıkla tam sendromun silik biçimlerini temsil etmektedir.

Merkezdeki, sürekli var olan semptom yaklaşık yanıttır, bu yüzden *Vorbeireden* 'amacı geçen veya amaca ulaşamayan konuşma' olarak da adlandırılmıştır. Özgün olguların incelenmesi, bu sözcüğün Ganser tarafından kullanılmamış olduğunu ortaya koyar. Bunun yerine *Vorbeigehen*, 'geçip gitmek' sözcüğünü kullanmıştır, ki bu sözcük sendromu daha iyi tanımlıyor gibi durmaktadır, yani hasta so-

ruya doğru yanıtı 'geçip gider' ve ona yakın bir yanıt verir (Ganser 1898, 1904).

Sözgelimi, iki artı ikinin beş olduğunu, on bir parmağı olduğunu ve bir haftada sekiz gün olduğunu söyleyebilir. Bu tür yanıtların aralarına doğru yanıtlar, açıkça gülünç yanıtlar ve gündelik deneyimlere ilişkin en basit bilgilerin yeteceği sorulara 'bilmiyorum'lar serpiştirilmiş olabilir. Bu yanıtlardan bazıları saçma olmakla birlikte, her biri iyice düşünülerek ve görünürde ciddi bir niyetle verilir. Sözgelimi, günün hangi saati olduğu sorulduğunda, güneşin parladığı görüldüğü halde hasta gece yarısı olduğunu söyleyebilir.

Çok çeşitli gülünç ve yaklaşık yanıtlar verilebilir. Renkler yanlış isimlendirilebilir. Hastalarımızdan birisi, blok tasarlama testi verildiğinde, blokların üzerindeki kırmızı bölgelerin beyaz, beyazların kırmızı olduklarında ısrar etmişti. Bir köpeğin kaç bacağı olduğu sorulduğunda, doğru yanıtı ancak uzun uzun düşünerek ve parmaklarıyla sayarak verebilmişti. Yalnızca yanıtların saçmalığına değil, hangi tarzda verildiklerine de dikkat edilmelidir. Performansın belirleyici özelliği tutarsızlıktır, yaklaşık yanıtlar verme eğilimi bir muayene sırasında bile dramatik olarak değişebilir ve görüşmecinin yanıtları ve tutumundan ileri derecede etkilenebilir. Hekimde kuşkular uyanıp sorular üzerinde daha titiz durmaya başlarsa, 'bilmiyorum' yanıtları da sıklaşabilir, disosiasyonun derecesi artma eğilimi gösterir ve denek olup bitenlere ilgisini giderek kaybeder veya somurtkan bir suskunluğa gömülebilir.

Bilinçte bulutlanma durumu, hastanın genel görünümüne ve tavırlarına yansır. Apatik bir kayıtsızlık ifadesi olabileceği gibi, endişeli bir şaşkınlık içinde de olabilir. Letarjik görünür ve yarı-stupor halinde olabilir, öyle ki dikkatini

çekmek ve korumak zordur. Kavraması bozulmuştur, yönelim bozukluğu belirgindir ve özellikle bellek bozukluğu vardır. Bu bellek kusuru sorunun çekirdeğiyle ilgili konularla ilişkisi açısından son derece tutarlı ve çarpıcı oluşuyla organik amneziden çok psikojenik amneziyi andırır. Bunlardan uzaklaştıkça, daha az bozulma gözlemlenir ve çok daha az dalgalanma vardır. Diğer psikojenik amnezi biçimlerinde olduğu gibi, sorun çözüldüğünde tümüyle ortadan kalkar ve hasta böyle bir şaşkınlık içinde oluşuna hayret edebilir. Bu konfüzyona eşlik eden, karakteristik bir akıl karışıklığı durumu vardır. Ganser'in kendisi bunu bazen bulutlanma (*Benommenheit*), bazen de karışıklık (*Verwirrtheit*) olarak tanımlamıştır (Citterio ve Della Rovere, 1962).

Hem motor hem de duyusal sistemleri ilgilendiren çok çeşitli bedensel semptomlar bulunabilir. Bunlar, histerik durumlardan tanıdığımız psödonörolojik semptomların tüm yelpazesini kapsar. Ataksi ve denge bozukluğu özellikle sık gibi durmaktadır. Kol ve bacakları kendiliğinden veya istek üzerine hareket ettirme güçlüğü olabilir. Duruş yatakta yatarken gevşeklikle veya diğer durumlarda doğal olmayan bir rijidite ile karakterizedir. Klinik tabloya yabancı olanlar ilk başta bunu katatonik bir durum sanabilir ve sinir sisteminin organik bir bozukluğunun sonucu olarak görebilirler. Bunlarla birlikte çeşitli duyusal semptomlar ortaya çıkabilir. Baş ağrısı, sırt ağrısı veya diğer ağrılar veya bedensel rahatsızlıklar sıktır. Bir olguda, hastanın histerik bir özellik olarak prozopagnozi semptomu sergilediği bildirilmişti (Mahadevappa, 1990).

Fizik muayene büyük olasılıkla, hafifçe yükselmiş kan basıncı ve canlı tendon refleksleri gibi yüksek otonom uyarılma işaretleri ortaya koyar. Duyusal testlerde analjezi veya anestezi bölgeleri saptanabilir.

Varsanılar varsa, bunlar işitsel veya görsel olabilir; yazarların bildiği kadarıyla, diğer duyulara ait anormal algılar bildirilmemiştir. Varsanıların doğası oldukça fantastik olabilir ve içerikleri hastanın yaşamının o anki durumuyla genel bir bağlantı taşıma eğilimindedir, bunların duygusal olarak yüklü epizotların yeniden canlandırılması oldukları da düşünülebilir. Olgu bildirimlerindeki ikinci hasta, aile hekiminin yatağının ayak ucunda durduğu hayalini görmüştü. Söylediklerine bakılırsa, o anki koşullarda hekiminin ona yardım edebilecek tek kişi olduğunu hissettiğinden, ona büyük gereksinim duyuyordu. Bu algısal bozuklukların doğası ve hastanın şimdiki durumuna bütünleştirilme şekilleri gerçek değil, histerik alacakaranlık durumunun diğer bazı çeşitleri için karakteristik olan yalancı varsanılar olduklarını düşündürmektedir.

Hastanın genel davranışı kaotik ve düzensiz olabilir, stuporla şiddete başvurma arasında dalgalanabilir. Bu tür bir görüntü ortaya çıktığında, daha örtük çekirdek özellikleri maskeleyerek tanısal güçlüğe katkıda bulunur.

Ayırıcı tanı şunları içerir:

- Organik demans – 'sert' bilişsel kusurlarla karakterize; genellikle az sayıda sorunla başvurulur.
- Organik alacakaranlık durumu – yanıtlar yavaştır ve yanlış olabilir, ancak *Vorbeireden* yoktur.
- Depresif psödodemans – ayırıcı tanıda büyük zorluk yaratabilir; yatarak gözlem gereklidir.
- Histerik psödodemans – bilinçte bulutlanma yoktur.
- Şizofreni – düşünce bozukluğu ve duygulanımda uygunsuzluk olup olmadığına bakın.
- Temaruz – enderdir, bu tür bir rolü uzun süre sürdürmek zordur.

## Etiyoloji ve Psikopoatoloji

Teknik açıdan bakıldığında Ganser sendromunun etiyolojisi ve psikopatolojik yorumu kanıtlanmamıştır ve hâlâ karanlıktır. Birçok yazar durumun gerçekte ister organik, isterse işlevsel psikotik süreçlerin non-spesifik bir görüntüsü olduğunu ileri sürmüştür. Bu varsayım Whitlock (1967) tarafından çok kapsamlı olarak araştırıldı. Ancak, bu kitabın yazarları da şimdiye kadar toplanmış olan kanıtların Ganser'in özgün fikrini desteklemeyi sürdürdüğü, yani bozukluğun kökenlerinin psikonörotik düzeneklerde yattığı görüşünü paylaşmaktadır. Her şeye rağmen, ille de birbirlerini dışlaması gerekmeyen diğer bazı temalar üzerinde de titizlikle durulmalıdır; bunlar: Organisite, psikoz, duygulanım bozukluğu ve temaruzdur.

## Biyoloji

Klinik tabloda gözlemlenen bilinç bulanıklığı ve psödodemans ilk başta bir organik beyin sendromu düşündürür. Dahası, Ganser'in özgün olgularından bazılarında tablo serebral travmanın ardından ortaya çıkmıştı, daha sonra da buna benzer olgular bildirildi. Benzer şekilde, bilinçteki kısıtlılık ve şaşkın duygusal tepkiler karmaşık kısmi nöbetten veya post-epileptik alacakaranlık durumundan klinik olarak ayırt edilemeyebilir.

Özellikle potansiyel organik bir substrat üzerine odaklanan çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların da eksikleri vardır ve bu görüş lehine güçlü kanıtlar ortaya koyamamışlardır. Cocores ve ark. (1986), kendi izledikleri bir olguyla birlikte, yazındaki çeşitli kaynaklardan 50 olguyu gözden geçirdiler. Olguların yalnızca 18'inde EEG sonuçları bildirilmişti ve bunların on biri (% 61) normal, ikisi (% 11) 'tartışılır biçimde anormal' ve beşi (% 28) kesinlikle

anormaldi. Ek olarak bildirilen olgularda BT sonuçlarının hemen hepsi normaldi; psikometrik incelemeler ya psikonörotik düzeneklere ilişkin kanıtlar ortaya koydu ya da organik-benzeri sonuçlar verdi, ki bunlar da bozukluğun iyileşmesinden sonra hastalık öncesi düzeylere döndüler.

Bütün bunlara bakınca, eldeki bilgilere dayanarak Ganser sendromunun herhangi özgül bir lezyonla ilişkili olmadığı ve klinikte tek tek olgular üzerinde yürütülen araştırmaların büyük olasılıkla normal çıkacağı sonucuna varılır.

**Psikoz**

Ganser hastalarının verdikleri davranışsal ve sözel yanıtların bazıları belli psikotik bozuklukları fazlasıyla andırır, özellikle de katatonik şizofrenide gözlenen soytarılık durumu ve negativistik sendromlara benzer. Ganseryen yanıtlar gerçekten de şizofrenik düşünce bozukluğunun bir temelini oluşturan, Cameron'un (1944) 'metonimik çarpıtmalar' olarak adlandırdığı özelliklerin bazılarını paylaşır.

Ganser sendromuyla şizofreni arasındaki olası ilişki büyük tartışmalara yol açar. 'Soytarılık durumu' terimi, sorulara verdikleri yanıtlar ve genel tutumları bir tanım getirilmesini hak eden bazı katatonik hastaların tuhaf davranışlarını anlatmak üzere kullanılmıştır. Burada ayrıca histerik püerilizm denen durumla da benzerlik vardır, her ikisi de bilincin açık olduğu zeminde ortaya çıkar; ilk durumda kaba düşünce bozuklukları ve affektif uygunsuzlukla birliktedir. Ek olarak Sim (1963) ayırıcı tanı için çok yararlı bir nokta ortaya atmıştır. Şizofrenik 'soytarılık sendromu' üzerine şunları söylemiştir: 'Bu durumda, hastada bir tür meydan okuma havası vardır, davranışları gülünç olmaktan çok uygunsuzdur ve zaman zaman ver-

diği yaklaşık yanıtlar asla kaba değildir.' Bilinçte bulutlanmayla giden atipik şizofrenik psikozlar, yani 'oneirofrenik durumlar' da ayırıcı tanıda düşünülebilir, ancak bunların şizofrenik doğası genellikle ilk bakışta anlaşılabilir tarzdadır.

### Altta Yatan Duygulanım Bozukluğu

Bir duygulanım bozukluğu zemininde psödodemans ortaya çıkması hem klinik hem de kuramsal güçlükler doğurur. Gerçekten de, histeri görüntüsünde ortaya çıkan diğer bazı bozukluklar gibi, Ganser sendromunun da bilinçte bir miktar bulutlanmanın olduğu depresif bir hastalığın bir belirtisi olması ender değildir (Anderson ve ark., 1959). Örneğin, 29 yaşındaki bir kadın psödodemans ve stuporla giden bir dizi epizot geçirmişti, bunlar EKT'ye çarpıcı biçimde iyi yanıt veriyordu ve bu durumun nedeni, tekrarlayıcı depresif hastalık ataklarıydı. Biraz farklı diğer bir önek de, bitirme sınavını geçemeyen 33 yaşındaki üniversite öğrencisiydi. Genç adamda aniden stupor ve psödodemans epizotlarının eşlik ettiği paranoid depresif bir tepki gelişmişti.

### Temaruz

Ganser sendromunun temaruzun bir belirtisinden ibaret olduğu görüşüyle ilgili Szasz'ın (1961) yorumu:

> Ganser sendromunun tipik özelliklerini sergileyen insanların ... hem kendilerini hem de çevrelerindeki insanları gerçekten hasta (bununla yetiyitimine uğramış, sorumluluklarını üstlenemeyecek, hatta belki de bedensel olarak hasta olmak kastediliyor) olduklarına ikna etmeyi çok güzel başarmaları hayret vericidir... Ama bu

şekilde davranarak ne olursa olsun hem kendilerini hem de bizi yanlış yöne ve akıl karışıklığına sürüklüyorlar.

Bu görüş, Ganser sendromu ve temaruzu birbirine çok yaklaştırır, zaten Szasz, ruh hastalığının doğasına ilişkin daha az radikal görüşleri kabul etmez. Belki de, hastanın içine işlemiş ve diğer şeylerle birlikte, bulutlanmış bilinç temelinde yalancı varsanıların ortaya çıkmasına yol açan durumun yüksek duygusal gerilimine yeterince önem verilmediği söylenebilir. Çağdaş standartlara göre Szazs'ın fikri biraz hantaldır ve psikopatolojik sürecin biçimini altta yatan güdülenimle karıştırır, bu yüzden de disosiyatif/konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk ve gerçek temaruz arasında ayrım yapamaz.

**Psikopatoloji**

Anımsanmayacak miktarda kanıt, saf biçimindeki Ganser sendromunun kişi tarafından kısıtlayıcı, katlanılmaz bir durumdan sınırlı olsa da kaçmak üzere harcanan bilinçdışı çabanın sonucu olan histerik, disosiyatif bir tepki olduğu görüşünü hâlâ desteklemektedir. Bilinçdışı güdülenmiş olsa da, sendromun bir kazanca –hasta rolünün benimsenmesine– hizmet ettiğine kuşku yok gibidir. Bu sorunun esas çekirdeğine yaklaşma girişiminde bulunulduğunda bastırmanın güçlenmesiyle ve gerçeklikten kaçışın daha belirginleşmesiyle kendini gösterir. Sorumluluktan ya da görünürde katlanılmaz bir yaşam olayıyla yüzleşme zorunluluğundan kaçma girişimine ek ve eşzamanlı olarak, gerçeklikle bağlantıyı koparmama isteği de vardır, bu da içe kapanmanın derecesini sınırlar. Bu ödün semptomatolojiye yansır. Leiberman (1954) ile Weiner ve Braiman'ın (1955) işaret ettikleri gibi, bu da merkezdeki semptom olan

*Vorbeireden*'i (veya Ganser'in deyimiyle *Vorbeigehen*) açıklar, yani bir soruya verilen yanıtın neden tümden karavana olmak yerine yalnızca kılpayı ıskalandığını.

İyileşmeyi izleyen amnezi yüzünden, bu sendroma tutulan hastalar daha sonra neden ilk başta yaklaşık veya gülünç yanıtlar vermiş olduklarını, hatta bunları yapmış olduklarını açıklayamazlar. Gerçekten de ilk muayenede sorulan sorulardan bazıları anımsatıldığında, kendi yanıtları bir yana, soruların saçmalığına bile gülebilirler. Bununla birlikte, deneysel amaçlarla ruhsal bozuklukları taklit etmeleri istenen kişiler üzerindeki çalışmalardan altta yatan süreç üzerine bazı fikirler edinilebilir (Anderson ve ark., 1959). Ganser sendromlu hastalar gibi, bunların büyük kısmı da yaklaşık yanıtlar verme eğilimindedir, ancak amnezik olmadıkları için, deney sırasındaki zihinsel etkinliklerine bir miktar ışık tutabilirler. Ancak, deneysel temaruzun gerçekleştiği koşulların Ganser durumunda söz konusu olanlarla tam olarak özdeş olmadığı, iki durumdaki güdülenimin farklı oldukları unutulmamalıdır. İnceleme sırasında akıldan aritmetik sorularına bir dizi yaklaşık ve yarı-yaklaşık yanıtlar vermiş olan bir denek daha sonra o sıradaki uslamlama sürecini şöyle açıkladı: 'Diyelim ki 2 ile 2'yi toplamam istendi. Yanıt 4! Ne yapacağım? Yaklaşık bir yanıt ver, 5? Olmaz! Bu yeterince iyi değil, 6 de!'

Diğer bir denek tekrarlaması istenen ondalık dizisindeki sayıları yeniden düzenlemiş veya yerlerini değiştirmişti. İlk başta bunun için bilinçli bir çaba harcamış olduğunu, ama sonra yanlış veya doğruya yakın yanıtlar vermesine yardımcı olsun diye dikkatini özellikle dağıtmış olduğunu açıkladı. Bu türden yanıtlar verebilen deneysel temaruzcuların çoğu, özellikle de muayene uzun sürüyorsa, gerçeğin çağrısının bu egzersizi güçleştirdiğini itiraf etti-

ler. Bu da bizi, rolün sürdürülmesini sağlayanın Ganser sendromunun ikinci ana özelliği olan bilinç bulutlanması olduğu gerçeğine götürür. Anderson ve ark. (1959) işaret ettiği gibi, 'Bir yaşantıyı seçici algılayabilen Ganser hastası, yalnızca belli yönlerine ilgi gösterebilir ya da gösterir, bu yüzden yanıtları da sapar. Bütün kavranamadığı için, söz konusu yaşantının toplam alanı resmedilemez, bir şekilde buna giden yol tıkanmıştır'.

Histerik semptomlar genellikle benzedikleri durumun eksik temsilleridir ve hastanın zihninde benzetilen hastalığa veya duygusal duruma ilişkin bulunmasını beklediği imgeye karşılık gelirler. Bu, bozukluğun hemen daima çok da zeki olmayan bireylerde bildirildiği gerçeğiyle birlikte ele alındığında, semptomatolojinin kaba doğası kolayca anlaşılabilir.

## Tedavi

### Hastane Yatış:

Durumun doğal gidişi iyileşmeye doğru olmakla birlikte, bozukluğun akut evresi hastada yoğun sıkıntı ve hekimler için de tanısal güçlükler gibi birçok sorun oluşturduğundan genellikle hastane yatışı kaçınılmazdır. Gerçekten de, çoğu durumda depresif hastalık ve elbette temaruz gibi eşzamanlı durumları dışlamak için zorla veya hastanın rızasıyla hastaneye yatırmak şarttır.

Belli ortamlarda (örn. mahkûmlar) adli-tıbbi sorunlar ortaya çıkar ve kişinin mahkemede kendini savunabilecek kadar iyi olduğuna emin olmak için hastaneye nakletmek gerekli olabilir. Çağdaş uygulamada, hastaneler bu tür hastaları yatırmaya isteksiz olabilirler, ki bazı yazarlar bu hastaların uyandırdıkları hoşnutsuzluk üzerine yazmışlardır (Carney, 1987).

## Genel Tedavi

Genel tedavi yaklaşımları arasında anlayışlı ve sevecen bakım, güvenli ve yapılandırılmış bir çevre sağlanması ve ilgilenen hekimin destekleyici ve ümitli tutumu sayılabilir. Hedef hastanın normalliğe dönmesine yardımcı olmaktır ve gülünç yanıtların üzerinde hiç durulmaması, yumuşak biçimde hastanın yüreklendirilmesi ve herhangi bir inanmazlık veya temaruz kuşkusu sezdirilmemesi yararlı olur.

## Özgül Tedaviler

Özgül tedavilere dönersek, Ganser sendromunun kısa bir EKT kürüne mükemmel yanıt verdiği bildirilmiştir (Goldin ve MacDonald, 1955; Tyndel, 1956). Ancak bu ağır veya potansiyel olarak yaşamı tehdit eden özellikleri olan istisnai olgulara saklanmalıdır. Elbette eşzamanlı depresyonun olabilecek en iyi yöntemlerle tedavisi şarttır. Nöroleptik ilaç verilmesinin ardından düzelme olduğu bildirilmiştir, ama yine hastaların büyük çoğunluğunun ilaçlara veya EKT'ye gerek kalmadan, bu bölümde daha önce ana hatları verilen genel önlemlere yanıt vereceğinin altı çizilmelidir.

İlaçlar, bilişsel veya diğer bir psikoterapi şekli de dahil herhangi bir tedavi şeklinin gelecekte sendromun ortaya çıkması riskini azaltma konusunda profilaktik etkisi olup olmadığı bilinmemektedir.

## Prognoz

Kendiliğinden tam düzelme eğilimi üzerinde daha önce de durulmuştu. Yakında mahkemede yargılanacak olmak gibi, stres yaratan etmenlerin varlığının sürmesi durumunda bile, bozukluğun kısa süreli prognozu mükemmeldir. Nissl'in (1902) bozukluğun genellikle biçimsel (*formal*) bir psikotik hastalığa ilerlediği yolundaki görüşünü destekleyecek hiçbir kanıt yoktur.

Daha sonraki bir tarihte hastanın stres altında kalmasıyla bozukluğun yeniden ortaya çıkabileceği genellikle kabul edilir ve gerçekten de bu tür nükslerin sık olduğu söylenir. Ancak bu anekdotal klinik izlenimi destekleyen veya nüks oranlarına ilişkin sayısal değerler sunan hiçbir çalışma yoktur. Bozukluğun ne kadar seyrek olduğu düşünülünce, bu şaşırtıcı gelmez. Yine, klinik izlenimler yeni streslerin ardından gelen nükslerin genellikle geçici olduğu ve iyileşmenin tam olduğu yolundadır.

## Temaruz

Yargılanmayı bekleyen mahkûmlarda sık sık temaruzdan kuşkulanılır. Bu tür kuşkular yalnızca geçmişte psikiyatrik öyküsü olmayan kişilerle sınırlı kalmaz, giderek daha sık olarak, önceden gerçek bir ruhsal bozukluk tanısı almış kişilerde de akla gelmektedir. Sözgelimi, yazarların deneyimine göre işitsel varsanılar gibi psikotik semptomlarla başvuran mahkûmlarda, bu semptomlar sivil psikiyatr tarafından, mahkemede cezalandırılmaktan kaçma girişimi olarak, 'ikna edici değil' veya 'sahte' kabul edilmiş olabilir. Chiswick ve Dooley (1995) 'deneyimsiz hekimler, aksi kanıtlanmadıkça bütün mahkûmların temaruzcu olduklarını sanırlar' derler. Bu yazarlar ayrıca 'pratikte mahkûmlarda temaruz sıra dışıdır ve genellikle kolayca saptanır'

diye üzerinde durarak eklerler. Semptomlara bir açıklama getirmek için başka kavramlar da gündeme geldikçe durum genellikle giderek içinden çıkılmaz hal alır. Bunlar arasında eşzamanlı kişilik bozukluğu ve madde kullanımına bağlı psikoz denen durum da vardır. Bu tür tutumlar yalnızca hatalı olmakla kalmaz, aynı zamanda tehlikeli de olabilir ve hastaların uygun tedavileri görmelerini engelleyebilir. Klinik özelliklerine göre tanımlanan bir sendromu altta yatan güdülenimden ayırt edemeyen temel karışıklık bu tanısal eğilime katkıda bulunur. Kısacası, durum, tanımsal açıklıktan yoksundur:

Temaruz, genellikle nahoş bir durumdan kaçınmak için, (etik veya olmayan) bir hedefe ulaşmak üzere kandırmak niyetiyle sahte semptomlar bildirilmesidir. Mekanizma temelde bilinçli yalan söylemedir ve sorumlu birey semptomların doğru olmadıklarının farkındadır. Buna göre, temaruz kavramı hastanın semptomun hangi düzenekle oluştuğunun farkında olmadığı durumlara uyarlanamaz, çünkü psikopatolojik temeli ne olursa olsun, tanım gereği semptomlar gerçektir.

Zor veya nahoş bir durumdan kaçınmak için akıl hastalıklarının başarıyla taklit edildiği olgu örnekleri kayıtlara geçmiştir. Bunlar arasında en iyi belgelenmiş olanlardan biri Jones'unkidir (1955). *En-Dor'a Giden Yol* (*The Road to En-Dor*) adlı kitabında yazar I. Dünya Savaşı'nda Türkiye'deki bir esir kampından kaçabilmek için nasıl akıl hastası taklidi yaptığını anlatır. Son yıllarda başka örnekler de günyüzüne çıkmıştır, bunlardan biri şizofreniyi taklit ederek hapis cezasından kaçtıktan sonra foyası anlaşılan ve adaletin gidişini saptırmaktan suçlu bulunan Winston Thomas'tır (*Daily Express,* 18 Kasım 1992). Ancak bu tür örnekler son derece sıra dışıdır ve genellikle deneyimli

bir psikiyatrı sürekli, başarılı biçimde kandırmanın zor ve istisnai bir edim olduğu kabul edilir.

Güney Manchester'daki bir psikiyatri birimine, 10 yıllık bir dönem içinde yapılmış olan 12.000 yeni yatışı gözden geçiren Hay'in (1983) çalışmasında yalnızca beş olgu bildirilmiş olması temaruzun seyrekliğine dair bir fikir verebilir. Dahası, bir fenomen olarak temaruzun kendine has bazı özellikleri vardır ki, bunlar bile kendi başlarına patolojik bir doğanın varlığını düşündürürler. Taklit edilen akıl hastalığının daha sonraları sıklıkla gerçek psikoza dönüşmesine iyi bir örnek Andreyev'in *İkilem* (*Dilemma*) adlı romanıdır. Bu tür bir eğilim ve psikiyatrlara getirdiği uyarı klasik psikiyatri yazınında sürekli ele alınmıştır:

- Bleuler (1924) – Delilik taklidi, sıradan insanların sandığı kadar sık değildir. Deliliği bir dereceye kadar başarıyla taklit edenlerin hemen hepsi psikopattır ve bazıları gerçekten delidir. Demek ki, temaruzun gösterilmesi, hastanın ruhsal olarak sağlam ve eylemlerinden sorumlu olduğunu hiçbir şekilde kanıtlamaz.
- Kraepelin (1919) – Bu alanda son derece tedbirli olmak gerekir. Kuşkuya yer bırakmayacak şekilde dissimülasyon olduğuna inandığım bu tür birçok olguda sonraları erken bunama geliştiğine tanık oldum.
- Maudsley (1867) – Bir adam deliliği deneyimli bir gözlemciyi kandıracak kadar mükemmel taklit ediyorsa, sanırım temsil ettiği karakterden çok da uzak olmadığına inanabiliriz; çünkü taklit edilen fenomenin altında gerçek bir delilik temeli olmadıkça, bütün olarak bir tutarsızlık ve bilinen akıl hastalıklarıyla uyumsuzluk olacaktır.

Jung (1903) da, psikiyatri ortamında temaruzla ilgili ortaya çıkan temalar (ender oluşu, altta yatan gerçek bir akıl hastalığının belirtisi olarak konumu ve geriye dönük temaruz itiraflarına kuşkuyla yaklaşılması gereği) üzerinde ayrıca durmuştur. Bu ışıkta, Bucknill ve Tuke (1862) tarafından *İlginç Psikiyatrik Sendromlar*'ın daha önceki baskılarında anlatılan olgu, bugün artık yanlış bir temaruz tanısına örnek olarak görülebilir.

Başlangıçta akıl hastalığı taklidi tanısı konmuş olan olgular üzerinde yürütülen izleme çalışmaları ya eşzamanlı akıl hastalığının varlığını veya daha sonraları genellikle şizofreni görünümünde, toplumsal yetiyitimi veya gerçek akıl hastalığı geliştiğini gösteren daha önceki yazarların görüşlerini doğrulamıştır (Hay, 1983; Humphreys ve Ogilvie, 1996). Bu mekanizma *yalancı temaruz* terimini kullanan Schneck (1970) tarafından iyi tanımlanmıştır. Bu kavram, bir psikiyatri ortamında ortaya çıkan temaruzun genellikle bir bozukluğun semptomu –dinamik açıdan, egoyu destekleyici bir düzenek olarak yorumlanabilecek, gerçek bir psikozun prodromal bir özelliği– olduğunu veya Berney'in (1973) tanımladığı gibi, kişilikteki çözünmeye karşı 'son bir çaba'dır. Buna göre, bir psikiyatri ortamında saf temaruzun ender olduğu açıktır; yalnızca diğer olasılıklar iyice araştırılıp dışlandıktan sonra bu tanı konmalıdır, asla ilk sıra tanısı olarak değil. Bazı öğelerinden kuşkulanılıyorsa, daha sonra psikoz gelişebileceği de beklenmelidir.

# Kaynaklar


Adler, R. and Tonyz, S. (1989) *Aust NZ J Psychiat*, 23/1,124.

Anderson, E.W., Trethowan, W.H. and Kenna, J. (1959) *Acta Psychiat Scand*, 34
(Suppl.),132.

Apter, A., Ratzoni, G., Iancu, I., Weizman, R. and Tyano, S. (1993) *J Am Acad Child Adotesc Psychiat*, 32/3,582.

Berney, T.R (1973) *South Afr Med J*, 47,1429.

Bleuler, E. (1924) *Textbook of Psychiatry*. MacMillan, New York.

Bucknill, J.C. and Tuke, D.H. (1862) *A Manual of Psychological Medicine*. Churchill, London.

Cameron, N. (1944) *Experimental analysis of schizophrenic thinking*. In: *Language and Thought in Schizophrenia*. University of California Press, Berkley.

Carney, M.W.P., Chary, T.K.N., Robotis, R and Childs, A. (1987) *Br 7 Psychiat*, 151,697.

Chiswick, D. and Dooley, E. (1995) In: *Seminars in Practical Forensic Psychiatry* (eds D. Chiswick and R. Cope). Gaskell, London.

Citterio, C. and Delia Rovere, M. (1962) *Arch Psicol Neurol Psychiatr*, 23,19.

Cocores, J.A., Schlesinger, L.B. and Gold, M.S. (1986) *Internat J Psychiat in Med*, 16, 59.

Dabholkar, P.D. (1987) *Br J Psychiat*, 151,256.

Ganser, S.J. (1898) *Arch Psychiat Nervenkr*, 30, 633.

Ganser, S.J. (1904) *Arch Psychiat Nervenkr*, 38, 34.

Goldin, S. and MacDonald, J.E. (1955) *J Mental Sci*, 101,268.

Hay, G.G. (1983) *Br J Psychiat*, 143, 8.

Humphreys, M. and Ogilvie, A. (1996) *Psychiat Bull*, 20, 666.

Jones, E.H. (1955; *The Road to En-Dor*. Pan Books, London.

Jung, C.G. (1903) *On simulated insanity*. In: *Collected Works of C.G. Jung*, Vol.1 (1957). Routledge and Kegan Paul, London.

Kraepelin, E. (1919) *Dementia Praecox and Paraphrenia.* Churchill Livingstone, Edinburgh.
Leiberman, A.A. (1954) *J Nerv Mental Dis*, 120,10.
Mahadevappa, H. (1990) *J Clin Psychiat*, 51/4,167.
Mauisley, M. (1867) *The Philosophy and Pathology of the Mind.* Macmillan, London.
Nissl, E. (1902) *Zentralbl Nervenheilk*, 13,12.
Schneck, J.N. (1970) *Psychiat Quart*, 44, 49.
Scott, RD. (1965) *Br J Criminol*, 5,127.
Sigal, M., Altmark, D. Alfici, S. and Gelkopf, M. (1992) *Comp Psychiat* 33, 134.
Sim, M. (1963) *Guide to Psychiatry.* Churchill Livingstone, London
Szasz, T. (1961) *The Myth of Mental Illness.* Hoeber, New York.,"
Tsoi, W.E (1973) *Br J Psychiat*, 123, 567.
Tyndel, M. (1956) *J Mental Sci*, 102, 324.
Whitlock, EA. (1967) *Br J Psychiat.* 113, 19.
Weiner, H. and Braiman, A. (1955) *Am J Psychiat*, 111,767.

# V

## COUVADE SENDROMU

# Couvade Sendromu

> *Nasıl oluyor da oluyor iyi hanımın karnı şişiyor, ama kocası onun için doğuruyor ve önce hastalanıyor*
> William Wycherley, *Köy Kadını* (*The Country Wife*), (IV. perde, IV. sahne)

Couvade sendromu, baba adaylarının eşlerinin gebelikleri boyunca veya doğum sırasında ya da her ikisinde birden, çeşitli fiziksel semptomlara yakalandığı bir bozukluktur, bunların en çarpıcı olanları, gebe kadınların sık sık gösterdikleri semptomları andırır. Çok nadiren diğer akrabalar ve zaman zaman çocuklar da bunlara tutulabilir.

**Tarihçe**

Couvade terimini antropolojik bağlamda ilk kullanan Tylor'dır (1865). Sözcük Fransız Bask dilinde bir yüklem olan *couver*, kuluçkaya yatmak, yumurtadan çıkmak sözcüğünden türetilmiştir. Terim, değişkenlik gösterse de, dünyanın her köşesinden endüstrileşmemiş kültürlerin birçoğunun bireyleri tarafından gerçekleştirilen ilginç bir ritüeli tanımlar. Özde bu gelenek karısının doğumu sırasında babanın yatağa yatması, oruç tutması veya belli yiyeceklerden uzak durması, doğum sancılarını taklit etmesi ve genellikle doğurmakta olan kadınlara gösterilen ilginin ona da gösterilmesinden oluşur (Westmarck, 1921).

Yakınlara dek bir isim verilmemiş olsa da, Couvade sendromuna göndermelere yazın tarihinde birkaç yüzyıldır rastlanmaktadır. Couvade ritüelinin çok eskilere dayandığı bilinmektedir. İÖ 60 yılında Diodorus Siculus şu gözlemi yapmış: 'Crynos (Korsika) Adası'nda bir kadın çocuk doğuracaksa ... adam hastaymış gibi yatağa yatar ve belli sayıda gün doğum yatağından çıkmaz'.

Couvade'e en iyi tarihsel örneklerden biri, Provens lehçesinde yazılmış bir şiir olan *Aucassin ve Nicolette*'de yer alır:

> Kahraman, Aucassin Torelore Kralı'nın sarayına gelir ve kralı yatağında yatar bulur. Derdinin ne olduğunu sorduğunda, ayın sonunda bir oğul beklediği yanıtını alır. Burada kral, Strabo zamanından beri ilim adamlarının bildirmekte oldukları bir uygulamayı izlemektedir. Ne ki Aucassin antropolog değildir ve babalığın sancılarına anlayış göstermek yerine, krala bir temiz dayak çeker (Eden, 1958).

1627'de Francis Bacon şöyle demiş: 'Yurtdışında, seven ve şefkatli Kocaların Karılarının Çocuk doğurmalarını bir Kaza eseri Kendi Bedenlerinde Hissettikleri yolunda bir İnanış var (boş olup olmadığını bilemem)' (Hunter ve Macalpine, 1963).

1677'de Robert Plot, Royal Society (Kraliyet Topluluğu) Üyesi ve Sekreteri şunları yazmış: 'İnsan doğum yaparken, çocuğun çıkımında kadınların hissettiği sancıların kocanın Karnını da bazen etkilemesi eşit derecede tuhaftır...' (Hunter ve Macalpine, 1963).

Öyle görünüyor ki, Couvade sendromu büyüsel inanışlarda bir yer bulmuştur ve kayıtlarda, en azından bir cadı-

nın, Eufame Macalyane, kadınların doğum sancılarını kocalara aktardığına inanıldığından yakılarak öldürüldüğü yazar (Frazer, 1910). Murray'e (1921) göre, 'Bir cadının ağrıyı veya hastalığı bir hastadan diğer bir insana veya hayvana aktarmakla suçlanması yaygındı. Sık sık olduğu gibi, ağrılar doğum sancısı olup kocaya aktarıldığında, adam çok hiddetleniyordu ve bu hiddeti, acılarını anlattığı erkek yargıçlar tarafından da paylaşılıyordu'. Ebeler de bu güce sahip olmakla ün yapmışlardı (Pennant, 1772). Ayrıca, İskoçya Kraliçesi Mary Haziran 1566'da doğum sancıları çekmeye başladığında, Atholl Kontesi'nin onun sancılarını Lady Reres'e aktarmaya çabaladığı kayıtlara geçmiştir. Bu işlemler başarılı olmuş gibi durmuyor, çünkü her ne kadar Lady Reres yatağa düşüp 'hanımı gibi acı çekti' ise de, Kraliçe'nin sancıları bundan hiç etkilenmemişti (Fraser, 1969).

Büyücülükte olduğu gibi folklorda da, özellikle bir semptom vardır ki, kocalar buna tutulduklarında, bazen bunu karılarının gebe olduğunun işareti olarak yorumlarlardı; diş ağrısı. Bu inanış Britanya Adalarının birçok kısmında kayda geçmiştir (Rolleston, 1945). Bu ayrıca Elizabeth dönemi tiyatro yazarları Dekker ve Webster'in 1607 yılında yazdıkları *Westwood Ho* adlı oyunlarında da konu edilir (Flugel, 1921). Üç kadının kocalarını tartıştıkları bir sahnede biri diğerine şöyle der: 'O ne mutlu, keşke ben de kocamı böyle boyunduruğa sokabilsem. İşittim ki her sene adam onun çocuklarını dişleriyle doğuruyor.'

Ayrıca, diş ağrısının karşılıksız aşkın bir işareti olarak görüldüğü de kaydedilir. Norfolk'ta 'aşk sancısı' olarak bilinirdi. Shakespeare *Kuru Gürültü*'de (*Much Ado About Nothing*, II. perde, III. sahne) Beatrice'e âşık olan Benedick'in diş ağrısından yakındığını ve bu yüzden dostları tarafından dalgaya alındığını anlatır. Diş ağrısının dışında,

on yedinci yüzyıl tiyatro ve edebiyatında başka Couvade semptomlarından da söz edilir: Sözgelimi Beaumont ve Fletcher, Thomas Middleton ve Wilkins (Lean, 1904) oyunları ve elbette Wycherley (1672, bu bölümün başına bakın) ve ayrıca, koca ile karı arasındaki 'karşılıklılık' üzerine yorum yapan Robert Heath'in 1650'de yazdığı şiir (Lindsay, 1933).

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

38 yaşında bir İngiliz karısının altı gebeliği sırasında çeşitli semptomlardan yakınıyordu. Diğer zamanlarda gayet sağlıklıydı. Çocuk gibi utangaç olmasına karşın, açık nörotik özellikler göstermiyordu. Ergenliği sırasında kızlarla çok az temas kurmuş olmasına karşın, cinsel gelişimi normal görünüyordu. Kendisinden 16 yaş küçük bir erkek kardeşi vardı.

Ordudan ayrıldıktan üç yıl sonra karısıyla tanışarak evlenmişti, bir fırıncının yanında çalıştığı süre boyunca nişanlı kalmışlardı. Ana-babası bu nişana tepeden bakmışlar ve düğününe gelmeyi reddetmişlerdi. Bu onu çok incitmişti. Evliliğinin ilk yılları, kalacak yer sıkıntıları yüzünden pek rahat geçmemişti. Sonra, ana-babasının karısını tümden olmasa da, daha fazla kabullenmeleri üzerine her ikisi de onların evinde yatmaya başlamışlardı. Kadın gündüzleri kendi ana-babasının evinde geçiriyordu. Bu zorluklar kadın ilk kez gebe kalana dek sürmüştü. Bundan sonra hasta önce bir karavan, sonra da bir ev almıştı. Evlilik ilişkisinin iyi olduğu söyleniyordu, cinsel ilişkileri karşılıklı olarak doyurucuydu.

Görüşmede güvenilir, uyumlu ve yargılarında mantıklı biri olarak değerlendirildi. Tavırları nazikti, konuşması biraz çevreseldi.

Karısının ilk gebeliği sırasında (11 yıl önce) adamda sabah kusmaları olmuştu. İlginç biçimde, karısında bu yakınma hiç olmamıştı. Ayrıca iki hafta süren ve onu bir diş hekiminden birkaç dişini birden çekmesini talep etmeye iten şiddetli diş

ağrıları olmuştu. Bunun sonucunda, sekiz azıdişi haricinde dişi kalmamıştı. Çocuğun doğduğu gün, işyerinde bütün gün şiddetli karın ağrısı çekmiş, bir saat kadar tuvalette oturmak zorunda kalmıştı. Bu saat 11'de aniden geçmişti. Daha sonra bunun oğlunun doğduğu saat olduğunu keşfetmişti. (Bu tür rastlantılar Couvade sendromu çekenler tarafından sıkça tanımlanır. Bir tür parapsikolojik açıklamaya girmeden bunun anlamını değerlendirmek zordur. Bununla birlikte, bu olgularda bellekte bir miktar geriye dönük gerçeği çarpıtma söz konusu olabilir.)

Karısının ikinci gebeliğinin (9 yıl önce) başlarında yine sabah bulantıları olmuştu. Daha sonra, çocuğun doğumuna 3 hafta kalana dek sağlık sorunu olmamıştı, bu zamanda bir hafta boyunca üst epigastriumunda, iki büklüm olmasına yok açan şiddetli krampları olmuştu.

Üçüncü çocuğunun (şimdi 8 yaşında) doğumundan önceki aylarda yine bir hafta boyunca göğüs ağrısı ve epigastrik sancılar çekmişti. Bu daha sonra kendiliğinden geçmiş ve sonrasında sağlıklı olmayı sürdürmüştü.

Bir yıl sonra, karısı bir kez daha gebe kaldığında, artık tanıdık gelen sabah bulantılarını yeniden yaşamıştı. Bundan sonra, karısı doğum yapana kadar iyilik halini korumuş, doğum sırasında şiddetli, kolik tarzı karın ağrıları çekmişti. İçinde bulunduğu gerilimden kendini kurtarmak için garaja gidip büyük bir kangal teli küçük parçalara kesmişti. Bunu zihnini meşgul etmek için yaptığını söylüyordu, karısına bir şey olacağından çok endişelendiğini de itiraf etmişti.

Karısının beşinci gebeliği (3 yıl önce) o zamana kadarkilerin en rahatıydı. Yalnızca birkaç gün sabah bulantıları olmuş ve bir veya iki hafta bir uyluğunda daha önce veya daha sonra hiç olmamış bir dermatit gelişmişti, o kadar. Bu gebelik sırasında başka herhangi bir semptom hatırlamıyordu.

Altıncı çocuğunun doğumu, yapılan ilk görüşmeden iki hafta önce olmuştu. Bu gebelik sırasında gebeliğin yaklaşık ikinci ayında başlayan ağır sabah kusmaları ve yine, yaklaşık iki hafta içinde kendiliğinden geçen diş ağrısı olmuştu. Gebeliğin 3-6 ayları arasında yaklaşık iki hafta boyunca alt karın

bölgesinde burulma tarzı ağrıları olmuştu. Bu çocuğun doğumundan 3 hafta önce tekrarlamış ve 10 gün sürmüştü. Sonra yeni bir oyalanma yolu... Neden yaptığı konusunda herhangi iyi bir neden gösteremediği halde, bir kuluçka makinesi almış ve birkaç ispenç tavuğu yumurtası koymuştu. Bunlara aşırı ilgi gösteriyordu, hatta cımbızla sert yumurta zarının yırtılmasını kolaylaştırarak bazı civcivlerin yumurtadan çıkmasına yardım bile etmişti. Bunu yapar yapmaz karın ağrısı tümden geçmişti, doğumun olduğu gün aşırı kaygılı olmasına ve ağzına lokma koymamasına karşın, sancı çekmemişti.

Karısının gebeliklerinin çoğunda ilk başlarda 3 hafta kadar süren, sabah kusmalarına eşlik eden iştahsızlık dönemi oluyordu. Son üç ayda, dönemsel karın ağrısı ataklarının dışında, hazımsızlık olarak tanımladığı bir yakınması daha oluyordu. Ayrıca anksiyeteyle ilişkilendirdiği baş ağrılarından yakınıyordu. Karısının bütün gebeliklerinde, özellikle kendisinin bulunmadığı bir sırada bir şeylerin ters gideceği yolunda çok endişe duyduğunu itiraf etti. Bu anksiyete ayrıca uykusuzluk, sık idrara çıkma, yerinde duramama ve konsantrasyon eksikliğine de yol açma eğilimindeydi. Bunca semptomu olmasına ve bunların karısının gebelikleriyle kronolojik ilişkisinin farkında olmasına karşın bunların olası nedenlerine ilişkin pek içgörüsü var gibi durmuyordu. Bu yüzden, tanımlayıcı bakış açısından semptomları bir konversiyon tepkisi olarak ele alınmalıdır. Yalnızca iki sefer görülmüş olduğu ve bunların da kendi isteğiyle değil, araştırmacının isteğiyle olduğu gerçeği, bu olgunun kesin bir psikodinamik formülasyonunun yapılmasını engeller. (Yazarlar bu olgunun ayrıntılarını vermiş olan Dr W. Pryse-Phillips'in yardımlarına teşekkür ederler.) Bu hastanın derinlemesine sorgulanmasını güçleştirdi. Yine de, bu hastanın annesine yönelik hissettiği ikideğerliliğin bir kısmını karısına aktarmış olduğunu düşündürmeye yetecek veri açığa çıkmıştı. Adamın, karısının hepsi de gayet normal giden gebelikleri sırasında ne denli anksiyeteli olduğu dikkate değer. Bu anksiyete, karısını tehlikeye attığı (kendisi böyle hissediyordu) için duyduğu hafif suçluluk duygusuyla ve kendini suçlamayla ilintiliydi. Daha da açık olan, önemli miktarda em-

patinin varlığı ve karısını koruma ve tehlikeden, rahatsızlıktan kurtarma gereksinimiydi. Bir miktar engellenmiş yaratıcılık da belirgindi.

Bu ilk olgu sendromun en temel yönlerinin birçoğunu ortaya koyar. Ne var ki, bir sonraki olgu hastanın görünürde kişiliği iyi korunmuş olmakla birlikte, açıkça psikotik oluşu yüzünden atipiktir.

**Olgu 2**

Bu, 29 yaşında, yaşamını gezici badanacı olarak kazanan bir erkekti. Karısı ilk doğumu için hastaneye yattıktan hemen sonra aynı hastanenin acil servisine başvurmuştu. 'Doğum sancılarından' yakınıyordu, bunları pelvisinde bir basınç hissi ve karnında gerilme olarak tanımlıyordu.

Geriye dönük olarak, karısının gebeliği sırasında bulantı, abdominal gerginlik ve bebek tekmelemesine benzer hisler gibi çeşitli semptomları olduğu anlaşıldı. Karısının doğumu ilerledikçe, adamın semptomları da ağırlaştı. Kadına epizyotomi yapılmış olduğunu öğrendiğinde, perineal ağrı geliştirdi. Karısı emzirmeye başladığında memesinde rahatsızlıktan yakındı. Karısı doğum sıkıntılarını atlattıktan sonra adamın bütün semptomları da ortadan kayboldu.

Bu semptomlar tuhaf doğada ve uzun süreli olmalarına karşın ve herhangi bir fiziksel anormallik olmadığı halde, adamın yakınmaları yeterince gerçek gözüküyordu. Bunun dışında, oldukça yaygın düşünce bozukluğu, çoklu sanrılar veya işitsel ve somatik varsanılar ve duruma ilişkin tartışmaya yer bırakmayan diğer semptomlar gösterdiğinden, iyi korunmuş bir şizofrenik hastalık tanısı kondu. Kendisinin gebe olduğuna inanıyor gibi bir hali olmamasına karşın, düşünce aktarımı, telepati ve altıncı his gibi fikirlerle aşırı uğraşıyordu. Karısı, baş ağrısı olduğunda adamın ellerini onun başına koyarak baş ağrısını kendisine aktaracağına inandığını anlattı.

Geçmişe ilişkin ortaya çıkarılan tek anlamlı etmen, 8 aylık bebekken babasının paranoid şizofrenik hastalığa tutulması

ve bir akıl hastanesine yatırılmasıydı. Daha sonra annesi onu eve almayı reddetmişti.

Karısı hastaneden taburcu edildikten sonra kendisi de taburcu olmakta ısrar etti. Ülkenin başka bir yerindeki bir doktordan tavsiye isteyen bir mektup gelene kadar adamla ilgili herhangi bir bilgi gelmedi. Karısı yeniden gebeydi ve adamın semptomları nüksetmeye başlamıştı.

İzleyen olgu, daha nadir bir olaya, sendromun fiziksel bir işaretle (karında şişkinlik) birlikte görülmesine bir örnektir.

**Olgu 3**

Yirmi altı yaşında Avusturalyalı bir asker, aktif görevde olduğu sırada epey ilerlemiş gebeliği andıran bir karın şişkinliğiyle askerî hastaneye yatırılmıştı. Zaman zaman 'kuru' kusmaları olsa da, herhangi bir sancı veya hassasiyet yoktu. Araştırmalar batın içi herhangi bir hastalığın varlığını düşündürmedi. Anestezi altına alındığında karnı düzleşti ve derin palpasyonla herhangi bir kütle veya anormallik ele gelmedi. Yeniden bilinci yerine gelir gelmez şişkinlik geri döndü.

İzindeyken evlenmişti ve göreve döndükten sonra karısının gebe olduğunu öğrenmişti. Kadın sabah kusmalarından büyük sıkıntı çekiyordu ve adama mektup yazarak eve dönmesi için yalvarmıştı. Adam bu konuda çok kaygılıydı, ayrıca postanın düzensizliği de bu kaygısını artırıyordu. İşte tam bu noktada karın şişliği ortaya çıktı ve 22 ay boyunca, çocuğu doğduktan sonra da devam etti. Evine dönebildikten sonra da anında düzeldi. Askerî hekimler 'histerik yalancı gebelik' tanısı koydular.

Bunun bir konversiyon tepkisi olduğu yolunda pek kuşku bulunmasa da, buna 'yalancı gebelik' demek açıkça hatalıydı.

Hastanın kendisi gebe olduğuna inanmıyordu; öyle olsaydı, buna sanrı tanısı koymak ve adamı psikotik olarak ele almak gerekli olurdu, oysa durum farklıydı.

İlginç biçimde, 12 yıl sonra adamın karın şişkinliği yeniden ortaya çıktı. Bu kez karısının gebeliğiyle ilişkili değildi (başka çocukları olmamıştı), karısından ayrılması üzerine gelişmişti. Bir kez daha bütün fiziksel araştırmalar negatif çıktı.

**Epidemiyoloji**

- Büyük örnekler seyrek olmakla birlikte, ufak örnekler (sözgelimi bebek bekleyen babanın anksiyetenin somatik eşlikçilerini yaşaması) dahil edilirse, bildirilen % 11 ile % 65 ve üstü sıklıkla, durumun hiç de ender olmadığı anlaşılır.
- En yüksek sıklık gebeliğin son üç ayındadır (özellikle son ay), ilk üç ayda da sıklıkta bir tepe gözlenir.
- Çalışmaların sonuçları çelişkili olmakla birlikte belli toplumsal ve duygusal etmenlerle bir takım ilişkiler bildirilmiştir. 1965 yılında Trethowan ve Conlon tarafından yürütülen ilk kontrollü çalışmanın sonuçları, dokuz erkekten biri (% 11) gibi yüksek bir yüzdenin, karılarının gebeliğiyle ilişkili psikojenik kökenli bazı semptomlar yaşadıklarını düşündürdü, ancak bu verilerin ileri analizi, bunun düşük bir hesaplama olduğunu ve doğru rakamın % 19-20 civarında olması gerektiğini ortaya koydu. Diğer çalışmalar da bunu doğrular gibi durmaktadır: Lipkin ve Lamb (1982) 267 gebe kadının eşlerinin % 22'sinin karılarının gebelikleri sırasında gastrointestinal yakınmalarla tıbbi yardım aradıklarını bildirdi, kadın gebe kalmadan 6 ay öncesinde ve doğumdan 6 ay sonrasında bu yakınmaların hiçbiri bulunmuyordu.

Couvade sendromu üzerine ilk ileriye dönük çalışmayı yürüten Bogren (1983) kocaları kendi kontrolleri olarak kullandı ve ilk kez gebe kalmış 112 kadını (daha sonra çeşitli

nedenlerle 81'e düştü) rasgele yöntemle seçtikten sonra, bunların kocalarının % 20'sinin kadınların gebeliğine tepki olarak görülebilecek semptomlar gösterdiğini kaydetti. ABD'deki diğer çalışmalar Lipkin ve Lamb tarafından bildirilenden daha yüksek, bazıları % 79'a varan sıklıklar ortaya koydu (Munroe ve Munroe, 1971; Clinton, 1987). Khanobdee ve ark. (1993) Taylandlı erkeklerde % 61 sıklık bildirdi.

Conner ve Denson (1990) anksiyeteli baba adaylarında, siyah ırktan olanlarda ve sosyoekonomik konumu düşük olanlarda sıklığın daha yüksek olduğunu bildirdi. Diğer toplumsal ve duygusal bağlantılar şunlardır: Küçük yaşlarda kendi babasının evden gitmiş olması (Munroe ve Munroe, 1971), planlanmamış gebelik (Davis, 1978), düşük eğitim düzeyi (Wylie, 1976), ekonomik güvence eksikliği, etnik-dinsel kimlik (Wapner, 1975; Davis, 1978) ve evlilikte geçimsizlik (Reid, 1975). Bogren (1984) kendi doğumları sırasında babaları 30, anneleri 25 yaşın üzerindeki erkeklerde sıklığı daha yüksek buldu, ayrıca annelerine çok bağlı ve ilk cinsel ilişkilerini 18 yaşından sonra yaşamış erkeklerde de sıklık daha yüksekti; sendroma tutulanların parasal durumu veya eğitim düzeyiyle sıklık arasında bir ilişki bulamadı.

## Klinik Özellikler

Couvade semptomları gebeliğin yaklaşık üçüncü ayından itibaren herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Çok istisnai olarak kişi eşinin gebe olduğunu fark etmeden önce ortaya çıkar, ama kısa sürede gebelik belirgin hale gelir (Inman, 1941). Bu tür önsezi semptomları için olası bir açıklama, duyarlı bireylerin gebeliğin çok erken dönemindeki değişiklikleri, Couvade semptomlarını uyandırmaya yetecek

düzeyde eşik-altı algılamaları olabilir. Semptomların sıklığı, başlangıçtan sonra giderek düşme eğilimindedir, ancak son üç ayda, genellikle doğumdan hemen önce veya doğum sırasında ikinci bir tepe yapar.

Olguların yaklaşık üçte birinde semptomlar doğum sancıları başlamadan ortadan kalkar, ama bazen tam bu sırada nüksedebilirler. Diğer bir üçte bir çocuk doğar doğmaz semptomsuz hale gelir, geri kalanlardaysa semptomlar birkaç gün daha sürebilir.

Fiziksel semptomların ortaya çıkışıyla anksiyete arasında bir ilişki olmakla birlikte, bunun varlığı illa şart değildir. Belirgin fiziksel semptomları olan bazı kişiler çok az anksiyete gösterir veya hiç göstermezler. Aynı şekilde, semptomların ortaya çıkışıyla eşin gebeliği arasındaki ilişkiye dair hiçbir içgörü bulunmayabilir. Diğer olgularda içgörü korunmuştur veya sonradan gelişebilir, ancak kişide herhangi bir rahatlama sağlamayabilir.

Anksiyete belirgindir; bu ve fiziksel semptomların varlığı ya da yokluğu, anksiyetenin nörotik bir temele mi dayandığı, yoksa 'gerçek' obstetrik bir nedene mi bağlı olduğuna bakmaz.

Couvade sendromunun semptomları değişken ve öyle yaygındır ki, yalnızca gebelikle kronolojik ilişkisi olan ve diğer zamanlarda görülmeyen, organik temeli iyi tanımlanmamış herhangi bir bozukluğun bu sendromla ilişkili olabileceği düşünülmelidir.

Daha sık bir araya gelen semptomlar:

- Gastrointestinal bozukluklar – iştahsızlık, diş ağrısı, bulantı ve kusma (sabah kusmaları oldukça sık), hazımsızlık, tanımlanamayan karın ağrısı veya rahatsızlık, kabızlık veya ishal.

- Depresyon, gerginlik, uykusuzluk, sinirlilik, iritabilite, zayıf düşme ve baş ağrıları gibi psikiyatrik semptomlar.
- Gebelikteki gibi aşerme zaman zaman görülebilir.
- Karında şişme – daha önce anlatıldığı gibi, bu seyrek görülen bir fenomendir.

Bu son semptom aynı zamanda yalancı gebeliğin de bir özelliği olabilir ve ilk olarak 1860 tarihinde Sir James Simpson tarafından araştırılmıştır. Simpson, yalancı gebeliği ve şişmiş karnı olan bir kadın kloroformla anestezi altına alınırsa, karnının normal boyut ve şeklini alana dek düzleştiğini, ancak bilinç yerine geldikten sonra eski haline döndüğünü söylüyordu: 'Kaslar kasılmaya başlar ve önceki kadar gergin hale gelirler, öyle ki hasta tümden uyanıncaya kadar karnı da eskisi gibi büyük ve yuvarlak hal almış olur...' (Simpson, 1872). Bu tür şişme büyük olasılıkla diyafram çökmesi ve omurga lordozunun bileşiminden kaynaklanır.

**Etiyoloji ve Psikopotoloji**

Couvade sendromunun etiyolojisi karanlıktır. Geleneksel olarak psikodinamik ilkeler bağlamında ele alınmış ve doğuma imrenme, anne adayıyla özdeşim, babalığa ilişkin ikideğerlilik, gizli eşcinsellik ve fetusu rakip olarak algılama gibi etmenler üzerinde durulmuştur. Bu tür psikodinamik güçlerin ayrıca Couvade ritüelini Couvade sendromuyla bağlantılandıran ortak bir yol oluşturdukları düşünülüyordu.

