RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUKLARI I

Prof. Dr. M. Orhan ÖZTÜRK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Aylin ULUŞAHİN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



YENİLENMİŞ 11. BASKI

ANKARA 2011

Psikiyatrinin Tarihçesi

Temel İlkeler ve Kavramlar

Davranışın Belirleyicileri

Davranışın Nörobiyolojik Temelleri

Davranışın Psikodinamik Temelleri

Benliğin Savunma Düzenekleri

Kişilik Gelişimi

İnsanın Sekiz Evresi

Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması

Hasta – Hekim İlişkisinin İlkeleri ve Psikiyatrik Görüşme

Gözlem ve Öykü Alma Kılavuzu

Ruhsal Durum Muayenesi

Psikolojik Değerlendirme

Bilişsel Yetilerin Değerlendirilmesi

Ruhsal Bozukluklarda Tanı ve Sınıflandırma

Psikiyatrik Epidemiyoloji

Şizofreni

Sanrılı (Paranoid) Bozukluklar

Duygulanım Bozuklukları

Özkıyım (İntihar)

Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar

Tk No: 978-975-93453-1-0
ISBN: 978-975-93453-2-7



Prof. Dr. M. ORHAN ÖZTÜRK

Tarsus Amerikan Koleji ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirmiş; yedi yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatri ve psikanalitik psikoterapi eğitimi görmüş, araştırmacı ve öğretim üyesi olarak çalışmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi (1960-1964), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (1964-1993) öğretim üyeliği yapmıştır.

Türkiye Bilimler Akademisi şeref üyesi, Amerikan Psikiyatri Birliği muhabir üyesi (1964-1997), Dünya Sosyal Psikiyatri Birliği Yönetim Kurulu üyesi, Türkiye Psikiyatri Birliği'nin kurucu başkanı, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği'nin eski başkanı (1976-1998), Atatürkçü Düşünce Derneği, eski Türk Dil Kurumu, yeni Dil Derneği üyesidir.

Türk Psikiyatri Dergisi'nin kurucusu ve 13 yıl yayın yönetmeni olmuştur. 2002 yılından beri onursal yayın yönetmenidir. "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları" ile "Psikanaliz ve Psikoterapi" adlarını taşıyan iki kitabı ile yurt içinde ve yurt dışında yayınlanmış doksanın üzerinde çalışması vardır.

Prof. Dr. AYLİN ULUŞAHİN

T.E.D. Ankara Koleji ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimini Hacettepe Üniversitesinde tamamlamıştır. 1992-1993 yıllarında İngiltere'de Cambridge Üniversitesi'nde çalışmıştır. Halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yayınlanmaya başladığı tarihten beri Türk Psikiyatri Dergisi Yayın Kurulunda çalışmıştır. 2002 yılından bu yana Türk Psikiyatri Dergisi Yayın Yönetmenliğini yürütmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği'nde etkin olarak görev yapmaktadır. Yurtiçi ve yurtdışı bilimsel dergilerde yayınlanmış çok sayıda çalışması bulunmaktadır.

NOVA Danışmanlık, Dış Ticaret, Taşımacılık, Mimarlık, Yayıncılık ve Turizm Ltd. Şti.
Güvengir Başkent Sitesi, No: 61, Çayyolu, Ankara. Tel. (0312) 428 20 40

RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUKLARI

CİLT - I

Prof. Dr. M. Orhan ÖZTÜRK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Aylin ULUŞAHİN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

YENİLENMİŞ
11. BASKI

ANKARA-2011

© Kitabın tümü veya bölümleri yazarların izni olmadan basılamaz, çoğaltılamaz ve dağıtılamaz. Bilimsel amaçla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Birinci Baskı 1988
İkinci Baskı 1989
Üçüncü Baskı 1991
Dördüncü Baskı 1992
Beşinci Baskı (Gözden geçirilerek yenilenmiş baskı) 1994
Altıncı Baskı 1995
Yedinci Baskı 1997
Sekizinci Baskı (Gözden geçirilerek yenilenmiş baskı) 2001
Dokuzuncu Baskı 2003
Onuncu Baskı 2005
Onbirinci Baskı (Gözden geçirilerek yenilenmiş baskı) 2008

Baskı Tarihi: 25.12.2011

Öztürk, M. Orhan, Uluşahin, Aylin
Ruh Sağlığı ve Bozuklukları
(Kaynaklar ve dizin içermektedir)

[DNMK= 1. Ruhsal Bozukluklar - ders kitapları
Mental Disorders - textbooks. WM 100 ÖZT 2008]

Takım No: 978-975-93453-1-0
ISBN: 978-975-93453-2-7

Düzenleme
BAYT Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 30/31, Kızılay-Ankara
Tel: 0-312 431 30 62
Faks: 0-312 431 36 02

Baskı
Tuna Matbaacılık A.Ş.
Bahçekapı Mah. 2460. Sk., No: 7, Şaşmaz-Ankara
Tel: 0-312 278 34 84
Faks: 0-312 278 30 46

Genel Dağıtım
Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
Çapa-Cerrahpaşa-Kadıköy-Ankara-İzmir-Bursa-Adana
Merkez: Millet Cad. 111, Çapa-İstanbul
Tel: 0-212 632 83 33 (PBX)
Faks: 0-212 529 40 18

ÖNSÖZ

Psikiyatri, hekimliğin ve davranış bilimlerinin birçok konularını içeren, çeşitli kuramsal ve uygulamalı yanları olan geniş bir tıp dalıdır. Bu kitapta, klinik psikiyatri için gerekli temel ve uygulamalı bilgilere ağırlık vermeye; özünde insanı biyolojik, psikolojik, toplumsal yönleriyle bir bütün olarak ele alan biyopsikososyal tıp görüşüne bağlı kalınmaya çalışılmıştır. Kitabı yalın ve öz tutmak amacı ile uzun kuramsal açıklamalardan, kuramsal okul tartışmalarından elden geldiğince kaçınılmıştır.

Bu kitap ülkemizde 1988'den beri tıp fakültelerinin, psikiyatri, psikoloji eğitim kurumlarının çoğunda en sık başvurulan kaynaklardan biri olmuştur. Tıp biliminin baş döndürücü bir hızla ilerlemesi, yazılan tıp kitaplarının hiç olmazsa beş altı yılda bir kaynakları ile birlikte tümden gözden geçirilmesini ve yenilenmesini gerektirmektedir. Böyle gözden geçirerek yenileme (revised edition) 1994 ve 2001 yıllarında 5 ve 8. baskılarda yapılmıştı.

Kitabın 11. baskısı için gözden geçirerek yenilemeyi değerli Prof. Dr. Aylin Uluşahin ile birlikte yapmaya karar verdik. Kimi yerler pek değişmemiş gibi görünse bile, ikimiz bu kitabı hem ayrı ayrı, hem birlikte titizlikle satır satır inceledik; yeni kaynaklara göre eklemeler, değişiklikler yaptık. Kitabı Prof. Dr. Aylin Uluşahin ile birlikte tümden gözden geçirmemiz, çıkarmalar, eklemeler yapmamız, bu yapıtın yeni bilgilerle donatılmasını, aynı zamanda da, kitabın tümünün bir bakıma sınanmasını sağlamış oldu. Ancak, gerçek sınama Türk ruh hekimleri topluluğunca yapılacaktır. Prof. Dr. Aylin Uluşahin'in, bu kitabı daha uzun yıllar geliştireceğine ve Türk psikiyatrisinin hizmetine sunacağına inanıyorum.

Bu kitabın ilk baskılarından beri gerek doğrudan, gerekse dolaylı olarak katkıda bulunan birçok meslektaşım olmuştur. Onlara teşekkürlerimi yinelemek isterim. Daha önceki baskılarda olduğu gibi kitabın bu yenilenmiş 11. baskısında, 1988'de yitirdiğimiz Prof. Dr. Mualla Öztürk'ün "Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları" bölümü ile 2000 yılında yitirdiğimiz Prof. Dr. Işık Savaşır'ın "Psikolojik Değerlendirme" bölümleri önemli yerlerini korumaktadırlar. "Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları" bölümüne Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Doç. Dr. Birim Günay Kılıç ve Dr. Cihat Kağan Gürkan, birlikte bir bölüm eklemişlerdir. Doç. Dr. Ayda Kılıç'ın 11. Baskı için uzman psikolog Banu Elmastaş-Dikeç ile birlikte yenilemiş olduğu "Nöropsikolojik Değerlendirme" ve Prof. Dr. İlgi Öztürk Ertem'in "Bebek Gelişimi ve Ruh Sağlığı" bölümleri önemli katkılar olarak yerlerini korumaktadırlar. Kitabın bu baskısında Alkol ve Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Sorunlar Bölümünü Prof. Dr. Berna Uluğ ile birlikte yeniledik. "Davranışın Nörobiyolojik Temelleri" bölümünü Doç. Dr. Aygün Ertuğrul yeni baştan yazdı. Bu baskıda ayrıca, Dr. Sezai Berber'in yazmış olduğu "Özkıyım" bölümü yer almaktadır. Katkıda bulunan bütün değerli bilim insanlarına teşekkürlerimizi sunarız.