Daha yakınlarda, ırksal özellikler biliminin sağladığı kanıtlar ışığında, ilgi odağı biyolojik mediyatörlere kaydı. Ne var ki, gerçekte söylenebilecek tek şey, şu anki bilgiler

ışığında Couvade sendromunun etiyolojisi kanıtlanmamış ve hâlâ bilinmezliğini korumakta olduğudur.

**Couvade Ritüeli**

Bu geleneğin kökenini açıklamak üzere birçok girişimde bulunulmuştur. Dişi hükümranlığına veya kılıbıklığa atfedilmiş veya ilk günah öğretisinin silik bir anısı olduğu söylenmiştir. *Androjini* ile, yani erkekte tam gelişmemiş, ama bazen işlevsel olabilen kadın üreme organlarının varlığı ile, bağlantılı olduğu öne sürülmüştür. Hatta, 'erkeklerin kendini beğenmişliği ve kadınların uysallığı' bile söz konusu edilmiştir. Birçok Doğu ülkesinde bu geleneği gözlemleyen Marko Polo, buna gerekçe olarak kocanın doğum sancılarını paylaşmasının çok adil bir durum olduğunu öne sürmüştür (Dawson, 1929).

Tylor (1865) Couvade'i babanın çocuğun kendi ailesi tarafından benimsenmesini güvenceye almak için yaptığı bir doğurma taklidi olarak görüyordu. Yani, anaerkil düzenden babaerkil düzene geçişin bir işaretiydi. Alternatif olarak, birden çok erkekle (poliandrik) evliliklere izin verilen toplumlarda Couvade babalığı kesinleştirmek üzere yapılıyor olabilir.

Couvade üzerine bu görüşler, eylemin gerçekten de bir babalık iddiasından oluştuğu varsayımına dayanır. Ne var ki, Sir James Frazer'a (1910) göre, bu fikir yersizdir, ritüeli uygulayanların bazılarının söyledikleri bunu hiç de desteklemez. Dahası, geleneğin amacı ille de soyu anaerkil geçişten babaerkil geçişe aktarma girişimi olarak yorumlanamaz, çünkü akrabalığın anne tarafıyla belirlendiği bir sisteme bağlı belli kabilelerde de Couvade gözlemlenmiştir.

Alternatif bir açıklama, ritüelin beyaz büyünün birçok örneğinden biri olduğudur (Malinowski, 1937). Burada, Couvade gibi, eşit derecede ilginç başka gelenekler de vardır ve bunların ortak noktası, kadınların doğum sancılarını azaltmak üzere, fatura kocaya çıkacak şekilde, acının vekaleten çekilmesi fikrini ifade etmeleridir. Birçok ülkede doğum yapmakta olan kadınların kocalarının, kadına ait bazı giysileri giymesinin geleneksel olduğu kaydedilmiştir. İrlanda'nın batısında, doğuma giden bir kadın gizlice kocasının yeleğini giyer; Fransa ve Almanya'da ise, kocasının pantolonunu giyerse doğumun çok kolaylaşacağı söylenir. Bunların Frazer'ın kötü ruhun aktarımına ilişkin örnekler olarak sınıflandırdığı, ayrıca Freud'un (1950) 'düşüncede tümgüçlülük' dediği olguya dayanan büyüsel eylemler oldukları açıktır.

Couvade'e gerçekten kapsamlı ilk psikanalitik yorumu yapan Reik (1931) oldu. Reik bu uygulamanın özdeşim ve ikideğerliliğe dayandığını düşünüyordu ve erkeğin karısına karşı düşmancıllığı doğum sırasında arttığı için, bunun onu kadının çektiği acılardan haz almaya özendirdiğini öne sürdü. Ancak bu özenç, güçlü biçimde bastırılır ve cinlerden ya da kötü ruhlardan korku duyma şeklinde yansıtılır (Flugel, 1921). Reik ayrıca cinsel arzunun ketlenmesinin önemli rol oynadığını düşünüyordu, 'Cinsel arzuların katılımı, bu dönemin yüksek psişik gerilimine kesinlikle eşlik eder ... Kadının gebeliği ilerlemiş olduğunda adam onunla hiç cinsel ilişkiye giremez ve durumu yüzünden kadının artmış çaresizliği ona sürekli bir tahrik kaynağıdır. Diğer yandan, batıl korkuları onu cinsel ilişkiye girmekten alıkoyar'.

## Fenomenoloji

Fenomenolojik bakış açısından, birçok olgu, çok da olağandışı olmayan bedensel semptomların eşlik ettiği ve ortaya çıkışları gebelik veya doğumla doğrudan zamansal bağlantı taşıyan görece basit anksiyete durumlarının görüntüleri olarak ele alınabilir (Trethowan, 1972). Bazı olgularda baba adayının karısının durumuna ilişkin anksiyetesi tümüyle bedenselleştirilir. Bu tür olgularda ve sürekli kusma ve batında gerginlik gibi daha önemli fiziksel semptomların varlığında konversiyon düzeneği akla gelmelidir.

Olguların çoğunluğunda Couvade sendromu nörotik düzeneklerden kaynaklanır. Olgu 2'de olduğu gibi, psikotik tepkilerden doğan durumlar az sayıda olgu bildirimiyle, enderdir. Bunun haricinde, erkeklerdeki gebelik sanrıları şizofreni, depresif psikoz ve organik durumlar gibi çok çeşitli psikotik durumlarda semptom olarak zaman zaman bildirilmiştir.

## Psikodinamikler

Couvade sendromunun birkaç psikodinamik yorumu ortaya atılmıştır:

- Doğurmaya imrenme
- İkideğerlilik
- Özdeşim

Bu durumun engellenmiş yaratıcılığın ve bir erkeğin karısının çocuk doğurabilme yetisine duyduğu, kökü derinlerde bulunan çocuksu imrenmenin bir ifadesi olduğu öne sürülmüştür (Jacobson, 1950; Jones, 1942). Bu kesinlikle doğrudur; küçük oğlanlar, tıpkı kız kardeşleri gibi, sık sık oyuncak bebeklerle anne-çocuk oyunu oynarlar, ancak

psikolojik gelişme olağan gidişini izlediğinde bu kısa zamanda bir kenara bırakılır. Oedipal dönem sırasında, belli etmenler edimsel hale gelirlerse, bunların oğlanlarda anaç eğilimlerin kalmasına yol açtıkları öne sürülmüştür. Aynı bağlamda, gizil eşcinsel sorunları ve güçlü yaratıcı eğilimleri olan erişkin hastalardan bazılarının analizde yoğun duygusal yatırım yapılmış bilinçdışı dişil üreme fantezileri sergiledikleri söylenmiştir (Macalpine ve Hunter, 1955). Özellikle, kadınların üreme yetilerine duyulan ve sıklıkla normal erkeksilik görüntüsüyle gizlenmiş olan inatçı imrenmenin, gelişimin belli bir aşamasında küçük bir kardeşin doğumuyla karşı karşıya kalan erkeklerde ortaya çıktığı öne sürülmüştür (Boehm, 1930).

Bununla birlikte, saklı veya gizil eşcinselliğin bu tür bütün olgularda bir etmen olduğunu varsaymak gereksizdir. Freeman'a (1951) göre, belirleyici etmen içgüdüsel gerilimin denetlenemez bir düzeye yükselmesi olsa gerektir. Hastalarında gebeliğe ilişkin, daha sonra bilinçdışı hale gelmiş çocukluk fikirleri ve izlenimlerinin egemen olduğunu gözlemlemiş, ona göre karılarının gebe kalması, bu saldırgan ve cinsel dürtüleri uyarmıştı. Ne var ki, bu yeterli bir çıkış bulamayıp erişkin ego tarafından da reddedilince, akıl hastalığı ortaya çıkmış ve bazı olgularda çatışma bedenselleştirilmişti.

Bundan çok da farklı olmayan diğer bir açıklama da Evans'tan (1951) geldi. Evans, analizi sürmekte olan bir erkek hastada gelişen gebelik simülasyonunu ayrıntılı bir olgu olarak bildirdi. Bu hasta daha önce, karısının doğumunun ilk aşamasında bir Couvade tepkisi vermişti. Evans hastanın gebelik fantezisinde annesiyle özdeşimin dramatik bir ifadesini gördü. Ona göre bir kadının en üstün ka-

dınlık iddiası bebek sahibi olmasında yatıyordu ve kendisi de fantezide bir bebek edinmeye çalışıyordu.

Erkeklerdeki bu tür 'doğurmaya imrenme' veya gebelik fantezilerindeki istek doyurma kavramlarının Couvade sendromunun gelişmesine ne dereceye kadar katkıda bulunduklarını yargılamak zordur; olguların çoğunluğunda buna ilişkin kanıtlar zayıftır.

Üç olgumuzun ikisinde erkekle annesi arasındaki ikideğerlikli ilişki belirgindi. Öyle görünüyor ki, bazı durumlarda kişi karısıyla anne olarak bilinçdışı özdeşim kurabilir. Her ikisini de sever, ancak onların kendisine olan sevgilerinden kuşku duyarak her ikisini de reddeder ve onlardan nefret eder. Karısının gebeliği bunu pekiştirebilir, çünkü kadının doğmamış çocuğunu sevgiyle düşündüğünü kavradığında, kaçınılmaz olarak bir zamanlar annesinin kendi doğmamış kız veya erkek kardeşini nasıl düşünüyor olduğunu anımsayabilir. Doğmamış çocuğu rakip olarak görülemeyeceği ve kendi güvenliğini tehdit eden nesneyi taşıyan da karısı olduğu için, düşmanlık duyguları ona yansıtılabilir.

Bu varsayım bağlamında, Bogren (1985) çocuğu tutarken taraf seçme, Couvade sendromu ve buna tutulan erkeklerin anneleriyle bağları arasında bir ilişki gözlemledi. Hem kadınların hem de erkeklerin yaklaşık % 80'i bebeklerini bedenlerinin orta hattının solunda tutarken, sağda tutan erkeklerde Couvade sendromu daha sıktı ve anneleriyle özdeşimleri daha fazlaydı. Bu bulgu ışığında Bogren, Couvade sendromunun önemli olabileceğini, babalıkla baş etmede gelecekte yaşanacak zorluklara işaret ettiğini ve her iki cinsiyette de bebeği sağ yanda tutmanın bebekle ilişkide bir güvensizlik işareti olduğunu ileri sürdü.

Özdeşim düzeneği önemli bir etiyolojik etmen olarak ortaya atılmıştır (Trethowan, 1972). Bu, adamla karısı arasındaki derin empati duygularından kaynaklanabilir. Burada karısının durumundan endişe duyan koca, bilinçli veya bilinçdışı olarak, koruyucu bir önlemle onun derdini kendi üzerine almaktadır.

Tenyi ve ark. (1996) iki tane psikotik Couvade olgusu bildirdiler ve olguların psikodinamik bir yorumunu sundular. Bir ego kusurunun ve *çifte özdeşim* denen fenomenin oynadığı önemli rolü vurguladılar. Fetusla özdeşimin, kişiyle annesi arasındaki patolojik bir ilişki çevresinde gelişmiş erken bir ego kusurunu tetiklediğini çıkarsadılar. Ego kusuru, zayıf ego sınırlarıyla karakterizedir, bu yüzden klinik psikoz biçiminde bir tabloya yol açar.

## Biyoloji

Mason ve Elwood (1995), primatlar dahil memelilerde infantisit davranışıyla babalık davranışı arasında bir ilişki olduğu savını ortaya attılar. Biyolojik açıdan daha olağan olan ikinci davranıştan ilkine kayma belli zamanlarda ortaya çıkar ve birtakım dış etmenlere bağlı olabilir. Bunlar arasında gebe dişiyle aynı yaşam alanını paylaşma, dişiyle erkek arasındaki toplumsal etkileşim (çiftleşme dahil) ve gebe dişinin salgıladığı kokulardır. Bu tür olaylar erkekte özellikle hormonal içsel fizyolojik değişikliklerle bağlantılıdır.

Yazarlar bundan sonra Couvade semptomlarının, insan erkeğin, eşin gebeliğiyle tetiklenen ve ebeveyn sorumluluğunun üstlenilmesini amaçlayan temelde normal içsel fizyolojik süreçleri yorumlaması sonucunda ortaya çıktığını öne sürerler. Ayrıca, Couvade ritüelinin, endüstrileşme-

miş topluluklarda bulunan Couvade sendromunun törenselleştirilmesinden ibaret olduğunu söylerler.

Bu tür bir paradigmanın başlıca zayıflığı, daha aşağı hayvanlar üzerinde yürütülen çalışmaların bulgularını insan topluluklarına genelleştirme zorluğudur. Bununla birlikte, insanlar gerçekten de memeli kuzenleriyle birçok fizyolojik ve davranışsal özelliği paylaşırlar ve Mason ve Elwood'un önermeleri en azından potansiyel olarak sınanabilir bir varsayım için temel oluşturur.

## Tedavi

Couvade sendromuna tutulanların çoğuna tedavi gerekmez ve gerçekten de olguların çoğunluğunda durum fark edilmeden geçebilir, çok az sayıda hasta psikiyatra gönderilir. Bir olgu keşfedildiğinde, anksiyeteyi azaltmayı hedefleyen yorumlama ve görece yüzeysel psikoterapi genellikle önemli rahatlama sağlar. Doğum başarıyla tamamlanır tamamlanmaz semptomların kendiliğinden geçecekleri bilgisi ışığında, baba adaylarının ana-babalığa daha iyi hazırlanmasının Couvade semptomatolojisinin sıklığını azaltıp azaltmayacağı bilinmemektedir.

## Prognoz

Prognoz iyidir. Gelecek gebeliklerde durum nüksedebilirse de, bu kesin değildir.

# Kaynaklar


Boehm, E ( 1930) *Internat J Psychoanal*, 11, 456.

Bogren, L.Y. (1983) *Acta Pschiat Scand*, 68, S5.

Bogren, L.Y. (1984) *Acta Psychiat Scand*, 70, 316.

Bogren, L.Y. (1985) *Linkoping Uniuersity Medical Dissertations* No. 194, Linkoping, Sweden.

Clinton, I.F. (1987) *Internat J Nurs Stud*, 24, S9.

Conner, G.K. and Denson,V. (1990) *J Perinat Neonat Nurs*, 4 (2),33.

Davis; O.S. (1978) *Mood and Symptoms of expectant fathers during the curse of pregnancy: a study of the crisis perspective of expectant fatherhood.* Dostoral dissertation, University of North Carolina. Dissertation Abstracts International 38.5841A.

Dawson, W.R. (1929) *The Custom of Conuade.* Manchcester University Press, Manchcester.

Eden, M. (1958) *The Philosophy of the Bed, Fhe Saturday Book.* Hutchinson, London.

Evans, W.N. (1951) *Psychoanalyt Quart*, 20,165.

Flugel, J.C. (1921) *The Psychoanalytic Study of the Family.* Hogarth Press, London.

Eraser, A. (1969) *Mary Queen of Scots.* Weidenfidd and Nicholson, London.

Frazer, J.G. (1910) *Totemism and Exogamy*, Vol. 4. Macmillan, London.

Freeman, T. (1951) *Br J Med Psychol*, 24,49.

Freud, S. (1950) *Totem and Taboo.* Routledge and Kegan Paul, London.

Hunter, R. and Macalpine, I. (1963*) Three Hundred Years of Psychiatry.* Oxford

University Press, London.

Inman, W.S. (1941) *Br J Med Psychol*, 19, 37.

Jacobson, E. (1950) *Psychoanalytic Study Child*, 5,139.

Jones, E. (1942) *Lancet*, 1, 695.

Khanobdee, C, Sukratanachaiyakul, U and Templeton Gay, J. (1993) *Internat J Nurs* Stud, 30, 125.

Lean, V.S. (1904) *Collectanea, Simpkin*. Marshall, Bristol.
Lindsay, L. (1933) *A Short History of Dentistry*. Bole and Danielson, London.
Lipkin, M. and Lamh, G. (1982) *Ann of Intern Med*, 96, 509.
Macalpine, I. And Hunter, R. (1955) *Schreber; Memoirs of my Nertous Illness*.
Dawson, London.
Malinowski. (1937) *Sex and Repression in Satage Society*. Kegan Paul, London.
Mason, C. and Elwood, R. (1995) *Internat J Nur Stud*, 32/2,137.
Munroe, R.L and Munroe, R.H. (1971) *J Soc Psychol*, 84,11.
Murray, M. (1921) *The God of the Witches*. Sampson Low, London.
Pennant, T. (1772) *A Tour of Scotland and Voyage to the Hebrides*, quoted by
Frazer, J.G. (1910).
Reid, K.E. (1975) *J Soc Welf*, 2(1), 13.
Reik, T. (1931) *Ritual. Hogarth Press*, London.
Rolleston, J.D. (1945) *Br Dent J*, 78,225.
Simpson, J (1872) *Clinical Lectures on Diseases of Women*. Black, Edinhurgh.
Tenyi, T, Trixler, M. and Jadi, F. (1996) *Psychopathology*, 29, 252.
Trethowan, W.H. (1972) *Sexual Behauiour*, 2, 23.
Trethowan, W.H. and Conlon, M.E (1965) *Br J Psychiat*. 111,57.
Tylor, E.B. (1865) *Researches into the Early history of Mankind and the Development of Civilisation*, 2nd edn. Murray, London.
Wapner, J.H. (1975) *Quoted by Mason*, C. and Elwood, R. (1995).
Westmarck, E. (1921) *The History of Human Marriage*, 3rd edn, Vol. 1. Macmillan,
London.
Wycherley, W. (1672) The Country Wife. In: *Famous Plays of the Restoration and Eighteenth Century*. The Modern Library, New York.
Wylie, M.L. (1976) Quoted by Mason C. and Elwood, R. (1995).

# VI

# MÜNCHAUSEN SENDROMU VE BAĞLANTILI YAPAY BOZUKLUKLAR

# Münchausen Sendromu ve Bağlantılı Yapay Bozukluklar

*Her şeye rağmen şu gerçek, sonunda insan kendi kendini öldürüyor, kendi seçtiği yolla, ister hızlı ister yavaş, ister erken ister geç... Bir alay yöntem var ... bazıları cerrahları ilgilendiriyor, bazıları avukatları ve rahipleri, bazıları kalp uzmanlarını ilgilendiriyor, bazıları sosyologları. Hepsi de kişiliği bir bütün ve tıbbı ulusların sağaltımı olarak gören insanı ilgilendirmek zorunda.*
*İnanıyorum ki, kendimize yönelttiğimiz yıkıcılık karşısında elimizdeki en iyi savunma, zekânın insan fenomenolojisine cesurca uyarlanmasında yatıyor.*
Kari Menninger, *Kendine Karşı İnsan* (*Man Against Himself*) (1938)

Münchausen sendromu tipik olarak, akut bir hastalığın taklit edildiği bir tabloyla hastaneye yatırılan hastalarla karakterizedir. Bunlar daha sonra sahte olduğu anlaşılan akla yakın ve genellikle dramatik bir öyküyle desteklenir.

## Tarihçe

Münchausen sendromu terimi ilk olarak 1951'de Asher tarafından kullanıldı. Bu terimin seçilmesinin nedeni, bu hastaların oradan oraya dolaşmalarının ve uydurmaları-

nın, Alman yazar ve jeolog Rudolph Erich Raspe (1786) tarafından kaleme alınan ve Baron Münchausen'e (1720-1797) atfedilen seyahatleri ve fantastik anekdotları andırmasıydı.

Önerilen diğer terimler arasında dolaşan sorunlu hastalar; hastane aylakları; sahtekârlar; dolaşan Yahudi sendromu; hastane bağımlılığı sendromu; ve polişirürji bağımlılığı sayılabilir. Eşanlamların çokluğu çoklu patolojiyi ve tanısal karmaşıklığı yansıtır.

Tıbbi yazında Asher'in özgün tanımından önce de olgular bildirilmiştir (Netherton, 1927; Grunert, 1932; Banzel, 1934; Chamoff ve Sotina, 1935; Barrett ve Hoyle, 1942; Ceillier, 1947; Gliebe ve Goldman, 1949; Reinhard, 1950). Büyük olasılıkla en eskileri, peş peşe iki orşektomi geçiren bir erkek hasta bildiren Chowne'a (1843) aittir.

## Olgu Sunumları

Burada özetlenen altı olgu, ilk olarak Dr. John Barker tarafından araştırılan ve hem bu konu üzerine kendi yazılarında, hem de bu kitabın ilk baskısında bildirilenlerdir. Bozukluk için yeterince karakteristik durduklarından, yeni örneklerin eklenmesi gerekli görülmemiştir.

### Olgu 1

Yirmi dokuz yaşında bir kamyon sürücüsü. Patolojik bir yalancı olan bu adamın yara izleriyle dolu karın duvarı 'gerçek bir cerrahi savaş alanı'nın kendine özgü işaretlerini taşımakta! Hasta ilk kez 13 yaşındayken hastaneye yatmıştı. O zamandan bu yana, 15 yıllık bir dönem içinde birkaç yüz hastaneye yatırılmış ve 15 kadar gereksiz batın ameliyatı geçirmiş. Yakın zamanlara dek hiç akıl hastanesine yatmamış, ilk yatışı hastane dolaşmalarının başlangıcından en az beş yıl sonra.

Olguların çoğunun aksine, çocukluğunda mutlu bir aile ortamları var gibi. Çocukluktaki gelişiminin normal olduğu, erken nevrotik özellikleri bulunmadığı bildiriliyor. Ancak insan içine pek karışmadığı ve ev dışındaki ilgilerinin çok az olduğu söyleniyor.

Taklit ettiği durumlar çok değişkenlik göstermekle beraber, esas olarak abdominal ve nörolojik semptomlar gösterme eğiliminde. İzleyen durumlar dosyalarında sıralananlardan bazıları: Posttravmatik anüri, pelvik abse, peritonit, barsak tıkanması, akut batın, hematemez, şiddetli baş ağrıları (bazen sözde kafa travmasının ardından), meninjit, kafatası kırığı, omurga kırığı, tetanoz, yaygın skleroz, subaraknoid ve talamik hemoraji. Yakınlarda yapılan laparatomiler sırasında bulunan bazı yapışıklıklar haricinde, bütün incelemeler ve ameliyat bulguları negatif. Zaman zaman hastanede histriyonik intihar girişimleri olmuş, petidin ve morfini seviyor ve bazı hastanelerde hemşire veya hastabakıcı olarak çalışma talebinde bulunmuş. Çeşitli psikiyatrik tanılar öne sürülmüş, ama genellikle saldırgan histerik bir psikopat olarak görülüyor. Belki EEG'deki non-spesifik ritim bozuklukları bunu desteklemektedir. Trafik suçları ve hırsızlıktan uzun bir suç kaydı var. 1959'da yapılan standart bir lökotomi bile daha sonra hastanelere yatmasına engel olamamış ve o zamandan sonra en az bir laporotomi geçirmiş. İstenirse diğer ayrıntılar da sağlanabilir. (Barker, 1958, 1960, 1962; Sanderson, 1957).

**Olgu 2**

Kırk beş yaşında, iri yarı bir kadında doğuştan oküler anormallikler (opak sinir lifleri ve kolobom) ve 1952 yılında depresyonunu iyileştirmek için yapılmış standart lökotomiden kalma bifrontal iki burgu deliği var. Durumu baş ağrıları, 'bilinç kararmaları (*blackout*)', poliüri ve giderek artan şişmanlığına yönelik kiazma incelemelerinin yapıldığı 1935 yılında başlamış. Bütün bulgular negatif. Bazen tüberküloz peritonitten söz ediyor ve 28 yıl içinde en az 13 laparotomi geçirmiş, bilinen 126 hastane yatışı var. Hipogastriumu tümüyle nedbe dokusuyla kaplı. Yatışlarının bir çoğu hipofiz tümörü veya serebral

neoplazma ön tanısıyla yapılmış. Uzun bir suç ve psikopatlık kaydı var. Olgunun daha geniş sunumu bulunabilir (Barker ve Grygier, 1957; Barker, 1958, 1962, 1964; Achte ve Kaukp, 1964).

**Olgu 3**

Görüntüsüyle zihinsel özürlüymüş izlenimi uyandıran, 37 yaşında, saçları 'Beatle' modeli, İrlandalı erkek. 'Baron' olarak tanınıyor. 1946'dan bu yana, yapay olduğu yalnızca ara sıra gözlemlenebilen hemorajik semptomlar nedeniyle yüzlerce yatışı var. Kan hastalıklarına ilişkin bir hayli derin bilgi sahibi. Genellikle hemofili, Schönlein-Henoch purpurası, polisitemi vs. gibi ağır diskrazi tanıları konuyor, bunun sonucunda sayısız kan nakli yapılıyor ve sıklıkla da yüksek miktarlarda steroid veriliyor. Petidine bağımlı, ancak morfinden hoşlanmıyor. Karnında iki yara izi var, bunlardan birinin splenektomi sonucunda olduğunu iddia ediyor. Yatış dosyaları olağandışı biçimde birbirine benzer. Elimizde başka ayrıntılar da var (Grant, 1952; Barker, 1960; Bagan, 1962).

**Olgu 4**

46 yaşında, Cambridge mezunu, eğitimli, güven uyandıran bir erkek. Okulda kafatasını kırdığını iddia ediyor. 1953'te Kanada'da Kayalık Dağlar üzerinde uçtuktan sonra BOS rinoresi öyküsü vermesinin ardından bilateral kraniyotomi geçirmiş, bulgular negatif çıkmış. Sık sık, kısa süre önce görünürde önemli bir iş üzerindeyken olmuş kafa travmasından söz ediyor ve genellikle hastaneye baş ağrıları, epileptik nöbetler, status epileptikus veya epistaksisle yatırılıyor. Alternatif olarak, bazen de göğüs ağrısı veya kendi oluşturduğu faringeal travmalara bağlı hemoptiziler yüzünden incelemeye alınıyor (Wright, 1955; Barker, 1958, 1960, 1961, 1964a,b).

**Olgu 5**

Üç yıl içinde 45'i aşkın yatışı olmuş 25 yaşında kadın. Bu süre içinde batında ağrı, salpenjit kuşkusu, dış gebelik, over kistleri

ve çengelli iğne yutma gibi nedenlerden en az altı laparotomi geçirmiş. Asılsız gebelikler için farklı hastanelerde 9 kez anestezi altında pelvik muayene yapılmış. Hastaneye yatışları evlendikten sonra başlamış (Barker, 1960, 1962).

**Olgu 6**
Kırk dört yaşında şişman bir kadın. 1946'dan bu yana karın ağrısı, kendi kendini bıçaklayarak aldığı yaralar ve çengelli iğne yutma gibi nedenlerle 60 kez hastaneye yatmış. Birkaç laparotominin ardından karın duvarının yerini ince bir nedbe dokusu almış ve karnının ortasında, kendi kendine açtığı geniş fekal fistül var, bunu altı yıldır açık tutuyor (Barker, 1960, 1962).

Gereksiz birtakım incelemelere girişmeden önce, bu hastaların durumlarının gerçek doğasının anlaşılabilmesi için acil servislerle kurulması gerekli görülen iletişime örnek olması amacıyla, bu olgular şimdiki zaman kipiyle bildirildi.

## Klinik Özekllikler

Klinik özellikler hastalık taklidi, patoloji yalan söyleme ve hastane hastane dolaşmalarla karakterizedir:

1. Başvuru – genellikle 'mesai dışı saatlerde' veya haftasonları, daha az deneyimli hekimlerin nöbette olduğu zamanlarda Acil Servislere başvururlar (Barker ve Grygier, 1957); nadiren ellerinde gönderen hekimden bir not bulunur ve nadiren normal polikliniklere gelirler; oldukça tutarlı bir öykü verirler ve kayda değer tıbbi ayrıntı bilirler.
2. *Semptomlar ve işaretler* – bütün tıbbi sendromlar söz konusu olabilir, bazen bunlara tuhaf isimler verilir:

- akut batın (*laparatomophilia migrans* [dolaşan laparatomisever]) – en sık biçim olduğu söylenir;
- hemorajik tip (*haemorhagica histrionica* [histriyonik hemoraji]) – hayvan veya insan kanı kullanarak, göreni alarma geçirecek kanama epizotlarıyla karakterizedir;
- nörolojik tip (*neurologica diabolica* [şeytansı nörolojik bozukluk]) – nöbetler, bayılmalar, ataksiler, hatta bazen kraniyotomi veya prefrontal lökotomiye vardıran belirtiler;
- kütanöz tip (*dermatitis autogenica* [fotojenik dermatit]) –kendi cildinde oluşturduğu lezyonlar;
- kardiyak tip – anjina, aritmiler ve hatta EKG anormallikleriyle başvurur;
- solunum tipi –enfekte balgam ve travmatik pnömotoraks;
- karışık ve polisemptomatik tipler – plasenta previa ve hatta AİDS de dahil çeşitli sahte tablolar;
- psikiyatrik Münchausen tipi – görünürde depresif psikoz veya şizofreni gibi önemli bir akıl hastalığıyla başvurur.

3. *Muayene* – ilişki kurulması zordur; yerinde duramaz, kaçamaktır ve ilgi arayışındadır; zekâsı öğrenme bozukluğundan üstün dereceye kadar değişebilir; nedbeler ve ateş gibi fiziksel işaretler; erkekler genellikle antisosyal, kadınlar histriyonik.
4. *Eşlik eden özellikler* – suç kayıtları; *pseudologia fantastica* [patolojik yalancılık -mitomani].
5. *Demografi* – çeşitli takma isimler kullanma eğilimindedir; sürekli yolculuk eder ve birçok hastaneye gider; başlangıç yaşı erkendir: 15-30 yaş; sendrom erkeklerde kadınlardakinden daha sıktır; kronikleşme eğilimi gösterir.

## Ayırıcı Tanı

- *Konversiyon veya disosiyasyon histerisi* – semptom oluşumu kişinin denetiminde değildir.
- *Hipokondriyazis* – hasta bir hastalığı olduğuna inanır ve bu konuda kaygılanır, oysa yapay bozuklukta kaygı sınırlıdır ve bu kadar belirgin değildir.
- *Somatizasyon* – bazen somatizasyonla yapay bozukluk arasında ayrım yapmak güçtür, çünkü her ikisi de altta yatan psikolojik bir sıkıntıyla birlikte fiziksel semptomlarla başvururlar. Bununla birlikte, somatoform bozukluklarda hasta, semptomları, istemleri olarak oluşturmaz ve genellikle tıbbi terminolojiyi veya hastane işlemlerini bilmez.
- *Temaruz* – özellikle hemen göze çarpan bir kazanç yoksa, genellikle bireyin kişiliği bağlamında bu tür bir kazanç kolayca anlaşılabilir.
- *Akut psikososyal kriz* – bir hastalık davranışı olarak kendini gösterir.
- *Madde kötüye kullanımı* – genellikle çoklu hastane yatışları bulunmaz.
- *Psikopatik durumlar* – kendine zarar verme davranışı yaygın ve öne çıkan bir özelliktir, genellikle çok kez hastaneye yatış söz konusudur.
- *Psikotik durumlar* – hipokondriyak bir sanrı vardır.
- *Pseudologia fantastica* – tek başına ortaya çıkar.

## Tanı Ölçütleri

Olabildiğince sağlam bir tanı koyabilmek için izleyen etmenler hesaba katılmalıdır (erken tanıyla, gereksiz incelemelerden, tedavilerden ve tedavi eden hekim/cerrah tarafından hissedilen öfkeli engellenmişlik duygusundan kaçınılabilir).

**Erken etmenler:**

- Olası bir tanı olarak akılda tutulması.
- Semptomların sahte olduğuna ilişkin kanıtlar – fiziksel ve/veya psikolojik.
- Geçmiş, kişisel ve tıbbi öyküyle ilgili yalan söylendiğine ilişkin kanıtlar, takma isimler kullanılması.
- Açıklanamayan yara izleri (post-operatif ve/veya kendi oluşturduğu).
- Sabit adres olmaması.

Daha *geç* etmenlerle kuşkular pekişebilir:

- Acil Servislere çoklu başvurular, hastane yatışları ve genellikle erken taburculukla sonlanan cerrahi girişimler.
- Aile veya dostların az sayıda oluşu veya temas kurulacak telefon numaraları veya adreslerin yokluğu.
- Kişilik bozuklukları, saldırgan ve uzak davranışlar.
- Suç davranışı öyküsü.
- Alkol/madde kötüye kullanımı öyküsü.
- Cinsel işlev bozukluğu.
- Genellikle tıbbi semptomlar üzerine çok bilgili olma ve hastanelerde çalışma.

Hyler ve Sussman (1981) *pseudologia fantastica,* hastane hastane dolaşma ve geçmiş tedavilere ilişkin kanıtlar, tıbbi konularda bilgililik ve zarar verici hastane yatışları ile birlikte ilaç talepleri ve ziyaretçi yokluğunu anahtar özellikler olarak ileri sürerler.

*Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması,* Gözden Geçirilmiş Onuncu Baskı (ICD-10, Dünya Sağlık Örgütü, 1992) yapay bozukluk Erişkinde Kişilik ve Davranış Bozuklukları kategorisi altında yer alır. Tanıma göre kişi doğrulanmış

fiziksel veya ruhsal bir bozukluk, hastalık veya yetiyitimi bulunmadığı halde, tekrarlayıcı ve tutarlı olarak bazı semptomları taklit eder. Bu davranış örüntüsünün bulunduğu kişiler ayrıca kişilik yapısı ve ilişkilerinde göze çarpan diğer anormallikler de sergilerler.

DSM-IV'e (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) göre, yapay bozukluğun temel özelliği fiziksel veya psikolojik semptomların veya işaretlerin *kasıtlı olarak* oluşturulmasıdır. Başvuru uydurma veya öznel yakınmalar (örneğin herhangi bir ağrı olmadığı halde akut karın ağrıları yakınması), hastanın kendi kendine oluşturduğu durumlar (örneğin cilde tükürük enjekte ederek abse oluşturma), önceden var olan genel tıbbi durumların abartılması veya alevlendirilimesi (örneğin geçmişte epilepsi öyküsüyle birlikte grand mal nöbet taklidi) veya bunların çeşitli kombinasyonları ile olabilir.

Güdülenim, hasta rolü üstlenmektir ve bundan başka dış kazanç yoktur. DSM-IV ölçütlerine göre, bozukluk üç alt tipe daha ayrılır; ön planda psikolojik işaret veya belirtiler (300.16); ön planda fiziksel işaretler veya belirtiler (300.19) ve ikisinin bileşimi (330.19).

## Etiyoloji ve Psikopatoloji

Münchausen sendromu temaruz veya bununla yakın ilişkili bir varyant şeklinde görülegelmiştir. Ne var ki, yazarların fikrine göre, benzerlikleri olsa da bu iki durum birbirinden ayrıdır ve Münchausen sendromu patolojik bir durumu temsil eder. Bu ayrımın önemli tıbbi ve yasal sonuçları vardır.

İki kavramı (Münchausen ve temaruz) ayıran temel özellik, altta yatan *güdülenim*dir. Temaruzda, açık bir hedefe (onurlu ya da değil) ulaşmaya yönelik bilinçli bir gü-

dülenim söz konusudur; oysa Münchausen sendromunda güdülenim patolojiktir, hedef genellikle belirsizdir ve sonunda kişinin kendine zarar vermesine yol açar. İki durumun nihai ortak yolu ise, ikisinde de kişilerin başkalarını (genellikle doktorlar) kandırmak için yalanlar ve kendikendine oluşturulmuş lezyonların bir kombinasyonunu kullanmalarıdır.

*Gerçek temaruz* nadir görülür ve büyük olasılıkla, mutlak kanıtlar ortaya konamadığı için kişiye kuşku payı bırakma geleneği yüzünden, tanı konması daha da seyrektir. Tazminat davalarında sıklıkla bir temaruz unsurunun bulunduğu düşünülürse de, bu abartılmış olabilir. Ancak burada çarpıcı bir örnek veriliyor.

**Olgu 7**

Kırk bir yaşındaki bir işçi ilk kez beş yıl önce, işyerinde yaralandıktan sonra görülmüştü. Matkap kullanmaktayken elektrik çarpmış, adamı yere fırlatmış ve ellerinde deri grefti gerektirecek yanıklara yol açmıştı. Ayrıca sağ işaret parmağında bir miktar katılık kalmıştı. Bu yaralar gerçek olmakla birlikte, nihai olarak yetiyitimi yalnızca hafif düzeydeydi. Ne var ki, yaralandıktan sonra hiç çalışmamıştı ve sürekli her tarafının titrediğinden yakınıyordu.

Yakınmasını sunuş şekli gerçekten kayda değerdi. Hem fiziksel hem de ruhsal durumunun değerlendirildiği bir buçuk saatlik muayene boyunca, I. Dünya Savaşı'nda görülen 'şarapnelzedeler'e benzer tarzda, her tarafı, titreyip durdu. İskemlede oturduğu sırada kollarında ve başında düzensiz kaba tremorlar olurken, bacakları ve gövdesi sabit kalıyordu. Muayene için divana uzandığında, gövdesi ve bacakları da titriyordu. Bütün kasları gergin gözüküyordu ve gevşemesi sağlanamadı. Bununla birlikte, fizik muayeneyi gerçekleştirmek son derece zor olmasına karşın, başka anormal fiziksel bulgu yok gibiydi.

Muayeneden önce hekime (Profesör W. H. Trethowan), sigorta şirketi avukatları tarafından hastanın haberi olmadan teleobjektifle çekilmiş bir filmi gösterilmişti. Filmde hasta sokakta yürüyor, bir eve girip çıkıyor ve otobüs durağında bekliyordu ve hiçbir sallanma veya tremor belirtisi göstermiyordu. Adamı bir bara kadar takip ederek orada hiç dökmeden dolu bir bardak birayı içtiğini, sigara sardığını ve bilardo oynadığını gözlemlemiş olan bir özel dedektif, davranışlarıyla ilgili ek bilgiler verdi. Muayenede sergilediği sallanma var olsaydı, bu hareketlerin hiçbirini yapması mümkün olamazdı. Ama özel olarak sorulduğunda, bunun hiç durmadığını söylüyordu!

Hastanın durumunu kendi anlatışıyla diğerlerinin anlatışı arasındaki belirgin uyumsuzluk yüzünden muayene tamamlandıktan sonra izlenmesine ve haberi olmadan gözleme tâbi tutulmasına karar verildi. Bir kez daha, adam araba camının ardından, bazen on yirmi metre öteden, 300 metre yürüdüğü sırada izlendiği halde herhangi bir anormallik gözlenmedi. Bundan sonra daha da yakından iki kez daha gözlemlendi, birinde otobüs durağında normal bir şekilde duruyordu.

Olay mahkemeye intikal ettiğinde, davacı özel bir hastanede bir hafta boyunca aralıksız gözlem altında tutulmuş olduğunu ve bu süre içinde sallanmasının bir an olsun durmadığını belirten bir rapor sundu. Ne var ki, çapraz sorgulamada bu gözlem döneminin hiç de ilk sefer söylendiği gibi aralıksız olmadığı ortaya çıktı.

Bu denek açıkça tremorunu kendi isteğiyle başlatıp durdurabiliyordu, kimsenin kendisini gözlemlemediği zamanlarda ve kendisi için uygun olmayacak koşullarda bunu tümden denetleyebiliyordu, bu yüzden yetiyitiminin tümüyle yalancıktan olduğuna kuşku yoktu. Bu, semptomunu yaratma ve bazen sürdürme güdüleniminin tümden bilinçli olması ve parasal kazanç amacı güttüğünden ahlaka aykırı olması gerçeğiyle pekişiyordu.

Temaruz için diğer dışsal güdülenimler arasında askerlik yapmaktan kaçma, işlenen suç için cezalandırılmaktan kaçma ve toplumsal ve parasal yararlar sağlama sayılabilir.

Peki o zaman, Münchausen hastalarındaki patolojik güdülenim nedir? Ne yazık ki bu hâlâ bilinmiyor; gerçekten de, bu tür hastaların tümünde ortak tek bir örnek güdülenim büyük olasılıkla yoktur. Güdülenim, aynı hastada bile farklı zamanlarda değişebilir.

Kanıtlar hastanede incelemeler yapılmasının ardından gelen edilgin bir dönemin, bir tür giderek artan gerilim durumu yaratabileceğini ve bunun ancak diğer bir hastanede yeni bir doktor ekibi üzerinde yeni bir dizi kandırmaca gerçekleştirildiğinde ortadan kalkacağını düşündürmektedir. Alternatif olarak, sempati eksikliği veya ilgisizlik hastanın kendi kendini taburcu etmesine ve başka yerde deva aramasına yol açabilir. Dahası, bu hastaların hepsi de ileri derecede teşhircidirler, karınlarındaki yara izlerini olabildiğince çok kişiye göstermekten ve klinik toplantılarında sunulmaktan belirgin keyif alırlar. Cerrahın oynadığı dramatik role büyük gereksinim duyan Walter Mitty'nin aksine, bunlar da ameliyata alınma dramına açlık duyarlar.

### Fiziksel İlişki

Gerçekten de altta yatan organik bir hastalığı olanlarda anlık güdülenim daha fazla anlaşılabilirdir. Önceleri yanlış tanı konmuş veya yanlış ele alınmış bu tür bazı durumlar, yetiyitimi yaratan veya hekimleri alarma geçiren doğadaki semptomların tekrarlayıcı biçimde yeniden oluşturulması eğilimini doğurabilir. Bu da *psikopatik katkı* (Small, 1955) denen durumla sonuçlanabilir, ki ayrıca bir hastaneden diğerine dolaşma eğilimi de bundan doğar. Ne var ki, ağ-

rılı yapışıklıklardan mustarip kişilerin durumunda bu bir anlam ifade ederken, elbette ilk ameliyattan önceki psikopatik davranışları açıklamaz, ayrıca organik kökenli herhangi bir hastalığı bulunmayanların durumuna da uyarlanamaz.

### İlgi Arayışı

Hemen bütün olgularda hastaların çocukluk ortamları olumsuzdur, bu ortam, şu veya bu şekilde koşullanmalarına, bir anlamda ilgi çekme yolu olarak semptomları kullanmalarına yol açar. Bu örüntü hem tekrarlamayla hem de büyük olasılıkla tıp mesleğine karşı artan bir kinle pekişebilir, çünkü kişiler kendilerini yanlış tanı ve tedavi kurbanları olarak görmeye başlarlar (MacKieth, 1957; Barker, 1962). Sözgelimi hastanın yanında talihsiz bir laf etmiş veya dekstrokardi (Davis, 1951) ya da temelde iyicil diğer bir anomali gibi görece önemsiz bir fiziksel işaret üzerinde fazla hevesle durarak hastanın merakını uyandırmış bir doktor da sendromun pekişmesine katkıda bulunabilir.

### Madde Bağımlılığı

Yatışlardan bazılarının nedeni ilaç veya madde bulma arzusu olabilirse de, bu hastalar kural olarak madde bağımlısı değildirler. Hatta bazı hastalar tedavi olarak bol miktarda petidin alabilecek oldukları halde, kendi kendilerini taburcu ederler. Bazen tıp ve hemşireliğe eğilim duyanlar, kişisel sorunlarını tekrar tekrar hastaneye yatmak yoluyla çözme girişiminde bulunabilirler (Hawkins ve ark., 1956). Bir hasta hastaneye yatmayı kocasından kaçma yolu olarak kullanıyordu; diğer bazılarıysa gündelik yaşamın acımasız gerçeklerinden kaçmak için.

## Psikopatoloji

Daha derin bir düzeyde, Menninger (1934, 1938) kendine zarar vermenin psikopatolojisiyle bağıntılı olarak birkaç güdülenim saymıştır. Bunlar ameliyattan daha ürkütücü bir şeyden kaçınma; erotik gereksinimlerin ve kastrasyon fantezilerinin doyurulması; büyük olasılıkla cinsiyet değiştirmek için altta yatan bir arzu; çocuk doğurma fantezilerinin gerçekleştirilmesi; ve kökleri derinlerde bulunan saldırganlık ve suçluluk duygularının, kendi tetiklemeleriyle cerrahın elinden ıstırap çekme yoluyla rahatlatılmasıdır.

Demek ki, psikanalitik açıdan bakıldığında cerrahi girişimlerin kastrasyonu simgeleştirdiği söylenebilir, öyle ki ardışık beden parçaları genitalleştirilir ve bu da bazı bireylerin sözcük anlamıyla kesilerek parçalara ayrılmalarını sağlar. Menninger ameliyatlara sarılma eğilimini (lokalize veya odaklı kendine zarar verme) intiharla bağlantılandırdı, bunları aynı hastalıklı sürecin farklı görünümleri olarak ele alıyordu. Bazı hastalarının eylemlerinin sorumluluğunu cerraha nasıl aktarabildiklerini, bu sayede 'bütün organizmanın ölümünün bütünün bir parçası kurban edilerek savuşturulması'nı olanaklı kıldıklarını ve ayrıca 'hastanın cerrahi operasyon geçirmeyi seçmesinin de ötesinde, bilinçdışı güdülenimlerin nasıl olup da cerraha ameliyat kararı verdirmek üzere bilinçli amaçlarla birleştiği'ni gözlemledi.

Gerçekten de, ameliyat olmaya hevesli mazoşistik bir hastayla ameliyat yapmaya hevesli bir cerrahın birbirlerini bulmasıyla, neredeyse batın tümüyle boşaltılabilir (Weiss ve English, 1957). Bu sendromun bulunduğu olgular ayrıca kendi kendine ameliyat yapmayı seçen nadir hasta örnekleriyle ortak bir geçmişi paylaşabilirler (Menninger, 1938).

Birkaç olguyu araştırmış bir psikolog olan Grygier (1954) izleyen formülasyonu yapmıştır:

> Her yerde ikideğerlilik öne çıkar. Narsisistiktirler, ama yine de bedenlerinin yara almasına hazırlıklıdırlar ve intihar girişiminde bulunmuşlardır. İlgiye açtırlar, yine de kendileri güvenilmez olduklarından doktorlarına da güvenmezler. Yansıttıkları materyal, bir sonraki ameliyatın kendilerini iyileştireceğine dair iyimserlik ortaya koyar, ancak altta yatan kötümserlik yüzeyin hemen altındadır, ilgi aramakla birlikte, testlerde kendilerini gizlemeye uğraşırlar, bu da güçlü bilinçdışı teşhirci gereksinimlerin varlığını düşündürür. Dramatize edilmiş semptomları, küntlük, duygulanım fakirliği ve *belle indifference* (güzel aldırmazlık) gösteren sözevurumlarıyla tezattır. Yansıtmalı testlerde gözüken ahlakçı yüz, suç eylemlerine yatkınlıklarıyla zıttır. Saplantısal ve paranoid özellikleri belirgindir. Erkeklerde, eşcinselliğe dair kanıtlar vardır ve kadınlarda mazoşizmin belirgin cinsel tınısı vardır, bu da ameliyatların hem saldırganlık hem de cinsel dürtülerini doyuran, ırza geçme eylemlerini simgeleştirdiklerini düşündürmektedir.

## Tedavi

Münchausen sendromuna tutulmuş hastalar davranışlarının sakinleştiği dönemlerden geçseler bile, kronikleşme eğilimi vardır ve uzun süreli sonlanım büyük olasılıkla tedaviye yanıtsızdır. Gerçekten de yazında başarıyla tedavi edilmiş yalnızca bir olgu kayıtlıdır ve bu hasta da 3 yıl boyunca hastanede yatmış, sonra da ayrıntılı izleme yapılamamıştı (Yassa, 1978). Bu hasta grubunda psikiyatrik tedaviyi yürütmek zordur

ve nadiren başarılı olur, çünkü (a) durum kemoterapi veya diğer biyolojik tedavi şekillerine yanıt vermez; (b) genel anlamda bu hastalar psikiyatrlarla işleri olsun istemezler ve başarılı bir terapötik işbirliği için temel olan güdülenimden yoksundurlar; (c) bir bölgeden diğerine dolaşma eğilimleri vardır, bu da sağlık ekibiyle temaslarını sürdürmelerini engeller.

Tedavi yaklaşımı açısından izleyen eğilimler şekillenmektedir:

- Erken tanıma ve doğru değerlendirme. Birçok yazar 1967'den beri bunu savunmaktadır ve Folks ve Freeman (1985) tarafından da üzerinde durulmuştur, bununla gereksiz ve tehlikeli girişimlerden kaçınılabilir.
- Bir miktar sorun yaratacak olsa da, merkezî kayıtlar tutulması ve 'kara liste' denen periyodik yayınlar çıkarılması (Wright ve ark., 1995).
- Yatarak tedavi, hastaneden kaçma eğilimi yüzünden genellikle zorla. Yürürlükte olan İngiliz akıl sağlığı yasalarına (Akıl Sağlığı Bildirgesi, 1983) göre bu hastaların zorla tutulup tutulamayacakları sorusu ikirciklidir ve her hekimin klinik yargısına bırakılmalıdır. Kişilik bozukluğu olan bireylerin zorla tutulmalarını da içeren yeni akıl sağlığı yasaları çıkartıldığında bu durum kökten değişebilir.
- Dinamik psikoterapi genellikle yararsızdır ve aslında hasta ego gücünden yoksun olduğu ve patolojik yalan söylemeye eğilimli olduğundan zararlı olabilir.
- Bununla beraber, destekleyici psikoterapi temeldir; güvenlik ve sıcaklık sunabilen, saldırganlığı karşılık vermeden tolere edebilen ve sergilenen ilgi çekme davranışlarına soğukkanlılıkla tepki verebilen bir hekim

tarafından uygulanabilir (Ireland ve ark., 1967). Bunu başarmak için hekimin kendi karşı-aktarımına dikkat etmesi şarttır (Scoggin, 1981; Scully ve ark., 1984; Snowdon ve ark., 1978).

- Anksiyete nevrozu, depresif bozukluklar, konversiyon semptomları ve majör psikoz gibi ilişkili olabilecek formel psikiyatrik bozukluklar tanınmalı ye tedavi edilmelidir. Gerçekten de, bazı hastalar bir yandan merkezdeki kişilik ve davranış bozukluğunu koruyarak, bu tür bir tedaviyi kabul ederler (Folks ve Freeman, 1985).

Münchausen sendromuna tutulmuş bu olgular karmaşık ve yorucudur, sıklıkla yıkıcı da olurlar, ancak erken tanıma, dengeli biçimde ele alma ve uygun yaklaşımlar, gereksiz tehlikeli girişimleri anlamlı ölçüde azaltabilir. Psikiyatrların hastayı gönderen hekimle veya cerrahla buluşması ve birlikte hastayı gerçeklerle yüzleştirilmelerinden oluşan ekip yaklaşımı en etkili yöntem olabilir. Ancak bunun ardından hemen psikiyatrik yardım sunulması ve bunun psikiyatrın, hasta tarafından düşman değil, yardıma istekli ve hazır biri olarak görüleceği tarzda yapılması esastır (Savard ve ark., 1988; Enoch, 1990).

### Bakımverenin Yol Açtığı Münchausen Sendromu

(Munchausen syndrome by proxy)

Bu, Münchausen sendromunun bir varyantıdır ve bir erişkinin (ki bu genellikle de ana-babadan biri veya çocuğa bakan kişidir) kendine bakacak durumda olmayan bir çocukta bilerek bazı semptomları taklit etmesi veya uydurmasıdır. Bu şekilde gereksiz, ancak tehlikeli olabilecek incelemeler ve tedaviler başlatılır.

Bakımverenin yol açtığı Münchausen sendromu (BYMS), Münchausen sendromunun bir varyantı olarak görülür, çünkü merkezdeki esas lezyon, semptomları uyduran kişide (anne veya bakıcı), yani faildedir, çocuk ise kurbandır. Cordess (1995), 'Bakımverenin yol açtığı Münchausen sendromu' terimini kabul eder, ancak sendromun 'başkası tarafından oluşturulması' yönünün iki bileşeni olduğunu özellikle vurgular; (a) başka birinde bir hastalık yaratılması ve (b) bunun sonucunda akıl karıştırıcı semptomları araştıran doktorun yarattığı gerginlik ve sıkıntı. Ayrıca, Münchausen sendromuyla benzerliklerden söz ederek, olguların yaklaşık üçte birinde başlatan kişide yapay hastalık öyküsü bulunduğuna dikkat çeker.

Bununla birlikte Schreier ve Libow (1993) Münchausen sendromunun bir varyantı olduğundan emin değillerdir, ne var ki onların durumu alt sınıflandırma çabaları yalnızca daha fazla karışıklık yaratır.

Bir pediatr olan Meadow 1977'de ilk olguyu bildiren kişi sayılır, 'Bakımverenin yol açtığı Münchausen' adını veren de odur. Başlangıçta, durumu araştıranlar pediatrlar olduğundan, esas psikopatolojinin kaynağı olan annelere pek az dikkat harcanıyordu. Başlangıçta herhangi önemli bir akıl rahatsızlığı veya bozukluğu sergilemedikleri düşünülüyordu, ancak erişkin psikiyatrları yani konunun uzmanları bu anneleri incelemeye başlayınca, aslında önemli bir psikopatolojinin varlığı giderek daha sık gösterilir oldu. Sözgelimi, kişilik bozukluğu sergiliyorlardı ve sıklıkla buna depresif hastalık gibi bir akıl hastalığı eklenmiş oluyordu.

Pediatrların anneyi inceleyecek bir erişkin psikiyatrisine danışmadan BYM tanısı koyma eğilimleri, sonraları bu tanıya itiraz edip haklı çıkanların sayısındaki artışı açıkla-

yabilir, elbette bu arada bu kişiler masum olduklarını kanıtlamak için yoğun stresler yaşamışlardır.

Erişkin psikiyatrisinde uzmanlaşmış bir psikiyatr tarafından anne incelemeye alınmadan tanı konamayacağının altı çizilmelidir, ancak bu uzmanın çocuğu tedavi eden pediatrla yakın işbirliği içinde olması önerilir. Bu işbirliği, böylesine potansiyel tehlikeler içeren bir durumla yeterince iyi başa çıkabilmek için temeldir.

## Sıklık ve Yaygınlık

Münchausen sendromunun sıklık ve yaygınlığı tam olarak saptanamamıştır, ancak 1987'de 100'ün üzerinde olgu bildirilmiştir (Rosenberg, 1987). 1997'ye gelindiğinde bildirilen olguların sayısındaki artışın devam ettiği görülmüş ve Hemşire Beverley Allit gibi olgular aracılığıyla ulusal önem kazanmıştır. İngiliz Pediatri Birliği'nin bir raporu iki yıllık dönem içinde 97 olgu görüldüğünü bildirir. Bununla birlikte, bir olgu yayımlandıysa, birçokları da kamuoyunun haberi olmadan halledilmiş veya atlanmış olabilir.

## Klinik Özellikler

Bütün çocukluk hastalıkları taklit edilebilir ve sendrom gerçek semptomların hafif abartılmasından tutun, bilerek gerçek fiziksel zarar vermeye kadar uzanan bir yelpazede bulunabilir. Rosenberg'in (1987) konu üzerine otorite kabul edilen derlemesinde, 117 olguluk bir örneklemde izleyen örnekler sıralanır: Epilepsi, otit, bakteriyemi, ateş, zehirlenme, boğulma, apne, ani bebek ölümü, gelişimsel gerilik, işitme zorluğu, kistik fibroz, havayolu obstrüksiyonu, hemofili, psikiyatrik bozukluk, kardiyak hastalık, menoraji, hematüri ve ösofagus perforasyonu.

## Kurbanlar

Kurbanlar genellikle küçük çocuklardır. Tanı sırasında ortalama yaş 39,8 aydır (1-252 ay aralığında) (Rosenberg, 1987). Erkeklerle kızlar eşit sayıdadır. Kardeş arasında, uydurma hastalık, kazara olmayan yaralanma, gelişme geriliği, ihmal ve açıklanamayan ölüm komorbiditesinin yüksek olduğu bildirilir (Bools ve ark., 1992).

## Failler ve Aileler

Failler genellikle anneler veya bebeğe bakan diğer kadınlardır, örneğin büyükanneler veya bakıcılar. Babanın fail olması olağandışıdır, ama bu tür olgular da olmuştur. Kadın fail, genellikle ayrıntılı tıbbi bilgiye sahiptir, bazen de geçmişte hemşirelik yapmıştır. Bu kişilerde akıl hastalığı nadir, kişilik bozukluğuysa (özellikle histriyonik ve borderline tipler) sıktır. Yapay ve somatoform bozukluklar, Münchausen sendromu ve yeme bozuklukları da sıktır (Rosenberg, 1987; Bools ve ark., 1992; Samuels ve ark., 1992).

Fail olmayan babalar genellikle edilgin veya duygusal olarak aileden kopuk ve hatta edilgin tarzda anneye suçortaklığı yapan kişiler olarak tanımlanırlar. Ailelerde kuşaklardan kuşağa aktarılan, fazla içli dışlılık, evlilikte geçimsizlik, hastalık davranışı, duygusal, fiziksel ve cinsel taciz gibi yüksek düzeylerde bozukluklara rastlanır (Griffith, 1988).

## Tedavi

### Değerlendirme ve tanıma

1. Hekim bu tanı olasılığını akılda tutmalıdır. Meadow (1982) da dahil birçok yazar çeşitli uyarı işaretleri öner-

miştir. Bunlar şöyle sıralanabilir: Açıklanamayan inatçı veya tekrarlayıcı hastalık; çocuğun sağlıklı görünümüyle birbirini tutmayan inceleme sonuçları; uzmanların daha önce bu tür bir olgu görmemiş olduklarını söylemelerine yol açan semptom ve işaretler; ana-baba yokken ortaya çıkmayan semptom ve işaretler; aşırı ilgili bir anne (hastaneden ayrılmayı reddeder); tolere edilemeyen tedaviler; çok nadir bir bozukluk; fazlaca kaygılanmayan bir anne; uygun ilaçların dikkatle uygulanmasına beklenen yanıtı vermeyen klinik özellikler.

2. Özellikle annenin verdiği bilgilerin doğrulanmasına dikkat edilerek tıbbi geçmiş ve özgeçmiş öykülerinin tekrar denetlenmesi gerekir.
3. Bütün tıbbi kayıtları ve dosyaları güvenli bir yerde tutun, örnekleri analiz için saklayın.
4. Gizli kamera da dahil özel gözetim yapılabilir, ancak bu sorun yaratabilir.
5. Psikiyatrlar, pediatrlar ve diğer klinik ekibin yanı sıra sosyal hizmetler ve polisi de içeren disiplinlerarası bir yaklaşım gereklidir.
6. Bir aldatmadan kuşkulanmıyorsa ve çocuk potansiyel olarak tehlikeli bir durumdaysa, çocuğun ortamdan uzaklaştırılması temeldir, bu da yasal işlemler gerektirebilir. Acil koruma emri, annenin çocukla temasını denetim altında tutar. Annenin bu işteki rolünü göstermeye yetecek kanıtları toplamak zor olduğundan, mahkeme potansiyel zarar riskine ikna edilebilirse, çocuğun o zamana dek zarar görmüş olduğunu kanıtlamak gerekmeksizin anneden alınmasına izin veren velayet kararı verilebilir.

## Özgül Tedavi

Annenin psikiyatrik tedavisinin etkililiğine ilişkin kuşkular olsa da, tam psikiyatrik muayeneden geçirilmelidir, daha sonraki tedaviler tanıya bağımlı olacaktır. Annelerin işbirliğine isteksiz olmaları ve kendi oynadıkları rolü sürekli yadsımaları yüzünden bu olguların tedavisi genellikle karmaşık olsa da, depresyon gibi herhangi bir psikiyatrik bozukluk varsa, yoğun biçimde tedavi edilmelidir.

Faillerde kişilik bozukluğu olduğu veya büyük toplumsal ve ailesel stres altında oldukları saptanırsa, bunların üzerine gidilmelidir. Sıklıkla evde bulunmayan, bulunsa da uzak duran baba da katılırsa, aile terapisi özellikle yararlı olabilir.

## Prognoz

Eldeki çalışmalar, bu çocukların önemli bir kısmının yeniden denetimsiz biçimde annelerinin bakımına bırakıldıklarını ve bu yüzden de duygusal bozukluklar, süregiden taciz ve hatta ölüm riski altında olduklarını göstermektedir. Sonraları, bu çocukların yaklaşık üçte birinde, erişkinlikte Münchausen sendromu gelişmektedir. Başarı şansı en yüksek yaklaşım, pediatr, çocuk ve erişkin psikiyatrları arasında yakın çalışma ilişkisidir. Özellikle 'evde durmayan' baba dahil, mümkünse bütün aile terapötik sürece aktif olarak katılmalıdır.

Çocukların ciddi zarar görme ve hatta ölme riski altında oldukları bu önemli alanda kuşkusuz daha fazla araştırmalar yapılmalıdır, ancak temel patolojinin failde (genellikle anne) olduğu ve çocuğun masum bir kurbandan ibaret olduğu vurgulanmalıdır.

## Pseudologia Fantastica

Yalan söylemek gündelik insan yaşamının bir parçasıdır ve Tekvin'de de söylendiği gibi, ezelden beri var olmakla kalmaz, aynı zamanda insanlık durumunun çekirdek bileşenlerinden birini de temsil eder. Yalan, söyleyen kişi tarafından yanlış olduğu bilinen ve önceden saptanmış bir hedefe ulaşmak üzere kandırmayı amaçlayan bir ifadedir. Patolojik yalancılık veya *pseudologia fantastica*, sağlayacağı herhangi olası üstünlükle orantısız, genellikle fantastik uydurmalar ağından oluşan ve bazen karmaşık sistemli bir aldatmacaya varabilen büyük yalanlarla karakterize hastalıklı bir durumdur. Demek ki, patolojik güdülenimlerden ve psikopatolojik düzeneklerden köken almasıyla sıradan yalancılıktan ayrılır.

## Tarihçe

- Durumu ilk kez 1891 yılında Delbrück tanımladı ve 'pseudologia fantastica' terimini kullandı. Kavram İngiliz tıp yazınına Healy ve Healy tarafından 1915 yılında sokuldu.
- Psikopatolojinin araştırılması üzerine başka önemli katkılar da yapıldı (Jaspers, 1913; Kraepelin, 1921; Bleuler, 1924; Schneider, 1959; Fish, 1967). Kriminoloji yazınında 'yalancı düzenbaz' tanımlanır ve tartışılır (Sparrow, 1962; Larsen, 1966).

## Psikopatoloji

Temel düzenek görece basittir: başlangıçta kendini ve diğerlerini kandırma bilinçli ve bilerek yapılır; ne var ki, bir süre sonra (pseudologia ve kronikleşme derecesine bağımlı olarak), kişilerin kendileri de söylediklerinin gerçekliği-

ne ikna olurlar ve bu noktada süreç bilinçdışı hale gelir ve bundan sonra da yalanlar giderek daha fantastik olur.

Geleneksel olarak, düzeneğin birinci aşamasından ikinciye ilerlemesinde, psikopatik doğadaki kişilik bozuklukları ile gözlemlenen ilişkiye (Kraeplin, 1921) dayanarak, suçluluk duygusu bulunmayışının yardımı olduğuna inanılırdı. Bozuklukla, borderline (sınır), narsisistik ve histriyonik gibi diğer kişilik özelliklerinin de ilişkili olduğu ortaya atıldı.

Bu, disosiasyon fenomeniyle bir ilişki veya benzerliğin varlığını düşündürür. İlginç biçimde, Powell ve ark. (1983) patolojik yalancılığın, suçluluk duygusunun psikolojik ve fizyolojik öğeleriyle ilişkili olduğu bir olgu bildirdi ve kişinin kendisinin yalanlarına inanmasının suçluluğu veya anksiyeteyi azaltıcı bir düzenek işlevi gördüğünü ileri sürdü.

Psikodinamik olarak süreç, normalde çok banal ve katlanılması acı verici olan gerçeklikten kaçışın, bireyin düşük benlik değerini yükseltmenin bir yolu olarak görülmüştür (Enoch, 1990). Başlangıçtaki ilgi ve öykülerin en azından kısa vadede aldığı toplumsal ödüller güçlü pekiştirici işlev görür.

Patolojik yalancı genellikle zeki ve iyi eğitimli (Enoch, 1990) biri olmasına karşın, kişilerin özgül öğrenme güçlükleri sergilediği olgular da kayda geçmiştir (Sharrock ve Cresswell, 1989). Bu, en azından bazı olgularda altta yatan organik temelli bir kusur olabileceğini ve klinikte büyük organik durumlarda gözlenen sabuklamalarla (konfabülasyon) bir miktar örtüşmeyi açıklayabileceğini düşündürmektedir (Kerns, 1986).

**Klinik Görünüm**

İzleyen liste kesinlikle tam değildir, yalnızca daha sık karşılaşılan klinik tablolardan bazılarına örnekler verilmiştir:

- *Doktor kılığına giren hasta* – konuda eğitimsiz kişiler beyaz önlük giyer ve doktor rolünü benimsemek üzere hastanelere girerler, buralarda genellikle onların gerçek konumlarından habersiz hastalarla ilgileniyormuş gibi yaparlar. Halkın gözünde yüksek yere sahip rahip, avukat ve polis memuru gibi roller de benimsenebilir. Elbette bu tür eylemler sıklıkla suç kapsamına girer.
- *Dolandırıcı* – kişi diğer insanlarda çok zengin ve büyük bir iş adamı olduğu imgesini yaratmak için her yola başvurur, genellikle düş kırıklığı ve zaman kaybının ötesinde zarar vermezler. Tıpkı Doğu Anglia'da pahalı arabalar ve takım elbiseler kiralayarak debdebeli malikaneleri alıcı gibi dolaşan, hatta fiyat teklifi yapan ve kim oldukları (henüz) anlaşılamayan adamlar gibi – birkaç gün sonra ortadan yok olmuşlardı! Ancak zaman zaman bu kişilerin eylemleri gerçek suç oluşturan aldatmacalar ve sahtecilikle örtüşür.
- *Namusu lekelenmiş kadınlar* – kendilerine cinsel saldırıda bulunulduğunu veya uygunsuz teklifler yapıldığını uydururlar. Yazında tanımlanan özgün olguların birçoğu bu tür örneklerden oluşur (Healey ve Healey, 1915).
- *Sahte itirafçılar* – aksine açık kanıtlar bulunmasına karşın, ciddi bir suç işlediklerini gönüllü olarak ve kendiliklerinden itiraf ederler. Münchausen sendromuyla ilişkili olarak bu tür bir olgu bildirilmişti (Abed, 1995).

## Tedavi

Bu bozukluk için özgül bir tedavi yoktur, büyük olasılıkla, Münchausen sendromu üzerine yazılan kısımda dile getirilen genel ilkeler burada da geçerlidir. İleride, Powell ve ark. (1983) bulgularının bu alanda çok önemli oldukları anlaşılabilir, yazar kişilerin yalan söyleme sürecine psikofizyolojik bir tepki gösterip göstermediklerine bağımlı olarak, ayırt edici bir davranış terapisi yaklaşımı önermektedir.

## Gaz Lambası Fenomeni

1939'da, Patrick Hamilton'un oyunu *Melek Sokağı* (*Angel Street*) ilk kez sergilendi ve daha sonra *Gaz Lambası* adıyla filme alındı ve büyük ilgi topladı. Burada koca gaz lambasının ışığıyla, karısının sürekli bundan yakınmasını bir delilik işareti olarak gösterecek şekilde sürekli oynuyordu. Amacı kadını akıl hastanesine kapattırmak ve malların tek sahibi olmaktı.

Bu senaryodan yola çıkarak, Barton ve Whitehead (1969) görünürdeki akıl hastalığı tablosunun, ileri sorgulamalarda hasta üzerinde bilerek oluşturulduğu veya kendi çıkarı için başka bir kişi tarafından uydurulduğunun anlaşıldığı sıra dışı durumu tanımlamak üzere *Gaz lambası* fenomeni terimini ortaya attılar. Başlangıçta amacın tümden kötücül olduğu düşünülüyordu (Barton ve Whitehead, 1969; Smith ve Sinanan, 1972; Tyndal, 1973; Lund ve Gardiner, 1977) ancak daha sonra bildirilen bazı olgularda delilik tablosu oluşturma güdüleniminin herhangi kişisel maddi kazanım yerine, psikonörotik düzenekleri temel aldığı görüldü (Cawthra ve O'Brien, 1987; Calef ve Weinshel, 1981).

Bu ikinci varyant, Cawthra ve O'Brien tarafından 'Hileyle Yüklenmiş Psikoz' şeklinde adlandırıldı, verdikleri örnekte gaz lambası kurbanı daha da semptomatik hale

gelmişti. Bu tür bir süreç açıkça bazı *folie à deux* (ikili delilik) olgularında ortaya çıkan süreçleri andırır – hatta çok benzer. Her iki durum da daha baskın bir eş veya akraba tarafından daha zayıf bir kişilik üzerinde bazı semptomlar oluşturulmasını içerir; semptomlar gerçek olmakla birlikte, bu iki kişi ayrıldıktan sonra kısa sürede ortadan kalkar.

Yazında bildirilen olguların çok az sayıda olması ya bunun ender bir fenomen olduğunu, ya da gözden kaçan morbiditenin yüksek olduğunu düşündürür.

Karmaşık, çağdaş bir toplumda çalışan bütün modern psikiyatrların bu fenomenden haberli olmaları şarttır. Anlatılanlar doğruysa, eski Sovyetler Birliği'nde devlet adamlarından bazıları, muhalefetteki birçok politikacıyı akıl hastası şeklinde lanse ederek, büyük ölçekli bir gaz lambası fenomenine karışmışlar, hatta gerçekten hasta bazı muhaliflerin Batı'ya iltica etmelerini sağlamış ve akılları iyice karıştırarak dönen dolapları gizlemeye çalışmışlar (Fireside, 1979). Koşullar çok farklı olsa da, liberal Batı demokrasilerinde, özellikle adli ortamlarda çalışan psikiyatrlar üzerinde de belki daha gizli kapaklı ama benzer baskılar olabilir. Bütün psikiyatrların hekim olarak çekirdek rollerini hiç akıldan çıkartmamaları gerekir; birincil sorumlulukları üçüncü kişilerin değil, hastalarının iyiliği ve çıkarlarına uygun hareket etmektir.

# Kaynaklar


Abed, R.T. (1997) *Irish J Psychol Med*, 14/4,144.

Achte, K.A. and Kaukp, S.K. (1964) *Acta Psychiat Scand*, 40,121.

Asher, R. (1951) *Lancet*, 1, 339.

Bagan, M. (1962) *Boston Med Quarter*, 13,113.

Banzel, R. (1934) *Presse Med*, 42,1731.

Barker, J.C. (1958) *Br Med J*, 2,1274.

Barker, J.C. (1960) *The Nature and Features of the Munchausen Syndrome*. MD Thesis. University of Cambridge.

Barker, J.C. (1961) *Br Med J*, 1,60.

Parker, J.C. (1962) *J Mental Sci*, 108,167.

Barker, J.C. (1964a) *J Mental Sci*, 1, 1704.

Barker, J.C. (1964b) *J Mental Sci*, 2,1136.

Barker, J.C. and Grygier, T.G. (1957) *Lancet*, 2,1069.

Barrett, N.R. and Hoyle, C. (1942) *Br J Tuberc Dis Chest*, 36,172.

Barton, R. and Whitehead, J.A. (1969) *Lancet*, 1,1258.

Bleuler, E. (1924) *Textbook of Psychiatry*. Trans. Brill, A.A., Macmillan, New York.

Bools, C.N., Neale, B.A. and Meadow, R. (1992) *Arch Dis Child*, 67,77.

Calef, V. and Weinshcl, E.M. (1981) *Psychoanalyt Quart*, 50,44.

Cawthra, R. and O'Brien, G. (1987) *Br J Psychiat*, 150,553.

Ceiller (1947) *Ann Med Leg Crimin Police Scient*, 27,134.

Chamoff, V.N. and Sotina, N.N. (1935) *Vrach Delo*,18,975.

Chowne, M.D. (1843) *Lancet*, 1,131.

Cordess C. and Cox, M. (1995) *Textbook of Forensic Psychotherapy*. TPK, London.

Davis, E. (1951) *Lancet*, 1, 910

Delbrück, A. (1891) *Die pathologische Luge und die psychischabnormen Schwindler. Ein Untersuchung uber den allmahlichen Oherang eines normales psychologische Vorgans in ein pathologisches Symptom*. Enke, Stuttgart.

Enoch, M.D. (1990) In: *Principles and Practices of Forensic Psychiatry* (eds R. Bluglass and P. Bowden). Churchill Livingstone, London.
Fireside, H. (1979) *Soviet Psychprisons*. Norton. New York. London.
Fish, E (1967) *Clinical Psychopathology*. Wright, Bristol.
Folks, D. and Freeman, A. (1985) *Psychiat Clin North Am*, 2,263.
Gliebe, R. A. and Goldman, L. (1949) *Calif Med*, 70,170.
Grant, A.R (1952) *J Irish Med Ass*, 31,299.
Griffith, J.L. (1988) *Fam Process*, 27,423.
Grunert, E. (1932) *Psychoat Neurol Wochenschr*, 34,611.
Grygier, T.G. and Collie, I.E. (1954) *Lancet*, 2,1284.
Hamilton, P. (1939) *Gaslight*. London, Constable.
Hawkings, R.R., Jones, K.S, Sim, M. and Tibbetts, R.W. (1956) *Br Med J*, 1,361.
Healcy.W. and Healey, M. (1915) *Pathological lying, accusation and swindling. A study in forensic psychology*. Heinemann, London.
Hyler, S. and Sussman, N. (1981) *Psychiatr Clin North Am*, 4,365.
Ireland, P, Sapira, J. and Templeton, B. (1967) *Am J Med*, 43,579.
Jaspers, K. (1913) *General Psychopathology*. Trans. Hoenig, J. and Hamilton, M.W. Manchester University Press, London.
Kerns, LL. (1986) *Psychiatry*, 49, 13.
Kraepelin, E. (1921) *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Trans. Barclay, R.M.and Robertson, G.M. Churchil Livingstone, Edinhurgh.
Larsen, E. (1966) *The Deceivers*. Baker, London.
Lund, C.A. and Gardiner, A.Q. (1977) *Br J Psychiat*, 131,533.
MacKieth, R. (1957) *Lancet*, 2,1069.
Meadow, R. (1977) *Lancet*, 2,343.
Meadow, R. (1982) *Arch Dis Child*, 57,92.
Menninger, K.A. (1934) *Psychoanalyt Quarter*, 3, 173.
Menninger, K.A. (1938) *Man Against Himself*. Hart-Davis, London.
Netherton, E.W. (1927) *Ohio State Med J*, 23,215.
Powell, G. E., Gudjonsson, G.H. and Miller, P (1983) *Pers Individ Diff*, 4,141.
Raspe, R.E. (1786) *Baron Munchausen's Narrative of his Marvellous Trauels and Campaigns in Russia*. Oxford. In the British Library.
Reinhard, W.E. (1950) *Tuberkulosearzt*, 4,475.
Rosenberg, D.A. (1987) *Child Abuse Negl*, 11,547.
Samuels, M.P, McClaughlin, W., Jacobson, R.R., Poets, C.E and Southall, D.P (1992) *Arch Dis Child*, 67, 162.
Sanderson, PH. (1957) *Lancet*, 1, 483.
Savard, G., Andermann, F., Tettlebaum, R and Lehman, H. (1988) *Neurology*, 38, 1628.

Schneider, K. (1959) *Clinical Psychopathology*. Trans. B.A. Hamilton, Grune and Stratton, New York, London.
Schreier, H. and Libow, J. (1993) *Hurting for Loue: Munchausen by Proxy*. Guildford, New York.
Scoggin, C. (1981) *Postgrad Med*, 74,259.
Scully R., Mark, E. and McNeely, B. (1984) *New Eng J Med*, 311,108.
Sharrock, R. and Cresswell, M. (1989) *Med Sci Law*, 29/4,323.
Small, A. (1955) *Br Med J*, 2,1207.
Smith, C.G. and Sinanan, K. (1972) *Br J Psychiat*, 120,685.
Snowden, J., Solomans, R. and Druce, H. (1978) *Br J Psychiat*, 133, 15.
Sparrow, G. (1962) *The Great Imposters*, Longman, London.
Tyndal, M. (1973) *Br J Psychiat*, 122,3.67.
Weiss, E. and English, O.S. (1957) *Psychosomatic Medicine*, 3r edn. Saunders, Philadelphia.
Wright, A.D. (1955) *Trans Hunterian Soc*, 14,13.
Wright, B. Bhugra, D. and Booty, J. (1995) *J Accident Emerg Med*, 13, 18.
Yassa, R. (1978) *Psychosomatics*, 19, 242.

# VII

## GILLES DE LA TOURETTE SENDROMU

## Gilles de la Tourette Sendromu

*1885'te Fransız başkenti esrik bir haldeydi, Toulouse-Lautrec'in aşağı tabakadan, şen Paris'i. Fransız düşünce âleminde taze ve yeni fikirler ortalığı kasıp kavuruyordu, tıp da bundan nasibini almıştı. Salpétrière hastanesinde Charcot Fransız nörolojisini yeniden canlandırmıştı. İşte, Charcot'nun öğrencisi Georges Gilles de la Tourette'e ünlü makalesini yazdıran da bu ortamdı: 'Etüde sur une affection nerveuse caracterisee par l'incoordination motrice accompagne d'echolalie et de coprolalie' (Motor inkoordinasyona eşlik eden ekolali ve koprolaliyle karakterize bir sinir bozukluğu üzerine çalışma, -çn.).*

L. B. Savin. *Trans Ophtbalmol Soc.* UK (1961), 81, 39

Gilles de la Tourette sendromu psikiyatrik bozukluklar alanında sınıflandırılan bir motor bozukluktur. Tanı koymak için üç bileşenin varlığı gereklidir:

- Yaygınlaşmış tikler,
- Açık saçık olabilen veya bunu ima eden istemsiz sözler,
- Çocukluk veya ergenlikte başlangıç.

## Tarihçe

Sendromun fark edilmesi ve tanımlarının evrilmesi izleyen şekilde özetlenebilir:

- Gilles de la Tourette tarafından 1885 yılında tanımlandı. Eponim sendromun adı zaman zaman Tourette sendromu olarak kısaltıldı.
- Ancak bozukluk daha önce, 19. yüzyıl başlarında tanımlanmıştı.
- 20. yüzyılda bozukluğu anlatan birçok olgu bildirildi.
- Bozukluk ICD-10 ve DSM-IV gibi majör uluslararası sınıflandırma sistemleri tarafından kabul edilir.
- Son yıllarda durumun nörobiyolojik ve nörofizyolojik yanları üzerine odaklanan birçok çalışma başlatılmıştır.

Gilles de la Tourette sendromunun tarihsel evrimi, Stevens (1964) tarafından az ve öz biçimde anlatılmıştır. Stevens, Gilles de la Tourette'in, Beard'ın (1880) 'Maine'in Zıplayan Fransızı' anlatısını çevirdikten sonra bu tür durumlara ilgisinin ilk kez uyandığını söyler. 1884'te ekibine katıldığı Charcot, 'kore kaosu'nu sınıflandırma çabasıyla onu bu çalışmayı sürdürmeye yüreklendirmiş. Gilles de la Tourette *maladie des tics cotnpulsifs* (kompulsif tikler hastalığı) adını verdiği durumu izole ettiğinde, Charcot bunun kendi başına bir ismi hak etmeye yetecek özelliklere sahip bir durum olduğunu düşünmüş ve onun adıyla anılmasını (eponim) önermiş (Charcot, 1884; Tourette, 1884, 1885, 1889). Gilles de la Tourette çocuklukta başlayan inatçı tikleri olan sekiz hasta tanımladı, bunların beşinde açık saçık laflar ve küfürlerin tekrarlayıcı biçimde söylenmesinden (*koprolali*) oluşan sözel tikler vardı:

Yaklaşık 7 veya 8 yaşında, genellikle berbat bir aile öyküsü olan çocuk bir dizi tik sergilemeye başlar. Durum kısa zamanda ana-babanın dikkatini çeker, ancak nadiren ilk başta bunu önemserler, çünkü çoğunlukla seğirmeler yüz kaslarıyla sınırlıdır. Zaman zaman, yine bu aşamada, ekspirasyon sırasında laringeal hırıltılar eklenir. Hareketler uzun bir süre yüzle sınırlı kalabilir, ancak daha sonra yavaş yavaş omuzları ve kolları da tutar... Larinks kasları da bazen tutulur, öyle ki tikli birçok kişi, hızlı ekspiratuar 'hmmm', 'aah' sesleri çıkartır. Hastalık bu aşamayla sınırlı kalabilir, ancak yüz hareketlerinin başlamasından birkaç ay veya yıl sonra anlamsız laringeal sesin organize olması ve belli bir yönde gelişmesi ender değildir; bu bozukluk için patognomoniktir. Olguların çoğunda eylemlerini takdir etmeye gücümüzün yetmediği bazı nedenlerin etkisiyle hastalar bir gün ağızlarından çok özel karakterde bir sözcük veya kısa bir cümle çıkarmaya başlarlar ve bunun anlamı hemen her zaman açık saçıktır. Bu sözcükler ve tümceler yüksek sesle, herhangi bir durdurma girişimi olmaksızın söylenir... Diğer bir fiziksel yafta da, daha az sıklıkta olsa da zaman zaman gözlemlenen ekolalidir.

Patlarcasına söylenen sözlerin eşlik ettiği çoğul tiklerden oluşan bir hastalık daha önce, 19. yüzyıl başlarında Fransız bir hekim olan Itard (1825) tarafından tanımlanmıştı. Itard, 7 yaşında tikleri başlayan, sonraları tuhaf çığlıklar atan ve anlamsız sözler haykıran Dampierre Markizi olgusunu bildirmişti. '*Mais tout cela sans deliere, sans aucun trouble des facultees mentales*' (ama tüm bunlar ne bir sanrı, ne de zihnî melekelerde herhangi bir sorun olmaksızın ortaya çıkıyor). Evlendikten sonra Markiz'in semptomlarında alevlenme olmuştu, öyle ki, diğer bütün hareketleri gayet kibar olmasına karşın, koprolalisi yüzünden yaşamının geri kalan 70

yılını bir münzevi olarak geçirmek zorunda kalmıştı. 90'ını aştıktan sonra ölmeden önce hâlâ küfrediyordu

1864'te Hughlings Jackson sendroma örnek kabul edilebilecek bir durum tanımladı:

> Bir hastam var, kore'ye tutulmuş ve birkaç yıldır, istemsiz biçimde 'lanet' sözcüğünü söyleme huyu peydah olmuş. Bir iki yıl önce, arkasından bu sözcüğü haykıran bir adamdan korkmuş. Korku kore'ye yol açmış ve bu terimi kullanmam uygun olacaksa, zihinsel kore de ortaya çıkmış; üç gün boyunca ağzından 'lanet' sözcüğünden başka laf çıkmamış; şimdi de zaman zaman bu laf ağzından fırlıyor. Bu sözcüğü söyleten zihinsel süreç üzerinde denetimi çok az, tıpkı yüzündeki kasların birkaçı gibi, şimdi bunlardaki seğirme yüzünden Londra Hastanesi'ne gidip geliyor.

Gilles de la Tourette'nin ardından Trousseau (1897) sendromun daha önce görüldüğü başka olgular tanımladı. Koester (1899) Leipzig Üniversite Polikliniği'ne yatırılmış 2500 hasta arasında 2 yeni olgu keşfetti ve o sırada yazında toplam 50 olgu bildirilmiş olduğunu buldu. Bunlar arasında Guionon (1886), Wille (1898) ve Osler (1894) tarafından tanımlananlar da bulunuyordu. Prince (1906) de bu durumdan mustarip 35 yaşında bir erkek olgu bildirdi.

Otuz yıl boyunca,Creak ve Guttman (1935) altı tane olgu bildirene dek başka olgu kaydedilmedi; bu altı olgunun üçü 10-15 yaş arasında, biri 22 yaşında erkeklerdi ve kalanlar da 18 ve 32 yaşlarındaki iki kadındı. Bu olguları Maudsley Hastanesi'nde 1932-1935 yılları arasında görülenler arasından bulmuşlardı. Daha sonra Kinnier Wilson (1941) 25 yıl önce karşılaşmış olduğu bir olgu bildirdi, Kanner (1942) de

1929 yılında görmüş olduğu diğer bir olguyu tanımladı. Bundan sonra düzenli biçimde yeni olgular akmaya başladı, bunların çoğu tekli olgu bildirimleriydi (Aberle, 1952; Balhesar, 1957; Rapoport, 1959; Schneck, 1960; Aimard ve Köhler, 1961; Deshan, 1961; McDonald, 1963).

ICD-10'da sendrom bir *Çocukluk ve Ergenlik Çağı Bozukluğu* olarak, *Tik Bozuklukları* alt grubu içinde yer alır ve *Vokal ve Çoklu Motor Tik Bozukluğu Bir Arada* (de la Tourette Sendromu) şeklinde sözü edilir. Tanısal ölçütler çoklu motor tiklerin varlığı ve bir veya daha fazla vokal tiktir (eşzamanlı olmaları gerekmez), başlangıç hemen her zaman çocukluk veya ergenliktedir.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

İlk kez 1959 yılında, 27 yaşındayken yatırıldı. Son 21 yıldır sürekli olarak kendini, tek heceli sesler çıkarmak, kısa müstehcen sözcükleri ağzından fışkırtırcasına söylemek ve kolları, dili ve boynuyla kompulsif jest ve hareketler yapmak zorunda hissediyordu. Bu 6 yaşında geçirdiği tonsillektominin ardından ortaya çıkmıştı. Kısa süre sonra başını geriye atmaya, durduk yere elleri ve dilini oynatmaya ve ayıp bir dil kullanmaya başlamıştı. İki yaşındayken bir konvülsiyon geçirmişti ve 12 yaşına kadar enüretikti. Hareketleri aşırıya kaçtığında onu odasına kapatan babasından çok az anlayış görmüştü. Okuldan çok kaybı vardı ve bu yakınması yüzünden sık sık sopa yiyordu, inşaatlarda harç ve tuğla taşıyıcı olarak çalışıyordu ve genellikle zor koşullarda yaşıyordu. Fazla miktarda içiyor ve sık sık durumundan ötürü depresyona giriyordu.

Fizik muayene hareketleri ve sözleri dışında normaldi. Hızlı biçimde art arda dilini çıkartıp sokuyordu. Buna sık sık sırıtma ve yüzüne bir ifade veren platisma kası kasılması eşlik ediyordu. Sırıtma zaman zaman tek başına da ortaya çıkabiliyordu. Kol hareketleri sağ tarafında daha belirgindi ve sağ

kolun yaptığı bir hareketin cinsel bir anlamı var gibiydi. Hareketleri ve çıkardığı sesler ('fffft, fftt') saldırgan bir doğadaymış izlenimi uyandırıyordu. Ekofenomenlerin hiçbiri yoktu. Iyileşemeyecekse ölme arzusu duyuyordu.

Hiçbir psikotik özellik yoktu. Zekâsı ortalamaydı. EEG'si jeneralize disritmi gösterdi. Semptomlarının kısa sürede ortadan kalkacağı yolunda post-hipnotik telkinlerle birlikte hipnoterapi başarısızdı, telkinler intravenöz tiyopentonla tekrarlandığında yine başarısız kaldı. Karbondioksit tedavisi (Meduna, 1943) semptomlarını alevlendirdi. Daha sonraki bir yatışında verilen klorpromazin ve miyanesinle sınırlı bir düzelme sağlandı. 1965'te durumunun remisyonda olduğu bildirildi.

**Olgu 2**

Bu genç kızın hastalığı 1954 yılında, 11 yaşındayken, ilkokul sonrası sınavdan hemen önce, çok bağlı olduğu ablasının evden ayrılmasıyla başlamıştı. Öncesinde de bir krup atağı geçirmişti. Otoriter bir adam olan babasına karşı, sık sık geçirdiği haykırma ataklarıyla isyan ediyordu. Tırnaklarını yiyordu, yaşından küçük davranan, sinirli ve hantal bir çocuktu, geç konuşmuştu ve 11-12 yaşları arasında bir yıl enürezisi olmuştu. 1956'da uyum bozukluğu gösterdi ve küfretme, çığlık atma, sırıtma ve edepsiz davranışları yüzünden okulu bırakmak zorunda kaldı. 1956'da hastaneye yatırıldığında fizik muayenede erken mitral stenoz ve kuşku götürür bazı nörolojik işaretler (eksantrik bir sol pupilla, ekstremitelerde tonus artışı ve pozitif Romberg işareti) saptandı. Yüzünü, boynunu, gövdesini ve ekstremitelerini tutan tekrarlayıcı, yarı amaçlı çoğul tikler sergiliyordu, bunlar giderek artmıştı ama konsantre olduğunda ortadan kalkıyordu. Kompulsif gibi duran koprolalisi arada sırada ortaya çıkıyor, 'Lanet moruklar', 'kulamparalar' vs. diye bağırıyordu. Uyarıldığında, bağırıyor ve ayaklarını yere vuruyordu, araya bir şey girdiğinde, kendini cümleye yeniden başlamak zorunda hissediyordu. Zekâsı ortalamaydı ve EEG'si normaldi. Yazar olmak istiyordu, ama elyazısı yazmak istemiyordu.

Daha sonra yatırıldığı ergen servisinde çoklu tikleri, bağırması, haykırması, küfretmesi, duvarlara yazı yazması, açık saçık konuşmaları ve oraya buraya tırmanması ne anlayışlı bir ortama ne de sakinleştiricilere yanıt verdi.

Üç yıl sonra hâlâ çok sayıda ufak tiki vardı ve edepsiz bir dil kullandığını itiraf ediyordu, ama bunu denetleyebileceğine inanıyordu. İyileşmesi kısa süre önce evden ayrılmış olmasına bağlandı. 1965'te durumunun remisyon halinde olduğu bildirildi, düzenli olarak işine gidip geliyordu.

**Olgu 3**

İlk kez 1953 yılında, 60 yaşındayken yatırıldı. Birkaç aydır neredeyse durmaksızın bağırmakta olduğunu söyleyen bir münzeviydi. Çıkardığı gürültü, karga sesi gibi, havlar gibi veya haykırır gibi bir sesti ve özellikle heyecanlandığında bunu engelleyemiyordu. Yedi yaşında iken kore başlamış, bundan sonra da daima sinirli biri olmuştu, ailesi de bir sürü zorluklar geçirmişti. Yirmi bir yaşında yüzündeki tiki geçirmesi için bir aynanın önüne oturması tavsiye edilmişti.

Muayenede sinir sistemi normaldi. Saplantılı bir kişiliği vardı ve psikoza dair hiçbir bulgu yoktu. Başını yukarı kaldırıp kesik kesik havlaması, 'iç burkan' kompulsif bir tikti ve patlarcasına 'kes sesini' diye bağırarak sonlanıyordu, sanki sergilediği tabloyu affettirmek istercesine. Burma ve seğirme hareketleri sergiliyordu ve sürekli sırıtıyordu. Sık sık 'Hey, hey', ardından da 'Kes sesini' diye bağırıyordu. Haykırışları servisin dışındaki koridordan duyulabiliyordu. Normal derecede sedasyon etkili olmadı. İki yıldır sağ gözü kördü ve aşırı baş sallamaları ve bağırmalarının yol açtığı sanılan büyük bir retina dekolmanı saptandı.

Son yatışı 1963 yılında, uzun süre ayaktan klorpromazin tedavisi gördükten sonra oldu. İlaca bağlı Parkinsonizm gelişmişti ve bu orfenadrine yanıt verdi. Koprolalik çığlıkları büyük oranda ortadan kalkmıştı, ancak arada sırada kendi kendine konuştuğu fark ediliyordu. Şimdi nerede olduğu bilinmiyor.

**Olgu 4**

Kadın hasta, 1964 yılında, 46 yaşındayken yatırıldı. Mutsuz bir çocukluk geçirmişti ve küçük erkek kardeşinin doğumundan sonra annesinin ona karşı ilgisizliğine çok içerlemişti. Babasını sevmiyordu ve yaşamının erken yılları kavgalarla örselenmişti. Şimdi mutlu bir evlilik sürdürüyor ve iki oğlu var. Sosyal hayatı sınırlı, yalnızca eviyle ve ailesiyle ilgileniyor.

On yaşındayken, özellikle bağlı olduğu büyükannesinin ölümünün ardından tuhaf 'bipleyen' sesler, yüzünde seğirmeler, diş gıcırdatma, kollarında ve bacaklarında istemsiz hareketler ve daha sonra açık saçık laflar başlamıştı. Bunlar üzerinde bir miktar istemli denetimi vardı, ancak tam değildi. Kocası, evlendikten sonra 'çıkardığı seslerin' arttığını öne sürüyordu, hatta çocuk doğururken bile bunları bağırmıştı. Stresle ve hastanın annesinin bahsi geçtiğinde tablo alevleniyordu.

Tek başına olduğunda ve mektup yazarken 'bipleme' ketlenebiliyordu. İnsanların arasındayken bunları ketlemeye çalıştığında taze bir güçle yeniden ortaya çıkıyorlardı. Fizik muayene normaldi ve zekâsı ortalama bulundu.

Metedrinle birlikte abreaksiyonla, çocukluğunda reddedilmiş olduğunu ve bütün kişiler arası ilişkileri erken ana-baba reddi çerçevesinden yorumlama eğiliminde olduğunu düşündüren materyal ortaya çıktı. Liserjik asit denendi, ancak bunun somatik etkilerini tolere edemedi. Çıkardığı sesler ve seğirmeler çeşitli trankilizanlara yanıtsızdı. Kadın zaman zaman depresif ve histerik bir hal alıyordu.

Davranış tedavisi görmekteyken tedaviyi kesti. Bu tedavi de o sırada bütünde herhangi bir iyileşme sağlamamıştı, ancak istemli olarak istemsiz olanlara benzer sesler çıkarabileceğini göstermiş ve sesleri içinde tutma gereksiniminden hep yakınmasına karşın, yoğun istemli çaba harcasa bile, hiçbir ses çıkartamadığı bir aşamaya gelebileceğini görmüştü. Hastaneden çıktığında iyileşmiş değildi. Dokuz ay sonra nadiren bu tür sesler çıkartıyordu, ama kesinlikle çok daha gergindi.

## Epidemiyoloji

Bir zamanlar ender olduğu düşünülen Gilles de la Tourette sendromu, bütün kültürlerde, etnik ve dinsel gruplarda benzer özelliklerle kendini gösterir. Durumun kesin yaygınlığı bilinmemektedir ve en azından kısmen, değerlendirme yöntemi ve tanı koymak üzere kullanılan edimsel ölçütlere bağımlıdır.

Mahler ve ark. (1945), New York'taki bir hastanenin çocuk servisine yatırılan 541 çocuktan 18'inde çeşitli tikler olduğunu buldular. Ancak bunların yalnızca on biri 'Tik sendromu'na tutulmuştu, bu terimi Gilles de la Tourette bozukluğu ile eşanlamlı kullanmıştı. Ascher (1948) Baltimor'daki Henry Phipps Psikiyatri Kliniği'nde 1918 ve 1947 yılları arasında, 9000 yatan hasta, 50 000 poliklinik hastası arasında yalnızca 4 olgu saptadı. Salmi (1961) Finlandiya, Turku'daki bir eğitim rehberlik merkezine devam eden 5300 çocuk içinde yalnızca bir olgu buldu. Kelman (1965) çocuklarda Gilles de la Tourette sendromu bildirimlerini tarayarak 1906 ile 1964 yılları arasında bildirilmiş 44 olgu buldu.

1967'de, Fernando bir yandan durumun seyrekliğine dikkat çekerken, bir yandan da yayımlanmış bütün olguları gözden geçirme gereksinimini vurguluyordu, ona göre bu daha geniş özellikleriyle durumu taramanın tek akla yakın yoluydu. O zamana kadar İngilizce dergilerde bildirilmiş olgular içinde yalnızca 69'u tanının doğru olduğuna onu ikna etmeye yetecek kadar ayrıntılıydı. 1976'da, 1964 ve 1974 yılları arasında yine İngilizce dergilerde yayımlanmış 69 tane daha olgu üzerinde yorum yaptı.

Abuzzahab ve Ehnlen (tarihsiz), Gilles de la Tourette sendromuna özel ilgi gösterdiler. Bu onları Minnesota Üniversitesi'nde konuyu araştırmak üzere uluslararası bir ka-

yıt sistemi yerleştirmeye yöneltti ve bu sayede bozukluğun bulunduğu 500 belgelenmiş olgu toplayabildiler.

Olguların çoğu ABD ve Avrupa'dan bildirilmekle beraber, bozukluğun dünyanın her tarafında bulunduğu ve Almanya, İsviçre, Polonya, Fransa, Kanada, İrlanda, İsveç, Avustralya, Yeni Zelanda, Hindistan, Güney Afrika, İsrail ve Suudi Arabistan'dan olgular bildirildiği akılda tutulmalıdır.

## Kilinik Özellikler

**Sendromun klinik özellikleri:**

- Yaygınlaşmış tikler
- Koprolali
- Zaman zaman yankılama fenomenleri (ekofenomenler)
- Çocukluk veya ergenlik çağında başlangıç
- Eşlik eden psikolojik semptomlar – konsantrasyon bozukluğu, yerinde duramama, depresyon ve saplantılı özellikler
- Bazı olgularda davranışsal sorunlar ve kişilik bozukluğu

Bozukluk genellikle çocuklukta başlar, olguların % 85'inde başlangıç 11 yaşın altındadır. Semptomları daha geç başlamış olan hastalarda genellikle sıra dışı koşullar söz konusudur ve sendrom atipik bir örüntü izler. Erkekler kızların üç katı daha fazla tutulurlar.

Anormal hareketler genellikle yüz kaslarında başlar, özellikle de göz veya ağız çevresinde. Nüfusun % 20'sinde görülen tiklerin aksine buradaki tikler inatçıdır ve yavaş yavaş boyun, ense, kollar, bacaklar ve gövdedeki kasları da tutacak şekilde yaygınlaşır. Hastada, kas kasılmaları sinerjistik kasları belirgin olarak sistemli bir tarzda tutar,

ancak hangi kasların tutulduğu ve kasılmaların tipi hastadan hastaya değişir. Tiklerin şiddeti de hastadan hastaya çok değişkenlik gösterebilir, ayrıca aynı hastada farklı zamanlarda farklı olabilir. Çok şiddetli olabilir ve hastayı oturduğu iskemleden fırlatacak kadar güçlü spazmodik atmalar şeklinde kendilerini gösterebilirler (Stevens, 1964). Olgu 3'te gözlenen tekrarlayıcı bağırma ve baş sallama büyük olasılıkla retina dekolmanının ardından tek taraflı körlüğe yol açmıştı. Diğer bir hasta kendi gözlerine öyle kuvvetli yumruklar atıyordu ki vitröz hemorajilere neden olarak görme yetisini yitirmişti (Seignot, 1961). Hareketler uyku sırasında genellikle durur ve yalnızca başka insanların yanında ortaya çıkabilen koprolalinin aksine, başka insanlar olsun olmasın genellikle değişmeden kalır. Bununla birlikte, korku ve utanç gibi duygusal etmenlerle ve yorgunlukla sıklıkla yoğunlaşırlar. Ateşli hastalıklar sırasında çok azaldıkları (Ascher, 1948; Walsh ve ark., 1986), alkolle geçtikleri (Bockner, 1959) de bildirilmiştir ve genellikle istemli denetimle azaltılabilecekleri veya tümden bastırılabilecekleri kabul edilir.

Birkaç günden, birkaç yıl gibi çok uzun bir süreye dek, görülen tek semptom anormal hareketler olabilir. Sendromun bir sonraki belirtisi hemen her zaman anlaşılmaz sesler çıkartılması, yani vokal tiklerdir. Bu sesler genellikle motor tikin tepe noktasında çıkartılır ve homurdanma ya da havlamayı andırabilir. Daha sonra anlaşılır seslere ve tam olarak şekillenmiş haykırışlara (nidalara), tam olarak şekillenmiş tümcelere dönüşebilir ve tipik olarak kompulsif tarzda, bağırarak açık saçık laflar söylenmesi (koprolali) durumuna ilerler. Gilles de la Tourette, diğer semptomlardan daha az sıklıkta, olguların yalnızca yarısında bulunmasına karşın, bunun hastalığın ayırt edici özelliği

olduğunu düşünüyordu. Demek ki, birçok hasta ağzından fışkırtırcasına açık saçık sözler söyleme noktasına ilerlemez, bu duruma gelen bazıları ise konuşmalarını hafifçe değiştirerek veya öksürerek bunları gizlemeyi başarırlar. Diğer yandan, koprolalik nidaların birçoğu hastayı sosyal yaşamdan elini eteğini çekmeye, bir münzevi gibi yaşamaya zorlamaya yetecek şiddettedir. Zihinsel koprolali –yani açık saçık şeyler *düşünme* kompulsiyonu– büyük olasılıkla sözel koprolaliden daha yaygındır, ancak birincisi kendini ikinciye dönüştürebilir. Çok nadiren sözel tikler motor tiklerden önce ortaya çıkar, bazen de eşzamanlı başlarlar.

Fışkırma tarzındaki ve basmakalıp tikler ve yukarıda tanımlanan ani, tekrarlayıcı laflar, ekofenomenlerle birlikte sendromun karakteristik semptom üçlemesini oluştururlar. Ekofenomenler başka insanların söylediği sözcüklerin kompulsif biçimde tekrarlanması (*ekoiali*) veya hastanın kendi sözlerini tekrarlamasından (*palilali*), başkalarının deneyimleri, hareketleri ve eylemlerinin kompulsif taklidi (*ekomimezi*, *ekokinezi* ve *ekopraksi*) gibi durumlardan oluşur. Gilles de la Tourette sendromun özgün tanımına ekolaliyi de dahil etmiş olmakla birlikte, kendisi bile bunun olgularının yalnızca yarısında ortaya çıktığını belirtmiştir. O zamandan bu yana, yaygınlaşmış tikleri ve koprolalisi olan birçok hastanın ekofenomenleri sergilemedikleri giderek açıklık kazandı; bunlar var olduğunda bile önemsiz gözükebilirler.

Bazen hastaların çıkardığı sesler aşırı yüksek ve başkalarını rahatsız edici olabilir; örneğin Olgu 3'ün çığlıkları servisin dışından duyulabiliyordu. Mazur (1953) hastasının konuşma anormalliğini inceledi ve hastanın sesinin yüksekliğini ancak deneme yanılma yoluyla ayarlayabildiği sonucuna vardı, bu işlev bozukluğunu, ses (fonasyon)

kaslarını tutan bir tür dismetri veya dissinerji olarak tanımladı. Hastalığa yakalananların elyazıları iyice kötüleşip sırf karalama haline dönüşse bile, yazı, konuşmalarındakinin aksine, otomatik sözcüklerin yazılmasıyla kesintiye uğramaz.

Sıklıkla psikolojik semptomlar tabloya eşlik eder, ancak bunlar büyük değişkenlik gösterir ve özgül değildir. Bunlar arasında dalgınlık ve konsantre olamama, yerinde duramama ve değişen derecelerde depresyon sayılabilir. Sendromun öyküsü daha eskilere dayanan hastalarda depresyon daha ağırdır, bu da kronik, yetiyitimi yapan ve yaftalanmaya yol açan bir bozukluğa karşı tepkisel bir fenomen olduğunu düşündürür.

Tourette sendromuna yakalananlar arasında obsesif-kompulsif bozukluk ve bu tarz davranışların sıklığı artmıştır. Çalışmalar ayrıca birinci derece akrabalarda da bu tür bozuklukların artmış olduğunu ortaya koydu. Tourette sendromu hastalarında gözlemlenen fenomenoloji, bu bozukluğun olmadığı kişilerde bulunan obsesyon ve kompulsiyonlardan hafifçe farklıdır. Sözgelimi, Tourette sendromundaki obsesyonlar genellikle cinsel, vahşi ve simetriktir, buna karşın diğerlerinde dokunma, sayma ve kendine zarar verme kompulsiyonları daha sıktır (Eapen ve Robertson, 1994).

Tutulan bir çocuk, çoğu kez tikler veya vokal belirtilerin başlamasından önce, genellikle anormal davranış örüntüleri sergiler. Sıklıkla, tikler ve vokalizasyonların yanında başka anormal hareketler veya davranış örüntüleri de ortaya çıkar. Bunlar arasında kekeleme, tekrarlayıcı dil çıkarma, göğsünü veya karnını yumruklama, tıslama ve öfke nöbetleri de yer alır. Yüksek oranda disiplin sorunları ve diğer antisosyal davranışlar gözlenir.

Yazında bildirilen birçok olguda fiziksel öncüllerin varlığı belirgindir. Örnekler arasında kafa travması, ensefalitis letarjika ve kore sayılabilir. Bunun önemli ve anlamlı bir gözlem mi olduğu, yoksa çalışma yanlılığını mı temsil ettiği bilinmemektedir.

Sinir sisteminin klinik muayenesi genellikle normaldir ve bildirilen nörolojik anormalliklerin sayısında bir artış bulunmakla birlikte bunlar hep önemsiz doğadadır ve nesnel tarzda açıkça değerlendirilmeleri güçtür. Örneğin hafif motor asimetriler azalmış kas tonusu, kol sallamada azalma ve Babinski işareti. New York'taki Cornell Tıp Enstitüsü'nden Sweet ve ark. (1973) Gilles de la Tourette sendromu olan 22 hasta üzerinde dikkatli bir klinik inceleme yürüttükten sonra 11 hastada bu tür nörolojik anormallikler bulunduğunu saptadılar.

Zekâ dağılımı normal gibi durmaktadır, ancak öğrenme zorluğu düzeyinden üstün zekâ düzeyine kadar değişebilir ve bazen sözel performans tutarsızlığı saptanır (performans daha düşüktür). Psikolojik test sonuçları bu sendroma yakalanmış kişilerde saplantılı kişilik yapısının belirgin olarak ön plana çıktığını göstermiştir (Morphew ve Sim, 1969).

**Ayırıcı tanıda şunlar yer alır:**

- Sydenham ve Huntington koresi gibi organik hareket bozuklukları
- Post-ensefalitik durumlar
- Histerik bozukluklar
- Basit tik bozuklukları
- Şizofrenik manyerizmler ve katatonik durumlar
- Otizm ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklar

- *Latah, miriyaşit* ve *'Maine'in Zıplayan Fransızı'* gibi diğer hareket bozuklukları.

Koprolali yalnızca psikiyatrik bozuklukların bir semptomu değildir, aynı zamanda normal nüfusun bir kısmında bulunan toplumsal bir 'görgü'dür. Prince (1906) normal bireylerin küfretmesini bu sendromda bulunan otomatik açık saçık nidalardan ayırt etme yolu olarak, ilkinin buna dikkat çekildiğinde ve durdurmak üzere bilinçli çaba harcandığında kesileceğini, oysa sendromun varlığında hasta bunları bastırmak üzere kasıtlı çaba harcadığında bile direndikleri ve istemsiz olduklarını belirtir. Müthiş bir gözlem gücü olan Hughlings Jackson (1884), temelde küfretmenin dilin bir parçası olmadığı görüşündeydi. Buna, bir fikir ifade edilirken, o sıradaki duyguların gücünü de ekleme itkisinden kaynaklanan bir alışkanlık gözüyle bakıyordu. Ona göre küfretme, ses yüksekliği ve aşırı el kol hareketleriyle aynı genel kategoriye aitti. Bu tür sözlerin düşünsel bir eylem olarak dilden ayrımına en iyi örnek Dr. Johnson'ın bir keresinde gürültücü bir karşıtına söylediği sözdür, 'Efendim, savınızı güçlendireceğiniz yerde sesinizi yükseltiyorsunuz.'

Bazı yazarlar Gilles de la Tourette sendromu ile kekeleme arasında büyük benzerlik görürler, her ikisi de kompulsif hareketlerle giden durumlardır. Fenichel (1945) ve diğerlerinin kekelemenin kendisinin açık saçık, özellikle *anal* laflar söyleme anlamına geldiği ve dinleyiciye yönelik saldırgan bir eylem olduğu yolundaki görüşlerini kabul edersek aradaki bağ daha da sıkılaşır.

*Latah* ilk kez O'Brien tarafından 1882 yılında Malayalılarda gözlemlenen bir durumdur ve Yap (1952) tarafından 'tuhaf bir davranışsal garabet veya sapma, normal ama

pek de normal değil' şeklinde tanımlanır. Şiddetli irkilme yanıtı, taklit davranışları, otomatik itaat ve koprolaliden oluşan Latah tepkisinin kendi çevreleri üzerinde sınırlı bir denetimi olan kültürlerde ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Kurban, kendi istenci dışında, bu kendisine zarar verebilecek olsa bile, başkalarının emirlerini ve eylemlerini taklit etmeye zorlanır. Bununla birlikte, Latah ile Gilles de la Tourette arasında temel farklılıklar vardır. Latahda asla tikler ortaya, çıkmaz, Gilles de la Tourette sendromunda ise taklit fenomenleri genellikle gözlenmez. Gilles de la Tourette sendromundaki koprolali kendiliğindendir, oysa Latahda hemen her zaman tetiklenmiştir. Gilles de la Tourette sendromunun diğer bir temel özelliği de çocuklukta başlamasıdır, oysa Latah asla ergenliğin ileri yaşlarından önce görülmez ve en sık olarak orta yaş ve yaşlılıkta ortaya çıkar.

*Miriyaşit*, Hammond (1884) tarafından Sibirya'da ortaya çıktığı bildirilen, 'Arktik histeri' olarak da bilinen ve Lataha çok benzer bir sendromu tanımlamak üzere kullanılan Rusça sözcüktür. 'Sıçrayanlar' veya 'Maine'in Zıpalayan Fransızı', ya da 'Sallananlar' veya 'Havlayanlar' olarak da bilinen kişiler, Kuzey Amerika'ya göç eden kendine özgü bir mezhepti. İrkildiklerinde şiddetli sıçrama ve burulma hareketlerine eşlik eden ekolali ve ekokineziler sergiliyorlardı. Tuhaf biçimde, bu sendrom tümden yok oldu, bu yüzden 1964 yılında Stevens iki yeni olgu daha tanımlayana dek hiçbir yerde bahsi geçmedi.

## Etiyoloji ve Psikopatoloji

Gilles de la Tourette sendromu yıllarca nörolojiyle psikiyatrinin sınırında sallanıp durdu. Ama son on yıldır, diğer hareket bozukluklarının birçoğu gibi (bazılarına henüz ye-

tişemese de), bu iki disiplini ayıran gözenekli sınırı aşma eğilimi giderek artıyor. Son yirmi yıldır, yoğun araştırmalar yapılmasına ve incelikli beyin tekniklerinin geliştirilmesine karşın nörotransmitter sistemlerinde önerilen varsayımsal anormallikler dışında tutarlı, özgül hiçbir lezyon tanımlanamadı. Bu, ilginç psikiyatrik sendromlarımız arasında en 'organik' gözüken Gilles de la Tourette olduğundan, şaşırtıcı bir durumdur. Ne var ki, büyük olasılıkla bu ender –ve birçok açıdan benzer– sendromlar için herhangi özgül bir lezyon olmayabileceğine bizi inandıran diğer bir örnektir. Herhalde, işlev bozukluğunun temel kaynağı son derece karmaşık bir organ olan beynin içindeki patolojik bağlantılar olsa gerektir. Bu arada, bu tür özgül bir lezyon bulunsa bile, durumun psikodinamikleri anlamlı olmayı sürdürecektir.

## Genetik

Gilles de la Tourette sendromunun genetik bir bileşeni olduğuna kuşku yoktur. Ne var ki, genetik temel, bu durumun gelişmesine, diğer bağlantılı tik bozuklukları için de söz konusu olan bir yatkınlıktan ibarettir. Gerçekten de, büyük olasılıkla kalıtsal olan bir tik bozukluğuna yatkınlıktır, herhangi bir kişide kendini Tourette sendromu olarak gösterebilir.

Price ve ark. (1985), ikizlerden en az birinde Tourette sendromu olan aynı cinsten 43 ikiz üzerinde bir ikiz çalışması yürüttüler. Tek yumurta ikizleri için eşhastalanma oranı % 53, çift yumurta ikizleri içinse % 8 olarak bildirildi. Bu genetik temel için iyi bir kanıttır. Dahası, tanı ölçütleri ufak tiklerin varlığını da içerecek şekilde genişletilseydi, tek yumurta ikizlerindeki eşhastalanma oranı % 77'ye çıkacaktı. Leckman ve ark. (1987) çalışmaların özgün verilerini

yeniden incelediler ve eşhastalanma olmayan çift yumurta ikizlerinde tutulmamış ikizin doğum ağırlığının tutulandan genellikle daha yüksek olduğunu buldular. Buna dayanarak, doğum öncesi etmenlerin Tourette sendromuna genetik yatkınlığı olan bir bireyde hastalığın gelişmesini ve dışavurumunu etkileyebileceği öne sürüldü.

Kalıtımla geçen yatkınlığın erkeklerde kızlardakinden daha yüksek olan değişken bir penetransla otozomal baskın tarzda iletildiği düşünülmektedir (Curtiss ve ark., 1992). Daha önceleri, erkeklerdeki yaygınlığın daha yüksek oluşunu açıklamak üzere X kromozomuna bağlı bir düzeneğin varlığı öne sürülmüştü (Comings ve Comings, 1986).

Bozukluğun kromozomal anomalilerle ilişkili olduğu (Merskey, 1974) bildirilmekle birlikte, olguların büyük çoğunluğunda kromozomlar normaldir.

## Hastalığın Anatomisi

Henüz sendroma dair elimizde çok az nöroanatomik bilgi bulunuyor, bu hastalığın ölümcül olmadığı gerçeğiyle bağlantılı olabilir. Çok az sayıda post-mortem çalışma yürütüldü ve bunlar herhangi bir özgül serebral patoloji ortaya koyamadılar (Wulf ve Boggert, 1914; Clauss ve Balthasar, 1954). Son yıllarda post-mortem çalışmalar daha çok biyokimyasal anormallikler ve nörotransmitter sistemlerindeki işlev bozuklukları üzerine yoğunlaştı.

Yaşayan deneklerde yapılan BT incelemelerinde, herhangi özgül bir lezyon gösterilemedi. Bu kitabın üçüncü baskısında, o sırada sayısı 172 olan, BT bulguları bildirilmiş olgular içinde yalnızca 18'inde anormal sonuçlar olduğu aktarılmıştı. Dahası, bildirilen anomaliler ya non-spesifik

(kortikal atrofi) ya da idiyosinkratikti (kist), bu yüzden de doğrudan etiyolojik önemleri var gibi durmuyorlardı.

Son yıllarda, daha incelikli tarama yöntemleri daha ümit verici sonuçlar vermektedir. Sözgelimi, MRG incelemeleri sık sık küçük anormallikler ortaya koymaktadır, örneğin bazal gangliyonlarda asimetri (Hyde ve ark., 1995). Ayrıca, PET (pozitron emisyon tomografisi) ve SPECT (tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi) gibi işlevsel beyin görüntüleme teknikleriyle yapılan çalışmalar bazal gangliyonlarda ve frontotemporal kortikal bölgelerde anormallikler göstermiştir. Şimdiye dek bildirilen olguların sayısı az olmakla birlikte, bu bulgular bazal gangliyonlardaki metabolik etkinlikte görece azalma olduğunu düşündürmektedir.

Her durumda, Tourette sendromunda EEG normaldir. Bazı çalışmalarda elektroensefalografik bozukluklar bildirilmiş (Sweet ve ark., 1973), bunlar non-spesifiktir. Herhangi bir epileptik aktiviteyle bağlantısı yoktur ve tikler herhangi senkron paroksismal EEG aktivİtesiyle ilişkili değildir.

**Biyokimya**

Son yıllarda dikkat, bozukluğun semptomatolojisini serebral düzeyde açıklayabilecek nörokimyasal süreçlere odaklandı. Esas olarak, klinik özelliklerin serebral nörotransmitterlerde, özellikle dopamindeki bir dengesizlik sonucunda oluştukları varsayılmaktadır (Chase ve ark. 1986). Bu kuramın temeli, bir dopamin antagonisti olan haloperidolle çeşitli semptomlar baskılanırken, metilfenidat gibi bir dopamin agonistiyle semptomların alevlendiği gerçeğine dayanmaktadır. Bazı hastaların BOS'un-

da homovanillik asit (dopamin metaboliti) düzeylerinin anormal bulunması da bunu desteklemektedir.