Bu baskıda, hastalıklarla ilgili bilgilerin geleneksel sıralanmasında bir değişiklik yapılmıştır. Bilindiği gibi tıp kitaplarında hastalıklar anlatılırken, genellikle hastalığın kısa bir tanımı yapıldıktan ve epidemiyolojik bilgi verildikten sonra oluş nedenleri (etiyoloji) açıklanır ve ardından hastalığın kliniğine geçilir. Biz, bir hastalığın oluş nedenlerini ele almadan önce, hastalığı iyice tanıtmanın daha anlamlı olacağını düşünüyoruz. Bu nedenle, oluş nedenlerine ilişkin bilgi ve kuramlar, hastalığın belirtileri tanıtıldıktan sonra tartışılmıştır.

Her zaman üzerinde durmaya çalıştığım önemli nokta dil konusudur. Bilimdeki hızlı değişmeler, yeni buluşlar çok sayıda yeni sözcüklerin, terimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çoğu yeni buluşların ve bilimsel gelişmelerin gerçekleştirildiği Batı ülkelerinde, artık geçen yüzyılda olduğu gibi terimler Latince ve Yunanca köklerden türetilmemektedir. Bu ülkelerde bilim insanları, anlamayı ve öğrenmeyi kolaylaştırmak amacı ile, yeni buluşları için daha çok kendi öz dillerinden, günlük halk dilinden sözcükler alarak bunlara terim niteliği kazandırmaktadırlar. Giderek, bilim dili ile halkın konuştuğu dil birbirine yakınlaşmakta ve "evrensel bilim dili" görüşü de geçerliğini, dayanağını kendiliğinden yitirmektedir. Aynı nedenle bilim adamının eski çağlardan kalma, dili ve uygulamaları ile büyüsel düşünceye dayanan dokunulmazlığı ve anlaşılmazlığı da ortadan kalkmaktadır.

Açık düşünmenin ve sindirerek öğrenmenin temeli dile dayanır. Ülkemizde düşünsel yaşamın ve bilimin gelişmesi için en başta kendi dilimize değer verilmesi ve Türkçe'nin geniş olanaklarına güvenilmesi gerektiğine inananlardanım. Bilimdeki hızlı gelişmelere, yeni buluşlara ve yeni kavramlara "yaşayan dil" görüşü ile ayak uydurulamaz. Ya olduğu gibi Batı dillerinden alacağız ve aktarmacı, kopyacı kalacağız ya da Türkçe'nin geniş kaynaklarından yararlanacağız. Türk dili, Atatürk çağına dek yüzlerce yıl ağır biçimde bir yana itilmiş, aydınları tarafından hor görülmüş, fakat canlı kalmasını başarmış güçlü bir dildir. Bu yüce dil, son yetmiş beş yılda, güçlü bir yazın ve bilim dili olabileceğini kanıtlamıştır. Günümüzde, Türkçe'nin yeniden yabancı sözcüklerle hızlı bir bulaşmaya uğradığını; kimi sözde bilim çevrelerinde küçümsendiğini, yetersiz sayıldığını görüyoruz. Derslerde, bilimsel konuşma ve yayınlarda tedirginlik duymadan gereksiz yere yabancı sözcükler, terimler bolca kullanılmaktadır. İngilizce'nin günlük olağan dilinden yalın bir sözcük kolayca bilimsel terim olabiliyor da, aynı anlamı taşıyan bir Türkçe sözcüğe bilimsel terim olabilme hakkı tanınmıyor. Yabancı sözcük kullanma tutkusunun temelinde, eski çağlarda olduğu gibi, yetersizlik, güvensizlik duygularına bağlı olan büyüsel düşünce ve anlaşılmazlığa sığınma eğilimi yatmaktadır. Bilim adamının yetersizlik, güvensizlik duyguları ve büyüsel düşünceye, anlaşılmazlığa sığınma eğilimi azaldıkça bilimsel düşünce bütün toplum katmanlarına açık, yalın bir dille yayılabilecektir. Ülkemizde ruh hekimliğinde kullanılan dilin giderek daha arı, yalın ve anlaşılır bir Türkçe olacağına inanıyorum.

Uzun yıllar öğretim üyesi ve hekim olarak çalıştığım Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde çalışma arkadaşlarımdan, asistanlardan, öğrencilerden, hastalardan çok şey öğrendim. Hepsi çalışmalarımla yakından ilgilendiler, destek oldular. Bu yapıt ruh hekimliğinde elli yılı aşan bir birikimin ve yeni yayınları artık benden çok daha iyi izleyen değerli bilim insanı Prof. Dr. Aylin Uluşahin ile ortak çabamızın ürünüdür. Başta öğrencilerimiz, yakın çalışma arkadaşlarımız olmak üzere bu kitabın gerçekleşmesinde katkısı olanlara ve kitabı basıma hazırlayan Turgay Arık ve Bayt Şirketinin çalışanlarına, basımı gerçekleştiren Tuna Matbaacılık A.Ş'ye derin teşekkürlerimizi sunarız.

Prof. Dr. M. Orhan Öztürk
Şubat 2008, Ankara

ÖNSÖZ

Bu kitabın ilk basımını bir tıp öğrencisi olarak okumuştum. Sonraki baskıları benim uzmanlık eğitimi sınavına, uzmanlık ve doçentlik sınavlarına girerken çalıştığım kaynaklar arasında idi. Benden sonraki kuşakların da psikiyatri ile tanışmalarında, psikiyatriyi sevmelerinde bu kitabın önemli katkısı olduğunu biliyorum. Bu nedenle Prof. Dr. M. Orhan Öztürk kitabın bu baskısını birlikte yenilemeyi önerdiğinde çok heyecanlandım. Bu benim için hem büyük bir onur hem de psikiyatriyi bir gözden geçirme fırsatıydı. Ayrıca Orhan Bey'le çalışmak, okuduğunu, bildiğini konuya yabancı birinin anlayabileceği şekilde ifade edebilmek becerisini geliştirmek için bir fırsattı.

Kitabın bu 11. baskısının hazırlanması iki buçuk yıllık bir süreç içinde oldu. Kitabın genel düzeni, bölümlerin başlıkları önceki baskılardan önemli bir fark göstermiyor. Genel düzendeki tek önemli değişiklik Dr. Sezai Berber tarafından yazılan "Özkıyım" bölümünün eklenmesi. Gene kitabın önemli bir bölümü davranış bilimlerinin, ruh hekimliğinin temel kuramlarını ele alıyor. Klasik bilgilerin yer aldığı bu bölümlerde önemli bir değişiklik yapmadık. Yenilemeler özellikle ruhsal bozuklukların ve sağaltımın ele alındığı bölümlerde oldu.

Ruhsal bozuklukların ele alındığı bölümlerde bölüm içi düzenlemelerde değişiklikler var. Bu değişikliklerden en önemlisi hastalıkların oluş nedenlerinin klinik özelliklerinin tanımlanmasından sonra verilmesi. Klinik özellikler tam olarak anlaşılmadan oluş nedenlerinin anlaşılmasının zor olacağı düşüncesi bizi böyle bir düzenleme değişikliğine götürdü.

Bu kitabın ilk baskısının çıktığı yıllarda Türkçe'de ruh hekimliği üzerine bu kapsamda başka bir kitap yoktu. Bugün ise dilimizde genel olarak ruh hekimliğini ya da ruh hekimliğinin çeşitli konularını ele alan çok sayıda değerli eserin olduğunu sevinerek görüyoruz. Bugünkü verimli yayın ortamında kitabın bu yenilenmiş baskısının da kendi yerini bulacağını umuyoruz.