Daha yakın tarihli post-mortem çalışmalar, dopamin (Robertson, 1994) gibi monoaminlere ek olarak endojen opioidler (Chappell, 1994), glutamat ve serotonini de içeren diğer transmitter sistemlerine de işaret etmektedir. Çeşitli transmitter ajanların anormal etkinliği, bazal gangliyonlarda ve bağlantılı yapılarda yerleşme eğilimindedir.

## Nöropsikoloji

Baron-Cohen ve ark. (1994) Tourette sendromunda *istem denetmeni* (*intention editor*) adını verdikleri bir nöropsikolojik işlevde bozukluk olduğunu öne sürdüler. Channon ve ark. (1992) dikkatte özgül kusurlar bildirdi. İstem denetmeni, *istenç* kavramının altında yatan anahtar bir düzenektir ve çocukluğun ilk yıllarında işlev görmeye başladığı söylenir. Dahası, ne zaman birbirine paralel yarışan birkaç istem veya niyet söz konusu olsa, bunun etkinleştiği ileri sürülmektedir. Bu işlev, denetsel dikkat sisteminin (Shallice, 1988) bir alt bileşenini oluşturur ve frontal loblar tarafından düzenlenir (Robertson, 1994).

## Psikodinamikler

Mahler ve Rangell (1943) tiklerin bastırılmış içgüdüsel arzuların doyurulması ve bunların kontrolü için gösterilen çabalardan doğan duygusal çelişkilerin dışavurumu olduklarını öne sürdüler. Hastalarının istemsiz nidalarını ve çıkardıkları hayvansı sesleri hem saldırgan hem de nörotik karakterde olarak değerlendirdiler ve bunları, açık saçık fikirlere karşı güçlü karşıt tepki oluşturma düzeneği yüzünden ifade edilemeyen koprolali eşdeğerleri olarak gördüler.

Gerçekten de koprolali, özellikle aile içindeki (ki bu genellikle ana-babadan biri veya her ikisi birdendir), otorite figürlerine karşı düşmancıl bir tepki olarak görülmüştür (Hammond, 1892; Tobin ve Reinhart, 1961). Koprolalisi olan çocuklar genellikle çok katı davranışlar sergilerler ve cezalandırılmaktan korktukları için düşmanlık duygularını dışa vuracak yeterli fırsat bulamazlar. Ana-babalarına karşı dışavurulmamış düşmanlık duyguları, giderek artan tempoda patlayıcı tikler ve sözlerle salıverildikleri noktaya kadar birikir. Bu görüş, ana-babadan biri veya ikisinin, olağandışı yüksek oranda, çok katı veya kısıtlayıcı, çocuktan son derece uslu davranmasını, düzenli olmasını, söz dinlemesini ve okulda en iyi olmasını talep eden kişiler oldukları gerçeğiyle desteklenmektedir. Bu ortamda daha küçük bir kardeşin doğumu özellikle stres yaratıcıdır, çocuk üzerindeki talepleri öyle bir noktaya vardırır ki, artık denetimi zayıflar ve hastalık ortaya çıkar. Bu tür çocuklar, kendilerini sevgiye aç bırakan ana-babalarına yönelik öldürme fantezileri kuracak denli saldırgan olabilirler. Çıkarılan sesler veya söylenen sözlerin cinsel ve fekal içeriğinin kültürel olarak belirleniyor olması, yani iğrenç ve kirli bir şeyle denk tutulması, olasıdır.

Tiklerin ve koprolalinin saldırgan içeriği tekrarlamayla azalma eğilimindedir, bu sayede hasta ve çevresindekiler için daha kabul edilebilir hale gelir (Ascher, 1948). Ayrıca, çok sayıda hasta vokal tikleri skatolojik (bokla ilgili/müstehcen, -çn.) bir nitelik kazandığında daha rahatlıyor gibi durmaktadır. Benzer şekilde, *zihinsel tik*ten koprolaliye geçiş, düşmancıl duyguların, kaba bir dil biçiminde, belli bir kişiden genelde topluma aktarılmış olduklarını düşündürür.

Yazında başka psikodinamik modeller de tanımlanmıştır. Sözgelimi Menninger (1938) şiddetli, istemsiz hareketlerin hastanın kendi bedenine yöneltildiği bir olgunun psikopatolojisini araştırdı ve bunun bir tür nörotik kendine zarar verme (self mutilasyon) olduğu varsayımını ortaya attı. Ferenozi (1921) her tipten tikin narsisistik doğada olduğuna inanıyordu ve bunların 'basmakalıplaşmış mastürbasyon eşdeğerleri' olduklarını söylüyordu.

## Tedavi

Gilles de la Tourette sendromunun tedavisi, ilaç tedavisi ile psikolojik girişimlerin bir arada bulunduğu bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. İzleyen yol önerilir:

- Başlangıçta destekleyici psikoterapiyle birlikte *butirofenon*ları deneyin (veya SSRI antidepresanlar da olabilir).
- Eşlik eden depresyon veya obsesif-kompulsif özellikler gibi bozuklukları tedavi edin.
- Bunlarla semptomlarda yeterli rahatlama sağlanamazsa, davranış tedavisi eklemeyi düşünün.

## İlaç Tedavisi

Bu bozukluğun tedavisinde 1961 yılında ilk kullanımlarından bu yana ilk seçilecek yaklaşım *butirofenon* tedavisi olagelmiştir. Hem yeni hem de eskiden beri var olan olgularda, çok sayıda hastada semptomların ortadan kalkmasına yol açtıkları, etkili oldukları gösterilmiştir (Connell ve ark., 1967; Boris, 1968; Fernando, 1976). Çocuklar ilacı iyi tolere ediyor gibi durmaktadır (Connell ve ark., 1967). Haloperidölün etki göstermesi için gereken süre 24 saat ile 30 veya daha fazla gün arasında değişir, gerekli doz da

hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Dozda herhangi bir azaltma yapmak için ilacın düzenli alınması ve hastanın en az iki yılı semptomsuz geçirmiş olması önerilir. Semptomlarda yineleme olursa ilaca yeniden başlanmalı ve doz semptomların şiddetine göre ayarlanmalıdır. Bazen ilaca tolerans gelişir, bu fenomeni aşmak için haloperidol yerine trifluperidole geçilir ve 6 ay bu ilaç kullanılırsa, haloperidole duyarlılık yeniden oluşturulabilir. Diğer bir tehlike de semptomların gerilemesiyle, kişilikte küçük değişikliklerin üst üste binmesidir. Sözgelimi, bir hasta yaratıcılık yetisini kaybetti, diğeri öznel duygularından öyle korktu ki, ilacın bütündeki etkisi yerine semptomlarını yeğledi.

Bozukluğun semptomlarını ortadan kaldırmada başka antipsikotiklerin de etkili oldukları gösterilmiştir. Örnekler arasında fenotiyazinler (Hunter, 1969) ve pimozid (Ross ve Moldofsky, 1977) sayılabilir.

1980'lerin sonlarında yayımlanan olumlu bildirilerin ardından, son on yılda SSRI sınıfından antidepresanlar giderek daha çok kullanılır oldu (Wetering ve ark., 1988). Yakınlarda, Cipriano ve ark. (1999) büyük olasılıkla organik nedene bağlı Tourette sendromu olgusunu klomipramin, fluvoksamin ve pimozid kombinasyonuyla başarıyla tedavi ettiklerini bildirdiler. Depresif semptomlar varsa, kesinlikle antidepresan kullanımı düşünülmelidir. Kalsiyum antagonistleri (Berg, 1985; Vierregge, 1987), lityum karbonat (Messiha, 1979), nalokson ve tetrabenazin (Sandyk, 1985) gibi başka ilaç gruplarıyla da başarılı tedaviler bildirilmiştir.

### Psikoterapi

Bu durumda davranış terapisinin etkiliği üzerine çelişkili bildiriler vardır. 1960'ların başlarından itibaren çeşit-

li tiplerde davranış terapileri kullanıldı (Polites ve ark., 1965; Cohen ve Marks, 1977). Yates (1958), Walton (1961) ve Clark (1966) Hullyen öğrenme kuramı üzerine dayalı bir tedavi şekli kullandılar, bu yöntem tiklerin 'üst üste çok kez tekrarlanmasını içerir. Yazarlar, hızlı biçimde reaktif inhibisyon gelişmesiyle, tekrarlama alıştırmasının ardından tiklerde azalma olduğunu öne sürmekteler. Daha sonra dinlenme halindeyken inhibisyonun dağılmasının, dinlenme döneminde ortaya çıkan yanıtlar için pekiştirici işlev gördüğünü öne sürerler. Yates değişen sürelerde tekrarlamanın tik hızı üzerindeki etkilerini deneysel olarak inceledi. Walton, tekrarlama alıştırmasının ardından tik hareketinde azalma olduğunu ve düzelmenin 2 aylık ve yıllık izlemede korunduğunu bildirdi. Clark bu yöntemle iki olguyu başarıyla tedavi etti ve bu durumda tekrarlama alıştırmasının ilk seçilecek tedavi olduğunu ileri sürdü. Günde iki kez yapılan otuzar dakikalık görüşmeler sırasında Clark hastalarından olabildiğince sık ve yüksek sesle o sırada en çok kullandıkları açık saçık lafları tekrarlamalarını istemişti. Hasta başka sözcükler kullandığında, ağrı eşiğinin hemen altında bir elektrik şoku veriliyordu. Daha sonraki tedavi seanslarında hastalar giderek daha az yanıt verir oldular ve artık söyleneceklerine birlikte karar verilmiş açık saçık lafları ağızlarından çıkartamaz oldular. Ancak tiklerin tekrarlama alıştırması bir olguda etkisizdi, diğer bir olgudaysa kısmen başarılıydı.

Edimsel koşullamaya (*operant conditioning*) dayalı pekiştirme teknikleri de denendi. Ne var ki, Jeste ve ark. (1973) negatif pratik şeklindeki davranış tedavisinin bu bozukluğa tutulmuş 13 yaşındaki bir çocukta etkisiz olduğunu bildirdi. Haykırışların ardından otomatik olarak bir elektrik şoku veren bir gereçle denenen koşullama diğer

bir hastada etkisiz kaldı (Challas ve Braver, 1963). Bizim olgularımızdan birinde karşılıklı inhibisyon semptomlarda iyileşme sağladı, ancak ne yazık ki kadın hasta tedaviyi tamamlayamadı. Hutzel ve ark. (1974) kendi kendini gözlemleyerek semptomlarını denetleyen ve remisyona giren bir olgu tanımladı.

### Diğer Fiziksel Tedaviler

EKT genellikle etkisizdir, ancak tuhaf psikojenik hareketleri olan izole olgularda başarılı olduğu olmuştur (Edwards, 1972). Bozukluk ayrıca psikoşirürji ile de tedavi edilmiştir. Bu bozukluk için ilk prefrontal lökotomi 1955 yılında yapıldı ve neredeyse 10 yıl devam eden yararlı etkileri olduğu bildirildi (Stevens, 1964). Diğer bir olgu, bimedial frontal lökotominin ardından neredeyse bir yıl remisyonda kaldı (Baker, 1962). Ancak psikoşirürji çoğunlukla tikleriyle birlikte yaşamaya alışmış hastaların çoğu için olağandışı ağır gözükmektedir.

### Aile Terapisi

Tourette sendromuna tutulmuş hastaların yaşam kalitesi büyük oranda diğer insanlarla, özellikle de kendi ailelerindeki bireylerle ilişkileri tarafından belirlenir. Bozukluğun semptomlarının başlı başına son derece sinir bozucu ve gerginlik yaratıcı oldukları kabul edilmelidir, bu yüzden, ailenin huzur içinde yaşayabilmesi için çok zor olsa da, mutlaka hoşgörü ve anlayış gösterilmelidir. Bazen gerilim o kadar artar ve hastayla ailesi arasındaki çatışmalar öyle tırmanır ki, aile danışmanlığı gerekli olur.

Ana-babalar çocuklarını kendilerini olabildiğince fazla ifade etmeye yüreklendirmeli, ev dışında ilgiler edinmekte ve aile dışındaki insanlarla ilişki kurmakta özgür bırakma-

lıdır. Katı kısıtlamalar en alt düzeyde tutulmalıdır. Kesinlikle, çocuğa kendini tikleri veya vokalizasyonları durdurmak zorunda hissettirilmemelidir.

## Prognoz

Sendromun uzun vadedeki prognozunu saptamak hâlâ zordur. Bozukluğun kendiliğinden iyileşme ve alevlenmelerden oluşan doğal gidişi tedavilerin değerlendirilmesini güçleştirir, özellikle de az sayıda olguyu temel aldıklarında. Bununla birlikte, kesinlikle Gilles de la Tourette kendisinin öngördüğü kadar kötü değildir. Genellikle tam zihinsel yıkım olmaz ve psikoz çok nadiren gelişir (Jankovic ve ark., 1984). Yine de Gilles de la Tourette'in şu sözlerinde doğruluk payı olabilir: Une fois tiqueur, toujours tiqueur (bir kez tikli olan hep tikli kalır, -çn.).

Tourette hastalarında yaşamsal tehlike bulunmadığından, genellikle geç yaşlara kadar yaşarlar; birkaç ünlü olguda bozukluk yaşamboyu sürmüştür (Itard, 1825; Bockner, 1959).

# Kaynaklar


Aberle, D.F. (1952) *Trans NY Acad Sci*, 14,291.
Aimard, P. And Kohler, C. (1961) *Rev Neuro Psychiatr Infant*, 9, 110.
Ascher, E. (1948) *Am J Psychiat*.105, 267.
Abuzzahab, F.S. and Ehlen, J.K. (undated) *Tourette's Syndrome*. A Guide for Parents. University of Minnesota.
Baker, E.F.W. (1962) *Can Med Ass J*, 86, 746.
Balthasar, K., (1957) *Arch Psychiart Nervenkr*, 195, 36.
Baron-Cohen , S., Cross, P. and Crowson, M. (1994) *Psychol Med*, 24, 29.
Beard, J.M. (1880) *J Nerv Ment Dis*, 1,487.
Berg, R. (1985) *Acta Psychiat Scand*, 72, 400.
Bockner, S. (1959) *J Ment Sci*, 105, 1078.
Boris, M. (1968) *J Am Med Ass*, 205, 648.
Challas, G. And Braver, W. (1963) *Am J Psychiat*, 120, 283.
Channon, S., Flynn, D. And Robertson, M.M. (1992) *Neuropsyhiat, Neuropsychol*
*Behav Neurol*, 5, 170.
Chappell, P.B. (1994) *Lancet*, 343,556.
Charcot, J.M.(1884) *Ritorma Med*, 1,184.
Chase, T.N., Geoffrey, V. and Gillespie, M. (1986) *Rev Neurol*, 142, 851.
Cipriano, P., Silvastrini, C. and Peronti, M. (1999) *Riv Psichiat*, 34/3, 145.
Clark, D.F. (1966) *Br J Psychiat*, 112, 771.
Clauss, J.L. and Balthasar, K. (1954) *Arch Psychiat Nervenkr*, 191, 398.
Cohen, D. and Marks, F.M. (1977) *Br J Psychiat*, 130, 315.
Comings, D.E. and Comings, B.G. (1986) *Proc Nat Acad Sci USA*, 83, 2551.
Connell, P.M., Corbett, J.A., Home, D.J. and Matthews, A.M. (1967) *Br Psychiat*, 113, 375.
Creak, M. and Guttman, E. (1935) *J Ment Sci*, 81, 834.
Curtiss, D., Robertson, N.M. and Gurling, H.M.D. (1992) *Br J Psychiat*, 160, 845.

Deshan, P.W. (1961) *J Oklahoma State Med Ass*, 54, 636.
Eapen, V., Pauls, D.L. and Robertson, M.m. (1993) *Br J Psychiat*, 162, 593.
Edwards, J.G. (1972) *Br J Clin Pract*, 26, 387.
Fenichel, O. (1945) *The Psychoanalytical Theory of Neurosis*. Norton, New York.
Ferenozi, S. (1921) *Internat Psychoanaly*, 2,1.
Fernando, S.J.M. (1967) *Br J Psychiat*, 113, 607.
Fernando, S.J.M. (1967) *Br J Psychiat*, 128, 436.
Guinon, H. (1886) *Rev Med*, 6, 50.
Hammond, W.A. (1884) *NY Med J*, 39, 191.
Hammond, W.A. (1892) *Med Rec*, 41, 236.
Hughlings Jackson, I. (1884) *Clin Lect Rep London Hosp*, 1, 452.
Hunter, H. (1969) *Br J Psychiat*, 115, 443.
Hutzel, R.R., Platzek. D. and Logue, P.B. (1974) *J Behav Ther Exp Psychiat*, 5, 1.
Hyde, T.M., Stacey, M.E. and Coppola, R. (1995) *Neurology*, 45,1176.
Itard, J.M.G. (1825) *Arch of Gen Med*, 8, 404.
Jankovic, J., Glaze, D.G. and Frost, J.D. (1984) *Neurology*, 34, 68Ö.
Jeste, D. V., Sule, S.M., Ate, J.S. and Vamain, S. (1973) *Indi J Paediat*, 41, 435.
Kanner, L. (1942) *Child Psychiatry*. Thomas, Springfield, Illinois.
Kelman, D.H. (1965) *J Child Psychol Psychiat*, 6, 219.
Koester, G. (1899) *Deutsche Zeitschr Nervheitk*, 15, 147.
Leckman, J.F., Price, R.A. and Walkup, J.T. (1987) *Arch Gen Psychiat*, 44, 100.
Mahler, M.S. and Rangell, L. (1943) *Psychiat J*, 17, 579.
Mahler, M.S., Luke, J.A. and Daltroff, W. (1945) *Am J Orthopsychiat*, 15, 631.
Mazur, W.P. (1953) *Edinb Med J*, 60,427.
McDonald, J. (1963) *Br J Psychiat*, 109, 206.
Meduna, L.J. (1943) *J Nerv Ment Dis*, 117, 39.
Menninger, K. (1938) *Man Against Himself*. HartDavis, London.
Merskey, H. (1974) *Br J Psychiat*, 125, 593.
Messiha, F. A. (1979) *Proc West Pharmacol Soc* (Seattle), 22, 22.
Morphew, J.A. and Sim, M. (1969) *Br J Med Psychol*, 42, 293.
O'Brien, H.A. (1883) *J Straip Branch R Asiat Soc*, 11, 143.
Osier, W. (1894) *On Chorea and Choreiform Affections*, Lewis, London.
Polites, D. J., Kruger, D. and Stevenson, I. (1965) *Br J Med Psychol*, 38, 43.

Price, R.A., Kidd, K.K. and Cohen, D. J. (1985) *Arch Gen Psychiat*, 42, 815.
Prince, M. (1906) *J Nerv Ment Dis*, 33, 29.
Rapoport, J. (1959) *Am J Psychiat*, 116, 177.
Robertson, M.M. (1994) *J Child Psychol and Psychiat*, 35, 597.
Ross, S.R. and Moldofsky, H. (1977) *Lancet*, 1,103.
Salmi, K. (1961) *Acta Psychiat Scand*, 36, 157.
Sandyk, R. (1985) *Ann Neurol*, 18, 367.
Schneck, J.M. (1960) *Am J Psychiat*, 117, 78.
Seignot, J.M. (1961) *Ann Med Psychol*, 119, 578.
Shallice, T. (1988) *From Neuropsychology to Neural Structure*. Cambridge University Press, Camb.
Stevens, H. (1964) *Med An DC*, 33, 277.
Sweet, R.D., Solomon, S.E., Wayne, H,, Shapiro, E. And Shapiro, A.K. (1973) *J Neurol, Neurosurg Psychiat*, 36, 1.
Tobin, W.G. and Reinhart, J.B. (1961) *Am J Dis Child*, 101, 778.
Tourette, G. Gilles de la (1884) *Arch Neurol*, 8, 68.
Tourette, G. Gilles de la (1885) *Arch Neurol*, 9, 17,158.
Tourette, G. Gilles de la (1889) *Arch Neurol*, 19, 153.
Trousseau, A. (1867) *Lectures on Clinical Medicine, delivered at the Hotel Dieu*, Paris. Trans and ed. P.V. Bazire, Hardwicke, London.
Vieregge, P. (1987) *J Neurol, Neurosurg and Psychiat*, 50, 1554.
Walsh, T.L., Lavenstein, B. and Licamele, W.L. (1986) *Am J Psychiat*, 143, 1467.
Walton, D. (1961) *J Child Psychol and Psychiat*, 2, 148.
Wetering, BJ.M. van dé, Cohen, A.P. and Minderaa, R.B. (1988) *Ned Tijdschr Geneesk*, 132, 21.
Wille, H. (1898) *Monatsschr Psychiat Neurol*, 4, 210.
Wilson, S.A.K. (1941) *Neurology*. Williams and Wilkins, Baltimore.
Wulf, A. and Boggart, L. van (1914) *Monatsschr Psychiat Neurol*, 104, 53.
Yap, P.M. (1952) *J Ment Sci*, 98, 33.
Yates, A.J. (1958) *J Abnor Psychol*, 56, 175.

# VIII

## COTARD SENDROMU

# Cotard Sendromu (La Délire de Négation - Yoksama Sanrısı)

*Olmak ya da olmamak...*
William Shakespeare, *Hamlet* (III. perde, I. sahne)

Bu, merkezdeki belirtisi nihilistik bir sanrı olan ve tam gelişkin formunda hastayı kendisinin ve dış dünyanın varlığını yadsımaya yönelten az rastlanır bir durumdur.

## Tarihçe

Cotard bu durumu 1880 yılında, Société Médico-Psychologique'nin (Mediko-Psikoloji Birliği) bir toplantısında tanımladı. Burada, 'beyni, sinirleri, göğsü veya iç organları bulunmadığına, yalnızca deri ve kemikten ibaret olduğuna', 'ne Tanrı ne de Şeytan'ın var olduğuna' ve 'kendisinin ölümsüz olduğuna, sonsuza dek yaşayacağına' inanan 43 yaşında bir kadın olgu bildirdi. Yeni bir depresyon tipi saptadığına inanıyordu. Daha sonra, 1882'de durumu tanımlamak için *délire de négation* (*yoksama sanrısı*) terimini kullandı ve 1891 yılında basılan *Maladies Cérébrales et Mentales* (*Beyin ve Akıl Hastalıkları*) başlıklı kitabında bunu daha ayrıntılı anlattı.

Fransız bir hekim olan Charles Bonnet, 1788 yılında ölü olduğuna inanan bir kadın hasta bildirdi; bu, kendisini ke-

fenine sarıp bir tabuta yerleştirmeleri için ısrar eden yaşlı bir hanımdı. Bu duygusu (kendisi değil) yok olana dek haftalarca tabutta kalmıştı (Förstl ve Beats, 1992).

19. yüzyılın son yıllarında başka birçok yazar da bu bozukluk üzerine yorum yaptı: 1893'te Régis *délire du Cotard* (*Cotard sanrısı*) eponimini kullandı, Séglas 1897 yılında Cotard sendromu deyişinin kullanımını dile büyük ölçüde yerleştirdi. 20. yüzyılın ilk yarısında durum belli aralıklarla tartışıldı ve Fransızca yazında yeni olgular bildirildi (Capgras ve Daumezon, 1936).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından bozukluğa duyulan ilgi tazelendi. 1956'da Martis, ameliyattan (büyük olasılıkla över tümörü için) sonra düşmancıl, sinirli ve içe kapanık ve ayrıca depresif epizotlara eğilimli hal alan 38 yaşındaki bir kadında durumu tanımladı.

*İlginç Psikiyatrik Sendromlar*'ın daha önceki baskılarında, bu ve izleyen birkaç olgu ayrıntısıyla verilmişti, çünkü İngilizcede ilk kez anlatılıyorlardı. Burada da bu kalıba uyuldu:

> Kadın üç yıldır açık biçimde hastaydı. Hastalığının başlangıcı, babasının kalp hastalığından ölmesinden dört ay sonraya rastlıyordu. Babasının ölümü, aralarında önemli çatışmaların olduğu, ters bir zamanda olmuştu, oysa daima birbirlerine çok yakındılar. Yıllarca yoğun suçluluk duygusu içinde yaşamış ve ona 'Babanı hastalandıran sendin' diyen suçlayıcı varsanılar işitmişti. Özel bir klinikte dokuz kez EKT yapıldı, ancak durumu daha da kötüledi ve işitsel varsanılara ek olarak derealizasyon ve depersonalizasyon duyguları ortaya çıktı. Ayrıca hem içten hem de dıştan değiştirilmiş olduğuna inanıyordu.
>
> Taburcu edildikten sonra kısa bir düzelme döneminin ardından hastalığı nüksetti. Aşırı derecede içine kapandı ve başka bir kliniğe yatırıldı. Burada, 'İçimdeki ve dışımdaki her şey ölü' diyordu. Sürekli olarak, Martis'in canlı bir ifadeyle 'sırf

ona ait bir keder cehennemi' şeklinde tanımladığı düşünceler âlemindeydi. Nadiren sorulara yanıt veriyor ve kendiliğinden konuşuyordu. Bir kez çevredeki kırları işaret ederek, kendisini çevreleyen her şeyin 'güneş, dünya ve yıldızlar bile aslında yok' demişti. Dünyayı yaratmış olan ilk patlamadan yalnızca kendisinin sağ kaldığına inanıyordu ve boş bir dünyada 'kömürleşmiş bir yıldız' olarak geziniyordu. Zamanın bile tükenmiş olduğuna ve bu yüzden sonsuza dek bu biçimde gezinmeye mahkûm edildiğine inanıyordu.

Olgu Cotard sendromunun başlıca özelliklerini sergilemektedir. Yani, başlangıçta hastanın dış dünyanın varlığını yadsıdığı nesnel yoksama fikirlerinin yanında, kendi bedeninin parçalarının varlığını yadsıdığı öznel yoksama fikirlerinin de gelişmesine yol açan bir anksiyete dönemi ve sonunda, çaresizlik durumu, depersonalizasyon ve zihinsel acılarla ilişkili ölümsüzlük fikirleri. Ayrıca, sendromun daha ender bir belirtisi olan bedeninin muazzam iri olduğu fikirlerini de sergiliyordu.

1968'de Ahlheid organik bileşenleri üzerinde özellikle durarak üç olgu tanımladı:

İlk hasta çocuklukta poliomiyelit geçirmişti. Yaşamının çoğunda yoğun alkol kullanmıştı; 61 yaşında depresif bir hastalıkla hastaneye yatırıldı, 'ölü gibi hissetmek'ten yakınıyordu. EKT ile düzelme gösterdi, ancak 65 yaşında yeniden yatırılması gerekti. Bu kez de depresif olarak tanımlanıyordu ve antidepresanlarla tedavi edildiğinde 'alkolik ajitasyon' sergilediği söyleniyordu. Bir sonraki yatışı 67 yaşında, organik yıkım belirtileriyle şiddetli bir depresif durum yüzündendi. 'Ben zaten ölüyüm', 'Ben bittim', 'Zehirlendim' diyordu. Barsaklarıyla aşırı uğraşısı vardı. Hastanede 25 gün kaldıktan sonra gömülme talebinde bulundu, çünkü 'kokmaya başlamış bir ceset' olduğunu sanıyordu. Bir ay sonra etinin, bacaklarının ve gövdesi-

nin bulunmadığını söyledi. Bu fikirler sarsılmazdı, klinik tablo aylarca değişmeden kaldı.

İkinci hastada 37 yaşındayken sifiliz gelişmişti, 39 yaşında paranoid fikirlere kapılmış, ancak daha sonra bunlar tümden geçmişti. 62 yaşında paranoid fikirleri yineledi ve giderek kötüleşti. Fiziksel sağlığı kötüydü ve son derece kederliydi, 'çünkü insanlar ölüydü ve cesetler duvarlara asılı' idi. Kendisinin de ölü olduğuna, barsaklarının çalışmadığına, kireçlenmiş olduklarına emindi. Ayak parmaklarının ölü olduğunda ısrar ediyordu. İleri derecede depresifti ve antidepresanlarla tedavi edildiğinde başlangıçta düzelme göstermekle birlikte, birkaç gün sonra çökkünlüğü nüksetti ve yeniden 'midesi ve barsakları olmayan, yaşayan bir ceset; var olmayan biri' olduğunu söyler oldu. Fiziksel durumunun kötülüğü yüzünden EKT kontrendikeydi. Üç ay boyunca tedaviye hiç yanıt vermedi ve gelişen başka sanrıların yanında, nihilistik sanrıları hep devam etti.

Üçüncü hasta on yaşındayken tifo, 20 yaşındayken de kuşkulu bir sifiliz enfeksiyonu geçirmişti. Çocukluktan itibaren çeşitli psikosomatik bozukluklardan yakınmasına karşın, büyük olasılıkla sanrılarının başladığı 38 yaşına gelene dek bir psikiyatri hastanesine yatırılmamıştı. 60 yaşında belirsiz bazı fiziksel rahatsızlıklardan yakınarak, vaktinin çoğunu yatakta 'ölümü bekleyerek' geçirmeye başladı. EKT bu durumunu hiç değiştirmedi ve 'kanı ve damarları olmadığı'nı ileri sürüyor ve bir yandan yemek yemeyi reddederken, bir yandan da 'ölüyorum' lafını tekrarlıyordu. Altmış beş yaşında erken ateroskleroz işaretleri göstermeye başladı. Depresif semptomları için verilen imipraminle bir miktar düzelme sağlandı, ancak iki ay sonra yeniden kötüleşti, ajite hal aldı, bedeninin zaten ölmüş olduğunu söylemeye başladı. Hâlâ konuşabiliyor olmasını 'ruhunun ölmeyi bekliyor' oluşuyla açıklıyordu. Çok depresif olduğu için gömülmeyi talep etti. Altmış yedi yaşında kısa bir dönem boyunca iyiydi, ama sonra büyüklük sanrıları geliştirdi, azizlik mertebesine erdiğini söylüyordu. Bir beden edinmekle uğraşmadığını anlatıyordu, 'çünkü bir aziz ölümsüzdür ve bedene ihtiyacı yoktur'. Altmış sekiz yaşında belirgin biçimde

öforikti ve nihilistik sanrısının sınırları iyice belirlenmişti (enkapsüle olmuştu).

1971'de Dietrich nihilistik sanrısı olan bir nörologla ilgili büyüleyici bir olgu sundu. O zamandan bu yana çeşitli dergilerde ve ders kitaplarında, özellikle de Fransız ve İtalyan psikiyatri yazınında Cotard sendromuyla ilgili başka olgu bildirimleri, tartışmalar ve göndermeler yapıldı (Leroy, 1920; Nardi, 1935; Zilboorg ve Henry, 1941; Poli, 1942; Cremieux ve Cain, 1948; Kretschmer, 1952; Perris, 1955). Son yıllarda İngilizce yazında da bozukluğun klinik, nörobiyolojik ve nozolojik yanlarına ilgi yeniden canlandı.

Durumun nozolojik konumu büyük tartışmalara yol açtı ve hâlâ belirsizliğini koruyor. Yazarların görüşüne göre, bunu ayrı bir klinik antite olarak görmek yerinde olur, çünkü saf ve tam formunda ortaya çıkabilir, bunun yanı sıra, depresif psikoz veya şizofreni gibi başka ruhsal hastalıkların semptomu olarak ortaya çıktığında bile, nihilistik sanrılar tabloya egemen olma eğilimindedir. Dahası, kendine özgü karmaşık bir psikopatolojisi vardır ve bu, bozukluğun araştırılmasında odak alınmalıdır, çünkü bizi tam da varoluşun anlamıyla yüz yüze getirir.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Altmış beş yaşında dul bir kadın. Altı hafta arayla kocasının ve yakın bir dostunun ölümüyle tetiklenmiş ağır bir depresif hastalıkla başvurdu. Kendi babası 1930 yılında ölmüştü ve bunun arkasından, üç yılı aşkın bir süre kalacağı bir hastaneye yatırılmasına yol açan depresif hastalığa tutulmuştu. Utangaç, çekingen bir çocuktu, sonraları daha dışa dönük olmuştu. On beş yaşına kadar okuduktan sonra steno ve daktilo öğrenmiş ve ilk işinde 6 ay kaldıktan sonra, 39 yıl sürdüreceği ikinci işine

geçmişti. Bu işte özel sekreterliğe yükselmiş ve bu konumdan emekli olmuştu. Fiziksel sağlığı iyiydi. Ayrıca aklına koyduğunu yapan biriydi, tekerlekli sandalyedeki kocasını getirip götürebilmek için 64 yaşında araba kullanmayı öğrenmişti. Dul olan kocasıyla kendisi 59 yaşındayken karşılaşmıştı, adamı gençlik günlerinden tanıyordu. Adam emekli bir matbaacıydı ve ikisi bir kız çocuğu evlat edinmişlerdi. Adam öldükten altı hafta sonra, hasta depresyona girmeye başladı ve kocasının ölümünden sonra kısa süre yanında kaldığı yakın arkadaşının da ölümüyle, depresyonunda kayda değer alevlenme oldu.

Yatırıldığında son derece depresifti, fiziksel olarak hasta görünüyordu, dehidrate ve ajiteydi. Kendi durumuyla aşırı uğraşmasına karşın konuşması tutarlı ve anlamlıydı. Servisteki diğer bütün hastaları da etkilediğini ve onların hastalıklarından kendisinin sorumlu olduğunu söylüyordu. Tuhaf, gerçekdışı duyguları olduğunu ve ayrıca sonsuza dek yaşayacağını hissettiğini ifade ediyordu. Başka zamanlardaysa, 'Ben artık yaşamıyorum; Ben ölüyüm' diyordu. Büyük bir günah işlemiş olduğunu hissediyordu, hiçbir ayrıntı verememesine karşın kendi günahları yüzünden ailesine zarar geleceğine inanıyordu. Özetle, geç involusyonel dönemde (yaşdönümü) nihilistik sanrılar ve paradoks ölümsüzlük duygularıyla giden ağır depresif bir tabloyla yatırılmıştı. EKT (toplam 8 kez) ile birlikte imipraminle tedavi edildi ve iyileşti; nihilistik sanrıları ve Cotard sendromunun diğer özellikleri de dahil, bütün depresif semptomları ortadan kalktı.

**Olgu 2**

Altmış dokuz yaşında, evli bir kadın 1971 yılında evinde yapılan muayenenin ardından ağır endojen depresyon tanısıyla ilk kez yatırıldı. Depresyonu sabahları daha kötüydü ve anlamlı düzeyde suçluluk, değersizlik ve ümitsizlik duyguları vardı. Ek olarak, devamlı sabah erken uyanma, libido kaybı ve her şeye karşı ilgi kaybından yakınıyordu ve çok ajiteydi. Kendi bedeniyle ilişkili tuhaf duyguları olduğu gerçeği onu rahatsız

ediyordu ve köpek gibi bir hayvana dönüşmekte olduğuna inanıyordu. Bazen, 'Vücudum yok, ben ölüyüm' diyordu.

Hastanın mutlu bir çocukluğu olmuştu. Evlendikten sonra Shropshire'a kayınlarının yanında yaşamaya gitmiş ve onların evinde 39 yıl yaşamıştı. Yakınlarda yaşayan bir kız kardeşi olmasına karşın, kendini giderek daha yalnız ve yalıtılmış hissetmeye başlamıştı. Asla yaşadığı yeri sevmemişti, hastalandıktan sonraki yıl ise artık buralardan nefret eder olmuştu. Yıllarca kocasını taşınmaya ikna etmeye çalışmıştı, ancak adam buna kulak asmıyordu. Kadın giderek daha fazla çökkünleştikçe eve karşı nefreti de büyümüş ve eve, kendine ve kocasına bakmayı ihmal eder olmuştu. Adamın sağlığı da onu kaygılandırıyordu.

Hastanın kendisinin geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü yoktu, ancak hastaneye yatmadan üç ay önce grip geçirmiş, bir ay boyunca yatakta yatması önerilmişti. Kalkar kalkmaz kendini tuhaf, şaşkın ve çökkün hissetmişti. Tam bu noktada, yatırıldığı sırada saptanan semptomları başlamıştı.

Hastanede klomipramin ve amitriptilin tedavisi uygulandı ve bir ay sonra kadın düzelmeye başladı. Varoluşu ve bedeniyle ilgili sanrılarının şiddeti azaldı, ama yine de garip hisleri olduğunda, diğer insanlar gibi hissetmediğinde ısrarlıydı. Bir ay daha geçtikten sonra durumunda belirgin düzelme oldu, aylardır ilk kez düzgün yiyor ve uyuyordu. Önceki sanrıları tümden yol olmuştu, konuşması mantıklı ve düzgündü, ama hâlâ konsantrasyon eksikliğinden ve herhangi bir şeyi ezberleyememekten yakınıyordu. Ayrıca ilgi kaybı vardı ve hâlâ aşırı letarjikti. Evde geçirdiği haftasonları durumunu kötüleştirmekten başka işe yaramaz gibiydi, hastaneye döndüğünde ise, eve geri gittiğinde yapması gereken işlerin yığıldığını düşünerek daha da depresif hissediyordu. Bununla birlikte, sonunda hastaneden istemeyerek de olsa çıktı, çok düzelmişti ve antidepresan tedavi sürdürülerek poliklinikten düzenli takibe alındı.

Taburcu olduktan bir yıl sonra yeniden evinde görüldü. Durumunda hafif bir kötüleşme vardı, bunun başlıca nedeni, fiziksel durumu belirgin derecede kötüleşmiş olan kocasıyla il-

gili kaygılarının artmasıydı. Antidepresan dozu artırıldı ve yine düzelme gösterdi. Bir yıl daha ayaktan düzenli olarak izlendiği sırada nihilistik sanrıları veya bedeniyle ilişkili tuhaf fikirleri ve duygularının hiçbiri yinelemedi, ancak eski canlılığına, enerjisine, ilgilerine bir daha hiç dönemedi. Elbette, çevresi, evi, kocasının fiziksel hastalığı hepsi de onun için daha fazla düzelmesine engel oluşturan sürekli endişe kaynaklarıydı.

**Olgu 3**

Altmış bir yaşında bir ev hanımı aile hekimi tarafından ilk başta ösofageal daralmaya veya karsinomatoza bağlı olduğu düşünülen, ancak hiçbir fiziksel neden bulunamayan kilo kaybı yüzünden gönderildi. Yatırıldığında 39,3 kg idi.

Kendisinin yakınmaları yutma güçlüğü ve boğazının sıkılması hissiydi. 'Biliyorum, gülünç ama benden daha güçlü, bana karşı bir güç var. Açık düşünemiyorum, beynim boşalıveriyor. Çok zonkluyorum; kulağa komik geliyor, ama yutamıyorum. Tuvalete gitmiyorum, barsaklarım ve mesanem hiç çalışmıyor; yemek borum tümden büzüştü; kaslarım ve sinirlerim işbirliği yapmıyor.'

Görünüşe göre bu semptomlar yaklaşık bir yıl önce, bir boğaz enfeksiyonunun ardından başlamıştı. Kendini 'epey sinirli' hissetmeye başlamıştı ve ağzında kötü bir tat vardı. Bundan sonra disfaji geliştirdi ve bu yüzden genel bir hastaneye yatırıldı, burada hiatus hernisi ve reflü ösofajit tanıları kondu. Ösofagoskopi yapıldı ve ösofagusunda daralma olduğu bildirildi. Bunun dilate edildiği söylenmekle birlikte, sonraki olayların ışığında büyük olasılıkla tanının yanlış olduğu söylenebilir, yine de, inceleme sırasında bir osöfageal spazmı olmuş olabilir. Diğer incelemelerde, hafif derecede divertiküloz gösteren bir baryum grafisi dışında hiçbir anormallik saptanmadı.

Özgeçmişinde pek özellik yok gibiydi. Baskın bir tip olan annesi 82 yaşında, gastrik karsinomdan ve babası da 69 yaşında kalp yetmezliğinden ölmüştü. Bir erkek kardeşi vardı. Otuz yaşındayken evlenmiş, çocukları olmamış ve öğrencilere evlerinde fen dersi vererek çalışmaya devam etmişti. Ko-

casıyla cinsel ilişkisi, büyük olasılıkla hiçbir zaman çok sıcak olmamış, ilerleyen yıllarda da iyice azalmıştı. Akıl hastalığı başlayıncaya kadar fiziksel sağlığı iyiymiş gibi durmasına karşın, geçmişte de daima biraz hipokondriyak olduğu anlaşıldı. Yatışından beş yıl önce bir tür depresyona yakalandığını düşünen bir psikiyatrisi tarafından tedavi edilmişti. O sırada anksiyeteli, katı ve biraz saplantılı bir kişilik yapısı vardı. İlk başta psikoterapi uygulanmış, ama sonra amitriptilin tabletlerle tedaviye geçilmişti, bunları hiç yutamadığını öne sürüyordu.

Yatırıldığında açıkça barsakları konusunda sanrılıydı, özellikle rektumundan iğrenç bir şey çıktığı, mesanesinin çalışmadığı ve aslında vücudunun çoğu parçasının işlemediği yolunda sanrıları vardı. Yalnızca kalbinin işlev görüyor olması gerektiğini düşünüyordu, çünkü attığını fark ediyordu. Yine yutamadığında ısrarlıydı, ama içmesi için bir bardak su verildiğinde, bunu başarıyla yutabildi. Sıvının nereye gittiği sorulduğunda, 'boynumdaki dokulara' diye yanıtladı. Çok sayıdaki bu bedensel sanrılarına karşın özellikle çökkün gözükmüyordu, daha çok duygusal küntlüğü varmış izlenimi uyandırıyordu, yine de bu görüntüsü azımsanmayacak derecede bir anksiyeteyi saklar gibiydi. Uyuma güçlükleri de vardı.

Hipokondriyak fikirlerinin yanında, kocasının onu zehirlemeye çalıştığına, buzdolabındaki bazı yumurtaların bir tür gaz (ki ona göre 'İçini tuhaf yapan' bu gaz büyük olasılıkla hidrojen sülfitti) salgıladığına ilişkin muğlak fikirler dile getiriyordu. Yumurtaları kırmamaya büyük özen göstererek çöpe atmış olduğunu anlattı.

Ruhsal durum muayenesinde herhangi bir organik duruma ilişkin bir kanıt veya şizofreni düşündürecek bir bulgu yoktu. Geçmiş psikiyatrik öyküsünün ve o anki yakınmalarının ışığında, belirgin hipokondriyazis ve nihilistik sanrıların eşlik ettiği depresyon tanısı kondu. Herhangi bir gıdayı yutmaya çalışması durumunda, bunu emecek sindirim sistemi olmadığına inandığından anksiyete yaşamasına karşın, yemeye ikna edilmesi çok zor olmadı. Ancak ağızdan herhangi bir ilaç almayı kesinlikle reddediyordu, bu yüzden EKT ile tedavi edildi. Sekiz seanstan sonra durumu hatırı sayılır düzelme gös-

terdi, taburcu edildiğinde sanrısal fikirleri tümden yok olmuştu, hipokondriyası belli belirsiz devam ediyordu. Bu sırada 45 kg'a çıkmıştı ve zaten ufak tefek olduğundan bu kilo yeterli görüldü.

Yukarıdaki olgular sendromun oldukça tipik örnekleridir. Hepsi de orta yaşların sonlarında kadınlardı. Nihilistik sanrıların yanı sıra gerçekdışılık duygularının da baskın oluşuna (Olgu 1 ve 2) dikkat edin. İzleyen hasta daha gençtir ve farklı zamanlarda olsa da, hem Capgras, hem de Cotard sendromlarını sergilemesi açısından özellikle ilginçtir.

Olgu 4

1949 yılında, 21 yaşındayken Kraliyet Donanması Kadınlar Birliği'nde hizmet ederken bir aydır süren belirsiz gastrik semptomlar öyküsüyle hastaneye yatırılmıştı. O sırada öforik olduğu ve uygunsuz duygulanımı olduğu görülmüştü. Alınma fikirleri ve düşünce bozukluğu vardı. Durumuna şizofreni tanısı kondu. Bir hafta hastanede yattıktan sonra huzursuz, yerinde duramaz, idaresi güç ve aktif olarak varsanılı bir hal aldı. Akut semptomlarının ortadan kalkması açısından EKT'ye yanıtı iyiydi, ancak kopuk, uzak ve kuruntulu hali devam etti. Sakin değildi, ancak uysaldı ve hiç içgörüsü yoktu. Bir kür derin insülin koma tedavisi yavaş ancak kesin bir düzelme yarattı; yeniden steno ve daktilo öğrenmek üzere bir rehabilitasyon kursuna gitti ve işe geri döndü, 1959 yılına kadar da çalıştı. Otuz bir yaşını doldurduğu o yıl, yeniden akıl hastanesine yatırıldı. Apatikti, hareketleri ve konuşması çok azdı ve aklı karışmış görünüyordu; çok az yiyordu ve içgörüsü yoktu. Ayrıca önemli miktarda kilo vermişti. Bir kez daha durumuna şizofreni tanısı kondu. Bu ikinci hastalık loğusalığı sırasında başlamıştı; yatırılmasından iki buçuk ay önce bir oğlan doğurmuş, ardından da sesler işitmeye başlamıştı. Ayrıca kendisiyle ilgili tuhaf fikirler edinmeye başlamıştı. Yaşadığı kasabanın çocukluğundan ve Londra'daki eski yaşamından tanıdığı insanlarla dolu olduğuna inanıyordu, onların kendisini

tanımadıklarını işitmek ona çok tuhaf geliyordu. Yabancıları eski tanıdıkları sanıyordu (Capgras sendromunun tersi gibi duran bir fenomen). Çok çökkün hissediyor, 'evde bir şeyler döndüğüne' inanıyordu; örneğin, yengesine ait olan ve üzerinde 'Margaret'e' yazan İncil'in yerine, siyah, 'Margaret'e' yazısı italik harflerle yazılmış başka bir İncil konmuş olduğuna inanıyordu. Yatırıldığında servisteki hastalardan çoğunu, on yıl önce yatırıldığı hastanede kendisiyle birlikte kalmış olan kişiler olarak tanıdığını sanmıştı. Ayrıca genellikle kuşkucuydu ve sık sık uygunsuz biçimde sırıtıyordu. Genellikle tutarlı gözükmekle birlikte, basınçlı konuşması ve fikir uçuşmaları vardı. Kıkırdıyor ve budalaca sırıtıyordu ve duygulanımı zaman zaman uygunsuzdu.

Klorpromazinle tedavi edildi, ancak servisteki insanları yanlış tanımaya devam etti ve kocasının gerçekten kocası olup olmadığından kuşkulanmaya başladı, bir başkasının onun yerine geçirilmiş olabileceğini düşünüyordu. Bununla birlikte, on gün içinde onu yanlış tanıması geçti, önceki yanılgısını da adamın 'dişlerini temizletmiş, bu yüzden farklı görünüyor' olduğuyla açıkladı.

Temmuz 1959'da çok depresif bir hal aldı. Kendiliğinden konuşması çok azdı. 'Benim gibi insanların olduğu bir hastaneye gidebilir miyim? Zekâm sıfır, hiçbir şey öğrenemiyorum; bir evi çekip çeviremem. Hiçbir şey yapmak istemiyorum' diyordu. Hem kocasını hem de kız kardeşini düş kırıklığına uğrattığına, hiçbir işe yaramaz olduğuna inanıyordu. Geleceğine ilişkin umutsuzluk duyguları vardı, asla eve dönebilecek kadar iyi olamayacağını sanıyordu. Kocasının kendisini unutması için sonsuza dek kilit altına alınmak istiyordu. Bu noktada, hiçbir şizofreni bulgusu olmadığından, ağır bir depresyon tanısı kondu. Tam bir sefillik tablosu çiziyor, ümitsizlik ve çaresizlik duyguları dile getiriyordu. Ne ki, çökkün hissedip hissetmediği sorulduğunda, nihilistik sanrılar ifade eden, 'Hiçbir duygum yok' yanıtını veriyordu. EKT ile durumunda belirgin bir düzelme oldu ve taburcu edildi; ancak kısa süre sonra çok apatik ve içine kapanmış bir halde yeniden yatırıldı ve bu kez durumuna katatonik şizofreni tanısı kondu, yine de atipik

manik-depresif psikoz olasılığı bir kenarda tutuluyordu. Ekim 1959'da iki kez EKT yapıldı ve 'yeniden canlandığını' söyler oldu. Artık neşeli gözüküyor ve bir miktar içgörü sergiliyordu, ne var ki, taburcu edildikten sonra depresif epizotlar geçirmeye devam etti. 1960'da, on gündür ilaçları kesilmiş olan 30 yaşındaki bir kadın için EEG'sinin kuşkuya yer bırakmayacak şekilde anormal olduğu düşünüldü. Bu EEG, nonspesifik olarak organik izlenimi uyandırsa da, toksik konfüzyonel durum veya geriye dönüşlü metabolik bir durumla tutarlı olduğu kararına varıldı. Ayrıntılı psikolojik testler şizofreni tanısını pekiştirmekle birlikte, belli bir dereceye kadar zekâ kusuru da bulunduğunu gösterdi. Ancak farklı zamanlarda çeşitli testlerde performansının gösterdiği değişkenlik bu kusurun organik olmaktan çok işlevsel bir temeli olduğunu düşündürdü.

Alıntı yapılan Avrupalı yazarların bildirdiği çoğu olgunun aksine, şimdiye dek tanımladığımız dört olgunun hepsi de kadındı ve bu da durumun kadınlar arasındaki sıklığının daha yüksek olduğunu düşündürüyor.

*Folie à deux* üzerine yazılan bölümde bir olgu daha tanımlanıyor. Bu olguda merkezdeki kişi ailenin babası olmakla birlikte, ölmüş olduğu sanrısı her iki cinsiyetten diğer aile bireylerinin çoğunluğu tarafından da paylaşılmış gözüküyor.

Aşağıda, bekâr bir adamla ilgili diğer bir Cotard sendromu olgusu bulunmaktadır.

**Olgu 5**

Elli dokuz yaşındaki hasta, 1973 yılında ilk kez görüldüğünde, 31 yıldır aralıksız olarak bir akıl hastanesinde yatmaktaydı. Bu dönem boyunca şizofrenik kökenli olduğu düşünülen çeşitli semptomlar sergilemişti, ancak bunlar zaman geçtikçe, giderek daha fazla endojen tipte depresyon özellikleri gösterir olmuşlardı. Sınırlı bir zekâsı vardı, zekâ katsayısı donuk-normal aralığındaydı ve okuyamıyordu, belli ki bunun nedeni

okuldayken yaşadığı anksiyetenin ders çalışmasını engellemiş olmasıydı. Nihilistik sanrılarının öyküsü 32 yıl önceye dayanıyordu. Ağır depresyon evrelerinde daha belirginleşme eğilimindeydiler. Sık sık 'Ben bir hayaletim' veya 'Ben ölüyüm' diyor ve bazen bedeninin belli parçalarının varlığını yadsıyordu, sözgelimi 'bende hiç kan yok' diyordu. İntihar düşünceleri olduğunu açığa vurdu, 21 yıl içinde cam kırma atakları olmuştu, bunları denetlenemez yıkıcı itkilerinin sonucu olarak açıklıyordu. Ayrıca dış güçler ve Tanrı tarafından kontrol edildiğine inanıyor, bunların ona çocukları öldürme emri verdiklerini söylüyordu, neyse ki asla böyle bir girişimde bulunmamıştı. Depresif semptomlarıyla birlikte ortaya çıkan ağır ajitasyon dönemleri sırasında hemşirelerin onu zehirlemeye çalıştıklarına inanıyordu. EKT ve çeşitli antidepresanlarla birlikte değişik birçok sakinleştirici ilaç (klorpromazin hariç, çünkü bu ilaca karşı duyarlılığı vardı) tedavisi uygulanmasına karşın, bunlar ona geçici ve sınırlı bir rahatlama getirmenin ötesinde, durumunda hiçbir düzelme yaratamamıştı.

Aşağıdaki olgu, akut şizofrenik epizot sırasında ortaya çıkan Cotard semptomatolojisine iyi bir örnektir.

**Olgu 6**

Arap kökenli, 12 yaşından beri İngiltere'de yaşamakta olan 26 yaşında erkek hasta. 1995 yılı başlarında ciddi bir suçla tutuklu bulunduğu cezaevinden hastaneye gönderilmişti. Geçmişte akut psikozla akut psikiyatri servisine iki kez yatışı vardı.

Yatırıldığında durumu son derece bozuktu ve bedeninde burulma duyusu ve anatomisinin belli parçalarının yok olduğu hislerinden oluşan tuhaf somatik varsanıları onu çok rahatsız ediyordu. Ek olarak, hemen ölüvereceğine ve organ sistemlerinin birçoğunun iflas etmiş olduğuna dair sanrısal inanışları vardı.

Alevli psikotik özellikler antipsikotik ilaç başlandıktan sonraki haftalar içinde ortadan kalktı ve negatif defisitleri hafif yetiyitimi yaratmakla birlikte, başarıyla toplum içine dönebildi.

## Epidemiyoloji

Cotard sendromunun sıklığına ve yaygınlığına ilişkin hiçbir formel çalışma yürütülmemiştir. Bu bozukluğun edimsel tanımı üzerine herhangi bir fikir birliği olmamasına bakılırsa bu şaşırtıcı gelmez. Cotard sendromu teriminin klinikte kullanıldığı çeşitli bağlamlar yakınlarda Berrios ve Luque (1995a) tarafından araştırıldı. Bu yazarlar, 1880 yılından bu yana bozukluk üzerine olgu sunumlarını içeren 200'ü aşkın makaleyi analiz ettiler. Sonuçta, sendromun tam gelişkin halde bulunduğu 100 olgunun kayıtlara geçtiğini bildirdiler.

Bozukluk 16-81 arası bütün yaş gruplarında tanımlanmış olmakla birlikte, örneklerin çoğu ileri orta yaşlarda gözükür. Bu durum ergenlerde nadir gibi durmaktadır ve yazında yalnızca birkaç olgu bildirilmiştir (Halfon ve ark., 1985; Dugas, 1985; Degiovanni ve ark., 1987). Klinik izlenimler sendromun kadınlarda erkeklerdekinden daha sık görüldüğünü düşündürmektedir.

Böylesine karmaşık bir sanrı içermesine karşın, bozukluğun orta derecede zekâ geriliği olan bir adamda da tanımlanmış olması şaşırtıcıdır, ancak bu tür bir durum istisnai kabul edilmelidir (ayrıca bkz. Olgu 5) (Kearns, 1987).

## Klinik Özellikler

Durumun klinik özellikleri nihilistik sanrıların derecesi ve sayısı açısından büyük değişkenlik gösterir. Bu bozukluk üzerinde çalışan yazarlar uzun süredir, bir tam/eksik sendrom yelpazesi kavramını kabul etmektedir.

Cotard sendromunun temel semptomu bir yoksama sanrısıdır. Bunun şiddeti, hastanın düşünme ve hissetme yetilerini kaybetmekte olduğu inancından tutun, kendisinin artık var olmadığına inandığı, hem kendi varlığını hem

de evreni yadsıdığı en ağır biçimine dek uzanan bir yelpazede değişebilir. Nihilistik sanrı genellikle depresif bir hastalıkla, bazen de şizofreni veya psikoorganik bir sendromla birliktedir.

Başlangıç genellikle anidir ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü yoktur. Ancak tipik olarak başlangıçta, uzunluğu bir iki haftadan birkaç yıla dek değişebilen bir anksiyete evresi vardır. Anksiyete belirsiz ve yaygındır ve genellikle iritabiliteyle birliktedir.

Daha hafif durumlarda hasta çökkünlükten ve uslamlama ve hissetme yetilerini yitirdiğine inanmaya başladığından yakınabilir. İçinde ve dışındaki bir şeylerin farklı olduğunu hisseder, bu da onu öncekinden daha anksiyeteli olmaya iter. Anksiyete yerini, gerçekten nihilistik doğadaki ümitsizliğe bıraktığında durum daha da ağır biçimine ilerler. Bundan sonra hasta bütün zihinsel yetilerinin yanı sıra olanca maddi yitirdiğini söylemeye başlayabilir, bu da sıklıkla kendinden nefret etmesine yol açar.

Tümden nihilistik sanrısal bir durumun varlığında yoksama fikirleri ortaya çıkar ve hastanın gerçeklikle veya çevresindeki dünyayla herhangi bir bağlantıyı yadsımasına yol açar, dünyanın varlığını bile yadsıyabilir.

Eşzamanlı öznel yoksama fikirlerinin varlığı hastayı kendi bedeninin parçalarının varlığını yadsımaya yöneltir. Bu genellikle bedenin belli bir parçasının yadsınmasıyla başlar. Bir hastanın dediği gibi, 'Eskiden bir kalbim vardı. Şimdi orada onun yerine atan bir şey var'. Bundan sonra şunları söylemişti: 'Midem yok, asla açlık hissetmiyorum. Yediğim zaman yiyeceğin tadını alıyorum, ama boğazımdan geçtikleri anda hiçbir şey hissetmiyorum. Sanki yiyecekler bir deliğe düşüyor.' Daha sonra kişi kendi varlığını

yadsımaya başlayabilir, hatta kişi adılı 'ben'i toptan silebilir. Bir hasta, var-olmayışını vurgulamak için kendine 'Madam Sıfır' adını takmıştı. Anderson'un (1964) hastalarından biri, kendinden söz ederken, 'İşe yaramaz. "Onu" sarıp çöpe atın' demişti.

Böylesine tam bir ümitsizlik durumuna gelen hasta, 'var olmamak' için büyük bir arzu duyduğunu itiraf edebilir, ama paradoks biçimde ölüm de olanaksız gözükür, bu da ölümsüzlük fikirlerine yol açar. İşte bu da ümitsizliğin en koyusunu yaratır, ölmek istemek ama bir hiçlik durumunda sonsuza dek yaşamaya mahkûm olmak. Kierkegaard'ın (1941) yaşayan cehennemini andıran bir durum.