Kitabın bu baskısının oluşmasında konuk yazarların payı çok önemli, kendilerine teşekkürlerimizi sunarız. Kitabın hazırlanması sırasında Doç. Dr. Elif Kabakçı'nın, Prof. Dr. Cengiz Kılıç'ın, Doç. Dr. Aygün Ertuğrul'un, Doç. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu'nun, Dr. Mustafa Çelik'in çok değerli katkıları oldu. Ayrıca, hazırlanan bölümleri okuyarak önemli değerlendirme ve düzeltmeler yapan Dr. Koray Başar, Dr. Oğuzhan Karcı, Dr. Şeref Can Gürel, Dr. Nadide Gürses, Dr. Mesut Yıldız, Dr. Halil Özcan, Dr. Sertaç Ak, Dr. Tuna Çak Ulay ve Dr. Aslı Çiftçi'ye teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Aylin Uluşahin
Şubat 2008

İÇİNDEKİLER

CİLT-I

Bölüm I — Psikiyatrinin Tarihçesi 1
(İlkel Çağlar, Eski Çağlar, Rönesans, Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi, Türk Psikiyatrisinin Tarihçesi, Çağdaş Ruh Hekimliği)

Bölüm II — Temel İlkeler ve Kavramlar 16

Bölüm III — Davranışın Belirleyicileri 22
(Filogenetik, Ontogenetik belirleyiciler)

Bölüm IV — Davranışın Nörobiyolojik Temelleri
Doç Dr. Aygün Ertuğrul 27
(Beynin Nöroanatomik Yapısı, Nörokimyasal Yapısı, Beyin Gelişimi, Beynin Plastikliği, Yeni Nöron Yapımı, Gen Çevre Etkileşimi)

Bölüm V — Davranışın Psikodinamik Temelleri 52
(Bilinç, Bilinçdışı, Altbenlik, Benlik, Üstbenlik, Güdüleme, Engellenme ve Çatışma, Ruhsal Örselenme, Bunaltı)

Bölüm VI — Benliğin Savunma Düzenekleri 72

Bölüm VII — Kişilik Gelişimi 94
(Psikoseksüel, Psikososyal Gelişmenin Temel Kavramları, Oral, Anal, Fallik, Gizillik, Ergenlik ve Delikanlılık Dönemleri)

Bölüm VIII — İnsanın Sekiz Evresi 117
(Psikososyal Gelişme Dönemleri)

Bölüm IX — Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması 129

Bölüm X — Hasta – Hekim İlişkisinin İlkeleri ve Psikiyatrik Görüşme 133

Bölüm XI — Gözlem ve Öykü Alma Kılavuzu 146

Bölüm XII — Ruhsal Durum Muayenesi 155

Bölüm XIII — I- Psikolojik Değerlendirme / Prof. Dr. Işık Şavaşır 181
(Tanımlama, Tarihçe, Zekâ Testleri, Kişilik Değerlendirmesi, Derecelendirilmiş Ölçekler, Yapılandırılmış Görüşme Çizelgeleri, Projektif Testler)

II- Klinik Nöropsikoloji: Bilişsel Yetilerin Değerlendirilmesi / Psikolog Doç. Dr. Ayda Kılıç, Uzm. Psikolog Banu Elmastaş Dikeç..... 197
(Nöropsikoloji ve Alt Alanları, Kapsamı ve Amacı, Nöropsikolojik Değerlendirmede Farklı Yaklaşımlar, Bilişsel İşlevler ve Değerlendirme)

Bölüm XIV Ruhsal Bozukluklarda Tanı ve Sınıflandırma 218
DSM ve ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Dizgelerinin Özellikleri

Bölüm XV Psikiyatrik Epidemiyoloji 225
(Epidemiyolojik Araştırma Araçları, Türkiye'de Yapılan Epidemiyolojik Araştırma Örnekleri, Genel Epidemiyolojik Bulgular)

Bölüm XVI Şizofreni 242
(Tarihçe, Sıklık ve Yaygınlık, Klinik Belirtiler, Tanı, Türleri, Ayırıcı Tanı, Gidiş ve Sonlanış, Oluş Nedenleri, Sağaltım)

Bölüm XVII Sanrılı (Paranoid) Bozukluklar 324
(Direngen Sanrılı Bozukluk, Başka Paranoid Durumlar, Paranoid Düşüncenin Psikodinamiği, Akut ya da Geçici Psikotik Bozukluklar, Kültüre Özgü Psikozlar)

Bölüm XVIII Duygulanım Bozuklukları 337
(Tanımlama, Tarihçe, Sınıflandırma, Duygudurum Bozukluğu Dönemleri, Tekuçlu ve İkiuçlu Bozukluk Ayrımı, Sıklık ve Yaygınlık, Gidiş ve Sonlanış, Oluş Nedenleri, Sağaltım)

Bölüm XIX Özkıyım (İntihar) / Dr. Sezai Berber 428
(Tanımlama, Tarihçe, Sıklık ve Yaygınlık, Oluş Nedenleri, Özkıyım Yönünden Değerlendirme, Özkıyımın Görüldüğü Ruhsal Bozukluklar, Risk Etkenleri, Özkıyım Girişimleri, Özkıyım Yöntemleri, Yasal Konular, Sağaltım)

Bölüm XX Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar – I 448
(Psikoz–Nevroz Ayırımı, Bunaltı Bozuklukları: Yaygın Bunaltı Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Fobik Bozukluk, Oluş Nedenleri, Sağaltım, Saplantı - Zorlantı Bozukluğu, Örselenme ya da Zorlanma Etkisine Bağlı Bozuklukları: Akut Zorlanma Bozukluğu, Örselenme Sonrası Zorlanma Bozukluğu)

Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar – II 512
(Konversiyon Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk, Somatoform Bozukluklar: Somatizasyon Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu, Hipokondriyazis, Beden Dismorfik Bozukluğu, Nevrasteni, Depersonalizasyon –Derealizasyon Bozukluğu)

CİLT-II

Bölüm XXI Kişilik Bozuklukları 555
(Kişilik Türleri, Tanımlama, Kişiliğin Muayenesi, Sıklık ve Yaygınlık, Ayırıcı Tanı, Oluş Nedenleri, Kişilik Bozukluğu Türleri, Sağaltım)

Bölüm XXII Cinsel Uyum Sorunları 584
(Cinsel Kimlik, Cinsel Kimliğin Belirleyicileri, Cinsel Uyum, Cinsel Durum Muayenesi, Cinsel İşlev Bozuklukları, Sağaltım İlkeleri, Cinsel Kimlik ve Cinsel Nesne Sapmaları)

Bölüm XXIII Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev ya da Yapı Bozuklukları (Psikosomatik Hastalıklar) – I 610
(Tarihçe, Psikosomatik Hastalığın Tanımı, Sınıflandırma, Oluş Nedenleri, Sağaltım İlkeleri)

Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev ya da Yapı Bozuklukları (Psikosomatik Hastalıklar) – II 618
(Yeme Bozuklukları: Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Uyku ve Bozuklukları)

Bölüm XXIV Organik Ruhsal Bozukluklar (Deliryum, Bunama ve Başka Bilişsel Bozukluklar) 642
(Deliryum, Bunama, Alzheimer Tipi Bunama, Lewy Cisimcikli Bunama, Damarsal Bunama, HIV'e Bağlı Bunama, Frontotemporal Bunama, Hafif Bilişsel Bozulma, Organik Amnezik Sendromlar, Organik Beyin Bozukluğuna Bağlı Kişilik Bozukluğu)

Bölüm XXV Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar
Prof. Dr. Berna Uluğ, Prof. Dr. M. Orhan Öztürk.....687
(Tanı ve Sınıflandırma, Madde Bağımlılığının Oluş Nedenleri ve Düzenekleri, Alkol ve Alkol Dışı Psikoaktif Maddeler)

Bölüm XXVI Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları - I
Prof. Dr. Mualla Öztürk 736
(Çocuğun Psikiyatrik Değerlendirmesi)

Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Doç. Dr. Birim Günay Kılıç,
Dr. Cihat Kağan Gürkan, Prof. Dr. Mualla Öztürk 744
(Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Çocukluk Çağı Bunaltı Bozuklukları, Bağlanma ve Bozuklukları, Çocuk ve Ergenlerde Çökkünlük, Çocukluk Çağı İkiuçlu Bozukluğu, Tik Bozuklukları, Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Konuşma Bozukluklarında Ruhsal Belirtiler, Boşaltım Bozuklukları, Zekâ Geriliği, Çocuk Ruh Hekimliğinde Sağaltım)

Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim
ve Ruh Sağlığı - II / Prof. Dr. İlgi Öztürk Ertem 810
(Çocuk Gelişiminde Çok Yönlü Kuram, Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin ve Ruh Sağlığının Değerlendirilmesi, Tanı Sınıflandırması, Bebek gelişimi ve Ruh Sağlığının Desteklenmesi ve Sağaltımı)

Bölüm XXVII Ruhsal Bozukluklarda Sağaltım (Temel İlkeler) 821

Bölüm XXVIII Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı 824
(Genel ve Temel İlkeler, Antipsikotikler, Psikozlarda Kullanılan Başka İlaçlar, Duygudurum Düzenleyicileri, Antidepresanlar, Bunaltı Gidericiler, Uyku İlaçları, Bunama İlaçları, Bağımlılık İlaçları, Merkez Sinir Dizgesi Uyarıcıları, Antiparkinson İlaçlar, Cinsel İşlev Bozukluğu İlaçları, Özel Yaş Gruplarında, Gebelikte, Emziren Annelerde Psikotrop İlaç Kullanımı)