Bu tür ölümsüzlük fikirleri, muazzam irilik fikirleri (*délire d'énomité*) ve benzeri başka bedensel sanrılar gibi, diğer megalomanik fikirlerle birlikte olabilir. Böyle hastalar bedenlerinde muazzam bir büyüme olduğuna inanabilirler, uzanıp evrenle kaynaşacak kadar büyüyebileceklerini bile sanabilirler. Başlarının yıldızlara değdiğini öne sürebilirler. Bir zamanlar var olmadıklarını söyleyen hastalar daha sonra dünyayı sarabilecek olduklarını öne sürmeye başlayınca paradoks iyice belirginleşir. Bu gelişme, *manik* Cotard sendromunu oluşturur. Ayrıca burada bu tür hastalarla, yıllarca kötülük görme sanrılarına kapıldıktan sonra grandiyöz bir hal alan, sözde kötülük yapacak kişilerin nihayet yenildiklerine ve artık kendilerinin tümgüçlü olduklarına inanan hastalar arasında açık bir paralellik çizilebilir.

Analjezi, mutizm, kendine zarar verme itkileri, intihar fikirleri, yanılsamalar ve bazı olgularda varsanılar gibi ek semptomlar bulunabilir. Varsanılar görsel olabilirlerse de, çok daha sık olarak işitseldir. İçerikleri daima suçluluk, ümitsizlik ve ölümle aşırı uğraşı yansıtır. Bir hasta 'duvarların titrediğini görür' ve evinin bombalandığına inanır.

Kendi idamı için hazırlık yapıldığından korkar 'giyotin kuruluyordu'. Bu tür yaşantılar, varsanı olmaktan çok, güçlü bir duyguyu temel alan yanılsamalardır. Bazı hastalarda tat ve koku varsanıları olabilir, kendilerinin çürüdüklerine, yiyeceklerinin tümden değişmiş olduğuna veya kendilerine kötü, fekal maddeler veya insan eti sunulduğuna inanabilirler. Bu tür hastaların kendilerine zarar verme ve intihar etme eğilimleri vardır.

Burada karşımıza başka bir paradoks çıkar: Ölü olduklarına veya asla ölemeyeceklerine inandıkları halde, yine de kendilerini yok etmeye çalışırlar. Ne var ki, özellikle kendilerinin lanetlenmiş olduğuna inananlarda ve tam bir ümitsizlik içinde olanlarda bu çok da şaşırtıcı değildir; yaşamları zaten gerçek bir cehennem haline gelmiş olduğundan, tek kaçış yolu intihardır. Ölümsüz olduklarına inananlar cehennemin en dibindekilerdir, çünkü ümitsizlik durumlarının sonsuza dek sürmesi gerektiğine inanırlar.

Negativistik tutumlar ve davranışlar seyrek değildir. Midesi olmadığına inanan Olgu 3'te olduğu gibi, mutlak gıda reddi olabilir. Bozukluğu daha hafif olsa da suçluluk duyguları olan ve kendini horlayanlar, aç kalmayı ödenen bir kefaret olarak görüp, tabaktakilerle oynamakla yetinirler.

Cotard sendromu genellikle diğer psikotik durumlarla birlikte ortaya çıktığından, bu bozuklukların semptomlarının da bulunması beklenir. Sözgelimi, hiçlik sanrıları depresif hastalığın üzerine bindiğinde, genellikle depresyon için karakteristik olan başka semptomlar da bulunacaktır. Benzer şekilde, psikoorganik sendrom içinde, yönelim bozukluğu, kavrama, dikkat ve yoğunlaşma kusurları ile birlikte bellek kaybı gibi duyusal bozukluklara ilişkin semptomlar ve işaretler de bulunacaktır. Daha ender olarak,

sendrom akut şizofrenik durumlarda da ortaya çıkabilir, ki bu halde elbette başka şizofrenik semptomlar bulunacaktır. Saavedra (1968) bu özel durumdan 'senestezik (organizmanın yaşam işlevi duygusu, -çn.) şizofreni' olarak söz eder.

## Etiyoloji ve Psikopatoloji

Cotard sendromuyla ilgili en büyük tartışma, durumun yalnızca bir sendrom, yani başka bir akıl hastalığının semptomu olarak mı var olduğu, yoksa bazı olgularda kendi başına özgül bir hastalık olarak mı görüleceğidir. Bu sorun henüz tam olarak çözülmemiştir, ama uzunca bir süredir sendromal varsayım daha sağlam bir konumdadır. Cotard sendromu teriminin uluslararası kabul görmüş başlıca sınıflandırma sistemleri olan DSM-IV veya ICD-10'da bir kategori olarak tanımlanmadığı gerçeği de bunu yansıtır.

Tablo, herhangi bir edimsel tanımın yokluğuyla iyice bulanır, benzer şekilde kavramın hem klinisyenler hem de araştırmacılar tarafından nasıl kullanıldığına dair bir birlik de yoktur. Cotard hastaları üzerine yayımlanmış çalışmalar yorumlanırken bu akılda tutulmalıdır. Cotard sendromu teriminin tarihsel gelişimi Berrios ve Luque (1995b) tarafından yararlı bir inceleme olarak sunuldu.

## Nozoloji

Nozolojik önemi ne olursa olsun, birçok yazar geniş bir yelpazede (affektif, şizofrenik ve organik) akıl hastalığı tanısı almış ve aynı zamanda yoksama sanrıları ve diğer bağlantılı nihilistik özellikler sergileyen hastalar bildirmiştir. Cotard'ın kendisi de 1882'de on bir hastadan oluşan bir seri bildirdi ve bunları üç sınıfa ayırdı: Basit hiçlik sanrıları (sekiz olgu); yaygın psikiyatrik hastalıkla birlikte (bir

olgu); ve aynı zamanda kötülük görme sanrıları bulunan daha karmaşık klinik tabloya sahip üçüncü bir grup (iki olgu). Bu çalışmanın güncel bir yorumu ilk grubun depresif psikozu temsil ettiğini, üçüncü sınıfın da büyük olasılıkla şizofrenik bileşenler sergilediklerini düşündürür.

Benzer bir tablo Saavedra (1968) tarafından ortaya atıldı. Saavedra, üç tipe sınıflandırdığı on olgu tanımladı: depresif (dört olgu); karışık (üç olgu); ve şizofrenik (üç olgu). Dahası, Joseph ve O'Leary'nin (1986) organik temelli çalışmasındaki sekiz hastadan ikisinde altta yatan şizofrenik hastalık bulunduğu söyleniyordu.

Berrios ve Luque (1995b) yakınlarda, yazında yer alan yüz Cotard sendromlu olgunun analiz edildiği ilginç bir çalışma yürüttüler. Amaç, kavramın tarihsel ve fenomenolojik kullanımını araştırmaktı. Bu örnekleme uyarlanan ek bir araştırıcı etmen analizi, üç etmen ortaya koydu: depresif bir grup (psikotik depresyon); karışık bir grup (Cotard II); ve hiç depresyon yükü olmayan bir grup (Cotard I), ki yazarlar bunun, nozolojisi affektif bozukluklardan daha çok sanrısal bozukluğa yakın olabilecek 'saf' bir sendrom oluşturabileceği çıkarımını yaptılar. Bu önerinin ışığında, en azından yakın zamanlara dek, ABD'de durumun involusyonel psikozun (yaşdönümü psikozu) paranoid bir tipi olarak görüldüğünü anımsamak yerinde olacaktır.

Son yıllarda, dikkatler sendromun etiyolojik temelini oluşturduğu öne sürülen organik ve nörobiyolojik etmenlere odaklandı. Bu bölümde buna ilişkin kanıtlar, diğer etmenlerle (psikolojik, psikodinamik, varoluşçu) birlikte inceleniyor. Yazarlara göre hiçlik sanrılarının psikopatolojisinin daha iyi anlaşılması için bu esastır.

## Biyoloji

Cotard sendromunun patogenezinde kalıtsal bir bileşenin varlığı uzun süredir önerilmektedir. Aslında bu çok daha önceleri, 1892 yılında Arnaud tarafından tartışılmıştı, o zamandan beri de başka yazarlar tarafından desteklendi (Coen-Bonifante, 1926; Mignot ve Lacassagne, 1937; Fattovich ve Niccolani, 1938; Saavedra, 1968). Ne var ki, bu görüşler klinik ve anekdotal izlenimlerden pek öteye geçemezler ve Cotard sendromunun özgül genetik bir etiyolojisi olduğunu düşündüren sağlam, sistematik hiçbir kanıt yoktur.

Çoktandır, Cotard sendromunun altta yatan organik bir substratı olduğundan kuşkulanılmaktadır. Yazında, paralizi jeneral ve senil demans gibi hakiki organik durumlarla bir ilişki ortaya koyan olgu bildirimleri boldur; gerçekten de Cotard'ın (1891) özgün çalışmasında da bu tür bir ilişki göz önündedir. Bu tema, son yıllarda sendromun (ya da kısmi sendromun) tifoda, kafa travmasından sonra ve temporal lob nöbetleriyle ilişkili olarak görülmesiyle yeniden gündeme geldi (Campbell ve ark., 1981; Greenberg ve ark., 1984). Dahası, Cotard hastalarının çoğunlukla ileri orta yaşlarda olmalar da organisitenin etiyolojik bir rolü olduğunun ipucunu vermektedir.

Bozuklukla organik etmenler arasında bu tür bir ilişkinin varlığı kabul edilirse, bu hemen akla şu soruyu getirir, bu ilişkinin doğası nedir? Bu yaygın organik bozulmanın Cotard fenomenolojisini 'serbestleyen', arka plandaki bir etmen olarak işlediği dolaylı bir ilişki midir, yoksa klinik özellikler özgül, fokal bir beyin lezyonunun doğrudan bir belirtisi midir?

Birçok yazar, fokal serebral bir patolojinin varlığını öne sürmüştür. Saavedra'nın (1968) durumun bazal gangli-

yonlarda atrofiyle ilgili olduğu görüşü daha yeni nörobiyolojik çalışmalarda doğrulanamamıştır.

Cotard sendromunun merkezî sanrısı, yani kişinin kendi varlığını yadsıması ve bunun beden imgesi bozukluğu ve yadsıma sendromu gibi nörolojik özelliklerle yakın (ama büyük olasılıkla yüzeysel) benzerliği göz önünde bulundurulduğunda, varsayılan lezyonun parietal loblarda bulunması gerektiği kuşkusu hiç de mantıksız değildir. Ancak bu tahmin Cotard hastaları üzerindeki organik çalışmalarda doğrulanamamıştır. Joseph ve O'Leary (1986) Cotard sendromu olan sekiz hastanın ve yaş, cinsiyet ve psikiyatrik bozukluğa göre eşleştirilmiş 8 kontrolün BT beyin taramasından oluşan deneysel bir çalışma bildirdiler. Cotard grubunda, kontrollere kıyasla daha fazla yaygın serebral atrofi ve interhemisferik fissürde büyüme vardı, ancak özgül parietal lob patolojisi saptanamadı. İnterhemisferik fissürdeki büyümenin medial frontal lob atrofisinin belirtisi olduğu düşünüldü, ki bu önemli bir bulgu olabilir (az ileriye bakınız). Organik değişkenlerin araştırılmasını içeren diğer olgu bildirimleri benzer şekilde özgül veya hatta öne çıkan parietal lob patolojisi gösteremediler ve sıklıkla beynin başka bölgelerinde (frontal ve temporal bölgeler gibi) yapısal ve işlevsel bozukluklar ortaya koydular (Joseph, 1986; Young ve ark., 1994). Bütün bu bildirilerin bozukluğun nelerden oluştuğuna dair evrensel olarak kabul edilen klinik bir tanım bulunmayışının sıkıntısını paylaştığının altı çizilmelidir. Bu yüzden de basit bir geçerlilik bile tartışmalıdır.

Greenberg ve ark. (1984) hepsi de ciddi fiziksel hastalığın serebral belirtilerini gösteren dört olgu tanımladılar. Bu olgular, uzamış karmaşık kısmi nöbet geçirdikleri sırada, kendilerini aynı zamanda hem ölü hem de canlı hissetmek,

ve ölüvereceğine dair hastalıklı bir korkuya kapılmak gibi ölümle ilişkili fenomenler yaşamışlardı. Ek olarak, Cotard sendromu temporal lob hastalığı olan olgularda da tanımlanmıştır. Ancak Greenberg'in olguları Cotard fenomenolojisinin tipik özelliklerini paylaşmıyordu, bu yüzden de bu sendrom açısından önemleri tartışmalıdır.

Matsukura ve ark. (1981) şizofreni, yoksama ve ölümsüzlük sanrıları ve bunlara eşlik eden ağrıya karşı duyarsızlık bulunan bir hastada beta-endorfin aktivitesini araştırdılar, ancak sonuçlar normaldi. Buna göre, eldeki kanıtlar Cotard sendromunun patogenezinde organik etmenlerin önemli bir rol oynadıkları inancını beslemekle birlikte, özgül parietal lob patolojisi kuramını doğrulamazlar. Aksine, son çalışmalar klinik özellikler kümesini serbestleyen yaygın bir patoloji kavramını desteklemekte ve çok karmaşık olduğu açık olan bu süreçte frontal ve temporal bölgelerin rol oynuyor olabileceklerini düşündürmektedir.

## Nöropsikoloji

Son yıllarda odak, kaba biyolojik lezyonların araştırılmasından, daha ince işlevsel nöropsikiyatrik özelliklerin araştırılmasına kaydı. Gerçekten de, otuz yıl önceki yazında bu tür bir temanın habercileri bulunabilir: Anderson (1964) ve Ahlheid (1968) gibi yazarlar, organik etmenlerin önemini vurgularken, sendromun işlevsel psikozda da ortaya çıktığını kabul ediyorlardı. Anderson ayrıca bu olguların genellikle yaşam boyu var olan anankastik bir kişilik bozukluğunun birikimi olduğuna işaret ediyordu. Yaşlanma sürecinin etkisi altında, serebral arteriyopati olsun olmasın, bu kişilik bozukluğu en belirgini hipokondriyazis olan pre-psikotik kişilik özelliklerinin kaba biçimde abartılmasıyla, katı, monoton bir klinik tabloya 'billurlaşıyordu' (ay-

rıca bkz. bu bölümde Olgu 3). Bu durumlar, hem *délire de négation* hem de *délire d'énormité*'nin oluşması için zemin hazırlar.

Cotard ve Capgras semptomatolojisinin, genellikle birbiri ardına aynı hastada görüldüğü olgular bildirilmiştir (ayrıca bkz. bu bölümde Olgu 4). Young ve ark. (1994) hem Capgras (üç örnek) hem de Cotard (iki örnek) olguları üzerine nöropsikolojik bir araştırma bildirdiler. Böyle ayrıntılı incelemeler yüz tanımada büyük oranda özgül bir bozukluk olduğunu açığa çıkardı. Bu yazarlar, her iki sendromda da hastanın ortak temel hastalıklı yaşantıdan bir anlam çıkarma girişimlerini temsil etmeleri açısından altta yatan psikopatolojik süreçlerin benzer olabileceklerini öne sürdüler. Diğer bir deyişle, Cotard sendromu organik olarak belirlenmiş bilişsel/algısal bir bozukluğun sanrısal yorumudur (psikolojik bir düzenek). Nihai sonlanımı, yani yoksama sanrılarının ortaya çıkışını, affektif bir öğe ve/veya depersonalizasyon gibi üste binen önemli etmenler belirler (Young ve Leafhead, 1996). İlginç biçimde, bu tür bir kavramsal çerçevenin kökleri erken tıp yazınında bulunabilir, kötülük görme sanrılarıyla hiçlik sanrıları arasındaki ilişki Cotard'ın kendisi tarafından da tartışılmıştı. Ek olarak, Seglas (1897) zihinsel sentez düzeneğinde, özellikle de zihin gözünde (yani görsel bellek) depersonalizayona götüren, bunun sonucunda yoksama fikirlerinin oluşmasına yol açan bir bozukluk olduğuna inanıyordu.

Cotard sendromuna tutulan hastalar hem kendi içlerinde hem de dışarıda değişiklik olduğunu derinden duyumsarlar ve bu duyumsamanın temel etiyolojik önemi birçok yazar tarafından ele alınmıştır. Bazen bu 'temel senestezi bozukluğu' olarak da tanımlanır (Bianchi, 1924; Poli, 1942). Anderson (1964) uç düzeydeki depersonalizasyonun bede-

nin varolmayışı, barsakların çürümesi ve bazen de hastanın ölü olduğuna inanması gibi tuhaf sanrısal fikirlere nasıl yol açabileceğini göstermiştir. Ahlheid (1968), *leib* (benim için beden) ve *korper* (kendi başına beden) kavramlarını tartışırken, korper ön plana geçtiğinde depresonalizasyon fikirleri veya duygularının ortaya çıktığını ileri sürmüştür.

**Psikodinamikler**

Psikodinamik kavramlar, yoksama sanrısının kolektif bilinçaltında var olan ölüm arzusundan kaynaklandığı açıklamasından yanadır. Bu bazen kendini cezalandırma, bazen de kendiliğin toptan yadsınmasıyla kendini gösterir. Buna göre, depresif duygudurumdan kaynaklanan suçluluk duyguları *ben* ile *onlar* arasındaki ilişkiyi çarpıtır ve süperegoyu safdışı bırakır. Varolma olasılığının sonucu olarak bir yabancılaşma duygusu ortaya çıkar, bu öyle derin ve anlatımsızdır ki *beni* hiçlikle özdeşleştirir. Artık *ben* var olmaz. Bolzani (1958) bir organın yadsınmasının, onun ölümüne inanmanın morfobiyolojik bir yolu olduğuna işaret eder. Durumun psikopatolojisinde Fuster'in (1955) gözlemlediği tanımanın yadsınması ve 'varoluşçu aktarma' üzerinde durulur. Saavedra (1968) temel bozukluğun 'öznel zamanın anormal sezilmesi' olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca, bu tür hastaların genellikle narsisistik, Oedipal veya eşcinsel çatışmaları olduğu ve yaşadıkları deneyimleri tanımlamak için, kolayca ölüm sembolizmine başvurabilecekleri öne sürülür. Dirençli ve derin bir suçluluk duygusu, uzamın ve zamanın varlığının tümden yadsındığı bir dünyadaki bütün insan ilişkileriyle olan bağı koparma arzusuyla birlikte, kendini cezalandırmaya yol açabilir.

Hasta yalnızca ölü değil, aynı zamanda ölümsüz de olduğuna inanmaya başladığında, bu sonsuza dek 'Ben ölü-

yüm' durumunda kalacağı anlamına gelir, ölüm yoluyla kurtuluş olasılığı hiç yoktur: aslında bu bir 'ebedi ölüm' durumudur, yani ebedi ümitsizlik. Daha önce de belirtildiği gibi, bu ümitsizliklerin en derinidir. Kierkergaard'ın (1941) dediği gibi:

> Ölüm en büyük tehlike olduğunda, insan yaşamayı umar, ama insan daha da korkunç bir tehlikeyle tanıştığında, ölmeyi umar. Yani, tehlike ölümü umut ettirecek kadar büyükse, umutsuzluk ölememenin tesellisiz kederidir.

**Sosyoloji**

Bazı Avrupalı gözlemciler (Lafand, 1973; Bourgeois, 1980; Tremine, 1982) Cotard sendromunun açık özelliklerinden birçoğunun, kronik hastane yatışının ürünleri, yani artefakt olduklarını ileri sürmüşlerdir. Görünürde bu olası değil gibi durmakla birlikte, doğruysa da gelecek yıllarda bildirilen olguların sıklığında azalmayla ilişkili olmalıdır.

**Varoluşçu Özellikler**

Cotard semptomatolojisi temelde kendiliğin yadsınmasının en uç noktasıdır. Bu, insanlığın durumu hakkında ortaya koydukları açısından üzerinde durulması gereken canalıcı bir noktadır. Kişinin kendini yadsıyabilmesi için önce kendinin farkında olması gerekir. Bununla kendiliğin bütünü –bedensel duyumlar, duygular, kognisyonlar, zihinsel imgelem, geçmişiyle devamlılık, beklenen gelecek, yani kişinin zamanla olan ilişkisi– kastedilmektedir. Belki de bu fenomen, en azından filogenetik açıdan, en yüksek ruhsal deneyimdir ve büyük olasılıkla insanı bilinen diğer yaşam biçimlerinden en çok ayıran da budur. En önemli-

si, bir içebakış (introspektif) deneyimidir, Eccles'in (1989) sözleriyle:

> 'Kişinin bildiğini bildiğini ima eder'.

Bu tema Dobzhansky (1967) tarafından daha da geliştirilmiştir:

> Demek ki, kendinin farkındalık insan türünün temel özelliklerinden biri, büyük olasılıkla en temel olanıdır... Ne var ki, kendinin farkındalık ardına asık suratlı eşlikçiler takmıştır – korku, anksiyete ve ölümün farkındalık.

Buradan yola çıkarak, insanın sahip olduğu bu eşsiz özellik, belki de Cotard sendromunun bazı yönlerini açıklamaya yardımcı olabilir. Örneğin ergenlikte ve zekâ katsayısı düşük olanlarda semptomatolojinin çok ender görülmesi gibi. Bu iki grubun da böylesine incelikli bir durumu geliştirmeye yetecek olgunlukta olmadıkları öne sürülebilir. Üstelik, kendinin farkındalıktan beynin (en azından bazı) bölgeleri sorumlu kabul edilecekse, o zaman Joseph ve O'Leary'nin (1986) interhemisferik atrofi bulgusu ön plana çıkar ve 19-20'de bilinçliliğin anatomik substratı olarak frontal lobları göstermiş olan Flechsig'in önerdiği bir fikri diriltebilir.

## Tedavi

Temelde Cotard sendromunun *özgül tedavisi*, altta yatan durumun tedavisinden oluşur. Affektif psikozu olan hastalarda daha sık gözlendiği için antidepresanlar etkili olabilir. Ancak, sanrıların varlığı yüzünden EKT için daha güçlü bir endikasyon olabilir ve gerçekten de bazı yazarlar tarafından ilk seçilecek tedavi olarak benimsenmektedir.

Olgu 1-3 ve daha hafif derecede Olgu 4'ün bu tedaviye verdikleri yanıt dikkate değerdi (Majeron ve Finavera, 1975).

Sendrom, otuz yılı aşkın süredir hiçlik sanrıları bulunan Olgu 5'teki gibi kronik şizofreniyle bağlantılı olduğunda, prognoz açıkça çok daha kötüdür. Bununla birlikte, Olgu 6 gibi, başlangıcın daha akut olduğu şizofren hastalarda semptomlar tuhaf ve şiddetli olsalar da nöroleptik ilaçlarla pekâlâ hızlı bir düzelme sağlanabilir.

Berrios ve Luque'un (1995b) bulgularının saf Cotard sendromunun varlığına ilişkin düşündürdüklerinden biri de, bu grupta antidepresanlar yerine ilk seçilecek tedavinin nöroleptikler olduğudur. Ancak bu sınanması gereken bir varsayımdır.

Sendrom bir organik durumla bağlantılı ortaya çıktıysa, tedavi altta yatan durumun tedavisidir (olanaklıysa). Presenil veya senil demansın bir parçasıysa, düzelme şansı çok azdır. Ancak toksik konfüzyonel bir durumun parçasıysa, yeterli tedaviyle tümden ortadan kalkabilir, yazında akut Cotard senaromuyla kendini gösteren bir tifo olgusu da dahil olmak üzere bunun örnekleri bildirilmiştir (Campbell ve ark., 1981). Ahlheid'ın (1968) karışık patolojili üç hastası bu tür olgulardaki prognoz üzerine bize bir fikir verir.

Az çok özgül sayılabilecek tedavilerin dışında, düşünülebilecek daha birçok *genel önlem* vardır. Cotard sendromlu hastalar genellikle öyle büyük sıkıntı hissederler ki intihar kesin bir risk oluşturabilir. Zaten ölmüş olduklarını öne sürseler de, aynı zamanda intiharı düşünüyor olabilirler. Bu nedenle yakın gözlem esastır, özellikle hastada depresif bir hastalık varsa. İyileşme başladığında bu tür yakın gözlem daha da önem kazanır, çünkü bu noktada hasta daha aktif hale gelebilir ve kendini öldürecek adımları

daha rahat atabilir. Bütünde, psikoterapötik destek daima gereklidir; bu hastalar korkmuş ve ümitsiz insanlardır ve ruh sağlığı alanından profesyonellerle temasta olmaktan büyük yarar görürler.

**Prognoz**

Cotard sendromunun prognozu üzerinde dikkatli konuşulmalıdır. En ağır olgularda bile, başlangıcı kadar ani ve kendiliğinden tam düzelme olabilir. Bununla birlikte, henüz tam klasik tablonun gelişmediği daha hafif olgularda iyileşme hızlı da olabilir, yavaş da. Hiçlik sanrıları akut psikoorganik bir sendromla bağlantılıysa prognoz iyidir ve durum ortadan kalkma eğilimi gösterecektir.

Depresif bir hastalıkla ilişkiliyse, depresif hastalığın diğer semptomları ortadan kalktıktan sonra bile direnebilir. Bu durumda ve kronikleşmesi halinde, sanrısal yoksama durumu genellikle depresif bozukluktaki dönemsel dalgalanmalara bağlı olmak kaydıyla, yoğunluğu artıp azalarak devam eder.

Fenomen şizofreninin bir parçası olduğunda, genellikle diğer semptomlar tedaviye yanıt verdiğinde bu da düzelme gösterir. Diğer yandan, kronik şizofrenik durumun bir parçası olarak yıllarca devam edebilir.

Birçok olguda semptomlara rağmen, giderek yaşam daha katlanılabilir hale gelebilir ve hasta bir tür çifte yönelim durumu sergiler. Bir yandan kendini kopartamadığı muhteşem bir sahte-gerçeklikle sarılıdır, ama diğer yandan kendine bakabilir ve diğer insanlarla ilişkilerini sürdürebilir. Sanrı, sınırları tümüyle belirgin (enkapsüle) hal alırsa, kişi neşelenebilir ve hatta kendi varoluşu veya var-olmayışıyla ilgili felsefi tartışmalara bile girebilir (De Martis, 1956).

# Kaynaklar


Ahlheid, A. (1968) *Lavoro Neuropsichiat*, 43, 927.

Anderson, E,W.(1964) *Psychiatry*, 1st edn. Balliere, Tindall and Cox, London.

Arieti, S. (1974) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Basic Books, New York.

Arnaud, EL.(1892) *Ann Med Psychol*, 50,387.

Berrios, G.E. and Luque, R.(1995a) *Acta Psychiat Scand*, 91,185.

Berrios, G.E. and Luque, R. (1995b) *Comp Psychiat*, 36,218.

Bianchi, L. (1924) in: *Trattu di Psichiatra* (ed. UT. Idetson), Naples.

Bolzani, L. (1958) *Arch Psicol Neurol Psichiatr*, 19, 453.

Bourgeois, M. (1980) *Ann Med Psychol*, 138,1165.

Campbell, S.,Volow, M.and Cavenar, J.O. (1981) *Am J Psychiat*, 138 (10), 1377.

Capgras, J. and Daumezon, G. (1936) *Ann Med Psychol*, 94,806.

Coen-Bonifante, A.(1926) *Note Riv Psychiatr*, 14,467.

Cotard, J. (1882) *Arch Neurol*, 4,152-70,282-96.

Cotard, J.(1891) *Maladies Cerebrales et Mentales.* Balliere, Paris.

Cremieux, A. and Cain, J. (1948) *Ann Med Psychol*, 106,76.

Degiovanni, A., Faure, M., Leveque.J.P. and Gaiilard, R (19R7) *Ann Med Psychol*,
145,874.

De Marlis, D. (1956) *Riv Sper Freniat*, 80,491.

Dietrich, M.(1971) *Nervenartz*, 42,140.

Dobzhansky, T. (1967) *The Biology o f Ultimate Concern.* The New American Library, New York.

Dugas, M. (1985) *Neuropsychiat Enfance Adolsc*, 33,493.

Eccles, J.C. (1989) *Evolution of the Brain.* Routledge, London and New York.

Fattovich, G. and Niccolani, E. (1938) *Arch Gen Neurol Psichiat Piscol*, 19,200.

Flechsig, P. (1920) *Anatomie des Menschlichen Gehirns und Ruckenmarks auf*
*Myelogenetischen Crundlage*. Thieme, Leipzig.
Förstl, H. and Beats, B.(1992) *Br J Psychiat*, 160,416
Fuster, J. (1955) *Rev Psiquiat Psic Med*, 2,29
Greenberg, D. HochLerg, E.H. and Murray, G.B. (1984) *Am J Psychiat*, 141 (12), 1587.
Halfon, O., Mouren-Simeoni, M.C. and Dugas, M. (1985) *Ann Med Psychol*, 143,876.
Joseph, A.B. (1986) *Am J Psychiat*, 47,605.
Joseph, A.B. and O'Leary, D.H. (1986) *J Clin Psychiat*, 47,518.
Kearns, A. (1987) *Br J Psychiat*, 150,112.
Kierkergaard, S.(1941) *The Sickness unto Death*. Anchoc Edition, Doubleday.
Kretschmer, E.(1952) *Textbook of Medical Psychology*. Trans. E.B. Strauss, Hogarth Press, London.
Lafand, A.M. (1973) *Du delire chronique des negations comme survivance asilaire*
(thesis). Paris, France.
Leroy, E.(1920) *Ann Med Psychol*, 160.
Majeron, E and Finavera, L.(1975) *Min Med*, 66,4269.
Matsukura, 5., Yoshimi, H., Sueoka, S., Chihara, K., Fujita, T. and Tanimoto, K. (1981) *Lancet* 1, 162.
Mignot, H. and Lacassagne, A.M. (1937) *Ann Med Psychol*, 95, 246.
Nardi, M.G. (1935) *Riv M Parol Nerv Ment*, 45, 664.
Perris, C. (1955) *Noropsychiatrica*, 11,175.
Poli, C. (1942) *Rass Stud Psichiat*, 31,394.
Regis, E.0893) *Gazette Med Paris*, 2 (6),61.
Saavedra, V. (1968) *Rev. Neuropsichiat*, 31,145.
Seglas, J. (1897) *La Delire de Negation*, Vol. 1. Masson, Paris.
Tremine, T. (1982) *Evol Psychiat*, 47,1021.
Vitetta, M.(1962) *Rass. Stud. Psichiatr*, 51, 39.
Young, A. W,, Leaf head, K.M. and Szulecka,T.K. (1994) *Psychopathology*, 27, 226.
Young, A.W. and Leafhead, K.M. (1996) In: *Method in Madness*: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry. Psychology Press, Hove.
Zilboorg, G. and Henry, G.W.(1941) *A History of Medical Psychology*. Allen and Unwin, London.

# IX

## FOLIE À DEUX

# Folie à Deux
# (ve Folie à Plusiers)
# İkili delilik (ve çoklu delilik)

> *Yalvarırım anımsayın... Aynı akortta iki lavta veya iki harp yan yana konduğunda, birinin teline dokunursanız, eşsesli diğer harp da hiç kimse dokunmadığı halde, aynı anda ses çıkartacaktır...*
> Sir Kenelm Digby, *Resmî bir Toplantıda verilen geç bir Söylev* (1658)

*Folie à deux* terimi ruhsal semptomların, özellikle paranoid sanrıların bir kişiden diğer bir veya daha çok sayıda kişiye aktarıldığı birkaç sendromu içerir. Aktarılan, aktarıcıyla çok yakın bir ilişki içindedir, öyle ki o veya onlar da aynı sanrısal fikirleri paylaşmaya başlar(lar).

## Tarihçe

Terim ilk olarak Laségue ve Falret tarafından Société Médico Psychologique'e 1873 yılında sunulan ön bildiride ve ardından 1877'de sunulan daha kapsamlı bildiride kullanılmış olsa gerek. Ancak daha önceleri de benzer durumlar anlatılmış, örneğin:

1635 Primrose
1651 Harvey (iki kız kardeşte görülen yalancı gebelik olgusu tanımladı)
1764-1838 Whytt, Haygarth, Pritchard, Millingen, Berlyn ve Idelar ('deliliğin bulaşıcılığı')
1846 Hofbauer ('psişik enfeksiyon')
1860 Baillarger (*folié communiquée* [bulaştırılan delilik, -çn.])

Eşanlamlı birçok isim kullanılmıştır, çoğu da durumun aktarılabilirliği fikrini yansıtır, sözgelimi 'aktarılmış delilik.', 'bulaşıcı delilik', 'enfeksiyöz delilik', 'ilişki psikozu' ve 'çifte delilik'. Durum genellikle iki kişiyi ilgilendirir, ancak esas özneden üç, dört, beş kişiye (*folie à trois, folie à quatre, folie à cinq*) veya hatta bütün aileye genişeleyebilir (*folie à famille* [aileboyu delilik -çn.]).

İngilizce yazında birçok olgu tanımlanmıştır, bazıları durumu alt-sınıflara ayırmaya çalışmış (Marandon de Montyel, 1881; Tuke, 1887); bazıları psikopatoloji yorumlar getirmiş (Brill, 1920; Gralnick, 1942); ve bazıları da, *folie à deux*'nün ilginç diğer psikiyatrik sendromlarla eşzamanlı varlığını göstermişlerdir: Münchausen sendromu ile (Janofsky, 1986); Capgras ve de Clérambault sendromlarıyla (Signer ve Isbiser, 1987); Capgras sendromu ile (Hart ve McCLure, 1989; Christodoulou ve ark., 1995); Frégoli sendromuyla (Wolff ve McKenzie, 1994), ki bu son ikisi sanrısal yanlış tanıma biçimleridir; nihilistik ve hipokondriyak bir sanrı olan Cotard sendromuyla (Wolff ve McKenzie, 1994) ve *Koro* gibi diğer sanrısal sendromlarla (Westermeyer, 1989) birlikte.

Gralnick (1942) 1879 yılından 1942 yılına kadar İngiltere'de bildirilen ve sayıları 103 olan bütün olguları gözden

geçirdiğini öne sürdü. Rioux (1963) İngilizce yazında kaydedilmiş olguları derledi; McNeil ve ark. (1972) hastanın 65 yaş üzerinde olduğu olguları gözden geçirdi; Soni ve Rockley (1974) yine bir derleme yaptılar, Mentjox ve ark. (1993) da 1974 ile 1991 arasında bildirilen bütün olguları ele aldılar, toplam 76 olgu ve 107 alıcı.

Kashiwase ve Kato (1997) Japon yazınında 90 yıl içinde çıkmış 97 olguyu derlediler. Olguların toplam % 75'inde iki kişi söz konusuydu. En sık paylaşılan semptom sanrılardı. Kızkardeş kombinasyonları daha seyrekti, genç kişiler, kendilerinden daha yaşlı olanları Batı toplumundakilere kıyasla daha sık etkileyebiliyordu ve akut dinsel sanrılar daha sıktı.

Silveira ve Seeman (1995) İngilizce yazında 1942'den 1993'e dek bildirilen dirençli olguları, çağdaş nozolojiyi ve DSM-IV dahil güncel biyopsikolojik formülasyonları kullanarak analiz ettiler. Bulguları, erkeklerle kadınların eşit oranda tutulduklarını, gençlerde ve yaşlılarda yaygınlığın eşit olduğunu ortaya koydu. Çoğunlukla evli çiftler, kardeşler ve ana-baba çocuk ikililerinin eşit dağılımı söz konusuydu, ikililerin çoğu diğer insanlardan yalıtılmış haldeydi (% 67,3) ve eşzamanlı demans, depresyon ve mental retardasyon sıktı.

Bu durum (ve varyantları) ICD-10'da *Oluşturulmuş Sanatsal Bozukluk* (kod F24) ve DSM-IV'te *Paylaşılmış Psikotik Bozukluk* (297.3) olarak tanınır.

*Folie à deux* kuşkusuz insan psikopatolojisinin anlaşılması açısından büyük önem taşıyan, akıl karıştırıcı bir durumdur. Patolojik ilişkiye belki de en etkileyici örnektir, bu yüzden de altında yatan düzeneklerin anlaşılması, başka türden bozulmuş kişiler arası ilişkiler için kuramsal anlamlar taşır.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Her ikisi de 34 yaşında olan Margaret ve kocası Michael'ın benzer kötülük görme sanrılarını paylaştıkları fark edilince, Folie à deux içinde oldukları anlaşıldı. Belli kişilerin evlerine girdiklerine, ortalığa toz ve kırpıntılar serptiklerine ve 'onların ayakkabılarını eskittiklerine' inanıyorlardı. Her ikisinde de ek olarak paranoid psikoz tanısını destekleyen başka semptomlar vardı, her ikisine de bağımsız olarak tanı konabilirdi.

Michael ilk kez iki yıl önce atipik depresyon tablosuyla hastaneye yatırılmıştı. Hem günahkârlık hem de grandiyözite sanrılarının eşlik ettiği tablo EKT'ye yanıt verdi ve polikliniken izlenmek üzere klorpromazin verilerek taburcu edildi. O hastanede kalmaktayken, Margaret'in de kendisini gören sosyal çalışmacıya benzer sanrısal fikirler ifade ettiği kaydedilmişti.

Ertesi yıl Michael bir kez daha bir aylığına yatırıldı. Bu kez birçok kişiyi öldürmüş olduğu sanrısı yüzünden belirgin suçluluk duyguları İçindeydi. Yine EKT uygulandı, ancak durumuna faydası olmadı. Klorpromazinle yavaş bir yanıt alındı ve intihar itkileri giderek yok oldu, sanrıları silikleşti. Altı ay sonra Margaret sözde kocasının durumunu tartışmak üzere, kendi isteği üzerine poliklinikte görüldü. Bir kez daha, onun da belirgin biçimde sanrılı olduğu gözlendi, sanrıları, özellikle onu rahatsız etmeye çalışmakla ve kendisi uyurken veya dışarıdayken eşyalarına zarar vermek için evine girmekle suçladığı komşuları üzerine odaklanmıştı.

Margaret'ın kocasıyla paylaştığı sanrıları başlatan baskın ortaktı. Kendi durumuna karşı hiç içgörüsü yoktu ve herhangi bir şekilde hasta sayılmayı reddediyordu. Kişiliği iyi korunmuştu; zekâsı iyi-ortalama düzeydeydi ve memur olarak çalışıyordu. Sanrısal inanışları konusunda ödünsüz olmasına karşın, duruma tahammül etmek zorunda olduğunu kabul ediyordu, ona ve kocasına kötülük edenlerin yetkili kişiler olduklarını, perdeler çekili olduğu için iki taraftaki daireye de

girebildiklerini ve kendi evlerine de gizli bir kapıdan girdiklerini belirtiyordu.

Michael'ın zekâ düzeyi karısınınkinden daha düşüktü. Kişiliği yetersizdi, sosyopatik bazı özellikleri vardı ve yoğun alkol alma dönemleri oluyordu. Çalışma sicili kötüydü ve karısı tarafından çocuksu ve sorumsuz olarak tanımlanıyordu. O kendi adına 'peşlerindekilerin' evlerine maymuncuk kullanarak girdiklerine ve amaçlarının, o sözde yedi yaşındayken öldürmüş olduğu bazı Alman savaş esirlerinin intikamını almak olduğuna inanıyordu.

Hastaneye ikinci yatışından üç yıl sonra depresyon ve şizofrenik semptomların bir karışımıyla üçüncü kez yatırıldı. Yine EKT ve klorpromazinle tedavi edildi, taburcu edildiğinde durumu bir miktar düzelmişti.

**Olgu 2**

Yetmiş iki yaşındaki Edward ve 79 yaşındaki kız kardeşi Susannah komşularının kendilerini zehirlemeye ve mazgalların arasından onları etkilemeye çalıştıkları sanrılarıyla birlikte yatırıldılar. Ayrıca komşularını köpeklerle cinsel ilişkiye girmekle ve yöredeki fundalıklarda iğrenç cinayetler işlemekle suçluyorlardı. Belediye, polis, rahip ve kendi hekimleri de dahil akla gelebilecek her türlü yetkiliye bu yakınmalarla başvurmuşlardı. Altı yıl önce evden taşınarak gördükleri bu 'kötülük'ten kendilerini kurtarmaya çalışmışlar, ancak birkaç yıl içinde yeni komşuları için de benzer sanrılar geliştirmişlerdi. Evleri çok temiz ve düzenliydi, her şey yerli yerindeydi ve zamanı gelen faturaları ödemek üzere bir kenarda hep nakit para bulunduruyorlardı. Kendileri de temiz, bakımlı, iyi beslenmiş durumdaydılar. Bütün yaşamları boyunca birlikte yaşamışlardı, mahalledeki insanlardan çok kopuktular ve çoğu zaman komşularıyla çatışma halindeydiler.

Her ikisi de düşük-ortalama zekâ düzeyinde olmakla birlikte, erkek kardeşinden biraz daha zeki ve konuşkan olan Susannah baskın kişilikti. Ancak her ikisinde de doğuştan gelen bir hüner ve yeterlilik vardı, bu işlerini yürütebilmeleri ve evi idare edebilmelerinde kendini gösteriyordu.

Yıllardır paranoid şizofren olduğu bilinen Susannah, ilk hastane yatışlarından önceki 12 yıl boyunca sanrıyı paylaşan ve kabul eden kardeşini yönetimi altına almıştı.

Bu paylaşılmış sanrılar ilk kez yedi yıl önce Edward küçük bir kıza teşhircilik yapmakla suçlandıktan sonra yatırıldığı hastanede dikkat çekmişti. O sırada depresifti, paranoid psikoz içindeydi ve kız kardeşi sanrılarından bazılarını paylaşıyordu. Hastaneye birlikte yattıkları sefer, her ikisine de verilen tiyoridazin semptomlarını hafifletti, ancak taburcu olduktan sonra ilacı kestikleri için bunlar nüksetti. Bu yüzden her ikisinin de birkaç aylığına bir kez daha yatırılmaları gerekti. Bir yıl sonra, artık 80'ini geçmiş olan Susannah fiziksel durumu çok zayıf bir halde yeniden yatırıldı. Yıl sonuna doğru öldü, yıllardır kardeşiyle paylaştığı paranoid sanrılarına hâlâ sımsıkı sarılıyordu.

**Olgu 3**

Altmış altı yaşında bir anne, 41 yaşındaki oğlu Cyril ve 43 yaşındaki kızı Dorothy'den oluşan bir ailede Folie à trois (üçlü delilik -çn.) saptandı. 'Yolun üst yanındaki' ve 'karşı köşedeki' komşularının onları evlerinden çıkartmak için kendilerine kötülük yaptıkları sanrısını paylaşıyorlardı. Bu sanrıları başlatan baskın kişilik anne gibi duruyordu, ama hem kızı hem de oğlu bunları tamamen paylaşıyor, destek olarak kendi buldukları kanıtları da ekliyorlardı. Anneye paranoid psikoz (parafreni), hem oğluna hem de kızına paranoid şizofreni tanıları kondu.

Paylaşılmış sanrıları ilk görülmelerinden beş yıl önce başlamıştı ve 12 yıldır devam ediyordu. Anne asla bir psikiyatra gönderilmemişti, ancak hem Cyril hem de Dorothy'de 14 yıllık bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunduğu anlaşıldı... her ikisine de başta nörotik hastalık tanısı konmuştu. Baş dönmesi, kitle taşıma araçlarına binememe, insanların arasına karışamama ve çeşitli hayali fiziksel yakınmalarla ilk kez psikiyatrik yardım arayışına giren Cyril olmuştu. Sekiz ay öncesine dek kurşun perdahçılığı yapıyordu. O sırada anksiyete tanısı konmuştu, ama dosyasına 'Kendisine iyi davranamadığını düşündüğünden işyerinde çalışmak istemiyor' notu düşülmüştü.

İki yıl sonra tekrar görülmüş, bu kez cinsel çocuksuluk (seksüel infantilizm) ile birlikte ağır obsesyonel nevroz bulunduğu düşünülerek testosteron implantlarıyla tedavi başlanmıştı, tedaviyi kendisi kesmişti. Bundan bir yıl sonra duygusal küntleşmesi, duygulanımında uygunsuzluk bulunduğu ve gevelercesine konuştuğu gözlendi. Bunlara dayanarak şizofreni tanısı kondu.

Cyril'in ilk dosyasında Dorothy'nin ondan üç yıl önce hastalanmış olduğu kaydedilmişti, ancak o psikiyatrik yardım istememişti. Ancak erkek kardeşinin ilk muayenesinden üç yıl sonra Dorothy de bir psikiyatr tarafından görüldü. Evlerde temizlik, sinemada yer göstericilik yapmış, sonra annesinin dükkânında çalışmıştı. Onun da 'çocuksu' bir görünümü olmasına karşın âdetleri hep düzenli ve normaldi. Görüldüğünde boğazında batan bir şeyden, özellikle bir şey yerken veya içerken gelen sırt ağrılarından, baş ağrıları yüzünden hiçbir şey kaldıramamaktan ve yumuşak ayakkabılar giymek zorunda olduğundan yakınıyordu. İlk başta durumuna konversiyon histerisi tanısı kondu, ancak yakınmalarının tuhaf doğası, bir türlü esas noktaya gelememesi ve soylu bir aileden geldiği iddiası dosyasına kaydedilmişti. İki yıl sonra yeniden görüldüğünde çok sayıdaki tuhaf hipokondriyak yakınmalarını tekrarladı.

Dorothy ilk görüldüğü sıralarda annesinin aşırı koruyucu olduğu belirtilmişti, ancak o zaman açık paranoid psikotik hastalığa ilişkin hiçbir belirtisi yoktu. Bir *Folie à trois* durumunun varlığı ancak on yıl sonra saptanabildi, anne bu noktada beş yıldır kötülük görme fikirleri olduğunu itiraf etti. Bir süre üçü de evde kaldılar, ancak çok geçmeden Dorothy'nin genel durumu endişe yaratır oldu. Çok sıkıntılıydı ve tuhaf hipokondriyak semptomlarıyla aşırı uğraşıyordu, bir yandan da düşünce bozukluğu ve hakiki sanrılar sergiliyordu. Bir dizi hastane yatışının ilki onunki oldu, her seferinde de belirgin hipokondriyazis vardı. Göğsünde bir delik olduğundan 'midemde boğazıma çıkan etyumruları'ndan yakınıyordu. Bu ilk iki hastane yatışında fazlasıyla depresif olan durumuna eşlik eden bir özellikti. Hastanede hep iyi oluyor, ama eve, annesinin ve erkek kar-

deşinin yanına döndüğünde kısa sürede yeniden kötüleşiyordu. Hastanede verilen fenotiyazinleri eve dönünce kesiyordu. Aynı yıl Cyril de çok ajite, eksite ve düşmancıl olduğu için zorla hastaneye yatırıldı. Hastanede paranoid şizofreni tanısı doğrulandı ve ona da fenotiyazinler verildi, davranışsal olarak düzelmesine karşın sanrıları devam etti. Daha sonra o ve annesi Dorothy'yi muayene etmek üzere uzun aralıklarla iki kez evlerine gelen psikiyatrisi tarafından görüldü. Üçünün de komşularıyla ilişkili belirgin sanrıları olduğu, hiç içgörüleri olmadığı ve herhangi bir yardım veya tedaviyi reddettikleri saptandı.

**Olgu 4**

(Bu olguyu kitaba almamıza izin veren Prof. Andrew Sims'e ve ayrıca ilk kez yayımlayan *British Journal of Psychiatry*'ye teşekkür ederiz.) Poliklinikte ilk görüldüğünde 40 yaşında olan John, elektroniğe de ilgi duyan bir elektrikçiydi. Altı ay önce çok büyük bir endüstri firmasının kardeşi George'un evinin duvarlarına 'dinleme' aletleri yerleştirdiğinden, şirketin ajanlarının işe karışmasına engel olmak için kendisinin peşinde olduklarından, ayrıca kendi 'telefonunu da dinlediklerinden' yakınıyordu. Telefonuna alıcı yerleştirildiğini biliyordu, çünkü bazen bir çıtırtı sesi çıkıyordu, ayrıca George'un evinin duvarları da 'dinleniyordu', çünkü hem George ona öyle olduğunu söylemişti, hem de duvarlardaki lekeleri göstermişti. Hastane duvarının sıvasındaki lekelerin benzer göründüğüne katılıyordu, ama hastaneye değil, evine 'alıcı bir cihaz' yerleştirildiğinde ısrarcıydı. Ayrıca George'un televizyonunun ekranında bazen ortaya çıkan dikey çizgileri ileri bir kanıt sayıyordu. Bunun cihazların televizyonla 'tıpkı bir radar seti gibi' etkileşime girdiğini kanıtladığına inanıyordu. Sonra kendi televizyonunda da dikey çizgiler çıkmaya başlayınca, kendi evine de alıcı yerleştirildiğini anlamıştı, bazı adamlar evde iş yaparken garajının çatısına bir cihaz yerleştirmiş olmalılardı.

George'un kapı komşusu, bir zamanlar onunla aynı büyük endüstriyel elektronik şirketinde çalışmış olan yaşlı bir kadındı. Kadın yalnız yaşadığı halde hem John, hem de karısı

Rose onun evinden erkek sesleri geldiğine ve adamların 'operasyonu oradan yürüttüklerine' inanıyorlardı. George'un seslerin dördünü tanıdığını ekliyorlardı. John, şirketin George'a ilgi duymasının nedenini, onlar için çalışmaktayken sağlık sorunları yüzünden istifa etmek zorunda kalmış olması şeklinde değerlendiriyordu. John, şirketin George'un hasta olup olmadığını ve malulen emekliliği hak edip etmediğini anlamaya çalıştığını söylüyordu. 'Bunu neden yaptıklarını anlamıyorum. Hangi tabletleri aldığını biliyorlar'.

John çocukluğunda astımlıydı. On sekiz yaşındayken bir 'sinir krizi' geçirdiğini söylüyordu, hastaneye yatması gerekmemiş ve üç ay sonra askere gidebilecek kadar iyileşmişti. Ordudan terhis olduktan sonra iki şirkette çalışmıştı, sicili mükemmeldi, bu süre içinde hiçbir psikiyatrik tedavi öyküsü yoktu. Kardeşine yardım etmeye çabaladığı için geleceğini hayal ettiği misillemeden dolayı üzülüp korkmuş ve işten dört hafta izin almıştı. Hastaneye yatmayı reddetti, poliklinikten fenotiyazin yazıldı. Bu noktada durumuna paranoid şizofreni tanısı kondu.

Daha sonra kendini iyi hissettiğini söyleyerek işe dönmüştü. 'Dinleme cihazlarının' hâlâ orada olduklarını söylüyordu, 'ama ben artık onları umursamıyorum. Bir avukata gidecek paramız olsaydı bu konuda bir şeyler yapabilirdik'. Bir yılı aşkın bir süre inanışları değişmeden kaldı. Kendisini takip eden adamların bu görevden alınmamış olmalarına sinirleniyordu ve yazılan ilacı almayı reddediyordu, 'çünkü ben tabletleri inanmam'.

John'un karısı Rose, 42 yaşındaydı, birkaç yıldır anksiyetesi için tedavi görüyordu ve kocasının sağlığından endişeliydi, kaygıların onu da hastalandırdığını düşünüyordu. Sekiz yıldır evliydiler, ancak Rose'a, aile öyküsü pozitif olduğundan, Huntington koresi geliştirebileceği söylendiği için çocuk yapmamışlardı. Başlangıçta John'un öyküsünü destekledi ve 'dinleme' cihazlarının, sakatlığı açısından George'un nasıl bir tazminatı hak ettiğini anlamak üzere yerleştirildiklerini söyledi, 'Girişteki duvarda cihazları yerleştirmek için vurulmuş çekiç izlerini görebilirsiniz'. Ayrıca, belediyeden adamların eve gel-

miş ve bulguları doğrulamış olduklarını, ama bu konuda hiçbir şey yapmadıklarını söylüyordu. Rose açıkça John'un inanışlarını paylaşıyordu.

Daha sonra, evlerine dinleme cihazı yerleştirilmesine karşı kocasının onu almaya zorladığı bütün önlemler yüzünden yaşamın katlanılmaz hale geldiğini söyledi. Sözgelimi fazladan kilitler almasında ısrar ediyordu. 'Ruby'nin komşusunun ne kadar elektronik aygıtı olduğunu' bilmediğini ve 'bir şeyler döndüğüne ikna olmak için' kanıtlara gerek duyduğunu söylemişti. Kocasının artık kendi evlerinin de dinlendiğine inandığını belirtti. Ama artık o görünürdeki bu entrikaya inanmıyordu ve kocasında ve onun akrabalarında akıl hastalığı olduğunu düşünmeye başlamıştı, kendisinin de bir zamanlar buna inanmış olduğunu ise yadsıyordu.

John'un kardeşi 43 yaşındaki George, kız kardeşi Ruby ile birlikte oturduğu evde görüldü. Aptalca bir hali vardı, çok az konuşuyordu ve kız kardeşinin sözünden çıkmıyordu. Hiç evlenmemişti. Geçen 20 yıl içinde kronik anksiyete nevrozu tanısıyla çeşitli hastanelerde sık sık ilaç tedavisi görmüştü. Bir şirkette 15 yıl çalıştıktan sonra işten çıkarılmıştı. Bundan sonra iki yılı aşkın bir süre kardeşi John'la aynı endüstriyel elektronik şirketinde çalışmış, ancak işe düzenli gelmediği için kovulmuştu. Sık sık migren ağrıları çektiği için malulen emekli edilmesi gerektiğini düşünüyordu. Kovulduktan sonra yan taraftaki yaşlı hanımın penceresinden onu gözetlemeye başladığını ve telefonuna, gramafonuna ve ayrıca elektrik ampullerine dinleme cihazları yerleştirmiş olduğunu hissetmişti. Duvarların ve tavanın bazı parçalarının daha başka cihazlar ve kablolar yerleştirilmek üzere sökülmüş olduğuna ve insanların baca deliğiyle duvar arasındaki ve yemek odasının asma tavanıyla üst kat arasındaki boşluklarda geceleri çalıştığına inanıyordu. 'Dinleme'nin sürekli olduğunu ve kumandanın televizyondaki cihazda olduğunu düşünüyordu. Bunu telefondaki çıtırtı sesinden, televizyondaki görüntünün atlamasından ve pikap iğnesinin zıplamasından anlamıştı. Ayrıca şirketin diğer yandaki boş evi de almış olduğuna inanıyordu. Yetiyitimi-

nin derecesini değerlendirmek üzere gözlendiğini sanıyordu, ama bunun neden kendisine yapıldığını bilemiyordu.

John'un kız kardeşi, 57 yaşındaki Ruby de evde görüldü. Şişman, dost canlısı ve espriliydi, açıkça evin en zeki ve baskın bireyiydi. 1962'de kekeleme, sallanma ve sersemlik hissetme yakınmalarıyla psikiyatri konsültasyonu istenmişti. O zaman durumuna 'histerik özelliklerle giden, kronik anksiyete üzerine binmiş akut anksiyete' tanısı konmuştu. O sırada psikotik semptom saptanmamıştı.

Görüşmede hararetle 'dinleme cihazlarından' söz etti. Ajite görünüyordu ve arkalarının boş olduğunu göstermek için duvarın çeşitli yerlerine vuruyordu. Cihazların gizlenmiş olduğunu söylediği yerlerdeki sıva kabarıklıklarını göstermek üzere ellerini duvarda gezdiriyordu. Ama bunların varlığına ikna olmuş görünmekle birlikte, dikkatli konuşmak için herhangi bir çabası yoktu. Belli ki maluliyet maaşını değerlendirmek üzere tıbbi incelemeleri yürüten doktor gizli bir dosya hazırlamıştı. Ruby, George'un tazminat mahkemesine John'u göndermişti, çünkü George'un üzüleceğini düşünüyordu. Artık John'un izlenmesinin nedeninin bu olduğunu sanıyordu. Meseleyi daha ileri götürürse 'onların' John'u öldürmeye çalışabileceklerine bile inanıyordu. Sosyal çalışmacının kendisini ziyaretinin ardından Ruby ona bir arabadaki iki adam tarafından takip edilmekte olduğunu söyleyen bir mektup yazdı.

Bundan sonra John'un iki teyzesi ziyaret edildi, çünkü Ruby onların da kendisi ve George'a karşı planlanan komploya karışmış olabileceklerine inanıyordu. Ama belli ki onlar ailenin sanrılarından habersizdiler. Daha sonra, Rose'un 70 yaşındaki annesi evinde ziyaret edildi. Ailede Huntington koresi öyküsü olduğunu doğruladı ve kendisinin de 15 yıl önce nörolojik semptomlar geçirmiş olduğunu söyledi. Buna karşın şimdi herhangi bir entelektüel yıkım, koreiform hareketler, tremor veya başka nöropsikiyatrik anormallik sergilemiyordu. Onun televizyonunda da atlama olduğundan John bu evde de dinleme cihazları olduğunu öne sürüyordu, merdivenli üç adamı kadının çatısına bunları yerleştirirken görmüştü. Ancak Rose'un annesi bütün bu meselenin saçma olduğunu söylü-

yordu, ona göre 'Hiçbir şirket bu kadar parayı bir kişi için ziyan etmez'di. Öyküyü Ruby'nin başlatmış olduğunu sanıyordu, George ona çok bağımlıydı ve Ruby ev işlerini daha çok üstlensin diye onu çalışmaktan alıkoymuştu. Kadın George'un komşusuyla tanışmıştı ve onun 'hoş bir kadın' olduğunu düşünüyordu. Bazen onun evinin önünde duran büyük arabalar ve içeri giren adamlar gördüğünü itiraf ediyordu, ama bunu açıklayamıyordu. Ne ki George'un komşunun George'a karşı herhangi bir komploya karışmadığına emindi.

Rose, 38 yaşındaki kardeşi Roger'ın hasta olduğunu düşünüyordu, John onda Huntington koresi bulunduğunu sanıyordu. Aslında, yineleyici depresyon için tedavi görmüştü. Demans veya koreiform hareketlere dair hiçbir bulgu yoktu ve herhangi bir 'komplo'dan hiç haberi olmadığı açıktı.

**Olgu 5**

İzleyen örnek, altı kişilik bir ailenin beş bireyini ilgilendirmektedir, altıncı da pekâlâ bunlara dahil olabilir.

Ailenin sanrılarını başlatan baskın kişilik 48 yaşındaki Stanley idi. Kızı, 23 yaşındaki Joan, babasının sanrılarını paylaşıyor, bunlara diğer aile bireylerinden daha sıkı sarılıyordu. Annesi sanrıları pasif biçimde paylaşıyordu. Erkek kardeşi, 24 yaşındaki Terence de sanrıları paylaşıyordu, ama o da babası ve kız kardeşi kadar aktif değildi, bunlar gündelik yaşamını sekteye uğratacak kadar baskın değildi. On beş yaşındaki küçük kız kardeş Andrea, babasının sanrılarını paylaştığını açığa vuran görüşler ileri sürüyordu. En küçükleri, 11 yaşındaki kız kardeş, babasının sanrılarına inanıyormuş gibi davranıyor, ama asla bunları dile getirmiyordu.

Söz konusu ailenin bireyleri birbirlerine çok yakındılar, İngiltere'nin kırsal kesiminde ücra bir köşede, yöre halkından çok kopuk halde yaşıyorlardı. Yıllardır çeşitli insanlar ve kurumlarla çatışmaları olmuştu, bunlara komşular, belediye, elektrik idaresi ve bir kez onları temsil etmiş olan avukatlar da dahildi.

Elektrik idaresi faturalarını ödememekte direttikleri için elektriklerini kesmeye kalkışınca gerginlik tepe noktasına

ulaştı. Aslında kurumdakiler bu sorunla ilgili yazışmalarda tuhaf, hatta anormal bir şeyler olduğunu fark etmişlerdi. Aile, özellikle Stanley ve kızı Joan elektrik idaresinin görevlileri ve bir polis elektriği kesmek üzere geldiklerinde saldırgan biçimde karşı çıktılar, polis destek güç gönderdiğinde daha da saldırganlaştılar. Onların bu davranışlarının akıl hastalığına bağlı olduğuna inandıklarından, elektrik görevlileri ve polis suç duyurusunda bulunmamayı yeğlediler. Ama bu olay yüzünden Stanley ve Joan ilk kez psikiyatri konsültasyonuna gönderildiler.

İlk görüldüklerinde Stanley çok tuhaf sanrılar dile getirdi, kendisinin 'S.H. –rahmetli' olduğunda ısrar ediyordu. Üzerinde 'S.H. –rahmetli' ibaresinin birçok kez yazılmış olduğu bir kâğıt parçasını sallayarak var gücüyle bağırıyordu, 'Bunların hangisi ölü?' Ancak, kendisinin ölü olduğuna mı inandığını, yoksa başkalarının onun ölü olduğuna mı inandıklarını kesin olarak netleştirmek zordu. Bununla birlikte, üzerinde 'S.H. –rahmetli' yazılı kağıt parçasını bunun kanıtı olarak görüyor gibiydi. Ayrıca mektuplarını da 'S.H. –rahmetli' diye imzalıyordu. Belli ki tuhaf davranışlarının bazıları doğrudan merkezdeki bu sanrıdan kaynaklanıyordu. Sözgelimi elektrik faturalarını ödemeyi reddediyordu, ölü olduğu için bunu yapamayacağını söylüyordu. Ne var ki, önceleri onun vekilliğini üstlenmiş avukatlara faturaların ödenmesi için resmî mektuplar ve çekler göndermeye hazırdı, ancak adamlar artık onun adına çalışmak istemiyorlardı. Ondan gelen çok sayıda mektubu açmadan bir kutuya koymuşlar ve çeşitli kereler gelip bunları almasını söylemişlerdi.

On yıl önce Stanley belediyeden kiralamış olduğu yeri ikinci birine kendisi kiralamak istemişti. Bu konuda belediyeyle uzun süre yazışmış ve bu arada mektuplarının tınısı giderek daha suçlayıcı hal almıştı, bunlardan 'birinin' onu mülkünden mahrum etmeye çalıştığına inandığı anlaşılıyordu. O sıradaki avukatlarına o bölgede belli binaların dikilmesi için kimin izin vermiş olduğunu bilmek istediğini söyleyen mektuplar gönderiyordu. Ancak kimse tarafından böyle bir izin verilmemişti. Bu mektuplar 'akıl karıştırıcı', 'zor' ve büyük ölçüde saçma olarak

tanımlanıyordu. Yedi yıl sonra başlarına gelen diğer bir olay ailede büyük sıkıntı yarattı. Bir komşunun evinden gelen kanalizasyon, gerçekten de onların arazisine akıyordu. Stanley buna karşı dava açıp kazandı, ancak 'tutumu yüzünden' harcamalar için 90 sterlin ödemesi gerekti. Ödemeyi reddetti harcamalarla ilişkili kararı geri aldırmak için uzun yasal bir süreç başlattı. Başarısız oldu, sonra kendi avukatlarına ödeme yapmayı reddetti, böylece yasal borçları iyice katlandı. Sonunda icraya verildi ve her şeye haciz kondu. Ailenin geçimini sürdürebilmesi için icra dairesi Stanley borçlarını ödeyinceye kadar kirayı dondurdu, böylece bir noktada 1500 sterline varan bir kredi alma şansı doğdu, ama bu parayı reddetti. Faturalarını ödemeyi de hâlâ reddediyordu, bu da elektrik idaresiyle yaşadığı zorlukları yukarıda anlatılan aşamaya tırmandırmıştı.

Babasıyla aynı zamanda görülen Joan, onun kötülük görmekle ilgili sanrılarını tümüyle paylaşıyordu. Saldırganca bir tutumla, işbirliğine yanaşmıyordu. Ne babanın ne de kızının içgörüleri vardı ve bu yüzden mahkeme emriyle hastaneye zorla yatırıldılar. Stanley'nin aktif olarak sanrılı ve saldırgan olduğu kaydedildi, bir silahı vardı ve bu yüzden diğer insanlar için tehlikeli olabileceği düşünüldü.

Hastanedeki gözlem dönemi Stanley'nin kendine ve işlerine dair bir dizi tuhaf sanrısı olduğunu doğruladı. Bunlara dayanarak paranoid psikoz tanısı kondu. Joan'ın içe kapanık, inisiyatifsiz biri olduğu saptandı, düşünce fakirliği de vardı. Ayrıca duygulanımında küntleşme sergiliyordu ve şizo-affektif psikoz tanısı kondu. Öyküsü, yıllardır paranoid özellikleri bulunduğunu açığa çıkardı, bir keresinde iş yerinde kendisine karşı bir komplo kurulduğu için işini kaybettiğine inanmıştı.

Her iki hastaya da tiyoridazin verildi ve davranışsal olarak düzelme gösterdiler. Ne var ki, taburcu edildikten sonra izlemeye veya ilaç yazdırmaya gelmediler. Stanley faturalarını ödemeye başlamıştı, ancak kısa süre önce yeniden tuhaf mektuplar yazmaya başladı ve yerel polis bir komşusuyla kavga ettiği için şikâyet aldı.

Karısı Stanley'nin merkezdeki sanrısını paylaşıyordu, bunun gerçek kökenine ilişkin hiçbir gerçek içgörüsü yoktu, ama

kocası ve kızının hastaneye yatırılmış oldukları gerçeğine içerlemesine karşın, onların sanrılarına pek de sıkı tutunmuyordu ve onlar kadar saldırgan değildi. Hoş, sevimli ve yumuşak tavırlı bir genç olan Terence de bir zamanlar babasının sanrılarının kesinlikle doğru olduklarına inanıyordu. On beş yaşındaki kız, Andrea babasını tamamen destekliyor, sanrılarını paylaşıyordu. Kindar ve saldırgandı ve bu fikirlerini sözel olarak dışavuruyordu. On bir yaşındaki kız fikirlerini söze dökmüyordu, ama o da içerlemiş haldeydi ve ailenin yetkililere karşı direnmesini destekliyordu.

## Epidemiyoloji

Daha önce belirtildiği gibi, İngilizce yazında birçok olgu derlemesi vardır. Ancak *Folie à deux* sıklık ve yaygınlığına ilişkin kesin rakamlar yoktur. Spradley (Grover'da, 1937) bir Amerikan devlet hastanesine 1700 ardışık yatışta 29 kişi (% 1,7) gibi bir sıklık bildirdi, ancak bu rakamın altında yatan metodolojiye dair hiçbir ayrıntı verilmemiş. Batı toplumları dışında da olgular bildirilmiştir, örneğin Nijerya ve Hindistan'dan (Ilechukwu ve Okyere, 1987; Pande ve Gulabani, 1990). Durumun 65 yaş üzerindeki kişilerde de ortaya çıktığının altı çizilmiş olmakla beraber, sıklık genel nüfustakiyle aynı durmaktadır (McNeil ve ark., 1972).

Folie à deux, yazarların ilk söylediklerinden kesinlikle çok daha sıktır. Yazında giderek daha çok sayıda olgu bildirimi yer almaktadır, ki bu arada birçokları da tanınmadan geçilmektedir. Bunun nedeni, bu tür hastaların nadiren tedavi arayışına girmeleri ve psikotik olduğu fark edilen hastaların ailelerinin değerlendirilmesinin ihmal edilmesidir (Sacks, 1988).

Bekleneceği gibi, karışan kişilerin sayısı arttıkça durumun görülme sıklığı da azalır. Glassman ve ark. (1987) yazında bütün ailenin karıştığı yalnızca 20 olgu bulabildi.

*Folie à deux* 35 yıldır araştırmakta olduğumuz ve görünürde hâlâ az rastlanan durumlardan biridir. Başka yazarların kendi araştırmaları sonucunda gösterdikleri ilgiyle bu değişebilir. Kuşkusuz, statükoyu savunma arzusunun yoğun olduğu, soyutlanmış topluluklarda ve ailelerde daha sıktır.

### Cinsiyete Göre Dağılım

Bildirilen olgularda kadınların daha baskın oldukları bulunmuştur (Laségue ve Falret, 1877; Gralnick, 1942). Cinsiyetin bildirildiği olgular arasında, sanrıyı başlatanların % 72'si, eşlikçilerin % 54'ü kadındır (Mentjox ve ark., 1993). Gralnick bunun nedeni olarak kadınların toplumsal rollerinin kısıtlı oluşunu ileri sürmüştür, Mentjox ve ark. ise bunun ilişkilerde kadınların bakıcı, kollayıcı rolü daha sık üstlenmelerine bağlamışlardır. Bununla birlikte, çağdaş toplumlarda kadınların rolündeki değişmeye karşın durumdaki belirgin artışa bakılırsa, bu kuramın durumu yeterince açıklayamadığı görülür.

### Kişiler Arasındaki İlişki

Bunlar genellikle aile içi ilişkilerdir, örneğin koca-karı, anne ve çocuk ve iki kardeş. Sözgelimi Gralnick (1942) 238 kişinin işe karıştığı 103 olgu bildirdi. İzleyen ilişkiler bulundu:

- İki (veya daha çok sayıda) kız kardeş – % 34.
- Koca ve karı – % 22
- Anne ve çocuk – % 20
- İki (veya daha çok sayıda) erkek kardeş – % 9
- Kız ve erkek kardeşler – % 5
- Baba ve çocuk – % 2

• Kanbağı olmayan hastalar veya dostlar – % 8

İkizlerin söz konusu olduğu bazı olgular da bildirilmiştir (Gralnick, 1942; Kendler ve ark. 1986; Lazarus, 1986). Mentjox ve ark. (1993) 107 eşlikçinin olduğu 76 olgu bildirdi. En sık görülen ilişki % 21 sıklıkla anne-çocuktu, bunu karı-koca: % 19; kadın-kardeş: % 17; koca-karı: % 13 izliyordu.

## Klinik Özellikler

**Sendromun klinik özellikleri:**

- Birincil özellik birbirine çok yakın yaşayan, genellikle dış dünyadan ve onun etkilerinden görece yalıtılmış iki veya daha çok sayıda kişinin paylaştığı ortak sanrılardır.
- Sanrılar genellikle kötülük görme veya hipokondriyak içeriklidir.
- Söz konusu kişilerden yalnızca birinde gerçek psikotik bozukluk vardır, bu genellikle şizofrenidir, ama bazen affektif doğada olabilir. Bu kişi 'birincil hasta', 'başlatıcı' veya 'asıl'dır. Sanrılarını aktardığı ikincil kişiye 'ortak', 'alıcı' veya 'eşlikçi' denir ve her ikisi de birbirlerinin inançlarını destekleyerek durumun korunmasına katkıda bulunurlar.
- Yeterince uzun süre, görüşmemecesine ayrıldıklarında ikinci ortaktaki paylaşılmış sanrılar ortadan kalkabilir.
- Hastaların çoğunluğunda kan bağı vardır, aile-içi belli kombinasyonlar diğerlerinden daha yaygındır. En sık olarak iki kız kardeş tutulur. Anne-çocuk birlikteliği baba-çocuk birlikteliğinden daha sıktır. Kan bağı olmayan gruplarda koca-karı kombinasyonları en yaygındır.

- Tutulmuş çiftin veya aile bireylerinin ilişkisi hemen her zaman hükmetme ve boyun eğme tarzındadır. Çiftte veya ailede baskın olan genellikle ilk hastalanandır. Baskın oluşu dışında, genellikle daha zorlayıcı bir kişiliği vardır, daha zekidir, daha eğitimlidir ve boyun eğen ortağın üstün gördüğü birisidir. Boyun eğen ortak, sıklıkla hastalık öncesinde bozuk bir kişilik yapısına ilişkin belirtiler gösterir, genellikle aşırı bağımlı ve telkine yatkındır, önceki yıllarda nörotik özellikler öyküsü bulunur, sıklıkla içe kapanık, kuşkucu, utangaç ve bazen kolay sinirlenir ve çökkündür. Bu yüzden ikincil hastadır (Munro, 1986).

## Alt Gruplar

Yazına tanıtıldıktan sonraki on yıl içinde Marondon de Montyel (1894) *Folie à deux*'nün üç alt tipe bölünmesini önerdi: *Folie imposée, folie simultanée ve folie communiquée.* Dördüncü, bir çeşitleme olan *folie induite* Lehmann tarafından 1885'te eklendi. Alt tiplerin değeri sınırlı olsa da, yaygın kullanımlarıyla Folie à deux'nün klasik altbölümleri olarak görülür olmuşlardır, bu yüzden daha ayrıntılı ele alınıyorlar:

**Folie imposée** *(kabul ettirilmiş / dayatılmış delilik, -çn.)*
Bunun en sık görülen tür olduğu söylenir. Birincil psikoza yakalanmış hasta baskındır. Laségue ve Falret'e (1877) göre, 'aktif öğe; ötekinden daha zekidir, sanrıyı yaratır ve ilerleyici biçimde ikinciye kabul ettirir, ki o da pasif öğedir'. Hem boyun eğen hem de telkine yatkın olan ikinci kişide gerçek bir psikoz yoktur, sadece *'un malade par reflef* dır (yansıma yoluyla hasta, -çn.). Baskın ortağından

ayrıldığında, kendine ait görünürde sanrısal fikirlerinden vazgeçecektir.

**Folie simultanée** *(eşzamanlı delilik, -çn.)*
Bu terim ilk olarak Régis tarafından 1881'de kullanılmıştır; sanrıların uzun süre yakın ilişkide bulunmuş ve kalıtsal olarak psikotik hastalığa yatkın iki kişide eşzamanlı ancak birbirinden bağımsız ortaya çıktığı durumu anlatır. Baskın bir eş olmadığından ayrılık kendi başına herhangi birinin durumunda düzelme yaratmaz. Dewhurst ve Todd'un (1956) sanrının yalnızca kısa bir süreliğine de olsa, daima ilk önce tek bir kişide geliştiği yolundaki görüşlerine katılıyoruz. Bu yüzden *folie simultanée* kavramı geçersiz sayılabilir.

**Folie communiquée** *(aktarılmış/bulaştırılmış delilik, -çn.)*
İlk kez Baillarger (1860) tarafından tanımlanan bu alt tip, benzer şekilde psikotik yıkıma kalıtsal olarak yatkın, çok yakın ilişki içinde yaşayan iki kişide ortaya çıkar, ancak bunda, ikinci kişideki psikotik semptomların gelişmesi için değişken uzunlukta bir süre geçmesi gereklidir. İlk başta ikinci hasta birincinin sanrısal fikirlerinin içeriğini paylaşır, ancak bunlar daha sonra kendi başlarına buyruk hale gelirler ve ilk kişinin başlattığından türemiş olmayan taze bir sanrısal içerik kazanırlar. Yine, bu iki hastanın birbirinden ayrılması herhangi birinin durumunda düzelme yaratmaz.

**Folie induite** *(tetiklenmiş/indüklenmiş delilik, -çn.)*
Bu, Marandon de Montyel'in de işaret ettiği gibi, aslında *folie communiquée*'nin bir varyantından ibarettir. Zaten sanrılı olan biri, aynı serviste yatan diğer bir hastanınkilerle 'ken-

di sanrılarını zenginleştirir'. Çok nadir olduğu söylenmektedir. Dewhurst ve Todd (1956) *folie induite*'yi de geçersiz bir kavram kabul ediyorlardı, çünkü bu olgular diğer alt tipler içinde sınıflandırılabilir. Munro (1986) olguların tedavisi farklılık gösterdiği için yalnızca *folie imposée* ve *folie simultanée* alt tiplerinin yararlı olduğunu düşünmektedir, ona göre *folie communiquée* ve *folie induit, folie simultanée*'nin varyantlarıdır. Gerçekten de, alt tiplere ayrım ancak ikincil hastanın tanısı üzerine fikir verdiği ve tedavi gerekip gerekmediğini gösterdiği ölçüde yararlı olabilir.

**Etiyoloji ve Psikopatoloji**

Büyük olasılıkla, kalıtım yalnızca tek yumurta ikizlerini ilgilendiren olgularda önemli olabilir. Hastaların yaşlı olduğu durumlarda organik etmenler daha çok önem kazanabilir. *Folie simultanée* alt grubunda, herhalde hem genetik hem de organik etmenlerin etiyolojik konumu daha ön plandadır. Ancak olguların çoğunluğunda baskın etiyolojik rolleri oynayanlar psikolojik ve çevresel güçlerdir.

Anahtar bir özellik, başlatanla eşlikçi arasındaki ilişkinin doğasıdır. Geleneksel olarak bu hükmeden - boyun eğen ekseninde değerlendirilir. Psikodinamik olarak boyun eğen, eşlikçi kişi bilinçdışı olarak, daha baskın olan başlatıcının özelliklerine bürünür. Bu ilişki ayrıca öğrenme kuramı açısından da tanımlanmış ve açıklanmıştır.

Son derece önemli bir etmen de daha geniş çevredir, özgül olarak da toplumsal yalıtılmıştık. Toplumsal yalıtılmışlık daha zayıf ortağın, çiftte daha güçlü olan tarafından yönetilmesine izin verir; sanrının aktarımı telkin düzeneğiyle gerçekleşir.

Coleman ve Lasta (1939) tarafından önerilen model bir *folie à deux* olgusunun gelişmesi için temel etiyolojik koşulları şöyle ortaya koyar:

1. Eşlikçiyi pozitif olarak etkileyebilmesi için başlatıcının hastalığın erken evrelerinde olması gerekir, yani gerçeklikten tümüyle kopmamıştır.
2. Başlatıcı ve eşlikçi görece uzun bir zaman birbirlerine çok yakın yaşamış olmalıdır ki birinci ikinciyi etkileme fırsatı bulabilsin.
3. Aktarılmış sanrının paylaşılmasının eşlikçi açısından bazı avantajları olmalıdır.
4. Eşlikçinin gözünde başlatıcı bir otorite figürünü temsil ediyor olmalıdır.
5. Durumun en sık geliştiği koşul, tutulan kişilerin fakir bir yaşam sürüyor olmalarıdır.

Dewhurst ve Todd (1956) izleyenleri tanı için önkoşul olarak sıraladılar:

- sanrı ortaklarının yakın ilişki içinde olduklarına dair kesin kanıt;
- sanrının içeriğinde yüksek derecede ortaklık (biçimsel psikoz farklı olabilir); ve
- ortakların birbirlerinin sanrılarını destekledikleri ve kabul ettiklerine ilişkin kuşkuya yer bırakmayacak kanıtlar.

Bu görüşlerde bazı değişiklikler oldu ve özellikle psikodinamik ve psikanalitik okullar tarafından daha ayrıntılı, belki daha derin yorumlar yapıldı, ancak Coleman ve Last'ın

ortaya koydukları hâlâ büyük ölçüde geçerliliğini koruyor.

### Bulaşıcı mı, Değil mi?

Eski yazarlar, *folie à deux* fenomenine ve sanrıların bir kişiden diğerine değişmeksizin toptan aktarılmasına büyük merakla yaklaşmışlardı. Bu, tuhaf bir enfektif sürecin Laségue ve Falret tarafından tartışılan 'ruhsal yoldan bulaşma' kavramının varlığına işaret ediyordu. Bununla birlikte bu tür bir düzeneğin yalnızca belli koşullarda işlediği açıktı. Hepsinin ötesinde, bir akıl hastanesinde aynı ortamda uzun süre yan yana yaşamalarına rağmen, bir hastadan onunla bağlantısı olmayan diğer bir hastaya sanrısal fikirlerin aktarılması son derece az rastlanan bir durumdu (bu bulaşıcılık kavramı bu bölümde daha sonra yeniden ele alınacak).

### Kalıtım

Olguların büyük çoğunluğunun aile gruplarında ortaya çıktığı gerçeği, ya kalıtsal özelliklerin, ya aile içi gerginliklerin, ya da her ikisinin birden patojenik etmenler olduğunu düşündürür.

Bildirilmiş *folie à deux* örneklerinde aralarında kan bağı olan kişilerin ezici çoğunlukta olması genetik etmenlerin önemine işaret etse de, tek başına kalıtım karı -koca kombinasyonlarında veya kan bağı olmayan diğer ilişkilerde durumun ortaya çıkışını açıklayamaz. Bununla beraber tutulanların ikiz çiftler oldukları durumlarda kalıtsal etkiler daha baskın bir rol oynuyor olabilir.

İngilizce yazında on altı ikiz olgusu bildirilmiştir (White, 1995) bunların çoğu tek yumurta ikizleri üzerinedir. Bazı yazarlar bu örneklemde *folie simultanée* alt grubunun

aşırı temsil edilmesi üzerinde durmuştur. Bu tür olgularda psikoz için özdeş yükseklikte risk taşıyan iki bireyin aynı tarzda çevresel etmenlerden de etkilendikleri öne sürülmüştür. Yani bu süreç, tutulanların her birinde psikozun zamanlamasını ve görünümünü belirler. Yine de tek yumurta ikizlerinin aşırı temsil ediliyor olmasının basit bir bildirim yanlılığı olabileceği de akılda tutulmalıdır.

**Biyolojik Etmenler**

Durum, yaklaşık üçte birinde organik beyin sendromu bulunan (McNeil'e göre [1972]) yaşlı bireylerde ortaya çıktığında organik etmenlerin rol oynadıkları söylenebilir. Ayrıca bu örneklemde *folie simultanée*'nin de daha sık temsil edildiği söylenebilir.

Bu noktada organik olarak tetiklenmiş *folie à deux* olgularının en ilgincinden söz etmek yerinde olacaktır. İkisinde de önceden herhangi bir işlevsel psikoz bulunmayan ortaklarda, uyarıcı bir madde olan metilfenidatın intravenöz yolla kötüye kullanımının ardından paylaşılmış özdeş paranoid sanrılarla giden psikotik hastalık gelişmişti. Ayrıldıklarında psikoz geriliyor ve madde kötüye kullanımı bırakılıyordu. Bazı atipik özellikler bulunmakla birlikte, madde kullanımına bağlı olmadan tetiklenmiş *folie à deux* olgularıyla birçok psikodinamik benzerlik vardı, sözgelimi paylaşılmış paranoid sanrılar, boyun eğme - hükmetme öğesi, bağımlılık gereksinimleri, düşmancıllık ve iki ortağın çok yakın ilişkisi. Ayrıca kannabis alımına dair bildiriler de yapılmıştır (Dalby ve Duncan, 1987).

Bu gibi çalışmaların anlamı ne olursa olsun, *folie à deux* olgularının çoğunluğunda psikolojik ve çevresel etmenlerin etiyolojik önemi, açık organisiteye kıyasla belirgin olarak daha fazladır.

## Psikodinamik Etmenler

İlgi uyandıran çeşitli psikodinamik yorumlar yapılmıştır. Sözgelimi, Pulver ve Brunt (1961) baskın ortağın, yakın ve doyurucu bir ilişkinin yozlaşmasını göze almak yerine, boyun eğen ortağı sanrılarını kabul etmeye kışkırttığı şeklinde ilginç bir iddia ortaya attılar. Bu yolla *folie à deux* çifti bir arada tutar, ancak onları gerçek dünyadan daha da kopartır. Ayrıca başlatıcı için, bunun tek bir insanla dahi olsa, anlamlı bir ilişkiyi koruyarak gerçek dünyayla temas halinde kalmanın son yolu olduğu da ileri sürülmüştür; bunun alternatifi içe kapanma ve kendini toptan yalıtmadır.

Bu, eşlerden birinin neden sonunda üniter sanrısal bir durumun karşılıklı paylaşılması ve korunmasına götürecek şekilde baskıya boyun eğdiğini ve başlatıcının sanrılarını kabul ettiğini açıklama gereksinimi doğurur. Bu sadece edilgin bir göz yumma veya paylaşma numarasından ibaret değildir. Boyun eğen ortak, din değiştirenlerde sık rastlandığı gibi, sanrılara ilk başta bunları başlatan kişiden daha sıkı sarılabilir.

Birincil başlatıcının daha güçlü, daha zeki, sıklıkla daha yaşlı olan taraf olduğu ve daha üstün ve otoriter konumda bulunduğu ileri sürülmekle birlikte, bu boyun eğen eşin neden sonunda baskılara dayanamadığını tam olarak açıklamaya yetmez. Daha sonra yıkılacak olan başlangıçtaki dirence daha derin bir açıklama getirilmelidir. Nihai ve tam boyun eğme ile birlikte, başlatıcının sanrılarının paylaşılması gerçek dünyadan kendini iyice çekmek anlamına gelir, ki bu edilgin, olgunlaşmamış bir kişilik için bile büyük bir fedakârlık değil midir? Demek ki, boyun eğen yıllar içinde başlatıcıdan bir şeyler kazanmaktadır. Büyük olasılıkla bu durum bağımlılık gereksinimlerini doyurmaktadır.

Alıcı zaten baskın ortakla fazlasıyla özdeşleşmiştir; bu durumun gelişmesinde de *özdeşim* en önemli psikolojik düzenektir. *Özdeşim* terimini ilk kullanan Freud'dur (1921), ancak o bunu *folie à deux*'ye uyarlamamıştı. Freud, özdeşim yoluyla hastaların yalnızca kendi yaşantılarını değil, aynı zamanda başka birçok kişinin de yaşantılarını temsil edebildiklerine inanıyordu. Bu düzeneği *folie à deux*'ye ilk uyarlayan Brill (1920) oldu. Brill, özdeşimin bilinçdışı bir süreç olduğunu vurguluyordu. Benzer şekilde Oberndorf (1934) durumun gelişmesinde özdeşimin tek başına yakınlık veya yapısal yatkınlıktan çok daha büyük bir rol oynadığına inanıyordu. Deutsch (1938) konuyu daha da ileri götürerek şunları söyler:

> Başlangıçtan itibaren içli dışlı yaşamak, daha sonra her iki tarafı da benzer sanrısal fikirlere yönelten bilinçdışı formların bir dışavurumudur; ortak sanrı nesneyle veya onun sanrısal sistemiyle özdeşim kurmak yoluyla onu kurtarma girişiminin önemli bir parçası gibi durmaktadır.

*Özdeşim* terimi bir hayranlık ve sevgi öğesini de barındırır, ki boyun eğen tarafın başlatıcıya yönelik tutumuna da bunların egemen olduğu söylenebilir. Daha yeni psikodinamik formülasyonlar, alıcının öne çıkan özelliklerinin ikideğerlilik içerdiğini düşündürür, bir sevgi-nefret ilişkisi. Yani alıcı bir yandan başlatıcıya son derece bağımlıdır, diğer yandan bu bağımlılık yüzünden hem kendinden hem de ondan nefret eder. Buna karşın, alıcı ilişkiyi koruma ve ortağının gözünden düşmeme gereksinimi duyar; böylece onun sanrılarını paylaşma noktasına varana dek boyun eğmeye devam eder. Yine de bazen öbürüne

karşı saldırganca fikirler beslediğini kavrar ve itiraf eder. Aynısı baskın ortak için de geçerlidir; onun da edilgin, boyun eğen bir hayat arkadaşına gereksinimi vardır, yalnızca gerçeklikle bağını olabildiğince uzun korumak için olsa bile. Ama onun sevgisi kolayca ve çabucak nefrete dönüşür, özellikle de ortağının onu terk etmekle tehdit etmesi durumunda. Yani ilişkileri yalnızca bağımlılık değil, her iki tarafta bulunan ikideğerlilik üzerine de kuruludur.

Bazı olgularda aynı cinsten ortaklar arasındaki güçlü duygusal bağla kişiliklerinin etkin-edilgin kutuplaşması bir araya gelerek *folie à deux* psikopatolojisinde gizil eşcinselliğin bir etmen olabileceği kuşkusunu doğurur (Heuyer, 1935; Deutsch, 1938). Bu bağlamda ortakların aynı yatağı paylaşıyor olmaları anlam taşıyabilir. Diğer bazı yazarlar, Coleman ve Last (1939) gibi, ikinci ortağın bastırılmış fantezilerinin zaten 'olgunlaşmış' halde olduklarını, bu yüzden de baskın eşin inisiyatifine kolayca kendini bıraktığını ileri sürerler. Yazarlara göre bu tür bir fantezi ödipal durumla ilgilidir; buna göre başlatıcı, ortağının gözünde ana-babadan biri veya diğeriyle özdeşleştirilmiştir.

Layman ve Cohen'den (1957) bu açıklamaya, *folie à deux*'nün 'kendi başına ayrı bir psikopatolojik antikte olmadığı, "rastlantısal bir fenomen" olarak kabul edilmesi gerektiği' yolunda çok önemli bir itiraz gelir. Diğer bütün yazarların bu konudaki vurgularının aksine, onlar *folie à deux* sanrılarının baskın kişi tarafından bağımlı olana zorla dayatılmadığını, bulaşıcı veya aynı bağlamda aktarılabilir olmadığını eklerler. Bunun yerine, sanrılar 'bağımlı kişi tarafından benimsenirler'. Sanrıların kabulü için zemin hazır ve baskın kişinin dayatması etkin olsa bile, sanrının paylaşılmasının bir gerçeklik halini alması için bir tür ileti söz konusu olmalıdır. İşte bu durumun benzersizliği tam

da bu noktada ortaya çıkar, varlığı tam olarak açıklanamamakla beraber, yokluğu da açıklanamaz. Sacks (1988) bunun çok farklı hastalık süreçleri bulunabilecek bireyler arasındaki ilişkinin ve olası etkilemenin bir tanımı olduğunu öne sürer, 'kolay etkilenir' olmaktan özerk sanrısal bozukluğa dek varabilir.

**Çevresel ve Toplumsal Etmenler**

Çevresel etmenlerin büyük bir etiyolojik rol oynadıkları açıktır. Durumun tanımı bile, yıllar içinde çok yakın bir ilişkinin varlığını ve yerleşik hale geldiklerinde sanrıların paylaşıldığını ima eder. Bunun karşısında, her iki ortak için de çevrede temel bir değişiklik anlamına gelen ayrılık (geleneksel olarak) durumun tersine çevrilmesi için gereken en önemli önlem olarak görülürdü. Rhein (1922) özellikle psikoz gelişiminin erken dönemlerinde çevrenin önemi üzerinde dururken, Postlé (1940) da güçlü kalıtsal yatkınlığın varlığında bile duygusal etkilerin ve erken koşullanmanın nasıl anahtar rol oynayabileceğine işaret etti. Floru (1974) dış etkilerden yalıtılmış kapalı toplulukların (özellikle kendi toplumlarından bile ayrı, kendi başlarına yaşayan çok küçük ailelerin) *folie à deux* gelişmesi için nasıl verimli bir ortam olduklarını göstermiştir. Ayrıca, Avrupa'da II. Dünya Savaşı yüzünden 40-60 yaş arası evlenmemiş kadınların sayısındaki görece artışın, risk altındakilerin oranını artıran önemli bir etmen olduğunu da eklemiştir. Erken emekliliği de durumu alevlendiren bir etmen olarak öne sürer, artan bir yalıtılmışlık halinde yaşayan kişiler giderek kimseye güvenmez olurlar, kendilerini görünürde düşmancıllığı artan bir havada tehdit ediliyormuş gibi hissederler, bu da paranoid bir tepkinin ve sonunda paranoid psikozun gelişmesine yol açar. Buna göre, *folie à deux* bu tür bir düşmancıllık

ve saldırganlıkla başa çıkma yolu haline gelir. Toplumsal etmenlerin önemi Salih'in (1981) bir intihar sözleşmesi yapan iki kadın arkadaşı anlattığı olguda vurgulanır. Paylaşılmış sanrıları yaşam koşullarına dayanıyordu. Birinin iş sahibi olmasını da içeren toplumsal müdahale, iki ortakta da sanrıda eşzamanlı belirgin zayıflama yarattı.

Faris ve Dunham'ın (1939) yürüttüğüne benzer Amerikan çalışmaları, özellikle kadınlarda olmak üzere, toplumsal yalıtılmanın paranoid tipte psikoz gelişmesine yol açtığını doğrulamıştır. Floru (1974) katı, otoriter, tutucu aile yapısının da güçlü bir etmen olduğunu bulmuştur. Bu tür bir düzenek ayrıca *folie à deux* psikodinamiklerinde diğer bir etmenin, yani taklit ve semptatinin (empati) de rol oynadığım kuvvetle düşündürür. Rhein (1922), Tuke (1887) ve Brande (1888) tarafından alıntılanan Partenheimer (Grancik'den alıntı [1942]) bağımsız olarak *folie à deux* psikopatolojisinde taklit ve/veya sempatinin rolünü vurgulamıştır. Dewhurst ve Todd (1956) toplumsal ilişkilerden uzaklaşmanın, daha güçlü olan ortağın daha zayıf olana hükmetmesini nasıl kolaylaştırdığını ve baskın olan kişi psikotik hale gelmeden çok önce bile ortaklar arasında nasıl bir 'lider-izleyici' ilişkisi bulunduğunu göstermişlerdir. Ayrıca, ilişki psikozunda, baskın ortağın sanrılarını daha zayıf olana aktarmak için telkin güçlerini kullandığına, temelde bunun hipnozu andırdığına inanıyorlardı, ancak bunun ortaya çıkması için bir önkoşul olan özdeki baskınlığın yaş, zekâ, eğitim açısından üstün olmak ve saldırganlık dürtüsünün daha fazla olması gibi çeşitli etmenlerden kaynaklandığını vurgularlar. Brussel (1935) kısmen kör bir kişinin tümden kör biri üzerinde egemenlik kurduğu bir *folie à deux* olgusu tanımladı, bu da atasözüne iyi bir örnek oluşturur, 'Körler Diyarında tek gözlü adam Kraldır'.

Tuke, özellikle baskın eşin psikotik hale geldiğini gözlemlemenin doğurduğu bir 'şok'un ikinci kişide psikoz tetiklediğini ileri sürmüşse de bu görüşü desteklenememiştir. Bununla birlikte, daha önce de gösterildiği gibi, aile içi *stres* pekâlâ da tetikleyici bir etmen olabilir, özellikle de yoksulluk ortamında çıkıyorsa, maddi yoksunluklara yol açıyorsa veya bozulmakta olan ilişkilerde ya da yaşlanmaya bağlı güç kaybı zemininde ortaya çıkıyorsa. Bu tür düzeneklerin dışında, Schmidt (1949) tarafından ilginç bir fikir ortaya atılmıştır. Yazar, *folie à deux* fenomeninin *öğrenme kuramı* temelinde açıklanabileceğini ileri sürer. Buna göre, alıcı daha baskın, daha zorlayıcı yapıdaki

başlatıcıdan anormal davranışı öğrenir ve psikotik hale gelir ve bu şekilde davranır.

### Diğer Bazı Toplu (Kolektif) Ruhsal Bozukluklar

Birkaç kişinin aynı psikopatolojiyi paylaşabildiği tek durum *folie à plusiers* değildir. Büyük insan gruplarının, onları uygunsuz kitle davranışlarında bulunmaya yönelten mantıksız fikirlerle *enfekte* oldukları bazı toplu ruhsal bozukluklar vardır. Bu tür olgularda işleyen temel düzeneklerin (baskınlık-boyun eğme, özdeşim ve görünürde düşmancıl bir dünyaya karşı birbirine tutunma gereksinimi) *folie à deux*'dekilere benzeyebildiğini kabul etmek istemesek de, en azından bazı durumlarda bu tümüyle doğru gibi durmaktadır.

16. yüzyılda Avrupa'daki dans çılgınlığı, liseli kızlar arasında kıkırdama, hapşırma ve bayılma salgınları gibi sürü davranışının çeşitli biçimleri dönemsel olarak basında çıkar. Ya da 'pop' konserleri sırasında izleyicilerin hareketlerinden bazıları ani histeri salgınlarının sonucu gibi durmaktadır. Bu örneklere *kitle histerisi* veya dinsel

bir fanatizmin veya ilkel batıl inançların önemli ve bağlantılı etmenler olduğu koşullarda *paylaşılmış dinsel fanatizm* isimleri verilebilir. 1978 yılında, liderleri Jim Jones da dahil olmak üzere, Halkın Tapınağı Tarikatı'nın 912 üyesinin, 260 çocukla birlikte kitle intiharı bu fenomene bir örnek sayılabilir. Bireyin, bir grup üyesi olarak kendi bilinçliliğini yitirme tehlikesi altında olduğu, bu yüzden kendini kısıtlama ve özeleştiri yapamayabileceği bildirilir (Abse, 1974). Dahası, bir grubun lideri patolojik, özellikle de histriyonik ve paranoid bir kişiyse, düşmancıl itkiler dışarıdaki insanlara yöneltilebilir.

*Folie à plusiers*'e benzeyen durumların ortaya çıktığı başka, daha nadir örnekler de bildirilmiştir. Buna bir örnek, Kutsal Peder ile 18 havarisinin aynı sanrılarla topluca aynı hastaneye yatırılmasıdır. Daha eski bir örnek Sir William Percy Honeywood Courtnay'dir. Bu soylu, 1838'de İngiltere'deki Brosendon Ormanı'nda bir dizi isyana önayak olmuştu, köylülerden oluşan ardılları onun 'Tanrı'nın Oğlu' olduğuna inanıyorlardı. Bu örnekte, grubun eylemlerinin rengârenk, şaşaalı bir kılıkta gezen liderlerinin sanrısal fikirlerine körü körüne inanmaları dışında saptanabilir hiçbir amacı yoktur (Dewald, 1970). Daha yeni ve daha uğursuz bir örnek de ABD'deki Manson 'ailesidir'. Burada ardılları liderlerinin 'ilahi' olduğu inancını paylaşıyorlardı ve onun emriyle adam öldürmeye bile hazırdılar. Aynı düzenekler belli terörist grupların davranışlarına hükmediyor olabilir.

## Tedavi

### Tanıma

Bütün nadir olgularda olduğu gibi, uygun tedavinin ilk adımı ortamın ve durumun tanınmasıdır. Dile getirilen inanışlar bir akraba veya bir yakın dost tarafından doğrulanırsa psikozun varlığını fark etmek zor olabilir. Ortamı ve durumu değerlendirirken, daha önce belirtildiği gibi, sanrının paylaşılmasına yol açan bir çevre oluşturulmasında önemli olan klinik ve toplumsal etmenler daima akılda tutulmalıdır.

Sanrılı bireylerle yakın ilişki içindeki insanlardan ne kadar azının gerçekten sanrıyı benimsedikleri fark edilirse, 'özel koşullar'ın önemi daha da iyi anlaşılır. Çok sayıda şizofren hasta akrabalarıyla içli dışlı yaşarlar, ancak sanrıların bu tür paylaşımı gerçekleşmez. Demek ki, bu gerçekleştiğinde, her bireyin durumunda işleyen özel etmenleri saptamak gereklidir.

Bu ortamın ve *folie à deux* durumunun varlığı fark edildiğinde, birincil asıl hastayı, yani gerçekten psikoza yakalanmış olan kişiyi tanımak şarttır. Bu genellikle oldukça kolaydır, ama bir güçlük yaşanıyorsa, her iki hastayı birlikte hastaneye yatırmak veya birini yatırıp sık görüşmelerine izin vermek gerekli olabilir. İki hastayı birlikte gözlemlemek genellikle dayatılmış ve eşzamanlı psikoz arasında ve birincil ve ikincil ortaklar arasında ayrımı netleştirir.

### Ayırma

Hastaların ayrılmasıyla ikincil hastadaki sanrıların ortadan kalkmasını belirleyenler durumun süresi, sanrıların doğası (ikincil kişi için psikolojik açıdan değer taşıyanlardan daha zor vazgeçilir) ve ikincil kişinin telkine yatkınlığıdır.

Yalnızca telkine yatkın kişiler ve *folie à deux*'de boyun eğici konumda olanlar bunlardan daha kolay vazgeçerler. Geleneksel olarak iki ortağın veya aile bireylerinin ayrılmasının temel terapötik adım olduğu düşünülür. Ancak bazı yazarlar ayrılığın değerinden kuşkuludur. Mentjox ve ark. (1993) yedi olgunun yalnızca dördünde ayrılmayla sanrısal inanışlarda bir azalma buldular.

Yaşlı ortakları ayırmak daha da az başarılı gibi durmaktadır (McNeil ve ark., 1972; Fishbain, 1987). Özellikle yaşlı çift toplum içinde yaşamayı sürdürmek için birbirlerine bağımlıysa ve ayrılık geri dönmemecesine bakımevine yatışa yol açacaksa, iki yaşlıyı ayırmak kontrendike olabilir (Draper ve Cole, 1990). Birincil ortağı ikincil olandan ayırmayı ilk önermiş olan Lasegue ve Falret (1887) bile bunun her zaman etkili olmadığının farkındaydılar. Bazı durumlarda ortakları ayırmak yerinde olmayabilir, bazılarında ise her bir ortaktaki psikozun ciddiyetini saptamak ve uygun tedaviye başlamak için kaçınılmazdır.

### Asıl Hastanın Özgül Tedavisi

Hemen bütün olgularda asıl ve baskın ortağın genellikle şizofreni veya benzeri bir duruma yakalanmış olduğuna işaret edilmiştir. Demek ki, olguların çoğunluğunda antipsikotiklerle ilaç tedavisi gerekli olacaktır. Bununla birlikte, daha ender örneklerde birincil durum affektif doğadadır ve antidepresanlar, lityum tedavisi ve hatta EKT gerekli olabilir. Sıklıkla hastane yatışı gerekir ve bazen hastayı zorla yatırmak gerekli olur.

Destekleyici psikoterapi de endikedir. Taburculuktan sonra da ilaçların sürdürülmesi ve yakın gözlemle birlikte bu destek devam etmelidir. Hastanın bunlarla izlenmesi

olanaklı değilse, özgün semptomlarda nüks ve yeniden hastaneye yatış şansı artar.

### Eşlikçinin Özgül Tedavisi

Eşlikçi veya alıcının tedavisi, ikisi ayrıldıktan sonraki durumuna ve hepsinin ötesinde, altta yatan psikiyatrik bozukluğa bağımlıdır. İyice kök salmış bir psikoz varsa, antipsikotik ilaçlarla yoğun antipsikotik tedavi gerekli olacaktır. Ancak durum alıcının başlatıcıya bağımlılığına katkıda bulunan öğrenme bozukluğu veya demans ya da diğer ruhsal veya fiziksel bir yetiyitimiyse, bunlarla ilgili özgül adımlar atılmalıdır.

*Folie imposée* (dayatılmış delilik) olgularında asıl hasta iyileşince eşlikçi de genellikle iyileşir. Bununla birlikte, nüksün önlenmesi için toplumsal etmenler de dahil yaşam koşullarının düzenlenmesi gerekir. Aslında, her iki hastanın birlikte kalmak için ısrarları ve işbirliğini reddetmeleri yüzünden *Folie à deux*'nün tedavisi güç olabilir. Bu yüzden bazen ortaklardan yalnızca biri gerçekten psikotik olduğu halde, zorla yatış ve tedavi gerekli olabilir (Munro, 1986).

Bir derlemenin (McNeil ve ark., 1972) sonuçları, olguların yaklaşık % 25'inde, alıcılarda kısmi sağırlık, inme ve alkol kötüye kullanımına bağlı olanlar gibi fiziksel yetiyitimleri olduğunu ortaya koydu. Demek ki, sürekli bağımlılığı sona erdirmek için altta yatan fiziksel bozukluğun tedavisi temeldir.

### Toplumsal Koşulların ve İlişkinin Tedavisi

Asıl hasta ve alıcı farmakoterapi veya psikoterapi ve/veya ayrılık gibi diğer yöntemlerle özgül olarak tedavi edildikten sonra, dikkatler ikisinin ilişkisine ve toplumsal koşullarına yöneltilmelidir. Birincil hedef ruh sağlıklarını korumaktır.

Bu her bireyin özgül tedavisinin sürdürülmesi ve yakın izlemeyle sağlanabilir. Ek olarak, fiziksel ayrılığın yanı sıra psikolojik açıdan da ayrılmayı hedefleyen girişimlerde bulunulmalıdır (Rioux, 1963; Mentjox ve ark., 1993).

Tam yalıtılmışlık durumuna izin verilmemelidir. Patolojik kaynaşmalarını azaltmak amacıyla, her ikisine de daha aktif olmaları ve başka ilgiler edinmeleri için daha çok destek verilmelidir (Sacks, 1988). Bu daha geniş bir psikiyatri ekibinin katılımı, özellikle de bir sosyal çalışmacının devreye girmesi anlamına gelecektir.

**Derinlikli Psikoterapi**

Bağımlılık, ayrılık ve saldırganlık gibi sorunlarla başa çıkma hedefiyle hastalardan en az biri için psikoterapi olanaklı olabilir (Sacks, 1988). Bu noktada psikoterapiyle bağımlılık ve düşmancıllık sorunları araştırılabilir (Bankier, 1988), duyguların ifadesi kolaylaştırılabilir, ana-babayla kötü ilişkiler araştırılabilir ve bir terapistle ilişkinin model alınması yüreklendirilebilir (Potash ve Brunel, 1974). Zorluk, hastaların birini veya her ikisini birden uzun süreli terapiye ikna etmektedir.

Aktarılmış psikozda, Porter ve ark. (1993) hastaların büyük çoğunluğu için hedef bağımsızlığın sağlanması olmakla birlikte, bağımlılığın bilerek, sanrılı, baskın kişiden daha sağlıklı birine kaydırılmasının yararlı olabileceğini düşündüler. Porter ve ark. ayrılık üzerine çeşitli bildirilerden alıntı yaparlar, bunlarda bağımlılığın yer değiştirmesi bağımlı ortaktaki psikozun ortadan kalkmasına yol açmıştır. Kendi olguları ayırma, nöroleptik bir ilaç, bireysel ve grup psikoterapiyi de içeren çoklu tedavi görmüştü. Bu bile, iyileşmeyi kendi başına tek bir etkene bağlamanın güçlüğünü ortaya koyar. Bununla birlikte, olguların

% 90'ından fazlası aile içinde ortaya çıktığı için *aile terapisi* önemlidir ve açık bir endikasyon sayılabilir; daha önce de vurgulandığı gibi, *Folie à deux* patolojik olsa bile, bir savunma düzeneğidir, aileyi görünürde düşmancıl bir çevreden gelen tehditle toplumdan soyutlanmanın etkilerine karşı korur. Yani, psikotik semptomlara başvurmak zorunda kalarak da olsa, aile birimi, bir *statüko* içinde korunur. Kalıcı bir düzelme sağlamak isteniyorsa sorunun bu yanı da enine boyuna düşünülmeli ve üzerinde uğraşılmalıdır.

**Toplumsal Yaklaşım ve Destek**

Tedavide bu son derece önemlidir ve daha önce sözü edilen, intihar sözleşmesi yapmış iki kadın arkadaşın durumunda olduğu gibi, en anlamlı etmen olabilir. Bu kişiler, iş edindirmeyi de içeren toplumsal destek sayesinde belirgin düzelme göstermişlerdi.

**Prognoz**

Elimizde kesin bir prognozdan söz etmeye yetecek kadar veri yoktur. Altta yatan herhangi bir akıl hastalığı bulunmayan eşlikçi için prognozun iyi olduğu ve ayrılmayla tam düzelme olacağı varsayılabilir. Ne var ki, asıl hasta ve altta yatan bir akıl hastalığı olan eşlikçi için prognoz büyük olasılıkla daha kötüdür. Mentjox ve ark. (1993) alıcılarda prognoz için belirleyici etmenlerin farklılaşmanın derecesi, kişilik ve maruz kaldığı stres miktarı olduğunu ileri sürerler. Ne yazık ki bu görüşü destekleyecek özgül kanıtlar yoktur. Başlatıcıda nüks olursa, alıcıda da nüks tehlikesi olduğu söylenmektedir (Fernando ve Frieze, 1985). Elbette, prognoz başlangıçtaki tedavinin etkililiğine ve izlemenin sıkılığına bağımlı olacaktır.

Bu durum hâlâ az rastlanır olduğu için, prognozu değerlendirmede yararlı tek yaklaşım, tekli olgu metodolojisi olabilir. Bu metodoloji bağımlı değişkenler için bir başlangıç değeri belirlenmesini, bir seferde bir bağımsız değişkenin değiştirilmesini ve bağımlı değişkenlerin yineleyici ölçümlerini içerir. Bunun ayrıntıları başka bir makalede bulunabilir (Barlow ve Hersen, 1984). Kitabımızın daha eski baskılarında ileri sürdüğümüz gibi, olgu sunumlarında standartlaştırılmış tanı gereçleri ve değerlendirme ölçekleri kullanılmalıdır.

## Adli Yön

*Folie à deux* ile ilintili hırsızlık, şiddete başvurma, cinayet ve intihar sözleşmelerini içeren antisosyal davranışlar bildirilmiştir. Bu olgulardan bazılarının potansiyel tehlikeliliğine örnek, sanrısal parazitoza yakalanmış 58 yaşındaki kadının hekimini

öldürmeye çalışmasıdır. Kocası da onun sanrısal inanışlarını paylaşıyor ve destekliyordu, ancak kadın zorla yüksek güvenlikli bir hastaneye yatırıldıktan sonra adam bütün sanrısal inancını yitirmişti (Bourguis ve ark., 1992). Kraya ve Patrick (1997) de, beş *folie à deux* olgusunda potansiyel risk üzerinde durmuşlardır. Bu olguların üçü koca-karı, biri anne-kız ve biri de ikiz erkek kardeşlerden oluşuyordu ve kurbanlarının sonu ölüm olmuş veya ölümün eşiğinden dönmüşlerdi. Bu olguların hepsi de dinsel sanrıları paylaşıyorlardı, ki bunun varlığı riski artırıyor gibi durmaktadır.

*Folie à deux* ile ilintili intihar sözleşmeleri enderdir, bu tür sözleşmelerin çoğunluğu bu bozuklukla ilişkili değildir. Ne var ki, genellikle her sözleşmedeki kişilerden birinde biçimsel bir psikiyatrik bozukluk bulunur ve toplumsal

yalıtılmışlık bazı intihar sözleşmelerinde *folie à deux*'nün varlığını düşündürür (Rosen, 1981; Brown ve ark., 1995).

## Son Bir Söz

*Folie à deux* yalnızca merak uyandırıcı ve renkli bir durum olmakla kalmaz, aynı zamanda psikotik semptomların gerçekte ne kadar az sıklıkta bulaştıklarının da altını çizer; aslında, sayılan özgül durumlar, özellikle toplumsal yalıtılmışlık dışında, hemen hiç görülmez.

# Kaynaklar


Abse, D.W. (1974) *in American Handbook of Psychiatry*, Vol. III. Basic Book Inc., New York.

Baillarger, J.G.F. (1860) Gaz Hôp Paris, 149.

Bankier, R.G. (1988) *Can J Psychiat*, 33, 251.

Barlow, D.H. and Herson, M. (1984) *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behaviour Change*, 2nd edn. Pergamon Press, New York.

Berlyn, C. (1819) *Z. Psychiat Aerzte Leipzig*, 2, 530.

Bourgeois, M.L., Duhamel, P. And Verdoux, H. (1992) *Br J Psychait*, 161, 709.

Brill, A. (1920) *Med Rec (NY)*, 97, 131.

Brown, M,, King , E. and Barraclough, B. (1995) *Br J Psychiat*, 167,448.

Brussel, J.A. (1935) *Am J Psychiat*, 92, 215.

Christodoulou, G.N., Margariti, M.M., Malliaras, D.E. and Alevizou, S. (1995) *J Neurol, Neurosurg and Psychiat*, 58,499.

Coleman, S. and Last, S. (1939) *J Men Sci*, 85,1212.

Dalby, J.T. and Duncan, B.J. (1987) *Can J Psychiat*, 32, 64.

Deutsch, M. (1938) *Psychoanalyt Quart*, 7, 307.

Dewald, P.A. (1970) *Psychiatry*, 30, 390.

Dewurst, K. and Todd, J. (1956) *J Nerv and Men Dis*, 124,451.

Draper, B. and Cole, A. (1990) *Austral and NZ J Psychiat*, 24, 280.

Faris, E. and Dunham, H.W. (1939) *Mental Disordes and Urban Areas.* University

Press, Chicago.

Fernando, F.P. and Frieze, M. (1958) *Br J Psychiat*, 146, 315.

Fishbain, D.A. (1987) *Can J Psychiat*, 32, 498.

Floru, L. (1974) *Forsch Neurol Psychiat*, 42, 76.

Freud, S. (1921) *Group Psychology and the Analysis of the Ego.* Hogarth, London.

Glassman, J.N., Magulac, M. and Darko, D.F, (1987) *Am J Psychiat*, 144, 658.

Gralnick, A. (1942) Part I. *Psychiat Quarter*, 16, 230; Part II. *Psychiat Quarter*, 16, 491.
Grover, M.M. (1937) *Am J Psychiat*, 93, 1045.
Hart, J. and McClue, G.M. (1989) *Br J Psychiat*, 54,552.
Haygarth, J. (1800) *Of the Imagination as a Cause and a Cure of Disorders of the Body*, Bath.
Heuyer, G.R. (1935) *Ann Med Psychol*, 93, 254.
Hofbauer, J.L. (1846) *Oest Med Uschr*, 118.
Idelar, K.W. (1838) *Grund Seelenmeilk* (Berlin), 2, 530.
Ilechukwu, S.T. and Okyere, E. (1987) *Can J Psychiat*, 32, 216.
Janofsky, J.S. (1986) *J Nerv Men Dis*, 174, 368.
Kashiwase, H. and Kato, M. (1997) *Acta Psychiat Scand*, 96 (4), 231.
Kendler, K.S.. Robinson, G., McGuire, M. and Spellman, M.P. (1986) *Br J Psychiat*,148, 463.
Krya, N.A.F. and Patrick, C. (1997) *Aust New Zea J Psychiat*, 31, 883.
Laseque, C. and Falret, J. (1877) *Ann Med Psychol*, 18, 321.
Layman, W.A. and Cohen, L. (1957) *J Nerv Ment Dis*, 125, 412.
Lazarus, A. (1986) *Br J Psychiat*, 148, 324.
Lehmann, G. (1885) *Arch. Psychiat Nervenkr*, 14, 145.
Marandon de Montyel, E. (1881) *Ann :Med Psychol*, 5, 28.
Marandon de Montyel, E. (1894) *Ann Med Psychol*, 19, 226.
McNeil, J.N., Verwoerdt A. and Peak, D. (1972) *J Am Geriat Soc*, 20, 316.
Mentjox, R., Van Houten, C.A. and Kooiman, C.G. (1993) *Comp Psychiat*, 34,120.
Munro, A. (1986) *Can J Psychiat*, 31, 233.
Oberndorf, C. (1934) *Internat J Psychoanal*, 15, 14.
Pande, N.R. and Gulabani, D.M. (1990) *Br J Psychiat*, 156,440.
Porter, T.L., Levine, J. and Dinneen.M. (1993) *Br J Psychiat*, 162,704.
Postlé, B. (1940) *Arch of Neurol and Psychiat*, 43,372.
Potash, H. and Brunell, L. (1974) *Psychother: Theor, Res Pract*, 11,270.
Primrose, J. (1635) *De Vulgi in Medicina Erronbus.* Trans. R.Willie, London, 1668.
Pulver, A. and Brunt, M. (1961) *Arch Gene Psychiat*, 5, 257.
Régis, E. (1881) *Encephahle* (Paris), 1,43.
Rhein, J. (1992) *New York Med J*, 116,269.
Rioux, B. (1963) *Psychiat Quarter*, 37,405.
Rosen, B.K. (1981) *Psychol Med*, 11, 525.
Sacks, M.H. (1988) *Comp Psychiat*, 29, 270.
Salih, M.A. (1981) *Br J Psychiat*, 139, 62.
Schmidt, A.O. (1949) *Abnorm Soc Psychol*, 44,402.
Signer, S.F. and Isbister, S.R. (1987) *Br J Psychiat*, 151,402.

Sims, A., Salmons, P.and Humphreys, P. (1977) *Br J Psychiat*, 130,134.
Soni, S.D. and Rockley, GJ. (1974) *Br J Psychiat*, 125,230.
Tuke, D. (1887) *Br Med J*, 2,505.
Westermayer, J. (1989) *J Clin Psychiat*, 50,181.
White, T.G. (1995) *Can J Psychiat*, 40,418.
Whytt, R. (1764) *The Words of Robert Whytt*. Edinburg, 1768.
Wolff, G.and Mckenzie, K. (1924) *Br J Psychiat*, 165,842.