Bölüm XXIX Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım 940
(Elektrokonvülsif Sağaltım (EKT), Yineleyici Transkraniyal Manyetik Uyarım, Derin Beyin Uyarımı, Vagal Sinir Uyarımı, Psikiyatride Beyin Cerrahisi, Işıkla Sağaltım, Uyku Yoksunluğu Sağaltımı)

Bölüm XXX Psikoterapiler 955
(Tanımı, Türleri, Psikanaliz ve Psikanalitik Psikoterapi, Destekleyici Psikoterapi, Davranış Terapisi, Bilişsel Terapi, Aile Psikoterapisi, Grup Psikoterapisi, Psikoterapi İlişkisinde Temel İlkeler, Uygulama Alanları, Hasta Seçimi, Türkiyede Psikoterapinin Uygulama Sorunları)

Bölüm XXXI Türkiye'de Ruh Hekimliğinin Yasal Konuları 987
(Adli Psikıyatrik Sorunlar, Türk Ceza Yasası ile İlgili Konular, Türk Yurttaşlık Yasası ile İlgili Konular, Hasta Hakları, Psikiyatrik Yazışma ve Rapor Sorunları)

Dizin 1001

BÖLÜM I

PSİKİYATRİNİN TARİHÇESİ

"İnsan bilmelidir ki neşe, hoşnutluk, gülme, spor, acı, üzüntü, karamsarlık ve matem yalnızca beyinden gelir. Ve bununla, özel bir biçimde, sezme ve bilgiyi elde eder; görür ve işitiriz. Ve aynı organla deli ve çılgın olunur; korkular ve dehşet bazen gece, bazen gündüz bizi etkisine alır...."

HİPOKRAT (İ.Ö. V. yüzyıl)

Ruh hekimliği -psikiyatri- tıbbın bir dalıdır. Kişinin bilişsel, duygusal yetilerinde, davranışlarında, çevreye uyumunda görülen bozuklukların incelenmesi, tanımlanması, sınıflandırılması, sağaltımı ve korunması ile uğraşır. Psikiyatrinin dinamik, davranışçı, biyolojik yaklaşımları, psikofizyoloji, psikofarmakoloji, psiko-nöro-kimya, psikanaliz, psikoterapi, adli psikiyatri, çocuk ve ergenlik psikiyatrisi, yaşlılık psikiyatrisi gibi yan dalları vardır. Ruh hekimliği son yüzyılda büyük ilerlemeler göstermiştir. Bu ilerlemeler son 30-40 yılda öncelikle tıp bilimleri çerçevesinde çok hızlanmıştır. Geçen yüzyılda hem tıptan, hem toplumdan uzak kalan psikiyatri günümüzde hekimliğin önemli bir uzmanlık dalı olmuştur. Tıp biliminin temellerini ve teknolojisini bırakmayan ruh hekimliği, genetik, biyokimya, farmakoloji gibi temel tıp bilimleri ile yakın ilişki içine girmiş; fakat aynı zamanda ruhçözümleme (psikanaliz), ruhbilim, klinik ruhbilimi, toplumsal insanbilim (sosyal antropoloji), toplumbilim gibi davranış bilimlerinden de yararlanarak ufkunu genişletmiştir.

Hekimlik ve ruh hekimliği insanlık tarihi kadar eskidir. İlkel çağlardan bugüne önemli evrelerden geçmiştir. Ruh hekimliğinin nereden başlayıp, çağımızda nereye geldiğini anlayabilmek için tarihine kısa bir göz atmak uygun olur.

İLK ÇAĞLAR

Hastalıkların doğa-üstü güçlere bağlandığı, canlıcı (animist) düşüncenin egemen olduğu ve eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlardır. Bu çağ-

larda hastalık doğa-üstü zararlı ruhlara bağlanıyordu Büyücü hekimler ve şamanlar çeşitli törenler, danslar, garip hareketler, çılgınlık nöbetleri, özgeçi (trans) durumları ve ruhları saklayan eşyanın yok edilmesi gibi uygulamalarla zararlı ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışıyorlardı.

Doğa karşısında çoğu kez güçsüz, çaresiz kalan ilkel insan, derin korkular ve güvensizlik duyguları içinde doğa-üstü güçlerin varlığına inanarak anlayamadığı bir olguyu açıklamaya, aydınlatmaya çalışmış; bunlara göre savunma yolları aramıştır. Hastalıkları ve doğal yıkıcı güçleri kendi gücü ve elindeki ilkel teknoloji ile yenemeyince, kendi düşüncesinde bunların oluş biçimlerine, bunlardan nasıl kurtulabileceğine, korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir. İlkel insanın hastalıklara, korku verici olaylara, sıkıntıya, bunaltıya karşı savaşı yansıtma düzenekleriyle ya da yarattığı gizemci ve büyüsel düşünceye sığınma yolu ile olmuştur. Kaynağı, nedeni bilinmeyen hastalıklar, doğal yıkımolaylar (afet) doğa-üstü güçlerle açıklanıyor; kısıtlı da olsa bir çözüm yolu önerilebiliyordu. Bir olgunun nedenini bilmiyorum, bilmek isterim diyebilmek bilimsel düşüncenin ilk önemli adımıdır. Oysa, güçsüz ve güvensiz, ölümlü insan kolaylıkla bilmiyorum diyemez. Kendisini güçsüz, güvensiz kılan nedenleri kolayca tanıyamaz; bunun yerine doğa-üstü, bir başka deyişle kendinden üstün ve kendisinin ötesinde güçlere inanarak çözmeğe çalışır.

İşte bütün öbür hekimlik dallarında olduğu gibi insanın kendi ruhsal sıkıntılarını, bocalamalarını açıklamaya, onlarla savaşmaya başlamasının ilk evrelerinde *gizemcilik ve büyüsel düşünce* egemendi. Bütün açıklamaları, korunma ve sağaltım yolları büyü ve doğa-üstü güçlere (cin, peri, şeytan vb.) inanmak yoluyla oluyordu. *Büyünün temeli anlaşılmamaya ve inanca dayanır.* Uygulanan yöntem ne denli anlaşılmaz ise o denli doğa-üstü gücün var olduğu izlenimini verir, inancını pekiştirir. Bu düşünce biçiminin doğal sonucu olarak da sağaltım yapan kişiler din adamları ya da büyücü hekimler, şamanlardı. Hastanın inancına dayanan bu yöntemlerde, ayrıca, dinsel-büyüsel törenler içinde duygusal coşmalara ve boşalmalara da yer veriliyordu. İnanmanın ve duygusal boşalmanın çağdaş psikoterapilerde de etkin yer aldığı bilinmektedir.

Bunların kalıntıları, izleri çağımızda da görülebilmektedir. Kimi yörelerde ve toplumlarda kullanılan benzer yöntemlerin etkili oluşu hasta kişinin inancı ile doğru orantılıdır. Büyüsel hekimliğin kalıntılarını çağdaş hekimliğin dilinde, reçetesinde görebiliriz. Örneğin, hekim reçetelerinin okunamaz, anlaşılmaz yabancı sözcüklerle yazılması; hekimlik dilinin halkın anlayacağı dilden uzak tutulması gibi uygulamaların altında eski çağlardan kalma büyüsel, gizemci düşüncenin etkisi vardır. Ayrıca, geri kalmış toplumlarda ve ülkemizde de bugün hekimlik dışı sayılan fakat geniş halk kütlelerinin henüz bırakamadıkları birçok ilkel, büyüsel inançlar ve uygulamalar bilinmektedir. İlkel sağaltım yolları diye bilinen bütün bu yöntemlerin kaynağında insanoğlunun temel yadsıma ve yansıtma eğilimleri yatmaktadır [15].