# X

# EKBOM SENDROMU

# Ekbom Sendromu
# (Sanrısal Parazitoz)

*Doğabilimci gözlemlediği sırada bile bir pireyi,*
*Emmektedir kanını, üzerindeki daha küçük pireler;*
*Vardır bunların da üzerinde onları emen daha küçükleri*
*Böylece gider sonsuza.*

Jonathan Swift (1667-1745)

Bu, hastaların böceklendikleri, kurtlandıkları (infestasyon) yolunda sanrılara kapıldıkları bir durumdur. Hasta, böcekler, bitler, kurtçuklar veya başka küçük haşaratın cildinde, bazen de bedeninde yaşadığına veya bir şekilde buradan beslendiğine mutlak bir kesinlikle inanır.

## Tarihçe

Sendroma, temel belirtilerini tanımlamış olan (1937; 1938) İsveçli nörolog Ekbom'un adı verilmiştir. Bununla birlikte, büyük olasılıkla ilk kez Fransa'da 1894'te Thiedierge tarafından daha sonra da 1896'da Perrin tarafından tanımlanmıştır, bunların ikisi de dermatologdur. Durum, zoofobi, parazitofobi (Eller, 1929) ve akarofobi (Myerson, 1921) gibi yanlış adlandırmalara yol açmıştır. Daha sonra Annika Skott (1978) konu üzerine yazdığı monografide,

Ekbom'un *Dermatozoenwahn* terimini kullandığından söz etmiştir, sözcük sözcük tam çevirisi 'deri-hayvan-sanrı'.

Sendrom diğer psikiyatrik semptomlarla ilişkili olarak ortaya çıkabilir veya sanrı izole bir fenomen olarak var olabilir. Çağdaş sınıflandırma sistemlerinde bu ikinci durum ICD10'da *sanrısal bozukluk,* DSM-IV'te ise *sanrısal bozukluk - somatik tip*e bir örnek olarak ifade edilir.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Bu hasta 43 yaşında bekâr bir kadındı ve bir dermatolog tarafından gönderilmişti. Sorunu ilk olarak yaygın bir kaşıntı halinde başlamıştı, hasta bunun kaynağında iki yıl kadar önce, çatısındaki kırlangıç yuvalarından dağılan çeşitli artropod ektoparazitler tarafından evinin istila edilmesi olduğuna inanıyordu. Ona, paradoks biçimde, haşere istilası kış aylarında daha beter oluyor gibi geliyordu. Birçok kez ısırılmış/sokulmuş olduğunu, ancak nedenini bulamadığını söylüyordu. Onunla birlikte yaşayan annesinde benzeri ısırıklar bulunmadığını itiraf ediyordu. Hastaneye yatırıldıktan sonra bulunan tek fiziksel anormallik yaygın sıyrıklardı, bunlar da yattığı kısa süre içinde önemli oranda düzeldi.

İlginç biçimde, Tarım ve Balıkçılık Bakanlığı'nda bir veteriner olarak çalışmış olduğu anlaşıldı, mesleğini sürdürdüğü sıralarda, büyükbaş hayvanlarla teması sonucunda barsak solucanı kapmıştı. Ayrıca üniversitede öğrenciyken uyuza yakalanmıştı, bunu kimden veya nasıl aldığı bilinmiyordu, çünkü bekâr olmanın da ötesinde, karşı cinsle temas etmekten kaçınan biriydi. Cildinin pire ısırıklarına reaksiyon gösterdiğinden söz etti, buna göre bir zamanlar başka insanlarla fiziksel temasının, şimdi söylediğinden daha fazla olduğu çıkarımı gayet akla yakındı. Benzer şekilde, belki de bu diğer cilt sorunları, onu daha sonra yaşayacaklarına karşı psikolojik olarak 'duyarlılaştırmıştı'. Bu talihsizlikler dışında fiziksel olarak

sağlıklı görünüyordu. Ayrıca, ne hastada, ne de ailesinde akıl hastalığı öyküsü yoktu.

**Olgu 2**

Yine kadın olan bu olgu 68 yaşındaydı ve durumunun özellikleri diğer yazarların tanımladıklarıyla çok daha fazla paralellik gösteriyordu. İlk başta haşere istilasından doğrudan yakınmasa da, geçmişinde bu öykü kesinlikle vardı. Dokuz yıl önce 'mahrem yerime doğru bir şeyler tırmanıyor' yakınmasıyla başka bir hastaneye başvurmuş, kediden solucan kapmanın olası olup olmadığın sormuştu. Depresif gözükmüyordu, ancak hastaneye yatırıldıktan sonra zoopatik semptomlarının ilk göründüğünden daha belirgin oldukları anlaşıldı, dahası, solucanların rektumunu istila ettiklerinde ve omurgasını etkilediklerinde ısrarlıydı. Ayrıca, başı dahil, bedeninin çeşitli yerlerinde parastezileri olduğunu öne sürüyordu. Günlerce vaktini solucan aramakla geçirdiği söyleniyordu, bunları dışkısında gördüğünü de söylemişti. Bu yatışında EKT ile tedavi edildi ve durumu oldukça hızlı yanıt verdi. Ne var ki, hastaneden taburcu olduktan sonra kısa sürede nüks gelişti. O sırada konan tanı, hipokondriyak özelliklerle giden maskeli depresyondu. Bir yıl sonra görüldüğünde durumu ilk baştakine çok benzerdi, bu yüzden yeniden yatırıldı ye bu kez antidepresan ilaçlarla tedavi edildi. Bir kez daha duygudurumu düzeldi, ancak zoopatik uğraşları tümden yok olmadı.

1981 yılında bizim servisimize yattığında, ön plandaki yakınmaları daha öncekilere benzese de, bazı değişikliklere uğramıştı. Artık haşere istilasına uğramış olduğunu söylemese de, vajinasında, rektumunda ve kalçalarında tuhaf karıncalanma hislerinden yakınıyordu, bunun omurgası boyunca çıktığında ısrarlıydı.

İyi giyimli bir kadındı, açıkça ajite veya depresif olmasa da kırılgan bir görünümü vardı. Hızlı ve düzgün konuşuyordu, ancak barsakları dışında herhangi bir şeyden söz etmesini sağlamak güçtü. Muayenede belli derecede arteriyopati saptandı. Kan basıncı 180/100 mm Hg idi ve göğüs röntgeninde sol ventriküler hipertrofi saptandı. Dokuz kez daha EKT teda-

visi uygulandı ve fenotiyazinlere başlandı, bunlar hastaneye yeniden yattıktan kısa süre sonra başlamış olan parafrenik tipte varsanılarını (ona üçüncü şahıs zamiriyle hitap eden ve hareketleri üzerinde yorumlarda bulunan sesler) denetim altına aldı. Taburcu edildiği sırada durumu büyük iyileşme göstermişti, ancak prognozuyla ilgili kuşkular vardı.

**Olgu 3**

Yirmi üç yaşında, Jamaika kökenli bu hasta da bekâr bir kadındı ve bir Yehova Şahidi'ydi. Onu da saçlarında ve bedeninde gezinen böcekler olduğuna dair sabit bir inanışla başvurduğu dermatolog göndermişti. Ergenliğinden beri, sekiz yıldır buna inancını koruduğu anlaşıldı. Belki de yaşamının bu döneminde, ki bu infestasyon fikirlerinin gelişmesinden hemen önceydi, hâlâ Jamaica'da yaşamaktayken kazara kanalizasyon çukuruna düşmesi semptomlarının gelişmesinde önemli olmuştu.

Saçında 'ince beyaz şeritler' gördüğünü söylüyordu, hiç böcek görmemişti. Kaşıntısı başından koltuk altlarına ve pubisine yayılmıştı, bu yüzden bu bölgelerdeki kıllarını tıraş etmişti. Saçlı derisinde hiçbir şey görmemiş olmasına karşın, orada böcek gibi bir şeylerin 'gezindiğini' hissediyordu, kafa derisini ısırıyor ve 'çıtırtı sesi' çıkararak geziniyorlardı. Saçlarını tarayarak veya yıkayarak, ya da çeşitli losyonlar sürerek bu rahatsızlığından kurtulamıyordu. İlk görüldüğü sırada semptomlarının kötüleştiğini ve kaşıntının bütün vücuduna yayılmakta olduğunu düşünüyordu. Bundan sonra ilişkisi olan herkesin (gayri meşru kızı ve kız kardeşi) benzer şekilde haşere istilasına uğradığına inanmaya başladı, bunu biliyordu, çünkü kız kardeşini kaşınırken görmüştü. Kız kardeşiyle konuşulduğunda, bu konuda hiçbir şey bilmediği, aslında hastanın yakınmalarından da pek haberdar olmadığı anlaşıldı.

Ruhsal durum muayenesinde hasta uyanık, dışadönük, yeterince zeki ve bakımlı genç bir kadın görünümündeydi. Depresif olduğuna dair herhangi bir belirti yoktu. Zihni açıktı ve görünürde temizlik vs. ile ilgili gereksiz saplantıları yoktu.

İyi uyuduğunu, iştahının iyi olduğunu ve kilosunun her zamanki gibi olduğunu belirtti. İntihar düşünceleri yoktu.

Açıkça dile getirdiği parazit infestasyonu fikirleri dışında düşünce bozukluğu veya şizofreni ya da diğer majör psikotik durum düşündürecek başka semptomu yoktu. Pimozidle tedavi edildi, çok sayıda araştırmacı tarafından bu durumda özellikle etkili olduğu söylenmesine karşın, taburcu edildiği sırada ilaç durumunda hiçbir düzelme sağlamamıştı. O zamandan sonra bir daha görülmedi.

Yukarıda tanımlanan ilk hasta saf biçiminde ortaya çıkmış bir sanrısal bozukluk olgusu gibi dururken, ikincisinde infestasyon ve daha sonra barsaklarında vs. bir şeyler gezindiği şeklindeki sanrılar büyük olasılıkla serebral arteriyosklerozla ilişkili bir depresyon zemininde gelişmişti. Buna karşın, üçüncü hastadaki bozukluk, açıkça psikoz sınırında olmasına karşın, obsesyonel doğada sayılabilirdi. Yine bir kadın olan bir sonraki olgu, hastanın adli kanaldan getirilmiş olması ve inançlarının etkisinde bazı hastaların neler yapabileceklerini göstermesi açısından ilginçtir.

**Olgu 4**

Kırk beş yaşında, boşanmış bir kadın olan hasta sahte reçetelerle çok sayıda ilaç edinmekle suçlandıktan sonra psikiyatrik görüş almak üzere gönderilmişti. Genelde antibiyotikler, antifungaller veya antihelmintikler olmak üzere çeşitli ilaçlar almıştı, ayrıca bazen varfarin ve nifedipin de alıyordu. İlaçları saygın eczanelerden satın alıyordu ve bu yolda bütün birikimlerini (binlerce sterlin) harcamıştı.

Geçmişte suç kaydı veya yasadışı madde kötüye kullanımı öyküsü yoktu. Yedi yıl kadar önce Addison hastalığı tanısı konmuştu ve o zamandan beri steroidlerle tedavi ediliyordu, ancak bunları düzensiz kullanıyordu. Tanı konduktan üç yıl kadar sonra bir akıl hastanesine yatırıldığında Cushingoid olduğu fark edilmişti.

Öyküde, yedi yıldır bir parazite yakalanmış olduğunu anlatıyordu. Tam o sıralarda küçük, ama kalın ve hareket eden bir tür barsak solucanı düşürdüğünü söyledi. Solucan bacağına düşmüş ve çabucak çözünüp dağılmıştı. Daha sonra kalıntıları bir doktora gösterdiğinde, bunun 'larva tipinde bir yaratık' olduğu söylenmişti.

İzleyen yıllarda hem devlet hastanelerinde hem de özel çok sayıda doktora, uzmanlar ve pratisyenlere başvurmuş, ancak aldığı yanıtların hiçbirinden tatmin olmamıştı. Gördüğü doktorların hepsinin, hastalığın daha erken bir aşamasında yapılmış bir tıbbi hatayı veya yanlış tanıyı örtmeye çalıştıklarını düşünmeye başlamıştı. Bir keresinde bir veterinerden bile yardım istemişti. Yasaya karşı geldiğini bildiği halde, tıp mesleğinin başarısızlığı yüzünden bu şekilde davranmaktan başka şansı olmadığını, aksi halde durumunun hayatını tehdit eder hale geleceğini hissediyordu. Diğer açılardan fiziksel ve ruhsal sağlığı iyiydi.

## Epidemiyoloji

Sendromun sıklığı ve yaygınlığı bilinmemektedir. Bizim deneyimlerimize göre durum ender görülmektedir. Küçük bir hastanede, bu tür hastaların başvurmalarının beklenebileceği psikiyatri birimine on sekiz buçuk yılı aşkın bir dönem içinde yatırılan 1690 hastanın kayıtları araştırıldığında yalnızca üç olgu bulunmuştur. İzleyen araştırmalar yayımlanmıştır:

- Marneros ve ark. (1998) sıklığı, 10 bin psikiyatrik yatışın yaklaşık 7'si olarak hesapladı.
- Skott (1978) 1954 ve 1961 yılları arasında 82 ayrı yayında yer almış 354 olgu sıraladı. Ancak bu bildirilerin 40'ı tek örneklerle sınırlıydı; geri kalanların yalnızca altısında olgu bildirimlerinin sayısı iki haneli sayılara ulaşı-

yordu. (Ekbom'un kendisi yalnızca yedi olgu bildirdi.) Alman bir psikiyatr olan Dohrin (1960) 66 olgu saptadı.

- Bozukluğun dermatologlar tarafından görülme şansının daha yüksek olduğu (Musalek ve Kutzer, 1989), bu yüzden de, gerçek sıklığın dermatolojik popülasyonlarda daha doğru yansıtılacağı öne sürüldü. Bourgeois ve ark. (1986) Fransız dermatologlara başvuran 150 olgu bildirdiler; Reilly ve Bachelor (1986) posta kanalıyla yürüttükleri bir taramada 5 yıllık bir dönem içinde 144 dermatolog tarafından görülmüş, sanrısal parazitoz tanısının varlığı çıkarsanabilecek 365 hasta saptadılar; Schrut ve Waldron (1963) üç olgu tanımladılar ve 5 yılı aşan bir süre içinde bir dermatoloji kliniğinde görülen diğer 100 hastadan söz ettiler.

## Klinik Özellikler

**Bozukluğun klinik özellikleri şunlardır:**

- İnfestasyon (böceklenme, kurtlanma) sanrısı.
- Başka psikiyatrik özellikler de bulunabilir: dokunma varsanıları ve görsel varsanılar; sanrısal anılar.
- Bazen, şizofreni veya depresif psikoz gibi diğer bir psikotik hastalığın bir semptomu olarak ortaya çıkar.
- Tutulanlar tipik olarak parazitin nasıl davrandığını ayrıntısıyla anlatırlar, sıklıkla deri döküntüleri, keratin veya diğer kabuklar şeklinde 'kanıtlar' sunarlar.
- Cildin fiziksel muayenesi normal olduğunu gösterir, bazen yolma, kaşıma veya antiseptiklerin yol açtığı dermatit bulunabilir.
- Tipik hasta 40 yaşını geçmiş bir kadındır. Kadınların erkeklere kıyasla üç katı daha sık hastalandıkları söylenmektedir (Edwards, 1977).

- *Folie à deux* gelişme sıklığı yüksektir. Bu tür bir sonucun dört veya beş olgunun biri gibi yüksek bir oranda ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (Skott, 1978; Mester 1975). Bazen aynı ailenin birkaç bireyi tutulabilir; *Folie à famille* veya *folie partagee* (paylaşılmış delilik, -çn.) denen bu duruma Evans ve Merskey'in (1972) bildirdikleri olgu örnek gösterilebilir; burada ana-baba ve iki kızları dermal infestasyona uğradıkları inancını paylaşıyorlardı.
- Morris ve ark. (1987; 1988) yaşlı hastalar üzerinde özel bir çalışma yürüttüler ve hastanın kendi bedeni değil, çevresinin böcek istilasına uğradığına inandığı yeni bir varyant bildirdiler.

Bağlantılı durumlar arasında hastaların kötü bir koku yaydıkları ve sanrının aslında olmayan bedensel bir kusurla ilgili olduğu (dismorfik sanrı) durumlar sayılabilir. Bu tür durumların klinik görünümleri aşağıda tanımlanıyor.

### Kötü Bir Koku Yayma Sanrıları

Bu hastalarda ya ağızlarından (halitozis) ya da anüslerinden kokuşmuş gıdalarınkine benzer kötü bir koku yaydıkları sanrısı da bulunabilir. Bu inanış, hastanın çevresindeki insanların tutumlarını yanlış yorumlamasıyla pekişebilir ve onları iğrenme veya kaçınma davranışları sergilemekle suçlar. Barsaklarından gaz sızması sonucunda kötü bir koku yayıldığında ısrar ederek bir gastroenterologa gönderilmek isteyebilirler, ya da terlerindeki anormallik yüzünden dermatolog tarafından görülmekte diretebilirler.

Hastaların önemli bir alt grubu ağız kokusundan yakınır ve genellikle diş hekimlerine veya kulak burun boğaz uzmanlarına gönderilirler. Bu olguların küçük bir yüzde-

sinde, koku varsanıları vardır, çünkü kokuyu ayrıntısıyla tanımlayabilirler. Bu 'varsanısal halitozis' ve 'kokusal bir alınma (referans) sendromu' olarak tanımlanmıştır (Iwu ve Akpata, 1989). Iwu ve Akpata (1989) hiçbirinde daha önceden psikiyatrik tedavi veya madde kullanımı öyküsü bulunmayan, sanrısal halitozis olan 32 olguyu gözden geçirdiler, yalnızca biri dışında hepsi de işlerini sürdürüyordu.

Bu duruma yakalananların büyük sıkıntı yaşadıklarına kuşku yoktur. Normal diş tedavilerine yanıt vermezler ve nadiren de olsa bazen depresyona girer ve hatta intihara kalkışırlar (Davidson ve Mukerjee, 1982). Malasi (1990) klinik ortamda bazen aşırı değerlendirilmiş fikirler, sanrılar ve varsanıların ayırt edilmesinin güçlüğü üzerinde durur.

**Olgu 5**

Elli iki yaşında, evli, iki çocuklu bir kadın periodontal hastalığının tedavisi için bir diş hekimine başvurmuştu, ama yaklaşık on yıldır var olan esas yakınması, ağzındaki kötü koku ve kötü tattı. İlk başlarda, kötü tat ve kokunun belli dişlerden geldiğini öne sürüyordu. Ancak bunlar tedavi edildikten sonra kaynak olarak başka dişleri göstermeye başlıyordu. Ayrıca kötü koku yaydığı için 'diğer insanlardan bir sürü tepki' aldığından yakınıyordu. İnsanların kötü kokunun ondan mı yoksa kendilerinden mi geldiğini kontrol ettiklerini anlatıyordu. Sonuçta, eskiden konuşkan, dost canlısı ve dışadönük bir insanken artık çok içe kapanık biri haline gelmişti.

Ailesel stres söz konusuydu, annesi yakınlarda inme geçirmişti, evliliğinde geçimsizlik vardı ve işyerinde de bazı gerginlikler yaşıyordu. Bununla birlikte açık biçimde depresif değildi ve başka türlü bir psikiyatrik bozukluğu yoktu. Ağzındaki kötü koku ve tatla aşırı meşgul oluyordu ve bu sanrısal yoğunluğa ulaşmıştı, artık aksine ikna edilemiyordu. Pimozid ve destekleyici psikoterapi kombinasyonuyla tedavisi başarılıydı. Yaklaşık 18 ay sonra, pimozidi keski ve semptomların-

da yeniden alevlenme oldu. Yeniden pimozide başlanmasıyla semptomlar ortadan kalktı.

**Dismorfik Sanrılar (Şekil bozukluğu sanrıları)**

*Dismorfofobi* terimi 1886 yılında, bunu 'hastanın görünümü normal sınırlar içinde olmakla beraber, başkaları tarafından fark edildiğini sandığı bir hastalık veya fiziksel kusur bulunduğuna dair öznel bir duygu' şeklinde tanımlayan Morselli tarafından ortaya atıldı. Kavram, psikolojik düzeneklerden kaynaklanan yakınmalarla sınırlı tutulmuştur; semptomlar genellikle bozulmuş bir beden imgesinin dışavurumu olarak görülür.

Tutulanların aşırı uğraşıları genellikle burunlarıyladır, ama bazen çene, penis, dökülen saçlar, göğüsler, sivilceler veya kırışıklarla da olabilir. Bozukluk bir fobi değildir, obsesyon veya aşırı değerlendirilmiş fikre daha yakındır. Tanı ayrıca, daha önceleri de fark edildiği gibi, belli kişilik özelliklerinin varlığına bağımlıdır – örneğin duyarlılık, içedönüklük ve hipokondriyak eğilimler. Durum günümüzde beden dismorfik bozukluğu olarak bilinir ve 'dismorfofobi' terimi kullanımdan kalkmıştır.

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) bedensel bir anormallik olduğuna dair dirençli öznel bir inanışın bulunduğu, kronik, psikotik olmayan bir somatorform bozukluktur. Hasta anormalliği başkalarının açıkça gördüklerine emindir; bazı olgularda görece ufak fiziksel anormallikler gerçekten vardır, ancak bu tutulan kişinin kaygısını ve inadını hiç de hak edecek derecede değildir.

Demek ki, tablo daha çok, eskiden *monosemptomatik hipokondriyak* psikoz denen, günümüzün *sanrısal bozukluk - somatik tip*ine çok benzer, tek fark yakınmanın sanrısal yoğunluğa ulaşmamış olmasıdır. Bu daha çok aşırı değer-

lendirilmiş fikir biçimindedir. Başlangıçta dismorfofobi için belirtildiği gibi, BDB'nin obsesif-kompulsif bozukluğa benzer özellikleri olduğu ileri sürülür. Bu benzerlik, her iki durumun da klomipramin gibi serotonerjik antidepresanlara yanıt vermesiyle güçlenir.

BDB olgularının küçük bir yüzdesinin, hastalıklı kıskançlık gibi diğer bozukluklarda olduğu gibi, geçici olarak psikotik hal aldıkları öne sürülmüştür (McElory ve ark., 1993). Bu durum sanrısal bozukluktan ayırt edilemeyebilir. Ne var ki tanımlananlar, kısa psikotik epizotları daha fazla akla getirir ve hastalar serotonerjik antidepresanlara yanıt verebilirler, oysa sanrısal bozukluk olguları yalnızca nöroleptik ilaçlarda düzelme gösterebilirler.

Aralarındaki ilişkinin doğası ne olursa olsun, her iki durum da (BDB ve sanrısal bozukluk) plastik ve kozmetik cerrahların da karşısına çıkabilir, hastalar cerrahi girişim talebinde bulunabilirler. Cerrahın geri çevirmesi durumunda hastalar başka cerrahlara başvururlar, yine olumsuz yanıt alırlarsa dava açma yoluna bile gidebilirler.

Dismorfik sanrısal bozuklukta, cerrahiden kesinlikle kaçınılması gerekli gibi durmaktadır, hem hastaları nadiren tatmin eder, hem de genellikle daha ileri tedavi taleplerinin doğmasına yol açar. Connolly ve Gipson (1978) büyük oranda kozmetik gerekçelerle rinoplasti yapılmış 86 hastadan 32'sinin, 15 yıl sonra ağır bir nevroz sergilemekte ve altısının şizofreniye yakalanmış olduklarını bildirdiler. Bununla birlikte, hastalık veya yaralanma yüzünden benzeri bir ameliyat geçirmiş 101 hastanın yalnızca dokuzunda ağır nörotik yetiyitimi ve birinde şizofreni vardı.

Bu, psikiyatrlarla estetik cerrahların birlikte yürüttükleri odaklı araştırmalara çok gerek duyulan bir alandır. Medyada sıklıkla resmedilen bedensel kusursuzluğun birçok

bireyin gözünde tüm değerlerin üzerine çıktığı toplumumuzun doğası yüzünden sorun çok daha büyümüştür.

**Olgu 6**

Kırk yaşında, boşanmış, yaşından çok daha genç gösteren bir adam 'çok ağrı veren çene çıkığı'nı düzelttirmek üzere cerraha başvurmuştu. Yalnızca çenesinin çıkık olduğu gerçeğiyle uğraşıyordu, bunun sonucunda dişlerinin çarpıldığını ve üst üste bindiğini öne sürüyordu.

Davranışlarındaki değişikliğin öyküsü üç yıla uzanıyordu; kendini iyice soyutlamıştı. 'Hayatta yaptığı her şeyde mükemmeliyetçi' olduğunu kabul ediyordu. Aynaya bakmaktan nefret ediyordu, bunun gençliğinde çok zor gerçekleştirilmiş bir diş çekimiyle başladığını söylüyordu – çenesi 'yerinden sökülmüş ve daha çıkık hale gelmişti'.

Daha o sıralarda bile bazı saplantılı kişilik özellikleri bulunmakla birlikte çocukluğu mutlu geçmişti. Kendini 'Daima kendime çok güvenirdim ve aklıma koyduğum her şeyi yapabilirdim' şeklinde tanımlıyordu. Daha sonra, şu anki sorununa göndermede bulunarak, 'Bunun tamamen kendi elimde olmasını isterdim, ama bunu düzeltmeleri için başka insanlara muhtacım; ya yapmıyorlar ya da yapamıyorlar, bu yüzden ben de bunu aklımdan çıkartamıyorum – bir türlü bununla uğraşmadan yapamıyorum'. Okulda mutluydu, ancak ulaşabileceğini bildiği akademik standartlara ulaşamamıştı. Yirmi yaşında evlenmişti ve çocuk yüzünden kavga ettikleri için 26 yaşındayken boşanmıştı. Uzun süreli başka ilişkileri de olmuştu, ama şu anki eşinin toplumdan yalıtılmışlıkları yüzünden sıkıntı çektiğini söylüyordu.

Öyküde depresif epizotlar ve intihar düşünceleri vardı. Paradoks olarak, intiharın bir kaçış yolu olduğunu fark ettiğinde geriliminin azaldığını belirtiyordu. Çenesiyle ilgili sarsılmaz hipokondriyak inancı dışında hastanın ruhsal durumu normal gözüküyordu, ancak saplantılı kişilik özellikleri belirgindi.
Başlangıçta klomipraminle tedavi edildi, ancak hiç etki gözlenmedi. Daha sonra, hem diş hekimleri hem de ruh sağlığı

ekibinin ortak çalışmasıyla, pimozidle başarılı biçimde tedavi edildi.

**Olgu 7**

On sekiz yaşında genç bir erkek kulaklarının büyüklüğü yakınmasıyla başvurdu. Okulda onunla alay ettiklerini ve itip kaktıklarını söylüyordu, 11 yaşındayken kulaklarının kepçe oluşuyla dalga geçtiklerini anımsıyordu. Yüzmeye gittiğinde, özellikle kulaklarını düşünüyordu ve giderek yüzmeyi ve diğer spor etkinliklerini bırakmış, kendini iyice insanlardan soyutlamıştı.

Aşırı uğraşısı arttıkça giderek yetiyitimine uğramıştı. Dışarı çıkıp iş arayamıyordu ve depresif hal aldı. Bir intihar davranışı olarak bileklerini yüzeysel biçimde kesmişti.

Bireyleri birbirine yakın bir aileden geliyordu. Büyükannesi, sekiz çocuk ve 25 torunun bulunduğu ailedeki baskın kişilikti. Babası otoriterdi ve annesinin 'sinirleri bozuk'tu. Erken gelişimi diğer çocuklarındakinden daha yavaştı. Belirgin derecede saplantılı bir kişiliği vardı, hijyenle ve dış görünümüyle aşırı uğraşıyordu.

Muayenede gergin ve depresifti ve kulaklarının büyüklüğü ve şekliyle aşırı uğraşıyordu. Tepkilerinin abartılmış olma olasılığını tartışabiliyordu ama yine de, yanıtın plastik cerrahide yattığına inanıyordu, sonuç doyurucu olmasa bile. Biçimsel bir depresif hastalık veya psikoza ilişkin bir belirti yoktu. IQ'su ortalamanın donuk ucuna daha yakındı.

Tanı beden dismorfik bozukluğu idi ve bilişsel davranışçı tedavi uygulandı.

## Etiyoloji ve Psikopatoloji

Sendrom hemen her zaman non-spesifiktir; ya paranoid bir bozukluk olarak tek başına, ya da hem işlevsel hem de organik başka durumların bir semptomu olarak ortaya çıkar. Bozukluğun saf biçimi, kesinlikle diğer hipokondriyak durumların geniş yelpazesiyle ilişkilidir. Bunlar yelpazenin bir ucunda sağlıkla ilişkili nörotik anksiyeteden

(çeşitli hastalıklara yakalanmış olduğuyla sürekli aşırı uğraşmadan değişiktir), diğer uçta yer alan belli bir hastalık veya sakatlığı olduğuna dair sanrısal inanca dek uzanır. Bu aralıkta dismorfofobi, venerofobi (cinsel temasla bulaşan hastalıkları kapma fobisi) ve kanserofobi de yer alır.

### Kalıtım

Kardeşlerin yaklaşık % 40-45'inde saptanan diğer biçimlerde psikiyatrik bozukluklara bakarak ailede ruhsal bozukluk öyküsünün sık olduğu söylenebilir.

### Biyolojik Etmenler

Skott (1978) organik beyin hastalığı varmış gibi duran birçok hasta saptadı. Yazarın katkıda bulunuyor olabileceğini düşündüğü diğer fiziksel durumlar arasında hipertansiyon, kalp yetmezliği ve serebral arteriyopatik dejeneratif değişiklikler sayılabilir. Bununla birlikte, Skott bazı hastalarda fiziksel durumlar ön plana çıkmasına karşın, bunların ne sanrıların altında yatan tek neden, ne de en önemli etmen olmadıkları sonucuna vardı.

Daha yakınlarda, başka araştırmacılar da sanrısal parazitozla diğer fiziksel bozukluklar arasında görünürde bir ilişki olduğunu bildirdiler. Bunlar arasında hipoparatiroidizm (Trabert, 1985); Huntington koresi (Harper ve ark., 1990); ve Alzheimer hastalığı (Renvize ve ark., 1987) yer alıyordu. Bununla birlikte, olguların çoğunluğu açık organik beyin bozukluğuyla ilişkili değildir.

### Psikodinamik Etmenler

İnfestasyon (böceklenme/kurtlanma) sanrılarının ortaya çıkmasına neden olan altta yatan psikoz ister affektif, ister

şizofrenik, paranoid veya isterse organik, ne olursa olsun, psikodinamik formülasyonlar önemlidir. Bu açıdan en önemli iki özellik *suçluluk duygusu* ve *yansıtma*dır.

İşin ilginç yanı, böceklenme/kurtlanma sanrıları daha sık kadınlarda ortaya çıkarken dismorfofobik durumlar (*anoreksiya nervoza* hariç) erkeklerde (özellikle genç erkeklerde) çok daha sıktır. Hipokondriyanın hangi şekli alacağını belirleyen cinsel rol ve etkinlikler olabilir. Bu bağlamda, büyük olasılıkla istemediği halde gebe bırakılmış, bekâretini kaybettiği için utanç içinde veya cinsel temasla bulaşan bir hastalığa yakalanmış (ille sifiliz olması gerekmez, bu uyuz da olabilir) bir kadın pekâlâ da kirlenmiş, hatta böceklenmiş olduğunu hissetmeye başlayabilir. Diğer yandan BDB'li erkekler, toplumsal veya cinsel iktidarsızlığa yol açacağına emin oldukları şekilsiz bir burunları veya başka sakatlıkları olduğuna inanabilirler.

Geleneksel olarak kötülük görme tipinde veya hatta grandiyöz tipte paranoid psikozlar, hastanın duygularını çevresine yansıtması şeklinde kavramsallaştırılır. Öyle ki bunların kendisine geri yansıtılması, başka insanların ona eziyet çektirdikleri veya kötülük ettiklerine inanmasına yol açar; manik paranoid durumlarda ise, bir şekilde yüceltildiğine ve bu tür kötülüklerin üzerinde olduğuna inanır. Cotard sendromunda, nihilistik ölüm ve çürüme sanrıları ortaya çıktığında, hasta kendi kendisinin yargıcı ve celladı olarak görülebilir. Benzer şekilde, pire, bit veya başka haşaratın istilasına uğradığından yakınan hasta, psikotik biçimde kendini kirli olmakla suçluyor olabilir, daha önce de belirtildiği gibi bu fikrin suçluluk yüklü cinsel anlamları olabilir.

## Sanrısal Bozuklukların Nozolojisi

ICD-10 ve DSM-TV'te tanınan bir kategori olan Ekbom sendromu sanrısal bozukluklara çarpıcı bir örnektir. Önceleri bu tür sanrısal bozukluklar, 19. yüzyıl sonlarına dek iyi tanınan bir hastalık olan paranoya şeklinde adlandırılıyordu. Ancak Gregory ve Smelzer 1977 yılında bu tanının geçersiz sayılması için uğraşmaya başladılar, 1980 yılında *British Medical Journal*'daki bir editör makalesinde 'paranoyanın artık moda bir terim olmadığı' belirtildi. Ancak Bernard Shaw'un da dediği gibi, 'modaların modası çoktan geçmiş'ti ve kavramın 1987'de DSM-III-R'de 'Sanrısal Bozukluklar' kılığına bürünmüş halde de olsa, yeniden gündeme getirilmesi şaşırtıcı olmadı.

Paranoya/sanrısal bozukluk sürekli ve inatçı bir sanrısal sistemle karakterize olduğu için önemli bir kavramdır. Sınırları oldukça belirli (enkapsüle) olmasına ve kişiliğin ve psikososyal işlevselliğin geri kalan yönlerini etkilememesine karşın, hasta bu sisteme fanatik bir şiddette tutunur. Varsanılar çok nadiren ortaya çıkar, çıktıkları durumda da tabloya egemen olmazlar ve tipik olarak sanrısal inanışla yakından bağlantılıdırlar. Hastalık kroniktir ve sıklıkla yaşamboyu sürer, ancak şizofreninin başlıca özellikleri hiç görülmez.

Bu bozuklukta diğer birçok psikotik durumdakinden daha belirgin, özgül bir spektrum vardır. Bir yanda, gerçeklikle bağlantı daha fazla gibi durmaktadır. Sanrıların şiddeti farklı zamanlarda belirgin dalgalanmalar gösterebilir. Belli zamanlarda içgörü korunmuş izlenimi verir. Ancak öte yanda, içgörü tümden yitirilmiş olabilir, işte o zaman sanrısal inanış, aksine tüm uslamlamalara karşın sarsılmaz.

## Tedavi

Ekbom sendromuna tedavi yaklaşımı izleyen ilkelere dayandırılır:

- Bozukluk başka bir durumun bir semptomu olarak ortaya çıkıyorsa, tedavi buna yöneltilmelidir. Sözgelimi güçlü affektif bir öğe varsa, EKT veya diğer antidepresan tedaviler belli bir derecede rahatlama sağlamakta başarılı olabilir (Gupta ve ark., 1986; Dowson, 1987).
- Bozukluğun tek başına bulunduğu olgularda ilk seçilecek tedavi antipsikotik ilaçlardır. Pimozid denenmeye değer, ancak yandaşlarının (Munro, 1978; Avnstorp ve ark., 1980; Lindskov ve Baadsgaard, 1985; Mitchell, 1989) savlarına karşın, diğer nöroleptiklerden üstün olduğu kesin olarak kanıtlanamamıştır.
- Özellikle uygun ilaçlarla birlikte uygulandığında psikoterapötik bir yaklaşım yararlı olabilir. Bir *folie imposée* olgusunda, baskın ortak olan 'böceklenmiş' hastada tek başına birkaç haftalık destekleyici psikoterapiyle semptomsuz remisyon bildirilmiştir (Macaskill, 1987).

## Prognoz

Sanrısal parazitoz olgularının çoğunda semptom bir kez yerleştikten sonra, genellikle tedaviye yanıtsız gibidir. Semptomun tek başına var olduğu veya organik olarak belirlendiği olgularda prognoz daha kötü ve kronikleşme eğilimi daha fazla olabilir.

Sonlanım şekillerinden biri olarak intihar da bildirilmiştir (Bebbington, 1976). Hunt ve Blacker (1980) dumanla dezenfekte etmek çabasıyla birkaç dairede yangın çıkaran bir erkek olgu tanımlamış ve bu tür bir hastanın başkaları için nasıl tehlike oluşturabileceğine işaret etmişlerdir.

# Kaynaklar


Avnstorp, C., Hamaan, K. and Jepsen, P.W. (1980) *Ugeskr Laeger*, 142,-2191.

Bebbington, P. (1976) *Br J of Psychiat*, 128,475.

Bourgeois, M., Rager, P., Peyrie, F.Nguyen-Ian, A. and Etchepare, J.J. (1986) *Ann Med Psychol*, 144,659.

Connolly, F. and Gipson, M.(1978) *Br J Psychiat*, 132,458.

Davidson, M. and Mukherjee, S. (1982) *Am J Psychiat*, 139,1623.

Dohring, E. (1960) *Munch Med Wochenschr*, 102,2158.

Dowson, J.H. (1987) *J Neurol Tranam (Suppl.)*, 23,121.

Edwards, R. (1977) *Br Med J*, 1,790.

Ekbom, K.A. (1937) *Om. de. s. k. parasitofobierna. Svenska Psykiatriska Foreningens Fordandlingar*, Stockholm.

Ekbom, K.A. (1938) *Acta Psychiatr Scand*, 13,227.

Eller, J.J. (1929) *NY Med J*, 129,481.

Evans, P. and Merskey, H. (1972) *Br J of Med Psychol*, 45,19.

Gregory, I. And Smelzer, DJ. (1977) *Essentials of Clinical Practice with Examination Questions, Anwers and Comments*. Little Brown, Boston.

Gupta, M.A., Gupta, K.A. and Haberman, H.F. (1986) *J Am Acad Dermatol*, 14,633.

Harper, P.5., Morris, M.J. and Tyler, A. (1990) *Br J Med*, 300,1089.

Hunt, N.J. and Blacker, V.R. (1980) *Br J Psychiat*, 150,713.

Iwn, C.O. and Akapta, O. (1989) *Br Dent J*, 167,294.

Lindskov, R. And Baadsgaard, O. (1985) *Acta Derm Venereol*, 65,267.

Macaskill, N.D. (1987) *Br J Psychiat*, 155,261.

Malasi, T.H., El-Hilu, S.R. et al. (1990) *Br J Psychiat*, 156,256.

Maneros, M., Deister, A. and Rohde, O. (1988) *Psychopathology*, 21,267.

McElory, S.L., Phillips, K.A. and Keck, P.E. *J. Clin Psychiat*, 54,389.

Mester, H. (1975) *Psychiat Clin N Am*, 8,339.

Mitchell, C. (1989) *Br J Psychiat*, 155,556.

Morris, M. and Jolly, D.J. (1987) *Br J Psychiat*, 151,272.

Morris, M., Moss, G.M. and Jolly, D.J. (1988) *Geriat Med*, 18,57.

Morselli, E. (1886) Boll Accad Sci Med *Genova*, 6,100.
Munro, A. (1978) *Arch Dermatol*, 114.
Musalek, M. and Kutzer. E. (1989) *Wiener Klin Wochenschr*, 101,153.
Myerson, A. (1921) *Boston Med Surg J*, 184,635.
Perrin, L. (1896) *Ann Dermatol Syphilgraph*, 7,129.
Renvoize, E.B., Kent, J. and Klar, H.M. (1987) *Br J Psychiat*, 150,403.
Schrut, A.H. and Waldron, W.G. (1963) *J Am Med Ass*, 186,429.
Skott, A. (1978) *Delusions of Infestation, Ekbom's Syndrome*. Goteburg Sweden.
Thieberge, G. (1894) *Ann Psychiat Neurol*, 5,730.
Trabert, W. (1985) *Psychiat, Neurol Med Psychol* (Leipzig), 37,648.

# XI

# ÇARPILMA DURUMLARI VE BAĞLANTILI SENDROMLAR

# Çarpılma Durumları ve Bağlantılı Sendromlar

*Akıl kendisinin diyarıdır ve kendi içinde*
*Cehennemi Cennete, Cenneti de Cehenneme*
*dönüştürebilir*

Milton (1667)

Bu bölümde, çarpılma (*possession*; veya cin çarpması, içine kötü ruh girmesi, cezbedilme vs., -çn.) durumları ve bununla bağlantılı bozukluklar ve fenomenler gözden geçirilecek. Çarpılma durumu, kişide (bazen başkalarında da) semptomlarının, yaşantılarının ve davranışlarının genellikle şeytansı, doğaüstü güçlerin etkisi veya denetimi altında olduğuna dair sanrısal veya başka türlü bir inanç bulunmasıdır. Cin çarpmasının/çarpılmanın mutlak bir gerçeklik olup olmadığını yargılamıyoruz. Burada ele alınan, düşünce alanında sözde aydınlanma olalı yüzyıllar geçmesine karşın, toplumumuzda ve kültürümüzdeki bazı bireyler üzerinde bu tür inanışların hâlâ güçlü etkilere sahip olmasıdır.

Üstelik, insan olma durumunun ruhani (doğası ne olursa olsun) bir boyutu olduğu ve değişen derecelerde olsa da, bütün insanların ruhani gereksinimleri olduğu kabul edilmektedir. Bu yüzden, ağır akıl hastalığına eşlik eden ıstırap ve sıkıntıların zaman zaman, şeytani bir içeriği bulunan patolojik düşünceler, algılar ve diğer anormal yaşan-

tılarla ortaya dökülmesi şaşırtıcı olmaz. Demek ki, daima hastalarına uygun yardımı sunacak konumda olabilmek için, olayın bu yönlerine dair bilgi edinmek her psikiyatrın boynunun borcudur.

### Tarihçe

Cin çarpması ve bağlantılı konular üzerine öyle çok şey yazılmıştır ki, bunun gibi bir kitabın tek bir bölümüne kapsamlı bir derleme sığdırmak olanaksızdır. Bu yüzden kendimizi büyük tarihsel öneme sahip ve çarpılma durumlarının psikopatolojisinin anlaşılması açısından bağlantılı olan yazılarla sınırladık. İzleyenler kaçınılmaz olarak Avrupa merkezlidir.

### Kilisenin İlk Yılları

Yeni Ahit içinde yer alan dört İncil'in hepsinde de, sonraları İsa olarak tanınacak olan adamın mucizelerinde şeytan çıkarmanın önemli bir rol oynadığına kuşku yoktur. Sözgelimi;

> Tam o sırada içine kötü ruh girmiş olan adam havraya girdi ve haykırdı, 'bizden ne istiyorsun, Nasıralı İsa? Bizi mahvetmek üzere mi geldin? Senin kim olduğunu biliyorum – sen Tanrı'nın kutsal elçisisin!' İsa ruha emretti 'Sus ve adamın içinden çık!' Kötü ruh adamı fena halde salladı, yüksek bir çığlık attı ve adamın içinden çıktı.
>
> Markos 1:23-26

Hastalıkların iyileştirilmesiyle koşut tutulsa da, yukarıdaki gibi şeytan çıkarmalar (egzorsizm) bir şekilde olağandışı kabul ediliyordu:

> Onunla ilgili haberler bütün Suriye'ye yayılmıştı, öyle ki insanlar bütün hastaları, her tür hastalık veya derde tutulmuş olanları ona getiriyorlardı: meczuplar, saralılar ve felçliler – ve İsa hepsini iyileştirdi.
>
> Matta 4:24

Aziz Paul'ün vaizliği üzerine yazılanlar (*Acts* [Vazifeler], 16:18; *Acts*, 29:12) ve Tertullianus (*Apologet*; kiliseyi savunan ilahiyat dalı, -çn.) ve Origen (*C. Celsum*, VII, 4 P.G. 1425) gibi ilk kilise rahiplerinin yazdıklarına bakılınca, şeytan çıkartmanın Hıristiyanlığın ilk yıllarında ve yüzyıllarında yerleşik bir uygulama haline geldiği anlaşılır. Bu gelenekler günümüze dek kilisede varlıklarını korumuşlardır.

**Ortaçağ**

1484'te, *Papa VIII. Innocent'in Papalık Bülteni* ve üç yıl sonra da Sprenger ve Kraemer'in *Malleus Maleficarum*'u (şeytanın çekici, kötülerin tokmağı, -çn.) yayımlandı. Bu ikinci eser, büyücülüğü ele veren işaretleri ve cadı zanlılarının yakalanması ve sorgulanması (genellikle işkenceyle) sırasında benimsenecek yolları ayrıntılı olarak anlatıyordu. Büyücülük genellikle cin çarpmasının temeli olarak görülüyordu ve cadıların şeytanın ajanları olduklarına veya onunla çok samimi ilişki içinde bulunduklarına inanılıyordu. Geç ortaçağın cadı avlarının merkezinde bu kitap yatar.

Ortaçağlardaki cin çarpmalarına ilişkin hem tarihte hem de edebiyatta dikkate değer birçok örnek bulunabilir. Bunlardan biri de, Hemşire (Soeur) Jeanne des Anges olgusuydu. Loudun'daki Ursulin Manastırı'nın baş rahibesi olan bu kadın, 1632 yılında manastırdaki diğer rahibelerle birlikte, Cizvit Papazı Urbain Grandier'nin entrikaları sonucunda ruhlarını şeytana kaptırmış olmakla suçlanmış-

lardı. Bu olayın psikopatolojik yorumu 1886 yılında Legue ve Gilles de la Tourette tarafından yapıldı. Daha sonra aynı konu Aldous Huxley ve oyun yazarı John Whiting tarafından da ele alındı.

Hemşire Jeanne ve rahibelerinde gözlenen konvülsiyonlar, Arthur Miller'in *Cadı Kazanı* (*The Crucible*) adlı oyununda çok canlı biçimde sahneye aktardığı Salem Cadıları olayındaki Abigail ve yardımcılarının sergilediklerine çok benzerdi.

## Modern Çağ

1921'de Oesterreich *gerçek* cin çarpmasını çarpılmanın açıkça akıl hastalığının belirtisi olduğu durumlardan ayırdı:

> Bunlar sadece ... çok farklı kökenleri olabilen hezeyan vakalarıdır. En hafif vakalar eğitimsiz kişilerin başına gelenlerdir, hastalıkları, özellikle de psişik tabiatta olanları açıklamak için kaba bir çarpılma fikrini benimserler. Çarpılma hezeyanının ortaya çıktığı daha ciddi vakalar, paranoyaklar, felçliler ve halüsinatuar fikirlere yol açan akıl hastalıklarına tutulmuş olanlardır. Şeytan çıkartma bu tür tutulmalarda işlemez, işlese bile, anında yeni bir yanılsama eskisinin yerini alacaktır.

*Gerçek* çarpılma derken, Oesterreich'ın bu tür bir cin çarpmasının gerçekten var olabileceğini düşündürtmek istemediğini belirtmeliyiz. O, *gerçek çarpılma*nın iki ana biçimde ortaya çıktığına inanıyordu: 'Uyurgezer' veya *histerik* biçim ve 'uyanık' veya *saplantısal* biçim. Saplantısal biçimi histerik olandan ayıran, ego katılımının yokluğudur. Ego, sözde şeytanın kişinin ruhunu tümden ele geçirmesini önler gibi durmaktadır, ancak tutulan kişi, görünürde içinde-

ki şeytanın emrettiği, son derece çarpık ve itici tarzda davranma zorlantısından, iradesini kullanarak kurtulamaz.

Buna karşın, uyurgezer veya histerik kökenli olarak tanımlanan çarpılma çeşidi daha ilginçtir. Tıpkı bir uyurgezerin farkında olmadan bir dizi karmaşık eylemi yapabilmesi gibi, histerik olarak ruhunu kaptırmış kişi de, güya tümüyle içindeki şeytanın emrinde, benzer şekilde davranır.

Freud (1946) da çarpılma üzerine yazmış ve ünlü bir çarpılma olgusu olan ressam Christoph Haizmann'ın günlüğünün analizini yapmıştır –*On Yedinci Yüzyılda Ortaya Çıkan Bir Ruhunu Şeytana Kaptırma Nevrozu* (*A Neurosis of Demonical Possession in the Seventeenth Century*). Freud gerçek çarpılmanın yaygın nevrotik hastalığın bir belirtisi olduğunu düşünüyordu. Şunları yazmış:

> Şeytanın insan ruhunu ele geçirmesi olguları günümüzdeki nevroza karşılık gelir; nevrozu anlamak için bir kez daha pişik güçler kavramına dönmeliyiz. Eski günlerde kötü ruhlar olduğu sanılan şeyler günümüzde kötü ve temel arzular olarak bilinir, reddedilmiş ve bastırılmış itkilerin türevleridir. Ortaçağa ait bu görüngülerin açıklamasına yalnızca bir açıdan katılmıyoruz; o da bunları dış dünyaya yansıtmaktan vazgeçmiş olmamız, bunların kökenini, ortaya çıktıkları hastanın iç yaşantısında aramamız.

1975 yılında bir psikanalist olan Ehrenwald, çarpılma sendromunun dört farklı biçimini birbirinden ayırdı:

1. İçlerindeki ruhsal çatışmaları dış gerçekliğe yansıtarak (bastırılmış içgüdüsel arzularla boğuşarak [Osterreich'ın *saplantılı* biçimi]) veya disosiasyona (çözülmeye) dayalı bir trans haline yol açan dramatizasyonla (*histerik* biçim) 'çarpılmalarını eyleme dökenler.
2. Bir psikozun içeriğine patoplastik renk katan organik veya işlevsel patoloji üzerine etki eden kişisel veya kültüre bağlı etmenlerin varlığı.
3. Çarpılma fikirlerinin 'başlatma ve bulaştırma' yani kitle telkinine dayalı olduğu durumlar.
4. Paranormal biçimler, 'örneğin transa geçen medyumun küçük telepatik ipuçlarını yakalaması gibi' durumların görünürde özerk bir kişiliğin kumaşına dokunması.

Çağdaş yazarlardan bazıları da bütün cin çarpması olgularının tanınabilir bir ruhsal bozukluğa bağlanamayacağını öne sürmüşlerdir. Çarpılmanın ruhsal hastalık için karakteristik olmayan özellikler içerdiği ve çarpılanların (meczuplar) (psikoza tutulanların aksine) nesne gerçekliği duygusunu yitirmedikleri söylenmiştir (Cooper, 1975; Sall, 1970). Özellikle Sall, çoğu sapkın davranışların doğal nedenlerle açıklanabilir olduğuna katılmakla beraber, günümüzde de cin çarpması olasılığının var olabileceğini düşünmektedir. Prins (1990) 'Teolojik (İlahi) açıklamaların gerekli olduğu görüşü akla yakındır, çünkü bazı olgulardaki bütün gerçekler incelendiğinde diğer açıklamalar yetersiz kalmaktadır' derken buna katılır gibidir. Bu elbette okurun kendi görüşlerini oluşturması gereken bir konudur.

Günümüzde bile, dönem dönem kişi çarpıldığına inandığından veya şeytan çıkarma çabası yüzünden ölüm olabilmektedir. Buna iyi bir örnek, Mart 1975'te Güney Yorkshire'daki Ossett'te olanlardır. Bütün bir gece süren şeytan

çıkarma ayininin ardından evine dönen 31 yaşındaki bir adam, onu da kötü ruhlardan arındırmak için karısını vahşice öldürmekle suçlanmıştı (*Times*, 24 Nisan).

Tam da bu kitabın ikinci baskısı için bu bölümün ilk kez yazıldığı hafta, aynı gün içinde buna benzer iki haber yayınlandı. Biri eski Batı Almanya'da epilepsisi olan ve onu çarptığına inandıkları cinlerden kadını kurtarmak isterken açlıktan öldüren iki Roma Katolik kilisesi papazıyla ilgiliydi. Diğeri, komşuları tarafından 'büyücü' olarak tanınan 24 yaşında bir Fransız kadınıyla ilgiliydi. Kırk altı yaşındaki bir rençperi yatağına bağlamış ve onu içindeki kötü ruhlardan arındırmak için, adama yalnızca kutsamış olduğu tuz ve su dışında hiçbir şey vermemişti. Neyse ki durum polise bildirilmiş ve bir hafta sonra kurban zayıf ama zarar görmemiş halde kurtarılmıştı.

Daha yenilerde, Norwich'de 42 yaşındaki Çinli bir adam akıl hastası olan kız kardeşini, ruhunu ele geçirdiklerine inandığı şeytansı güçlerden arındırmak için giriştiği tuhaf bir eylemle, üzerinde zıplayarak öldürmüştü (*Eastern Daily Press*, 13 Eylül 1994).

### Olgu Sunumları

#### Olgu 1

Batı Hint Adaları St. Kitt's'den gelmiş bir kadın olan, 22 yaşındaki S.W. özellikle pelvik bölgesindeki 'korkunç hisler', 'her tarafındaki ağrılar', 'sanki bir şey içini kemirirmiş gibi içi boşalmış hissetmek' yakınmalarıyla ilk kez yatırıldı. Ayrıca iştah kaybı, zayıflaması, uykusuzluğu ve hemen o anda ölüverecekmiş hissi vardı.

Bütün semptomlarının kendisine yapılan büyünün sonucu olduğunda ısrarlıydı, çocukken kötü niyetli bir teyzesi ona iğrenç bir madde yedirmiş ve donuyla bir şeyler yapmıştı. Üç yıl önce, 19 yaşındayken evlenmiş, gebe kalmış ancak kısa süre

sonra çocuğunu düşürmüştü. Bu talihsizliği büyülenmesine bağlıyordu. Bu, İngiltere'den Batı Hint Adalarına dönmesine yol açmıştı. Guadalup'ta gittiği bir büyücü doktor ona hayatını kurtardığını ısrarla söylediği bazı tabletler vermişti. Bundan sonra nasıl kıllarla kaplı bir parça taze donyağı kustuğunu, daha sonra da makatından benzeri parçalar geldiğini anlattı. Yaklaşık aynı zamanlarda, bir gece Kutsal Ruh'un kendisini 'ziyaret etmiş' olduğunu öne sürüyordu.

İngiltere'ye döndükten sonra durumu yine kötülemişti, hastaneye ilk yatırıldığında yine kusuyordu ve ara ara olan bir idrar yolları enfeksiyonuna bağlı bacaklı ateşi vardı, ki bu çok geçmeden denetim altına alındı. Keşfedilebilen tek başka fiziksel anormallik ankilostomiyazis (kancalı kurt) idi ve bu da tedaviye doyurucu yanıt verdi.

Katı bir disiplinle yetiştirilmişti ve çocukluğu kâbuslar ve noktürnal enürezisle sıkıntılı geçmişti, ama duygudurum salınımları olsa da, her şeye rağmen kendini neşeli bir insan olarak yetişmiş kabul ediyordu. Ayrıca mahcup biri olduğunu ve cinsel konuların onu kolayca utandırdığını söyledi. Dinin yaşamında çok önemli rol oynaması ve başlıca ilgisinin İncil okumak olması da kayda değerdi. Büyük babası Metodist bir vaizdi.

On bir kez EKT uygulandı ve durumu bu tedaviye yavaş yavaş yanıt verdi. Bir noktada menstrüasyonu geciktiği için doğan olağandışı stres prognozunu kötüleştirecek gibi oldu. (Hastanın da paylaştığı Batı Hint inanışına göre, menstrüasyon gebelik olmadığı halde geciktiyse, kocasının evlilik dışı bir ilişkisi var demekti. Bununla birlikte, kendi durumunda alternatif bir açıklama olabileceğini kabul etti.) Son olarak, birçok psikoterapötik görüşmeden ve Kutsal Ruh'un diğer bir 'gece ziyareti'nden sonra, durumu büyük düzelme gösterdi ve taburcu edildi.

Bir süre tam iyilik halini korudu, yeniden gebe kaldı ve hiç sorun çıkmadan bir oğlan doğurdu. Bu mutlu olaydan bir iki hafta sonra, rutin bir izleme muayenesinde bebeğiyle görüldüğünde semptomsuz olduğu kaydedildi. Bu görüşmede has-

talığı ve kaynağına ilişkin görüşleri sorulduğunda gülümsedi ve hafifçe utanarak bunu tümden unutmuş olduğunu söyledi.

Üç yıl sonra, belirgin hipokondriyak sanrıların eşlik ettiği ileri derecede retarde bir depresyonla yeniden yatırıldı. Karnında 'cehennem kazanlarının kaynamasına' benzer korkunç bir fokurdama, karın ağrısı, 'içi ölmüş gibi hissetme' ve ilk hastalığındakilerle tam olarak aynı sanrısal büyülenme fikirlerini de içeren çoklu somatik semptomları vardı. Bir kez daha EKT ile tedavi edildi, yedi tedaviden sonra orta düzeyde iyileşme göstermişti ki kendiliğinden hastaneden çıktı. Aynı yıl depresif durumunda bir miktar artışla bir kez daha yatırıldı. Bu kez EKT'yi reddetti, o yüzden amitriptilinle tedavi edildi. Başlıca yakınmaları, önceki gibi, karnında fokurdama ve oğlunun doğumundan beri olan frijiditeydi, bunu da büyü yapılmış olmasına bağlıyordu. Tedaviyle depresyonu kalktı, somatik semptomları ve bunlarla ilişkili alınma fikirleri yok oldu ve frijiditesi düzeldi. Yine de kendisine büyü yapılmış olduğunda ısrarlıydı.

İki yıl sonra, öncekilerle tıpatıp aynı semptomlarla bir kez daha yatırıldı. İlk başta kendiliğinden düzelme gösterdi, ancak sağ baldırındaki derin ven trombozunun ardından belli ölçüde nüks ortaya çıktı. Antidepresan ilaçlarla birlikte üç kez EKT uygulandı ve sanrısal büyülenme fikirlerinde biraz azalma oldu. Taburcu edilirken artık kendini yıllardır hissetmediği kadar iyi hissettiğini söylüyordu. Bundan sonra durumu görece iyi olmayı sürdürdü, 3 günlük yeni bir yatışı olduysa da, gözlemlenen davranışları diğer seferlere kıyasla çok daha fazla ilgi çekme amacı güder gibiydi. Bazen yere uzanıyor, boşluğa gözlerini dikiyordu, bazen serviste dans ederek dolaşıyor, sık sık kahkahalar atıyor ve insanların canını yakmaya çalışır gibi yapıyordu. Önceki depresif semptomlarının hiçbiri yoktu ve davranış bozukluğu 24 saat içinde düzeldi, kendisi de taburcu olmak istediğinden, onu daha fazla hastanede tutmaya gerek görülmedi.