ESKİ ÇAĞLAR (HİPOKRAT VE SONRASI)

Hipokrat (İ.Ö. 5. yüzyıl) öncesi dünyada, gizemci-büyüsel düşünce biçimi ve buna dayalı hastalık anlayışı ve sağaltım yöntemleri egemendi. Eski Yunan'ın altın çağı Perikles döneminde Hipokrat, hastalıkların doğa-üstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu gösterdi. Bu büyük hekimin çağdaş ruh hekimliğine neler getirdiğini burada geniş olarak anlatmaya olanak yoktur. Ancak, büyüsel/gizemci düşüncenin egemenliğine hiç olmazsa Orta Çağa dek son veren Hipokrat ve onun izleyicileridir. Hipokrat'ın, uygulamalarında ve yazılarında kullandığı kimi terimler (histeri, melankoli gibi) bugün bile kullanılmaktadır. Hipokrat, o çağa dek kutsal bir hastalık olarak bilinen epilepsinin bir beyin hastalığı olduğunu ileri sürmüştü. Histerinin kötü ruhlara değil, kadın cinsel organının, dölyatağının (hysteron) doyumsuz kalınca bedenin değişik yerlerini gezerek hastalığın belirtilerini oluşturduğunu savunmuştu. Bu bölümün başındaki alıntı Hipokrat'ın o çağa göre ne denli ileri görüşlü olduğunu açıkça göstermektedir. Hipokrat bilimsel düşünmenin ve bilimsel yöntemin ögelerini ilk açıklayan kişi olmuştur. "Hiçbir şeyi şansa bırakmayın. Hiçbir şeye göz yummayın. Farklı sonuçlar veren gözlemleri bir arada kullanın. Kendinize yeterli zaman tanıyın." [18]. Ancak, şunu da belirtmek gerekir ki eski Yunan ve Roma'da ruh hastalarına karşı toplumun tutumları genellikle olumsuz önyargılarla dolu idi. Ruh hastalarından korkulur, nefret edilirdi, genellikle evlerde hapsedilirler, topluma bırakılmazlardı [7].

Hipokrat'tan sonra *eski Yunan'ın Eflatun'u, Aristo'su, eski Roma'nın Aesclapiades'i, Cicero'su, Celsus'u, Soranus'u, Kapadokya'nın Aretaeus'u, Bergama'nın Galenos*'u ruhsal bozuklukların doğal açıklamalarına katkıda bulunmuşlar; gizemci-büyüsel düşüncenin geçersizliğini kesinlikle belirtmişlerdir. O çağlarda bugünkü anladığımız biçimde psikoterapi, düş yorumlamaları, psikodrama, uğraşı, okuma, çamur banyoları ve çeşitli telkin yöntemlerinin kullanılmış olduğunu biliyoruz. Bunun en etkileyici örneğini *Bergama'daki Aesclapion* tapınağında bulabiliriz. Bu tapınakta hastaların uyutuldukları, yarı tanrı hekimlerce düşlerinin yorumlandığı, telkinlerin yapıldığı yerler, tiyatro, okuma salonu, çamur banyoları bugün de görülebilir.

ORTA ÇAĞ

Ancak, bu aydınlanış dönemi çok uzun sürmemiş ve Batı dünyasında Karanlık Çağlar diye bilinen Orta Çağ'da gerileme olmuş ve İsa'dan sonraki ikinci, üçüncü yüzyılları izleyen dönemlerde gittikçe artan bir hızla yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmaya başlamıştı. Bu uygarlık gerilemesinde eski Yunan ve Roma'nın dış etkenler altında çöküşünün mü, yoksa gelişen Hıristiyanlığın o çağlarda dogmatik biçimde gizemci-büyüsel değerlere verdiği önemin mi daha etkin olduğu tartışılabilir. Şurası bir gerçektir ki Musevilik ve Hıristiyanlık dinlerinin temel kitapları ruh hastalığı anlayışı-

na büyüsel düşüncenin ötesinde ve ilerisinde bir değişiklik getirmemişlerdir. Tersine bu kitaplardaki örnek ve açıklamalar gizemci, doğa-üstü yöndedir. Bu dönemde "tıbbi tedavi uygulayan hekimlerin soyu neredeyse tükenmişti. İlaç yerine ilahiler, şerbetler, yıldız falları ve muskalar işbaşındaydı. Kadavra kesimi sınırlanmış ya da yasadışı ilan edilmişti; yani tıp eğitimi alan birisinin insan vücudu hakkında bilgi edinmesi olanaksızdı. Tıbbi araştırmalar bir durgunluk dönemine girmişti...." [18].

Bu dönemde dinsel, yarı dinsel açıklamalar Orta Çağ'ın ruh hastalarına yaptığı korkunç işkencelerin ve yok edişlerin kaynağı, hiç değilse en büyük destekcisi olarak kullanılmıştır. Orta Çağ Avrupa'sında, ruh hastaları şeytanın yakaladığı bir büyücü sayılarak yakalanır ve diri diri yakılırdı. O çağın Hıristiyan dünyasında din adamları büyücü ya da şeytana tutulmuş diye adlandırdıkları ruh hastalarını izleyebilmek, yakalayabilmek ve cezalandırabilmek için kitaplar yazmışlardı. Bunlardan, iki din adamınca yazılmış olan ve 1486'da basılan *"Malleus maleficarum" (Şeytanın Çekici)* adlı kitap ruh hastalarını kovalama, yakalama ve cezalandırma konusunda büyük bir yetke (otorite) belgesi olarak benimsenmişti. Orta Çağın sonlarına doğru bile Avrupa'da, büyük olasılıkla çoğu şizofrenisi, manisi, histerisi olan yüzbinlerce hasta, ruhlarına şeytan girdi tanısı ile yargılanmışlar ve diri diri yakılmışlardır. Bu açıdan, ruhsal bozukluklara karşı Orta Çağda kilisenin ve toplumun tutumları ilkel çağlardaki şamanizmden de geriye gitmiş; ilkel, acımasız bir anlayış dinsel-politik amaçlarla geniş halk kütlelerine uygulanmıştı. Bu dönem içinde yalnızca ruh hastalarının düşünce ve davranışlarına karşı değil, kilisenin bütün dogmatik kurallarına karşı olan her türlü bilimsel görüş ya da tartışma ağır cezalarla karşılaşmıştır.

YENİDEN DOĞUŞ (RÖNESANS)

Avrupa'da, 13. ve 14. yüzyıllardan başlayarak Hristiyan Kilisesinin katı, acımasız, dogmatik kurumlarına ve uygulamalarına karşı giderek artan tepkiler belirdi. Sanatta, kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamağa başladı. Toplumların aristokrat kesimleri de yeni sanat, bilim, düşünce akımlarını benimsemeye, desteklemeye başladılar. Basımevinin keşfi, Martin Luther'in, Luther'i izleyen geniş halk kütlelerinin, başka düşün adamlarının Papa'ya ve dogmatik dine başkaldırmaları ile Avrupa'da sanatta, felsefede, bilimsel düşüncede büyük bir kültürel devrim başladı.

Avrupa toplumu, İslam dünyasının gelişmiş bilimsel çalışmalarını, Arapça'ya çevrilmiş olan eski Yunan düşünürlerini tanıdı. Bütün bu değişiklikler ve akımlar bilimsel düşünme, araştırma yapma kapılarını yavaş yavaş açtı. *Keppler, Copernicus, Galileo* gibi büyük bilim adamları bilimde çığır açtılar. 16. ve 17. yüzyıldan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortam doğdu. Kan dolaşımı, insan anatomisi ve fizyolojisi üzerinde nesnel

çalışmaların başlaması bu yüzyıllarda olmuştur. İşte bu çağda büyücü avları ile ruh hastalarının şeytana tutulmuştur diyerek yargılanmaları, diri diri yakılma uygulamaları sonlandı.

ÇAĞDAŞ PSİKİYATRİNİN GELİŞİMİ

Orta çağın kapanması ve ruh hastalıklarını katı, dogmatik yarı-dinsel inançlarla açıklayan görüşlerin, uygulamaların son bulması ile Avrupa'da hızla gelişen bilimsel çalışmalar döneminde psikiyatri alanında da gerçek bilimsel çalışmalar başladı. İlk olarak 17. yüzyılda, ruh hastaları hakkında bir kararın din adamlarınca değil, hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edildi. Bu dönemde, daha çok nörolojik bozukluklarla ilgilenen *Sydenham* nevrozların da tanımını yapmaya çalıştı.

Bu çağda ruh hekimliğinde en önemli adımı 18. yüzyılın sonlarına doğru *Fransız ruh hekimi Pinel* atmıştır. Ruh hastalarını zincirden kurtaran hekim olarak bilinen *Pinel,* "Traitement Moral" adlı yapıtı ile planlı psikoterapinin ilkelerini belirten ilk hekimdir. Pinel'in başlattığı insancıl akım, başka Avrupa ülkelerine ve A.B.D.'ye de yayıldı ve giderek ruh hastalarına hastanelerde, bakım evlerinde sağaltım verme görüşü uygulama alanı buldu. İngiltere'de *William Tuke*, A.B.D.'de *Benjamin Rush*, ülkelerinde çağdaş psikiyatrinin öncüleri oldular.

19. yüzyılda psikiyatride en önemli çalışmalar Fransız ve Alman ruh hekimlerince yapılmıştır. Fransa'da *Esquirol, Morel, Magnan* ve yüzyılın sonuna doğru *Liebault, Bernheim, Charcot* ve daha sonra *Pierre Janet*; Almanya, Avusturya ve İsviçre'de de 19. yüzyılın başından sonuna doğru *Griesinger, Meynert, Hecker, Kahlbaum, Kraepelin, Breuer, Freud, Bleuler, Jung ve Adler* çağdaş psikiyatrinin kurucusu oldular. Fransız ve Alman okullarının ileri gelen ruh hekimleri, yeni yeni hastalıklar tanımladılar ve sınıflandırmaya çalıştılar. Bu hekimlerin çoğu ruhsal bozuklukları beyindeki yozlaşmaya (dejenerasyon) bağlıyordu. Hastalıkların sınıflandırılması ve tanımlanmasında bugün de etkisi süren *Kraepelin*'in çalışmaları psikiyatrik tanıbilimini (nozoloji) karmaşıklıktan önemli oranda kurtardı. *Kraepelin*, psikozları ve psikonevrozları ana ve alt gruplara ayırdı. Şimdi şizofreni olarak bilinen, "*dementia praecox-erken bunama*" adıyla tanımladığı hastalığın ve *manik-depresif psikoz*un (ikiuçlu duygudurum bozukluğu) belirtilerini, türlerini bilimsel bir düzen içinde tanımladı, sınıflandırdı. *Kraepelin*'in psikiyatrideki etkisi 20.yüzyılın ilk üç çeyreğinde, psikanalitik psikiyatrinin yaygınlaşma döneminde, zayıflamış gibi görünse de son 30 yılda özellikle DSM-III'ün yayınlanması ile Kraepelin psikiyatrisi gene büyük güç kazanmıştır.

19. yüzyılda öncelikle Fransız ruh hekimleri (*Liebault, Bernheim ve Charcot*), o çağın şarlatan hekimi olarak bilinen ve şöhreti kısa sürede sönen *Mesmer*'in hipnoz ve "animal magnetism" görüşlerini yeniden ele alarak hipnoz olgusunu incelemeye önem verdiler. Bazı histeri belirtilerinin hipnozla

ortaya çıkarılabilmesi ya da tümden giderilebilmesi denemeleri ile giderek dikkat insanın ruhsal yaşamına, heyecanlarına, duygularına, düşüncelerine doğru yöneldi. Bu konuda en etkili adımları büyük Fransız nörologu *Charcot* atmıştır. *Charcot*, histerinin yalnız kadınlarda değil, erkeklerde ve çocuklarda da olabileceğini; hastalığın oluşunda ruhsal etkenlerin önemini, hastalığın hipnozla düzelebileceğini gösterdi. Fransa'da *Bernheim, Charcot* ve sonradan *Pierre Janet*, Avusturya ve İsviçre'de *Breuer, Freud ve Jung* ruhsal bozuklukların anlaşılmasında ve dinamik psikiyatrinin gelişmesinde öncü oldular.

Bu konuda asıl çığırı *Freud* açmıştır. 19. yüzyılın sonunda geliştirdiği psikanaliz kuramı birçok yönü ile çağımızın en önemli psikoloji okulu olmuş; ruh hekimliğindeki hastalık anlayışını ve sağaltım yöntemlerini köklü biçimde etkilemiştir. Psikanaliz, ruh hekimliğine ve psikolojiye, bilinç, bilinçdışı, ruhsal aygıtın yapısı, dürtü, psikoseksüel gelişme, çatışma ve savunmalar üzerindeki kuramları ve sağaltım yöntemi ile yeni boyutlar, yeni araştırma, uygulama alanları kazandırmıştır. İleride "*Bölüm V: Davranışın Psikodinamik Temelleri*" ve "*Bölüm XXX: Psikoterapiler*" başlıkları altında psikanalizin katkıları daha geniş olarak açıklanacaktır.

Freud'la aynı çağda yaşayan *Rus fizyoloğu Pavlov*'un *koşullandırma* ile öğretme denemeleri ve *koşullu tepki (conditioned response)* kuramı psikolojiye, psikiyatriye ve psikosomatik hekimliğe apayrı bir boyut kazandırmıştır. Davranışçı okulların ve davranışçı sağaltımın kaynağı kuşkusuz *Pavlov* olmuştur. Giderek yeni yeni öğrenme kuramları geliştirilmiştir. Bir bakıma psikanaliz okulu ile yarışan davranışçı okullar 20. yüzyılın ikinci yarısında ruh hekimliğinde ve klinik psikolojide giderek artan bir ağırlık kazanmıştır.

Yirminci yüzyılın ilk yarısında A.B.D.'de *Adolf. Meyer, Harry Stack Sullivan, Karen Horney, Karl Menninger*; İngiltere'de *Aubrey Lewis*; Fransa'da *Jean Delay, Henri. Ey, Paul Denniker*; Almanya'da *Kurt Schneider, Ernst Kretschmer*; İsviçre'de *Sigmund Freud, Eugene Bleuler, Carl Gustav Jung, Jean Piaget* ve daha birçok araştırıcı ruh hekimliğinin günümüzdeki düzeyine ulaşmasında büyük emek veren kişilerdir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında ruh hekimliğinde büyük sıçramalar olmuştur. Bunları şöyle sıralayabiliriz:

- Psikofarmakolojinin gelişmesi ve ruhsal bozuklukların ilaçla sağaltımının yaygınlaşması;
- Büyük akıl hastanelerinin kapatılması girişimleri ile kurumlarda sağaltım ve bakımdan toplum içinde sağaltım ve bakıma yönelme;
- DSM ve ICD gibi tanı ve sınıflandırma kitaplarının yayınlanması ile hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılmasında ortak ölçütlerin, ortak dilin oluşması;
- Epidemiyolojik ve kültürel psikiyatrinin gelişmesi;
- Nörobilimde ve moleküler genetikte yaşanan büyük gelişmeler;

- Genel hekimlikte ve ruh hekimliğinde etik ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması.

Daha sonraki bölümlerde, yeri geldikçe bu konular ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

TÜRK PSİKİYATRİSİNİN TARİHÇESİ

İslamiyet öncesi Orta Asya Türklerinin hastalık anlayışı ve yöntemleri şamanizme dayanır. 1069'da Türkçe yazılmış olan Kutadgu-Bilig'de hastalıkları ilaçlarla tedavi eden "hekim" ve cinleri, şeytanları kovarak, telkinler yaparak hastaları iyileştirmeye çalışan "efsuncu"nun meslekler hiyerarşisinde en yukarıda geldikleri belirtilmektedir. Bu da daha o çağlarda bir uzmanlaşma olduğuna işaret etmektedir. İslamiyetin kabulünden ve öbür İslam toplumları ile yakın ilişkiye girmelerinden sonra, Türklerde hastalık anlayışına geleneksel İslam tıbbı egemen olmuştur. Fakat şamanizmin izleri de Anadolu'da bir miktar kalmıştır.

11. yüzyılda yaşamış ve kendisinden sonra en az birkaç yüzyıla damgasını vurmuş olan İbni Sina (980-1030) bütün İslam dünyasının en büyük hekimi olarak tanınmıştır. Buhara'da bir Türk ana-babadan doğduğunu kendisi yazan, İsfahan'da yaşayan ve yapıtlarını Arapça yazan *İbni Sina*'nın *"Kanun"*u [5] son derecede ilginç gözlem ve görüşlerle doludur. Örneğin, kişilik ve çocuk gelişmesi konusundaki şu sözleri bugün için de çağdaş ve ileri görüşlerdir:

"Çocuklara özenle bakım verilmeli, davranışlarının aşırılığa kaçmaması için gözetilmelidir. Saldırgan öfke patlamaları, korku ve bunaltı yatıştırılmalıdır. Bu önlemlerin en iyi biçimde sağlanması, çocuğun doğal istek ve eğilimlerini tanımak; hoşlanmadığı durumları göz önünde tutmakla olur. Çocuğun doğal yetenekleri desteklenmeli; tedirginlik kaynakları giderilmelidir. Böyle bir çocuk yetiştirme, hem beden hem ruh için iyidir... Ruhsal yönden yararlıdır, çünkü erken eğitimle alışkanlıklar ve tutumlar kişiliğe yerleşir... Çocuk altı yaşına gelince öğretim ve eğitim için bir öğretmene gönderilmelidir. Çocuğu birden kitaplarla yüklememeli; eğitim, gelişerek ilerleyen bir sisteme uyarak yapılmalıdır."

İbni Sina ruhun "bitkisel", "hayvansal" ve "insani" olmak üzere üç yanı olduğuna inanıyordu. Bitkisel ruh beslenme ve üreme; hayvansal ruh algılama ve hareket; insani ruh da yüksek idealler ve ahlaki değerleri yürütmek işlevlerini taşıyordu. İbni Sina, eski Yunan'ın, Roma'nın hekim ve filozoflarından da yararlanarak çağının en ünlü hekimi olarak yüzyıllarca Doğu ve Batı'da bilgeliğini korumuştur.