Çoğu açıdan bu kadının hastalığı, karmaşıklaşmamış yineleyici depresif bozukluk olarak görülebilir. Çarpılma/büyülenme özellikleri patoplastik renklenme örnekleridir ve hastanın kültürel zemini bağlamında anlaşılabilirler. Ancak burada son derece ilginç olan özellik kıllarla kaplı yağ parçaları kusma ve dışkılama öyküsüdür. Bu özel durum ortaçağ demonoloji (cinlerin ve şeytanın varlığına inanmayı telkin eden ilim, -çn.) yazılarmda tanımlanmıştır. Guazzo *Compendium Malificarum* (*Kötülüklerin Özeti*) başlıklı kitabında Cornelias Gemma'nın 15 yaşındaki bir kızla ilgili anlattıklarını aktarır. 1571 yılında kız çok çeşitli nesneler kusmuş ve dışkılamıştır, bunlar arasında 'yaşlı köpeklerden dökülenlere benzer ... kıllar' vardır.

İzleyen olguda hastanın anonimliğini korumak üzere yalnızca belli özellikler sunulmuştur:

**Olgu 2**

Genç erişkin bir erkek, çocuklara karşı işlediği ciddi cinsel suçlar nedeniyle mahkûm edildiği cezaevinde görüldü.

Çocukluk yılları boyunca orta derecede *hal ve gidiş bozukluğu* sergilemişti. Zekâsı normaldi ve okuyup yazmayı ve sayı saymayı zorluk çekmeden öğrenmişti. Cinsel kimliğine ilişkin bir miktar konfüzyonu vardı ve çocukluğunda kendisinden büyük bir ergen tarafından taciz edildiğini öne sürüyordu. Kendi yaşıtlarıyla istikrarlı kişilerarası ilişkiler kurmayı ve korumayı asla başaramamıştı.

Cezaevinde şiddete başvuruyor ve vaktinin çoğunu Şeytan ve vampirlerle ilgili konuşarak veya yazarak geçiriyordu. Eylemlerinin (işlediği suçlar dahil) 8 yaşından beri bir dış varlığın doğrudan denetimi altında gerçekleştiği yolunda sıkı sıkıya tutunduğu inancı dışında psikoza atfedilebilecek hiçbir özellik yoktu. Bu varlık –ona bir de isim vermişti– onunla konuşuyor, genellikle 'derinden gelen, boğuk bir sesle talimatlar veriyordu ve cümlelerden bazı sözcükleri atmak gibi tuhaf bir huyu vardı. Ayrıca geceleri göğsünün üzerine oturan, aşağı

yukarı zıplayan ve soluk almasını engelleyen, gördüğü ve hissettiği 'büyük bir şey' tarafından tekrar tekrar uyandırıldığını anlatıyordu.

Bu hasta açıkça ağır bir kişilik bozukluğu sergiliyordu. Birkaç psikiyatrist tarafından görülmüş ve psikotik olmadığı sonucuna ulaşılmıştı. Dış varlığa ilişkin tanımı histerik cin çarpması durumu olarak adlandırılabilecek duruma özgü birçok işaret taşımaktadır.

Ayrıca, göğsünde oturan bir şeyin varlığıyla uyanma deneyimi ilginç olmakla beraber kolayca açıklanabilir. Bu, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, ortaçağda varlığından Şeytan'ın sorumlu tutulduğu karabasan denen, bir fenomendir. Kâbus anlamındaki karabasan sözcüğü de bu tür bir yaşantıdan türetilmiştir. Bu olguda temelde normal bir fenomendir, ancak hastanın anormal kişiliğiyle ince ince işlenmiştir.

İzleyen olgu çarpılma yaşantısının benzer özelliklerine örnek oluşturur. Bunlar tekrarlayıcı ve basmakalıp yalancı-varsanılı yaşantılar ve bir dış varlığın denetimi altında olma inancıydı – yine buna da kişisel bir isim takılmıştı. Burada da hastanın kimliğini gizlemek üzere ayrıntılardan birçoğu atlandı veya yüzeysel geçildi.

**Olgu 3**

İşlediği son derece ciddi birkaç suç yüzünden müebbet ceza yemiş olgun erişkin bir erkek. Uzun süreli bir hafif suç öyküsü vardı, kişilerarası ilişkileri koruyamıyordu, uzun süre cezaevinde kalmıştı ve strese girdiğinde bilerek kendine zarar veriyordu. Bu özellikler antisosyal ve histriyonik özellikleri ön planda ağır bir kişilik bozukluğuna işaret ediyordu.

Tanıdığı, ama o çocukken ölmüş olan bir dış varlık tarafından nasıl kontrol edildiğini anlattı (son ciddi suçlarından önce bir psikiyatrla görüşmesinde). Bu varlık ona gözüküyor

ve ona, kendisini uymak zorunda hissettiği sözlü talimatlar ve emirler veriyordu.

## Klinik Özellikler

Çarpılma durumlarında, kendi başlarına özgül tanısal anlamı olan herhangi bir klinik belirti yoktur. Çekirdek özellik tutulan kişinin kötü bir ruh, cin, hayalet veya Şeytan tarafından ele geçirildiği inancıdır (inancın doğası ne olursa olsun). Sözde habis bu güç kişileştirilmiş bir biçimden yoksunsa, büyülenme terimini kullanmak daha uygun olabilir.

Açık ki tanımı böylesine belirsiz bir semptomatoloji, psikiyatrik bozukluklar yelpazesinin herhangi bir yerinde bulunabilir:

- *Organik psikoz* – akut konfüzyonel durumlar ve deliryum canlı görsel varsanılarla ilişkili olabilir, bunların içeriği tutulan kişinin geçmişteki inanç sistemlerinden ileri derecede etkilenebilir. Belli yasadışı maddelerin alınması benzer özellikler yaratabilir.
- *Şizofreni* – bu durumda çıkan tuhaf edilginlik yaşantıları hastalar tarafından cin veya şeytan gibi habis bir dış gücün işi olarak yorumlanabilir.
- *Depresif psikoz* – bu durumun bir parçası olan karakteristik suçluluk ve değersizlik duyguları, hastanın bir cin tarafından cezalandırıldığı veya işkenceye tâbi tutulduğuna inandığı patoplastik bir duruma kolayca yol açabilir.
- *Nevroz* – özellikle obsesif-kompulsif bozuklukta rahatsız edici itkiler ve imgeler, kısa bir süreliğine hasta tarafından şeytani dış güçlere atfedilebilir.

- *Kişilik bozuklukları* – yaygın kimlik bozukluğu vardır ve bireyin yaşamı birçok yönüyle kaotiktir, bu da onu madde kötüye kullanımı, cinsel sapkınlıklar, Satanizm ve diğer karanlık etkinliklere yöneltebilir. Histriyonik özellik baskın bir kişilik bozukluğu olan birinde histerik çarpılma durumunun gelişmesine bir örnek verilmişti. Bu durum tekrarlayıcı ve basmakalıp görsel ve işitsel yalancı-varsanılarla karakterizedir.
- *Yas tepkileri* – yakınlarda sevdiklerini yitirmiş insanlar bu kişiyi görebilir, işitebilir ve varlığını hissedebilirler. Kısa süre önce bir kayıp vermiş kişilerin teselliyi ispritizmada aramaları ender değildir.

Bazı yazarlar (çoğu tıp dışı) bir yanda, (tartışma adına varsayalım ki) *gerçek* veya *hakiki* cin çarpması, diğer yanda ise formel tıbbi veya psikiyatrik hastalıklar veya başka bozuklukların gidişi sırasında ortaya çıkan bir *çarpılma sendromu* arasında ayrım yaparlar (Cooper, 1975; Richards, 1984; Robbins, 1984; Perry, 1987). Bu ayrımın etiyoloji ve nedensellik açısından getirdikleri ne olursa olsun, bu çarpılma sendromunun sıklıkla kendine özgü tuhaf özellikler sergilediği söylenir. Bu tür yazılara ortaçağda da rastlanır: Sözgelimi, *Compendium Malificarum*'da Guazzo cin çarpmasına dair 47 belirti ve basit büyülenmeye işaret eden 20 belirti sıralar:

Tutulanlar ani korkulara kapılırlar, kafaları muazzam büyüklükte şişmiş gibidir, beyinleri sımsıkı sarmalanmış veya bir kılıçla delinmiş gibidir. Bazılarının boğazına bir yumru tıkanır, boğuluyormuş gibi hissederler. Bazılarının barsaklarına akut bir sancı girer, midelerinde zorlayıcı bir şişkinlik olur, sanki acımasızca vuruluyor veya kemiriliyorcasına kalpleri sıkışır.

Bu yazarların kaydettikleri çeşitli özelliklerin her vakada değişmez tarzda ve mutlaka bulundukları söylenmez, izleyen şekilde sınıflandırılabilirler:

- *Öykü* – doğaüstü olaylarla uğraşma; yaşamboyu kötü veya ahlaksız davranışlar sergileme.
- *Fiziksel özellikler* – psikosomatik ağrılar; sıra dışı maddelerin kusulması; safra sarısı cilt; aşırı zayıflama; huy halini almış korkutucu bir yüz ifadesi; büyük fiziksel güç.
- Ses değişiklikleri – genellikle müstehcen olan kompulsif laflar; glossolali (anlaşılmayan bir dilde konuşma); tutulan kişiye ait olmayan, genellikle derin ve kaba bir sesle konuşma; tutulan kişinin bilmediği bir dili anlaması ve konuşması; hayvan sesleri çıkarma.
- *Davranışsal değişiklikler* – konvülsiyonlar dahil zorlayıcı hareketler; dua etmeye karşı direnç; küfür etme eğilimi; dinsel simgeler veya törenlerin varlığında belirgin korku sergileme.
- *Zihinsel fenomenler* – trans benzeri bir durum; ayıldıktan sonra amnezi.
- *Diğer 'paranormal' etkinlikler* – medyumluk yeteneği-; poltergeist fenomeni.

Ek olarak Prins (1992) tutulan kişinin çarpılma ile bağlantısı olanlar dışındaki düşünce süreçlerinde 'sağlamlık'tan söz eder, semptomatolojisinde şeytani bir içeriğin bulunduğu akıl hastalarının aksine, doğrudan fikirleri sorulmadıkça cinler veya çarpılma konularını konuşmaktan kaçınırlar.

**Etiyoloji ve Psikopatoloji**

Çarpılma belirgin ve yerleşik bir ruhsal bozukluğun daha geniş klinik tablosu içinde ortaya çıktığında sendromun

patoplastik bir tarzda olduğu düşünülebilir. Bu, hastanın inanç yapısı ve kültürel geçmişinin etkileridir ve sergilenen semptomların içeriğine yansır. Bu kavram, psikotik durumlar olduğu kadar, ağır kişilik bozukluğu durumları için de eşit derecede geçerlidir.

*Gerçek* çarpılmanın var olup olmadığı –yani bir kişinin bedenini ve zihnini ele geçiren cinlerin gerçek olup olmadıkları– bazı yazarların da söylediği gibi, yanıtlanamaz ve büyük oranda bir inanç veya inançsızlık meselesidir. Cinlerin ne varlığı ne de yokluğu bilimsel araştırmalarla kanıtlanamamıştır. Bununla birlikte, temel soruyu yanıtlamaya kalkışmadan da, kültürümüzde çarpılma sendromları veya çarpılma durumlarının gelişmesinde etkili olabilecek bazı etmenleri ele almak olasıdır.

**Psikolojik Etmenler**

Ortaçağ demonoloji kitaplarında bulunan kavram yerine kolayca psikodinamik psikopatoloji kavramlarının konabileceği öne sürülmüştür. Trethowan (1963) bunu sınamak için Guazzo'nun 1608'de ele aldığı, impotansın olası nedenlerini Strauss'un 1950'de ileri sürdüğü nedenlerle karşılaştırmalı olarak inceledi ve bunları *Noktaları Birleştirmek* (*Of Tying the Points*) başlığı altında yayımladı. Strauss fikirlerini psikanalitik terimlerle, Guazzo ise Şeytan'ın işi olarak formüle etmesine karşın, her iki yazar tarafından birbirinden bağımsız tanımlanan çeşitli impotans tipleri arasında çok yakın bir benzerlik olduğu açıkça görüldü. Trethowan, aralarında onları ayıran üç yüz yıl bulunmasına karşın, bu iki formülasyon arasında bir analoji kurmanın kolay olduğunu düşünüyordu. İmpotansın şeytani patolojilere bağlı olduğu görüşünü psikodinamik dile çevirmek için, özgün

Şeytan kavramının yerine Freudyen 'İd' kavramını koydu.

Psikolojik *nedenselliğin* esası, tam da büyülenme fenomeninde yatar gibi durmaktadır. Psikolojik nedensellik, olayların bir kişi veya kişileştirilmiş bir şey onların olmasını istediği için gerçekleştiği inancıdır. Bu, geniş yelpazedeki törensel davranışların yanı sıra, büyüsel inanışlar için de temel oluşturur.

Ele alınması gereken diğer bir etmen insan inancının muazzam gücüdür. Shakespeare bu özel ilkenin çok iyi farkındaydı. *IV Henry Birinci Bölüm*'de Owen Glendower övünerek Hotspur'e 'gayya kuyusundaki ruhları çağırabildiği'ni söyler. Bunun üzerine Hotspur onu paylar:

> *Ve ben sana öğretebilirim ki, Şeytan'ı utandırmak için*
> *Doğruyu söylemek gerek: Doğruyu söyle ve Şeytan'ı utandır*
> *Onu getirebilecek gücün varsa, getir bakalım*
> *Yemin ederim sana, onu utandıracak güç bende var.*
>
> (III. perde, I. sahne)

Ne var ki, ilkel veya incelmemiş denebilecek bu tür tutumların tanımlanması ve bertaraf edilmesi, cin çarpması gibi inanışların nasıl olup da bizimki gibi modern, karmaşık ve bilime bağımlı bir toplumda yaşayan, zekâ ve kültür düzeyi değişik birçok birey üzerinde bu kadar güçlü etki bıraktığını açıklayamaz.

### Toplumsal Etmenler

Prins (1992) çarpılma ve çarpılma durumlarını derlediği yazısında, tarihsel kanıtların, çarpılma ve diğer paranormal fenomenlerin büyük toplumsal kargaşa dönemlerinde ortaya çıkma eğiliminde olduklarını düşündürdüğüne

dikkat çekmiştir. Ayrıca 1970'lerden itibaren medyanın doğaüstü uygulamalara ve törenlere ilgisinin önemli ölçüde artmış olduğunun altını çizer. Gizli törenler sırasında çocukların cinsel tacize uğradığına ilişkin suçlamalar radyo ve televizyon haberlerinde düzenli olarak gündeme gelir olmuştur.

Arthur Miller'in Salem cadıları üzerine yazdığı *Cadı Kazanı* (*The Crucible*) adlı oyunun öyküsü temelde bir cadı avıyla ilişkilidir, bu ABD'de Senatör McCarthy'nin yönetiminin başlattığı duruşmalar çevresinde gelişen çok modern bir cadı avıdır. İnsanların bu özel işlemden büyük zevk aldıklarına kuşku yoktur, bugünkü dilde bile cadı avı kullanılan bir deyiştir.

## Tedavi

Çarpılma sendromlarının tedavisi altta yatan durumun tedavisidir. Bütün olgularda, patoplastik olarak belirlenmiş içeriğe sahip psikotik bir bozuklukta bile, çok özenli ve ayrıntılı bir tıbbi ve toplumsal öykü alınması temeldir. Semptomların psikodinamik olduğu kadar fenomenolojik yönleri de anlaşılmalıdır. Hastanın inanç sistemlerine saygısızlık etmemek de önemlidir.

Uygun tedavi başlandıktan sonra bazı hastalar sorunlarını bir din adamıyla tartışma gereksinimi duyabilirler. Bu durumda psikiyatrla din adamı arasında etkili bir çalışma ilişkisi kurulması esastır, böylece hasta bireysel gereksinimlerine uygun en iyi ve en güvenli tedaviyi görebilir.

## Şeytan Çıkartma (Egzorsizm)

Bu basitçe, kişiler, yerler veya eşyalardan, bunları ele geçirdiğine inanılan cinler veya kötü ruhların kovulması eylemi olarak tanımlanabilir. Şeytan çıkartmanın psikiyatrideki

rolü son derece çelişkilidir. Birçok hasta içindeki şeytanın çıkartılmasını isteyebilir. Bu herhangi bir mutlak öneride bulunmanın olanaksız olduğu bir konudur ve verilebilecek en iyi öğüt her olguyu bireysel olarak ele almak ve zarar vermemek yolundaki Hippokrat yeminine uymaktır.

Hem Roma Katolik Kilisesi hem de Anglikan Kilisesi şeytan çıkarmaya izin verir. Kilise Kanunu'nun 1172. maddesi, 'hiç kimse o bölgenin piskoposundan özel ve bireysel izin almadan çarpılmış olan kişiye şeytan çıkarma uygulayamaz' der. Dahası, 'bu izin Piskopos tarafından yalnızca dini bütün, bilgili, erdemli ve ahlaklı bir rahibe verilebilir'.

Anglikan kilisesi 1975 yılındaki Osset trajedisinin ardından, kutsal 'salah' hizmetinin Başpiskopos tarafından yetki verilmiş deneyimli kişiler tarafından verilebileceğinden söz eder. Birçok piskoposluk bölgelerinde kilise üyeleri ve halktan kişilerden oluşan danışma kurulları vardır. Bu ekibin olgu bazında profesyonel psikiyatrik yardım istemeleri olağan bir uygulamadır.

## Glossolali

Glossolali (anlaşılmaz bir dille konuşma) Oesterreich (1966) tarafından kişinin isteği dışında, hatta ne söylediğini bilmeksizin ağzından çıkan otomatik konuşma olarak tanımlandı. Otomatik yazma ve kişiliğin çiftleşmesi fenomenleriyle de bağlantılıdır. Çeşitli durumlarda ortaya çıkabilir: hipnozda, medyumların translarında, histerik disosiasyon gibi belli patolojik ruhsal durumlarda ve şizofrenide, ayrıca da dinsel vecd halinde. Özellikle ABD'de çok sayıda araştırmacının ilgisini çeken bir durumdur.

Vivier (1968) iki tipte glossolalik yaşantı olduğu sonucuna ulaşmıştı: Pentekostal dinsel törenlerde yaratılan son

derece duygusal ortamın bir parçasını oluşturan kitlesel histerik tepkiyle ilişkili tip ve sessiz meditasyon, düşünceye dalma ve kendini adama durumlarında görülen tip. Dahası, glossolalinin ilk Hıristiyanlar arasında ortaya çıktığını, İncil'de (*Korint incili*) sözü edildiğini, ancak fenomenin Hıristiyanlıkla sınırlı olmadığını, katı dinsel çevreler dışındaki ortamlarda da (örneğin ispritizma seansları vs.) yaşanabileceğini gözlemledi. Buna tutulan birçok kişiyi inceledikten sonra, glossolalinin ille de nörotiklikle ilişkili olmayabileceği sonucuna vardı, yine de eşlik eden duygusal boşalımın (katarsis) belli bir psikoterapötik işlevi olabileceğini düşünüyordu. Yine, dinsel bir ortamda glossolaliklerin feragati huy edinmiş olanlar arasından çıktığını, büyük olasılıkla süperego baskıları yüzünden ahlaki kısıtlamaları ve daha yüce başarıları hedeflemeye hazır kişiler olduklarını gözlemledi.

Cutten'a (1927) göre, glossolali sırasında söylenen sözcük ler büyük ölçüde sözde-bir-dildir, ancak yabancı bir dil sanılabilir. Gerçek bir yabancı dil konuşulduğunda, bu Jung'un (1917) *hipermnezi* (aşırı anımsama) dediği, bilinç düzeyinde çoktan unutulmuş, ancak disosiye durumda veya trans halindeyken yeniden anımsanan şeylere ilişkin güçlenmiş bir bellek durumu olabilir. Buna paralel olarak Sargant (1973) transa girmiş bir kişinin daha önce hiç bilmediği bir yabancı dili konuştuğunun hiçbir zaman doyurucu biçimde kanıtlanmadığına, ancak hipnoid durumlardaki insanların bazen geçmişte işitip sonra unuttukları bazı yabancı sözcük ve cümleleri anımsayabildiklerine işaret etmiştir. Ne var ki, telkine yatkın bir durumdaysalar, bilmedikleri dillerde konuştuklarına inanabilirler ve kendileri gibi, buna eleştirel yaklaşmayan bazı insanlara da aynı inancı aktarabilirler.

Pattison ve Carey (1969) glossolaliyi Güney ABD'nin ücra köşelerinde gözlenen yılan oynatıcılığı ve geniş yelpazedeki 'konvülsiyonvari' ve histerik davranışlara benzer davranışlar arasında ele almışlardır. Bu, Sargent'in sayılan diğer davranış tiplerine ek olarak glossolalinin de, bir saldırganlık ve disosiyatif abreaksiyon biçimi olduğu görüşüyle aynı doğrultudadır. Bununla birlikte, daha yenilerde, glossolalinin Episkopalyen, Luteryen ve Presbiteryen gibi daha ağırbaşlı cemaatlerde ve kentsel orta-üst sınıf kiliselere gidenler arasında daha yaygın olduğunu da gözlemlemişlerdir, bu kişilerde glossolalinin sapkın veya patolojik olduğu biçiminde yorumlanması daha zordur. Ayrıca yazarlar yaygın histerik davranışın bir parçası olarak ortaya çıkmadığında, bu davranışın ille de regresif bir doğada olması gerekmeyen bir duygu boşalımına izin vererek, duygusal gerginliğin azaltılmasına yardımcı olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Şimdiye dek birinci elden bir glossolali olgusuyla karşılaşma şansımız olmamakla birlikte, bir hanımın kocasından durumun çok ilginç ve ayrıntılı bir tanımını dinledik. Yirmi üç yıllık evlilikleri süresince kadında glossolali vardı ve kadın, adamı terk ettikten kısa süre sonra subaraknoid hemorajiden ölmüştü.

**Olgu 4**

Kadının genellikle çocuksu ve normal sesinden farklı olan 'öteki sesi' en sık olarak gece yatakta uykuya dalmak üzereyken, ara sıra da gündüz şekerleme yaparsa ortaya çıkıyordu. 'Öteki ses' bazen tuhaf biçimde diktatörce oluyordu ve kocası bunu 'gündelik işlerimizin çoğunu bu ses denetliyordu' şeklinde anlatıyordu. Sözgelimi bir keresinde ertesi gün şehre indiğinde akşam yemeği için balık almasını istemişti. Balığı alıp eve geldiğinde karısı buna çok şaşırmıştı, çünkü o da aynı balıkçıya gitmişti ama 'bir şey bana boşvermemi söyledi'

diye balık almamıştı. Adam buna benzer, birçok olay aktardı, bir seferinde ses kadına alınacak doğum günü hediyesini belirlemişti.

Adama göre glossolalik durumunda kadının medyumluk' ve önceden sezme yetileri ortaya çıkıyordu. Sayfa numaraları verildiğinde, kapalı bir kitapta o sayfalardaki resimleri tanımlayabildiğini söylüyordu. Ayrıca bir dostlarının uçak kazasında öleceğini, at yarışını kimin kazanacağını ve kocasının işiyle ilgili belli olayları önceden bilmişti. Kadın psikokineziye de yatkındı, elleri doluyken karanlık bir odanın lambasını yakabiliyordu, bir seferinde arabasını garaj yolunda boşta çalışır bırakmış ve uzaktan motorun devrini hızlandırmıştı.

Daha sonraları, uykusunda Hindistan'daki çocukluğunda geçmiş olaylar anlatıyordu, bazen kocasının Hintçe olduğunu ayırdedebildiği tuhaf bir dilde konuşuyordu. Adam bu dili bilmese de, kadının ağzından çıkan bazı sözcükleri ve cümleleri fonetik olarak kaydediyordu, kadın uyanıkken bunlardan bazılarını tanıyıp çevirebiliyordu. Bu yaşantıların tümden sona ermesine yakın bir zamanda, en az bir kez, erkeksi bir sesle 'Benim adım Kotawalla' demişti, ses kadının çocukken tanımış olduğunu söylediği küçük bir Hintli oğlana aitti.

Bu bilgileri ve diğer birçok ilginç ayrıntıyı anlatmak için büyük emek harcayan adama haksızlık etmemek için, ölmüş olan karısının olağandışı davranışlarının gerçek bir açıklaması olduğuna inandığını belirtmeliyiz. Bu inancına saygı duymakla birlikte, kadının durumunu hipnogojik bir durumda ortaya çıkan kişilik dönüşümü olarak görme eğilimindeyiz. Bir kez daha, bir ilgi çekme öğesi var gibi duruyor. Ne var ki, bu yorum kadının psi-fenomenler sergilemesini tümden açıklamıyor.

## Poltergeist Fenomeni

En azından kitabın eksik kalmaması için, bu fenomenin de alınması gerekli gibi duruyor. Bu fenomen, şimdiye dek psikiyatri yazınında bir yer bulamamış gibi durmaktadır. Sık sık çocukluk veya ergenlikteki bir davranış bozukluğuna eşlik ettiği düşünülürse, bu şaşırtıcı bir durumdur. Poltergeist nadiren psikiyatrik ilgi uyandırmış ve görece az rastlanır bir durum olmakla birlikte, tarihi hem İngiltere'de hem de birçok yerde peş peşe olguların bildirildiği birkaç yüzyıl öncesine uzanır (Artley ve Roll, 1968; Owen, 1964; Sitwell, 1940; Thurston, 1978).

En basit ve en olağan biçiminde poltergeist (sözcüğün tam karşılığı 'gürültücü hayalet', -çn.) fenomeni genellikle ayak sesleri, vurmalar, tak taklar gibi gizemli gürültüler, bazen iniltiler ve diğer sözsüz seslerden oluşur. İkinci bir özelliği de, nesnelerin sanki görünmez eller tarafından hareket ettirilmesidir. Taş gibi nesneler birden beliriverir veya vazo ya da biblolar yere veya havaya atılabilir. Yukarıda da söylendiği gibi, bu tuhaf olaylar evde büyük çoğunlukla kız olmak üzere bir çocuğun varlığıyla ilişkilidir ve çocuk dışarıda veya uyuyorken ortaya çıkmazlar. Genel kural olarak poltergeist fenomeni hayaletler, ektoplazma veya diğer sözde ruhani belirtilerle ilişkili değildir. Bir poltergeist tarafından rahatsız edilenler nadiren uçan nesneler tarafından yaralanır, ancak bazı aile bireyleri sanki kendilerine dokunulmuş veya itilmişler gibi hissettiklerini söyleyebilirler. Fenomenin diğer ana özelliği, şeytan çıkarmaya yanıt vermemekle birlikte, birkaç hafta veya ay gibi bir dönem içinde kendiliğinden kesilme eğilimidir. İzleyen olgu Profesör Trethowan tarafından araştırıldı ve bu kitabın ikinci ve üçüncü baskılarında sunuldu:

**Olgu 5**

Olayların etrafında geliştiği kişi olan Diana F. ilk kez 14 yaşında bir lise öğrencisiyken görülmüştü. Beş kişilik bir ailenin en küçüğüydü, onun bir büyüğü kendisinden sekiz yaş büyük olan 22 yaşındaki evli ablasıydı. Babası terzi, annesi ise yakınlardaki öğrenme güçlüğü hastanesinde vasıfsız personeldi.

Fiziksel olarak yaşına göre olgun gözüken Diana'nın dersleri kötüydü, sınıfında en geri olanlardan biriydi ve notları da çok düşüktü.

Sorunlar ilk olarak Nisan 1977'de, Diana arkadaşları tarafından itilip kakıldığı için okula gitmeyi reddettiği zaman başlamıştı. Bu dönemde çok sevdiği ve onu şımartan büyükbabası ölmüştü. Cenazeden iki gün sonra Diana kendi yaşındaki arkadaşı Carole ile birlikte onun mezarına gitti. Oraya gitmişken, ezilerek ölmüş olan kendi yaşlarındaki bir kızın mezarını da ziyaret ettiler. Mezarın üzerinde Carole'un alıp bakması için Diana'ya verdiği bir de fotoğraf duruyordu, daha sonra resmi yerine koymuşlardı. Diana'ya göre ilk 'belirti', düşen bir taş, mezarlıktan çıkarlarken gelmişti. O akşam Carole'un evinde kaldılar ve onun ana-babası dışarı çıktıklarında başka taşlar da yağdı. Diana, taşların gelişini göremediklerini, ama yere düştüklerini gördüklerini söylüyordu. Birkaç gün sonra Carole, Diana'nın evine kalmaya geldiğinde taşlar yeniden gözükmeye başladı. Bunun sonucunda polis çağırıldı, ancak benzer durumlar işitmiş olduklarını söyleyerek herhangi bir eylemde bulunmadılar.

Bunun ardından Diana'nın evinde Carole gittikten sonra başka olaylar da oldu. Birçok kez görünürde herhangi bir neden olmaksızın kapı zili çalıyordu. Kül tablaları ve biblolar kıpırdıyor ve masaya çarpılıyordu, merdivenlerden nereden geldiği belli olmayan bilyeler ve taşlar zıplayarak düşüyordu ve bir keresinde bir biblo odada uçarak mutfağı salondan ayıran kapının camını kırmıştı. Geceleri esas olarak Diana'nın yatak odasında olmak üzere, çarpma sesleri ve gürültüler oluyordu, bir seferinde merdivenlerde ayak sesleri işitilmişti. Diğer bir seferindeyse annesinin takma dişleri mutfakta konmuş

oldukları kaptan gizemli biçimde yok olmuş ve daha sonra salondaki şöminenin içinde bulunmuştu.

Diana'nın babası yeşil mürekkeple sistemli biçimde numaralandırmış olduğu 33 tane taşı çıkartıp gösterdi. Büyükçe kahverengi çakıl taşlarıydı, her biri yaklaşık iki yüz elli gram ağırlığındaydı ve baba bunların bahçelerinde veya evlerinin yakınlarında bulunmayan tipte taşlar olduklarını söylüyordu.

Diana'nın kendisi, sıklığı ve yoğunluğu dalgalanan ve o uyurken ya da evin dışındayken hiç olmayan bu belirtilerden fazlaca rahatsız olmuş gibi durmuyordu. Aile, bu fenomenlerin gerçekliğine açıkça inanıyordu ve akılları epey karışmıştı, ancak özellikle korkmuş bir halleri yoktu. Üstelik, bu fenomenleri bir şekilde Diana ile ilişkilendirmelerine karşılık, bir an bile onun bunları bilerek yapıyor olabileceğinden kuşkulanmıyorlardı. Bir noktada rahibin evlerini kutsamasını bile istemişlerdi, ancak durumda herhangi bir iyileşme olmamıştı.

Diana dahil, ailenin hiçbir bireyi hayalet görmemişti. Bir veya iki kez sanki evin çevresinde soğuk bir rüzgâr eser gibi olmuştu. Bir kez baba kendini itilmiş gibi hissetmişti, bir kez de anne saçında bir parça sakız bulmuştu. Fenomenlerin çoğu böyle önemsiz olaylardı ve hiç kimse herhangi bir zarar görmemişti. Meselenin daha derin araştırılması çok güçtü, çünkü konuşulan çeşitli aile bireylerinin neyi gerçekten gördüklerini, neyi gördüklerini sandıklarını ayıklamak son derece zordu. Bu olayların hiçbiri evde yabancılar varken olmamıştı.

Son olarak Diana annesi tarafından bir medyuma götürüldü. Bir veya iki seanstan sonra fenomenler azalmaya başladı, ancak Ocak 1978'de yeni bir okulda yer bulunana dek tümden yok olmadılar. Diana hâlâ biraz rahatsız bir insan olsa da, 1977'nin sonundan beri poltergeist fenomenlerinde yineleme olmamış gibi duruyor.

Bu olgu daha önce birçok kez kaydedilmiş, oldukça basit diğer örneklere çok benziyor. Belirtildiği gibi, genellikle ergen kızlar buna tutulurlar, kızların erkeklere oranı ikiye birdir. Diğer bazı olgularda olduğu gibi, tam bir açıklama

yapılamadığı da doğrudur. İlkin, fenomenler asla yabancılar varken gerçekleşmiyordu, ikinci olarak da fenomenler açıkça Diana ile bağlantılı olsalar bile, bütün aile bunların doğaüstü olduklarını sorgusuz kabul ediyordu. Bu açıdan durum *folie à famille* (aileboyu delilik, -çn.) andırmaktadır. Gerçek doğaüstü bir açıklama yapamadığımıza veya fenomenleri açıklanamayan bir tarzda Diana'nın gerçekleştirdiği psikokineziye bağlayamadığımıza göre, bunları saf insanlar olan ailesini ve büyük olasılıkla kendisini de kandıracak şekilde Diana'nın yarattığını çıkarsamak zorundayız. Her durumda, kız herhangi bir açıklama getiremiyordu.

# Kaynaklar


Artley, J.L. and Roll, W.G. (1968) *Mathematical models and the attenuation effect*

*in two RSPK (Poltergeist) cases.* Eleventh Annual Conference of the Para psychological Association, Freiburg.

Cooper, A. (1975) *The Scottish Baptist Magazine*, November.

Cutten, G.B. (1927) *Speaking with Tongues.* Oxford University Press, New York.

*Eastren Daily Press* (1994) 13 September.

Ehrenwald, J. (1975) *J Am Acad Psychoanal*, 3,105.

Freud, 5. (1946) *Collected Papers*, Vol. IV. Hogarth Press, London.

Gemma, C. (1575) *De Natura Divinis Characterismus.* Plantin, Antwerp, Vol. II. Quoted by Guazzo, F.

Guazzo, F.M. (1608) *Compendium Maleficarum* (1929) English trans. E.A. Ashwin, John Rodker, London.

Huxley, A. (1951) *The Devils of Loundun.* Chatto and Windus, London.

Jung, C. (1917) *Collected Papers on Analytical Psychology* (ed. C.E. Long). Bailliére, London.

Lequé, G. and de la Tourette, G.Gilles (1886) Soeur Jeanne des Anges, *Autobioographie d'une hystérique possédée.* Charpentier, Paris. Miller, A. (1956) The Crucible. Cresset Press, London.

Oesterreich,, T.K. (1966) *Possession, Demoniacal and Other, among Primitive Races in Antiquity, the Middle Ages, and Modern Times.* University Books, New York.

Owen, A.R.G. (1964) *Can We Explain the Poltergeist?* Garrett, New York.

Pattison, E.M. and Carey, R.L. (1969) *Internat Psychiat Clin*, 5,133. Perry, M. (1987) ed. Deliverance. SPCK, London,

Prins, H. (1990) *Bizarre Behaviours. Tavistock* / Routledge, London and New York.

Prins, H. (1992) *Med Sci Law*, 32/3, 237.

Richards, J. (1984) *But Deliver Us From Evil: An Introduction to the Demonic Dimension in Pastarol Care.* Darton, Longman and Todd, London.

Robbins, R.H. (1984) *The Encyclopaedia of Witchcraft and Demonology.* Newnes Books, London.
Sargent, W. (1973) *The Mind Possessed.* Heinemann, London. Sail, M.J. (1970) J Psychol Technol, 4,286. Sitwell, S. (1940) Poltergeists. Faber, London.
Sprenger, G. and Kraemer, H. (1489) *Malleus Maleficarum* (1928) English trans. M. Summers, John Rodker, London.
Strauss, E.B. (1950) *Br Med J*, 1,697.
Thurston, H.S.J. (1978) *Ghosts and Poltergeists.* Folcroft, Pennsylvania. *Times* (1975) 24 April.
Trethowan, W.H. (1963) *Br J Psychiat*, 109,341.
Vivier, L.M. (1968) *Bibliothec Psychiat Neurol*, 134,153.
Whiting, J. (1961) *The Devils.* Heinemann, London.

# Dizin


**A**

Abuzzahab, F. S. 219, 237
Ağız kokusu 324
Ahlheid, A. 245, 264, 266, 269, 271
Aile terapisi 200, 235, 309
Akıl karışıklığı 138, 143
Akpata 325
Alınma 20, 49, 61, 62, 66, 72, 129, 190, 325, 347
Alkmene Karmaşası 23
Alkol kötüye kullanımı 11, 101, 113, 307
Alzheimer hastalığı 23, 32, 70, 330
Amnezi 138, 144, 352
Amour captatif 108
Amour oblatatif 108
Anderson, C. A. 29, 37, 42, 70, 84, 142, 144, 145, 151, 258, 264, 265, 271
Anderson, D. N. 42
Anderson, E. W. 151
Anksiyete 106, 114, 125, 160, 165, 169, 245, 251, 257, 268, 280, 284, 285
Antidepresan ilaçlar 40, 96, 319, 347
Arieti, S. 55, 67, 73, 84, 271
Arnaud, E. L. 262, 271
Ascher, E. 219, 221, 231, 237
Asher, R. 179, 180, 206
Aşırı anımsama (hipermnezi) 357
Aşırı değerlendirilmiş fikir 102
Aşırı tanıma (hiperidentifikasyon) 21
Aşk 48, 49, 51, 65, 71, 72, 73, 75, 76, 81, 82, 91, 103, 104, 108, 157
Augustine 104
Ayırıcı tanılar 15, 139, 141, 142, 185, 224

**B**

Baba adayları bkz. Couvade sendromu 155, 164, 173
Bachelor 323
Bacon, F. 156
Bağımlılık 297, 298, 299, 300, 308
Baillarger, J. G. F. 276, 293, 312
Balduzzi, E. 54, 66, 74, 84
Ball, H. 11
Barker, J. 180, 181, 182, 183, 191, 206
Baron-Cohen, S. 230, 237
Barton, R. 204, 206
Baruk, H. 55, 66, 84
Bashkirtseff, M. 73
Bass, D. M. 104
Bazal gangliyonlar 229, 230, 262
Beard, J. M. 212, 237

Beden dismorfik bozukluğu 326, 329
Benzerler sanrısı bkz. Capgras sendromu 19
Benzerlik sanrısı 20, 25
Berney, T. P. 150, 151
Berrios, G. E. 256, 260, 261, 269, 271
Berson, R. J. 31, 32, 42
Bianchi, L. 52, 84, 265, 271
Bidault, E. 34, 42
Bilgisayarlı tomografi 229
Bilinç bulanıklığı 26, 140
Bilişsel davranışçı tedavi 329
Birleşik Terapi 116
Bishay, N. R. 114, 115, 119
Blacker, V. R. 333, 334
Bleuler, E. 111, 119, 149, 151, 201, 206
Boccaccio, G. 91, 92, 106, 119
Bogren, L. Y. 163, 164, 171, 174
Bolzani, L. 266, 271
Bonnet, C. 243
Bourgeois, M. 267, 271, 312, 323, 334
Bouvier. A. 21, 42
Bowden, P. 82, 84, 121, 207
Braiman, A. 135, 143, 152
Brande 302
Brill, A. 119, 120, 206, 276, 299, 312
British Medical Journal 332
Brochado, A. 22, 42
Brunt, M. 298, 313
Brussel, J. A. 302, 312
Bucknil, J. C. 150
Burton 109, 112
Butirofenonlar 232
Büyülenme 346, 347, 348, 350, 351, 354
Byrne, A. 114, 119

C
Cadı avı 355
Cameron, N. 141, 151
Capgras, J. 13, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 55, 117, 244, 252, 253, 265, 271, 276
Capgras sendromu 13, 14, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 38, 40, 276
Carette, J. 20, 42
Carey, R. L. 358, 364
Carney, M. W. P. 55, 85, 134, 146, 151
Çarpılma sendromları 353
Cawthra, R. 204, 206
Cecil, L. D. 24, 42
Cerrahi 180, 186, 192, 327
Çfte özdeşim 172
Channon, S. 230, 237
Charcot, J. M. 211, 212, 237
Chiswick, D. 147, 151
Chowne, M. D. 180, 206
Christadoulou, G. N. 32
Çiçero 76
Cinsel arzunun ketlenmesi 168
Cinsel gurur 75
Cinsel ilişki 49, 56, 57, 61, 62, 71, 72, 91, 108, 112, 158, 164, 166
Cinsel işlev bozukluğu 111, 113, 186
Cinsel kıskançlık bkz. Otello sendromu 89, 93, 101
Cipriano, P. 233, 237
Clark, D. F. 234, 237
Clérambault, C. G. de ayrıca bkz. de Clérambault sendromu 10, 13, 14, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76,

77, 78, 80, 81, 82, 84, 86, 90, 117, 276
Clouston, T. S. 51, 84
Cobb, H. 114, 115, 119
Cocores, J. A. 140, 151
Coleman, S. 22, 29, 36, 42, 295, 300, 312
Conlon, M. F. 163, 175
Conner, G. K. 164, 174
Connolly, F. 327, 334
Cordess, C. 196, 206
Cotard, J. 243, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 252, 254, 255, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 276, 331
Cotard sendromu 241, 244, 254, 256, 259, 260, 263, 264, 265
Courbon, P. 20, 36, 42
Courtnay, W. P. H. 304
Couvade ritüeli 156, 166, 167, 172
Creak, M. 214, 237
Crichton, A. 76, 77, 84
Cutten, G. B. 357, 364

**D**

Dekker, T. 157
Delbrück, A. 201, 206
Denson, V. 164, 174
Depersonalizasyon 22, 33, 35, 36, 244, 245, 265
Depresyon 25, 27, 32, 95, 132, 200, 220, 223, 232, 243, 248, 251, 253, 254, 255, 259, 261, 277, 278, 279, 286, 321
Derinlikli Psikoterapi 308
Derombies, M. 37
Descartes, R. 107
Deutsch, M. 299, 300, 312
Dewhurst, K. 23, 42, 44, 293, 294, 295, 302
De Martis, D. 270
Dietrich, M. 247, 271
Digby, K. 275
Diodorus Siculus 156
Dismorfik Sanrılar 326
Dismorfofobi 326, 327, 330, 331
Disosiasyon (çözülme) 131, 202, 356
Dobzhansky, T. 268, 271
Doğurmaya imrenme 169, 171
Dooley, E. 147, 151
Dopamin 33, 229, 230
Dostoyevski, F. 19, 24
DSM-III-R (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı) 69, 332
DSM-IV (*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Dördüncü Baskı) 68, 69, 187, 212, 260, 277, 318
Dunham, H. W. 302, 312
Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 126, 186
Dupouy, R. 21
Duygulanımın rolü 31, 33, 37

**E**

Eccles, J. C. 268, 271
Edelstyn, N. M. J. 32
Ehnlen, J. K. 219
Ehrenwald, J. 343, 364
Ekbom, K. A. 317, 318, 320, 322, 323, 324, 326, 328, 330, 332, 333, 334, 335
Ekbom Sendromu 317, 318, 320, 322, 324, 326, 328, 330, 332, 334
Ekofenomenler 220, 222
Ekokinezi 222, 226
Ekolali 211, 213, 222, 226
Ekomimezi 222

Eksik tanıma (hipoidentifikasyon) 21
Elektroensefalografi (EEG) 229
Elektrokonvülsif tedavi (EKT) 78
Ellis, H. D. 34, 42, 43, 69, 84
Elwood, R. 172, 173, 175
Enoch, M. D. 11, 27, 36, 40, 43, 195, 202, 207
Erotik kıskançlık sendromu bkz. Otello sendromu 89
Erotomani 13, 47, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 66, 67, 68, 69, 70, 76, 79, 80, 81, 82
Eşcinsellik 107, 110, 166
Esquirol 51
Euripides 90
Evans, P. 170, 174, 324, 334

**F**

Fail, G. 20, 36, 42, 198
Falret, J. 275, 290, 292, 296, 306, 313
Faris, E. 302, 312
Fenichel, O. 110, 111, 119, 225, 238
Fenomenoloji 15, 169, 179, 223, 261, 262, 264, 355
Fenotiyazinler 233, 282
Ferenozi, S. 232, 238
Fernando, S. J. M. 219, 232, 238, 309, 312
Ferrand, J. 50
Flechsig, P. 268, 272
Floru, L. 301, 302, 312
Folie à deux 55, 205, 276, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 305, 306, 310, 311
Folie à famille (aile boyu delilik) 324
Folie à trois (üçlü delilik) 276
Folie communiquée 293
Folie induite (tetiklenmiş/indüklenmiş delilik) 292, 294
Folie simultanée (eşzamanlı delilik) 292, 293, 294, 296, 297
Frazer, J. 27, 43, 157, 167, 168, 174, 175
Freeman, T. 116, 119, 170, 174, 194, 195, 207
Frégoli sendromu 276
Frégoli yanılsaması 20, 23
Freud, S. 73, 102, 109, 110, 120, 168, 174, 299, 312, 343, 364
Fuster, J. 266, 272

**G**

Ganser sendromu 14, 125, 134, 143
Garland, M. 69, 84
Gaub, J. 76
Gaz lambası fenomeni 204
Gemma, C. 348, 364
Genetik etmenler 296
Gilles de la Tourette sendromu 14, 211, 219, 224, 225, 226
Gillet 79, 84
Gipson, M. 327, 334
Giraudoux, J. 90, 120
Glassman, J. N. 289, 312
Glatt, M. M. 101, 120
Gluckman, L. K. 29, 32, 43
Goldin, S. 134, 146, 151
Gralnick, A. 276, 290, 291, 313
Greenberg, D. 262, 263, 264, 272
Gregory 332, 334
Grygier, T. G. 182, 183, 193, 206, 207
Guazzo, F. M. 348, 351, 353, 364

**H**

Haizmann, C. 343
Halberstadt, G. 21, 43

Halitozis (varsanılı) 324, 325
Halkın Tapınağı Tarikatı 304
Haloperidol 25, 233
Hamilton, P. 73, 204, 207, 208
Hammond, W. A. 226, 231, 238
Hart, B. 53, 61, 72, 85, 207, 276, 313
Hay, G. G. 40, 43, 149, 150, 151
Healy, M. 201
Heath, Robert 158
Himsworth, H. 15
Hipokondriyazis 185, 251, 264, 281
Hippokrat 50, 83, 356
Histeri 14, 51, 125, 126, 34, 38, 139, 141, 142, 143, 146, 162, 181, 185, 218, 224, 226, 281, 285, 303, 342, 343, 344, 349, 351
Homovanillik asit 230
Hughlings, Jackson 214, 225, 238

I
ICD-10 (*Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması*, Onuncu Baskı) 68, 186, 212, 215, 260, 277, 332

İ
İkideğerlilik (ambivalans) 26, 27, 36, 37, 91, 96, 166, 193, 299, 300
İlgi çekme davranışları 194
İmpotans 111, 112, 353
İncil 253, 340, 346, 357
İngiliz Pediatri Birliği 197
İntihar 57, 58, 72, 181, 192, 193, 255, 258, 259, 269, 278, 301, 304, 309, 310, 311, 321, 325, 328, 329, 333
İstem denetmeni 230

J
Jones, E. 43, 108, 120, 148, 151, 169, 174, 207, 304
Joseph, A. B. 21, 34, 43, 261, 263, 268, 272
Jung, C. G. 150, 151, 357, 364

K
Kanner, L. 214, 238
Karabasan 349
Kashiwase, H. 277, 313
Kastrasyon fantezileri 192
Kato, M. 277, 313
Kekeleme 223, 225, 285
Kelman, D. H. 219, 238
Khanobdee, C. 164, 174
Kıskançlık 73, 74, 76, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 327
Klein, M. 110, 120
Koester, G. 214, 238
Konversiyon histerisi 281
Koprolali 212, 221, 222, 226, 230, 231
koruma emri 199
Kraemer, H. 341, 365
Kraepelin, E. 53, 85, 89, 90, 120, 149, 152, 201, 207

L
Langfeldt, G. 89, 93, 101, 117, 120
Lansky, M. R. 31, 40, 43
Larrive, E. 21, 43
Last 295, 300, 312
Leckman, J. F. 227, 238
Legue, G. 342
Libow, J. 196, 208
Lipkin, M. 163, 164, 175
lityum karbonat 233
lökotomi 181, 235

Luque, R. 256, 260, 261, 269, 271

**M**
MacPherson, J. 52
Mahler, M. S. 219, 230, 238
Marandon de Montyel, E. 276, 293, 313
Marko Polo 167
Marks, I. M. 114, 115, 119, 234, 237
Matsukura, S. 264, 272
mazoşizm 193
McGennis, A. 69, 84
McNaughton, D. 22
McNeil, J. N. 277, 289, 297, 306, 307, 313
Meadow, R. 196, 198, 206, 207
Mellsop, G. 69, 84
Melroy, J. R. 81, 82, 85
Menninger, K. 43, 179, 192, 207, 232, 238
Miller, A. 207, 342, 355, 364
Milton, J. 339
Miriyaşit 225
monoaminler 70, 230
Montassut, M. 21, 42
Moore, D. L. 73, 74, 85
Morison, A. 51, 81, 85
Morris, M. 324, 334
Muazzam irilik 258
Murray, M. 22, 43, 157, 175, 272

**N**
nemfomani 50, 51
nörotransmitterler 229
Nozoloji 38, 69, 260
Nüks 97, 114, 147, 307, 309, 319, 347

**O**
O'Brien, G. 85, 204, 206, 225
O'Leary, D. H. 261, 263, 268, 272
Oberndorf, C. 299, 313
Oesterreich, T. K. 342, 356, 364
Opjordsmoen 80
Organik zemin 14
Osler, W. 214
Otello sendromu 9, 13, 14, 89, 105
Oyebode, F. 28, 32, 42, 43

**Ö**
öğrenme kuramı 234, 294, 303
Ölümsüzlük 245, 248, 258, 264
ölümsüzlük fikirleri 245, 258
ölüm arzusu 266
oneirofrenik durumlar 142
önsezi 164
özdeşim 166, 168, 171, 172, 299, 303

**P**
paranoid psikoz 30, 278, 280, 288
paranoyak megalomani 53
Parietal loblar 263
parietal loblar 263
Partenheimer 302
Pathe, M. 69, 78, 80, 83, 85
Pattison, E. M. 358, 364
paylaşılmış dinsel fanatizm 304
Perrin, L. 317, 335
Pimozid 78, 80, 114, 233, 321, 325, 326, 329, 333
Plastik cerrahi 329
Plot, Robert 156
Pollitt, J. 10
poltergeist fenomeni 352, 360
Poltergeist fenomenleri 362
Pond, D. A. 41, 43
Porter, T. L. 308, 313
Powell, G. E. 202, 204, 207
pozitron emisyon tomografisi (PET) 229

Price, R. A. 227, 238, 239
Prince, M. 214, 225, 239
Prins, H. 344, 352, 354, 364
prozopagnozi 138
pseudologia fantastica 184, 186, 201
Psikodinamikler 33, 83, 169, 227, 230, 266, 302
psikojenik amnezi 138
psikokinezi 359, 363
Psikolojik nedensellik 354
psikopati 66, 100, 185, 190, 191, 202
psikoşirürji 235
psikososyal etmenler 79
psikoterapi 77, 80, 94, 95, 96, 118, 146, 173, 194, 251, 306, 307, 308, 325
Psikoz 28, 29, 30, 32, 39, 41, 52, 53, 70, 89, 100, 140, 148, 150, 169, 172, 184, 195, 236, 247, 254, 278, 280, 288, 292, 295, 297, 301, 302, 303, 305, 307, 321, 323, 326, 330, 350
Pulver, A. 298, 313

**R**

Rangell, L. 230, 238
Reboul-Lachaux, J. 19, 33, 42
Reduplikatif Paramnezi (yineleyici tarzda yanlış anımsama) 21, 33
Regis, E. 272
Reik, T. 73, 85, 168, 175
Reilly 323
Retterstol 80, 85
Rhein, J. 301, 302, 313
Rioux, B. 277, 308, 313
Rockley, G. J. 277, 314
Rosenberg, D. A. 197, 198, 207

**S**

Saavedra, V. 260, 261, 262, 266, 272
Sacks, M. H. 289, 301, 308, 313
sadakatsizlik 94, 96, 100, 106, 109
Sağlık çalışanları 83
sağ hemisfer anormallikleri 30
Salih, M. A. 302, 313
Sall, M. J. 344
Sargant, W. 357
şaşkınlık 29, 125, 137, 138
Savin, L. B. 211
Schmidt, A. O. 303, 313
Schneck, J. N. 150, 152, 215, 239
Schreier, H. 196, 208
Schrut, A. H. 323, 335
Scott, P. D. 116, 121, 134, 136, 152
Seeman 277
Segal 79, 85
Seglas, J. 265, 272
Seidenberg, R. 91, 107, 121
sempati 190, 302
Serebral disfonksiyon 15, 31, 68, 70, 126, 247, 261, 277, 332
Shakespeare, W. 9, 77, 89, 91, 92, 105, 108, 125, 157, 243, 354
Shaw, B. 332
Shepherd, M. 34, 84, 89, 101, 121
Shrestha, K. 101, 121
Sigal, M. 135, 152
Silveira 277
Simpson, O. J. 9, 104, 166, 175
Sims, A. 40, 43, 55, 85, 282, 314
Skott, A. 317, 322, 324, 330, 335
Smelzer 332, 334
Somatizasyon 185
Soni, S. D. 277, 314
Soranus 50
Soyka, M. 97, 101, 102, 121
soytarılık durumu 141
SPECT 229

Spradley 289
Sprenger, G. 341, 365
Stein 80, 85, 121
Stern, K. 22, 44
Stevens, H. 212, 221, 226, 235, 239
Strauss, E. B. 272, 353, 365
suçluluk duygusu 202, 244, 266, 331
Sürü davranışı 303
Sussman, N. 186, 207
Sweet, R. D. 224, 229, 239
Swift, J. 317
Szasz, T. 142, 143, 152

Ş
şeytan çıkarma (egzorsizm) 344, 356

T
Tarrier, N. 106, 119, 120
Taylor, P. 67, 81, 82, 86
Tenyi, T. 172, 175
Thiedierge, G. 317
Thomas, W. 148, 158, 238
tikler 211, 212, 216, 219, 220, 222, 223, 226, 229, 231
Todd, J. 23, 32, 40, 44, 293, 294, 295, 302, 312, 364
Tolstoy, L. 92, 109
Trethowan, W. H. 10, 151, 163, 169, 172, 175, 189, 353, 360, 365
trifluperidol 233
Trousseau, A. 214, 239
Tsoi, W. F. 134, 135, 152
Tuke, D. 150, 151, 276, 302, 303, 314
Tuke, D. H. 150, 151, 276, 302, 303, 314
Tusques, J. 20, 42
Tylor, E. B. 155, 167, 175
Tyndel, M. 135, 146, 152

Ü
üçgenleşme 82

V
Vie, J. 21, 22, 44
Vivier, L. M. 356, 365

W
Wagner, E. E. 23, 44
Waldron, W. G. 323, 335
Walton, D. 234, 239
Wauthier, M. L. 107, 120
Webster, John 157
Weiner, H. 135, 143, 152
Whitehead, J. A. 204, 206
Whitlock, F. A. 135, 140, 152
Wijeratne, C. 70, 86
Wilde, O. 112
Wille, H. 214, 239
Wilson, S. A. K. 214, 239
Winslow, F. 51, 86
Wycherley, W. 155, 158, 175

Y
Yas tepkileri 351
Yates, A. J. 234, 239
Yatham, L. N. 114, 119
yetersizlik 103, 106, 107, 108, 116
Yoksama (negation) 243, 244, 246, 248, 250, 252, 254, 256, 258, 260, 262, 264, 266, 268, 270, 272
Young, A. W. 34, 43, 86, 263, 265, 272
Yüz Tanıma Bozukluğu 34

# İLGİNÇ PSİKİYATRİK SENDROMLAR

Psikiyatrik sendromlar, sadece alanın uzmanlarını değil, 'ruhu olan' herkesi ilgilendirir. Hele bir de bu sendromların en acayip olanları bir kitapta toplanmışsa merak neredeyse kaçınılmaz olur.

Kitaptaki örneklerin ne denli ilginç/az rastlanır olduğunu anlamak için birkaç alıntı yapalım isterseniz:

*Kendisinin aslında ölü olduğuna inanan (!) biri olabilir mi: gittikçe kokmaya başladığını düşünen bir ölü hem de?! **Cotard Sendromu** tam da böyle bir şey!

*Peki, yıllardır aynı yatağı paylaştığı karısının-kocasının aslında o olmadığına (!) inananlar var mıdır dersiniz?! **Capgras Sendromu**'nda bu tablonun ne denli dehşet verici olduğunu göreceksiniz.

***Folie à Deux**'da ise topyekün delirmeye şahit olacaksınız.

**Otello Sendromu, De Clérambault Sendromu ('saf' erotomani), Münchausen Sendromu, Gilles de la Tourette Sendromu** ve diğer olağandışı sendromları güncel vaka örnekleriyle hatta yeri geldiğinde, tarihçede konuyla bağlantılı edebiyat veya tiyatro eserlerindeki görünümleriyle izlemeye ne dersiniz?

---



**M. David Enoch**, hukuk ve felsefe eğitimi gördüğü Tel Aviv Üniversitesi'nden -her iki bölümden de- 1993 yılında mezun oldu. Askerlik hizmetini tamamladıktan ve anayasa mahkemesi yargıcı Dorit Beinisch'in asistanlığını yaptıktan sonra felsefeyle ilgili akademik çalışmalarına geri döndü ve Tel Aviv Üniversitesi'nde sürdürdüğü çalışmalarına New York Üniversitesi'nde devam etti. Mayıs 2003 tarihinde buradaki doktorasını tamamlayıp 2003 yazında Kudüs İbrani Üniversitesi'ne hukuk fakültesi ve felsefe bölümü öğretim üyesi olarak atanan Enoch, halen bu görevlerini sürdürmektedir. Öncelikli olarak ahlaki ve siyasi hukuk felsefesi üzerine çalışmaktadır.

**Hadrian N. Ball**, Waveney Sağlık Merkezi ve Suffolk Akıl Sağlığı Merkezi tıbbi direktörü. Kraliyet psikiyatrları koleji eğitim üyesi.

psikoloji/ psikiyatri - 56

ISBN: 978-605-4054-99-2

9 786054 054992

0701838
AFP

okuyanus