Orta Çağ Avrupa'sının karanlık ve acımasız tutumuna karşılık, bütün İslam topluluklarında ve Türklerde ruh hastalarına anlayış, hoşgörü, acıma, zaman zaman da korku egemen olmuştur. Kuşkusuz, geniş İslam toplumları içinde de çok eski çağlardan kalma damgalama (stigmatization) olayı yaygındı, ama bu damgalamalar hiç bir dönemde Avrupa'daki gibi olmamış; utanç, gizleme, acıma ile yüklü tutumların ötesine gitmemiştir. Selçuklu ve ilk Osmanlı

dönemlerinde Anadolu'da kurulan hastaneler bugünkü anlamda uygun, ileri sağaltım kurumlarıydı. Selçukluların açtıkları "şifahane"lerin bir kısmı akıl hastalarına ayrılmıştı. Kayseri, Sivas ve Erzurum'da kurulan Selçuklu şifahaneleri zamanlarının en iyi bakım veren kurumlarıydı. Osmanlı döneminde de bu gelenek sürdürülmüştür. Bu geleneğe göre, ruh hastaları toplumdan uzaklaştırılmıyor, hapsedilmiyor ve kötü muamele görmüyordu. Orta çağda Avrupa'da ruh hastalarına uygulanan acımasız tutumlar sürerken Osmanlıların ilk dönemlerinde ruh hastalarına iyi bakım verildiği anlaşılmaktadır.

Türkler, Yunanistanı aldıklarında, Yunanlıların ölmüş ruh hastalarını yakma geleneğini yasaklamışlardı [11, 16]. Kurulan şifahaneler, bimarhaneler ve tımarhaneler kentlerin en merkezi yerinde, sosyal, ekonomik, kültürel, dinsel etkileşimin en yoğun olduğu noktada, *cami-medrese-hastane üçlüsü* olarak yapılıyordu. İlk olarak Fatih, İstanbul'da bir akıl hastanesi açmıştı. Daha sonra değişik padişahlar ve sultanlar tarafından bimarhaneler kurulmuştur. Şimdi Edirne ve Manisa'daki o zamandan kalmış hastane yapıları ilginç bir anlayış taşımaktadır. Kentin merkezinde cami, medrese ve küçük bir hastane bileşkesi vardır. Bu hastanede ortada daire biçiminde bir avlu ve onu çevreleyen özel odalar bulunmaktadır. Bu mimari yapıya göre hastaların tecrit edilmesi olanaksız gibidir; hastaların birbirleri ile yakın ilişkide bulunmaları; bakıcıların da bu ilişkinin ortasında olması sağlanmaktadır. Ancak, Osmanlı İmparatorluğu'nun gerileme dönemlerinde toplumsal ve ekonomik yaşamın birçok yönünde olduğu gibi sağlık hizmetleri de çok gerilemiş; ruh hastalarını barındıran kurumlar çok olumsuz koşullar altında kalmıştı.

Türkiye'de, 19. yüzyıl sonunda, çağdaş eğitim görmüş ilk ruh hekimi 1898'de Gülhane Askeri Tıp Okulunda psikiyatri derslerini başlatan Raşit Tahsin'dir. Onu izleyen Mazhar Osman Türk psikiyatrisininin kurucusu olarak bilinir. Gülhaneden İstanbul Tıp Fakültesine geçen ve artık çağını çoktan tamamlamış, köhnemiş olan Toptaşı bimarhanesini 1927'de Bakırköy'e taşıyan Mazhar Osman Türkiye'de efsaneleşmiş bir hekimdir. Mazhar Osmanı Gülhanede Nazım Şakir, Üniversitede İhsan Şükrü Aksel ve Fahrettin Kerim Gökay (nörolojiye ayrılarak) izlemişlerdir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında Türk psikiyatrisinin temsilcileri olan bu hekimler Türkiye'de Kraepelin okuluna göre çalışmışlar, eğitim yapmışlardır. 1946'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniği yöneticiliğine atanan Prof. Dr. Rasim Adasal Türk psikiyatrisinin en "doğurgan" kitap yazarı ve Mazhar Osman'dan sonra en popüler hekimiydi. Rasim Adasal, yazdığı kitaplarda ruh hekimliğinin toplumsal yönlerine de önem vermiş ve psikanalizden doğan dinamik psikiyatrinin ülkemizde tanınmasında ve gelişmesinde öncü olmuştur.

1960'larda, A.B.D.'de ve Avrupa'da eğitim görmüş birçok ruh hekimi üniversitelerde görev alarak Türk psikiyatrisinin gelişmesine katkıda bulunmuşlardır. Kraepelin geleneğine bağlı tanımlayıcı (descriptive) psikiyatri yanı sıra

dinamik psikiyatri de gelişmiştir. Biyolojik psikiyatri ve psikofarmakoloji alanında da çağdaş araştırma ve eğitim yapabilecek bir düzeye gelinmiştir.

Şimdiki durumda ülkemizde İstanbul Bakırköy, Manisa, Elazığ, Samsun ve Adana'da Sağlık Bakanlığına bağlı beş ruh hastalıkları hastanesi vardır. Bu hastanelerden en eskisi olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesi 1980'den sonra büyük atılımlar yapmış; çağdaş anlamda bir sağaltım, rehabilitasyon ve eğitim kurumu olmayı başarmıştır. Son 20-30 yıl içinde ülkede devlet ve SSK hastanelerine bağlı psikiyatri kliniklerinin de büyük atılımlar yaparak saygın eğitim kuruluşları olarak geliştikleri görülmektedir. Bunlar arasında Ankara Numune, Ankara Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ve İzmir Atatürk Devlet hastanelerini sayabiliriz. Toplam psikiyatri yatak sayısı 6000 dolayında olup bunların 4500 kadarı devlet hastanelerinde bulunmaktadır. Üniversite hastanelerinde yatak sayısı 600, genel hastanelerde 500 kadardır. Toplam ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 1200 dolayındadır [9].

2006 Türkiye'sinde yaklaşık 40 üniversite psikiyatri kliniği bulunmaktadır. Bunlardan önemli bir kesiminde az çok iyi donatılmış, yeterli eğitim ve araştırma yapabilecek düzeyde psikiyatri kliniği olduğu söylenebilirse de, önemli bir kesiminde de yeterli eğitim ve araştırma yapabilme olanağı bulunmamaktadır. 1956'da *İhsan Şükrü Aksel*'in girişimi ile İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde bir çocuk psikiyatrisi birimi kurulması ve gelişmesi için ilk adımlar atılmıştı [13]. Ancak, çocuk psikiyatrisi eğitimi görmüş bir hekimin öncülüğünde ilk çocuk psikiyatrisi birimi *Dr. Mualla Öztürk (Süler)* tarafından 1958'de Hacettepe Çocuk Hastanesinde kurulmuştur. Daha sonraki yıllarda önce İstanbul, Ankara ve İzmir'de olmak üzere başka birçok merkezde çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik ve bölümleri açılmıştır.

1960-1990 arasında Hacettepe Psikiyatri Bölümü'nün çalışmalarında psikanalitik yönelimli psikoterapi eğitimi önemli bir yer tutmuş olmakla birlikte, bu çalışmalar genellikle yerel ve sınırlı kalmıştır. Son yıllarda, biyolojik psikiyatrinin iyice egemenleştiği bir dönemde, özellikle bir kesim genç ruh hekimleri arasında psikoterapi ve psikanalize ilginin arttığı, bu alanda İstanbul, İzmir ve Ankara'da üniversitelerin dışında etkin eğitim çalışmalarının başlatıldığı görülmektedir. Grup psikoterapisinde, özellikle psikodrama eğitiminin ve uygulamalarının yaygınlaşmasında Prof. Dr. Dr. *Abdulkadir Özbek*'in etkin çalışmaları en önemli katkıyı sağlamıştır.

21. yüzyılın ilk yıllarında Türkiye'deki psikiyatrinin durumuna genel bir bakış yapacak olursak, üniversitelere bağlı olan ya da olmayan psikiyatri bölümlerinden önemli bir kesiminin çağdaş psikiyatrik uygulamaları tanıdığını, bunlar arasında bazılarının da tanı ve sağaltım açısından dünyanın gelişmiş ülkelerinden çok farklı olmadığını söyleyebiliriz. Yeni ilaçların kullanılması bakımından ülkenin gelişmiş ülkeler düzeyinde olduğu açıktır ve bunda ilaç endüstrisinin de payı büyüktür.

Ancak, önemle vurgulamamız gerekir ki 2000 yılında Türkiye'de genelde hasta bakımı, ayaktan izleme, psikoterapi, uyumlandırma (rehabilitasyon) ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının henüz yeterince gelişmiş ve yaygın olduğu söylenemez. Ruh sağlığı açısından etkili atılımlar yapılamamış olan Türkiye'de henüz bir ruh sağlığı yasası bile yoktur. Bu konu kitabın sonuna doğru "*Bölüm XXXI: Türkiye'de Ruh Sağlığı Çalışmalarına Genel Bir Bakış*" başlığı altında incelenecektir.

Yayınlar: Genel psikiyatri ve çocuk ruh sağlığı alanlarında ülkemizde düzenli çıkan genel psikiyatri dergilerinden önemli gördüklerimiz şunlardır: *Türk Psikiyatri Dergisi, Nöro-psikiyatri Arşivi, Düşünen Adam, Yeni Sempozyum, Klinik Psikiyatri Dergisi, Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi, Bağımlılık Dergisi.* Son bir kaç yıl içinde yayınlanmaya başlamış olan başka birçok dergiyi saymak için henüz erken olduğu kanısındayız.

1951'de Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel'in başlattığı Akta Nöro-Psikiyatri Dergisi 1961'e dek sürmüştü. Türk Nöro-psikiyatri Derneği'nce çıkarılmakta olan *Nöro-psikiyatri Arşivi*, zaman zaman kesiklikleri olsa bile 1964 yılından beri ülkemizde çıkmakta olan en eski psikiyatri dergisidir. *Türk Psikiyatri Dergisi* Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği'nin desteği ile 1990'dan beri düzenli çıkmaktadır; PubMed/Medline (Index Medicus) ve Social Science Citation Index tarafından taranmaktadır.

Kitaplar: Türk Psikiyatrisinin öncüleri olan *Mazhar Osman Uzman, Fahrettin Kerim Gökay, İhsan Şükrü Aksel ve Rasim Adasal'ın* 20. yüzyılın birinci yarısında yazdıkları psikiyatri kitapları kendi çağlarında önemli eğitim ve başvuru yapıtları idi. Bu kitaplarla öğrencilerine çağdaş psikiyatriyi öğrettiler. Bunlar artık tarihin malı olmuşlardır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra, özellikle 1980'lerden sonra Türkiye'de hem değerli ders kitapları, hem de özgül konulara sınırlandırılmış (örneğin depresyon, şizofreni, psikofarmakoloji, psikoterapi...) çok sayıda kitap yayınlanmıştır. Bunların herbirini burada vermek mümkün değil. Ancak şunu belirtmek gerekir ki psikiyatriye ilgi geliştikçe alandaki yayınlar armakta, daha geniş okuyucu kitlesi doğmaktadır. Psikiyatri konusunda toplumun eğitimi için yazılmış kitaplar arasında *Prof. Dr. Özcan Köknel*'in yapıtları toplumda çok yaygınlaşmışlardır.

Dernekler ve Kongreler: Ülkemizde psikiyatri ve ruh sağlığı alanında kurulmuş olan en eski dernekler Raşit Tahsin, Mazhar Osman Uzman, İhsan Şükrü Aksel, Fahrettin Kerim Gökay ve diğerlerinin öncülüğünde "*Tababeti Ruhiye*", "*Türk Nöro-psikiyatri*", "*Akıl Hıfzıssıhhası*" dernekleri ve Rasim Adasal öncülüğünde "*Ankara Nöropsikiyatri*" derneği olmuştur. Ankara Nöropsikiyatri Derneği günümüzde "*Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği*" adı ile etkinliğini sürdürmektedir.

Bir meslek birliği olarak *Türkiye Psikiyatri Derneği* 1994'te kurulmuş ve kısa sürede ülkenin değişik yörelerindeki şubeleri ile ruh sağlığı ve hastalıkları uzman ve asistanlarının büyük bir çoğunluğunun üye olduğu etkin

bir meslek derneği konumuna gelmiştir. Bunların yanı sıra *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Grup Psikoterapileri Derneği, Biyolojik Psikiyatri Derneği, Davranışcı ve Bilişsel Psikoterapiler Derneği* gibi dernekler de kendi özel alanlarında etkinliklerini sürdürmektedir. Son yıllarda ülkemizde ruh hastalarının ya da ailelerinin girişimi ile kurulmuş yardım ve dayanışma dernekleri de artmaktadır.

Ülkemizde 1964'ten beri düzenli olarak her yıl ulusal psikiyatri kongreleri yapılmaktadır. Bu kongreler başlangıçta nöroloji ve beyin cerrahisi ile birlikte düzenlenirken, 1988'den beri bu üç bilim dalının kongreleri ayrı olarak yapılmaktadır. Ulusal psikiyatri kongrelerinden başka son 10 yılda ulusal düzeyde olmasa bile çok sayıda kongre düzenlenmektedir. Bunların küçük bir kesimi genel psikiyatri alanında, çoğu da özgül konularda (örneğin çocuk psikiyatrisi, sosyal psikiyatri, biyolojik psikiyatri, klinik psikofarmakoloji, psikanaliz ve psikoterapi, cinsel sorunlar, travma psikiyatrisi...) kongreler ya da sempozyumlar biçiminde düzenlenmektedirler.

Psikiyatri Eğitimi: Türkiye'de mezuniyet öncesi ve sonrası düzeylerde bilimsel psikiyatri eğitimi 20. yüzyılın başlarından beri sayıları giderek artan ve gelişen eğitim kurumlarında sürdürülmektedir. Tıp fakültelerinde yapılan mezuniyet öncesi eğitimde genelde az sayıda davranış psikolojisi ve klinik psikiyatri dersleri yanı sıra eğitimin son yıllarında 2-6 haftalık stajlarda uygulamalı dersler verilmektedir.

Tıp fakültelerinde psikiyatri ve nöroloji dalları 1940'ların sonundan beri ayrı birimler olup, eğitimlerini ayrı ayrı verirlerken, psikiyatri uzmanlık eğitiminde 1980'li yıllara dek nöroloji ve psikiyatri uzmanlığı resmen birlikte kazanılmakta ve alınan uzmanlık diploması ile "ruh ve sinir hastalıkları uzmanı" olunmakta idi. 1980'lerden sonra uzmanlık diplomasında bu birliktelik kaldırılmış olup, diplomalar "ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı" olarak verilmektedir.

Bu uzmanlık eğitimi döneminde psikiyatri klinik ve polikliniklerinin dışında zorunlu olarak yapılması gereken dönüşmeler (rotasyonlar) şunlardır: 3 ay dahiliye, 6 ay çocuk psikiyatrisi, 9 ay nöroloji. Beş yıllık psikiyatri uzmanlık eğitiminde klinik psikiyatri alanında oldukça yeterli kuramsal ve uygulamalı bilgiler kazanılarak ve bir jüri önünde sınavdan geçirilerek uzmanlık diploması alınmaktadır. Son yıllarda giderek artan biçimde eğitimin içeriği ve niteliği sorgulanmakta, tartışılmaktadır. Bu nedenle yeni bir binyıla girerken ülkemizdeki mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminin önemli sorun alanlarını kısaca sıralamakta yarar vardır.

- En iyi eğitim kurumlarımızda bile her yönden yeterli eğitim yapıldığını söylemek güçtür. Üniversiteler de olmak üzere bütün eğitim merkezlerinde klinik hizmet yükünün fazlalığı, döner sermayeye katkıyı artırma, özel muayenehanelere yönelme gibi nedenlerle eğitim ve araştırma ikincil duruma düşebilmektedir.

Ancak, önemle vurgulamamız gerekir ki 2000 yılında Türkiye'de genelde hasta bakımı, ayaktan izleme, psikoterapi, uyumlandırma (rehabilitasyon) ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının henüz yeterince gelişmiş ve yaygın olduğu söylenemez. Ruh sağlığı açısından etkili atılımlar yapılamamış olan Türkiye'de henüz bir ruh sağlığı yasası bile yoktur. Bu konu kitabın sonuna doğru "*Bölüm XXXI: Türkiye'de Ruh Sağlığı Çalışmalarına Genel Bir Bakış*" başlığı altında incelenecektir.

Yayınlar: Genel psikiyatri ve çocuk ruh sağlığı alanlarında ülkemizde düzenli çıkan genel psikiyatri dergilerinden önemli gördüklerimiz şunlardır: *Türk Psikiyatri Dergisi, Nöro-psikiyatri Arşivi, Düşünen Adam, Yeni Sempozyum, Klinik Psikiyatri Dergisi, Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi, Bağımlılık Dergisi.* Son bir kaç yıl içinde yayınlanmaya başlamış olan başka birçok dergiyi saymak için henüz erken olduğu kanısındayız.

1951'de Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel'in başlattığı Akta Nöro-Psikiyatri Dergisi 1961'e dek sürmüştü. Türk Nöro-psikiyatri Derneği'nce çıkarılmakta olan *Nöro-psikiyatri Arşivi*, zaman zaman kesiklikleri olsa bile 1964 yılından beri ülkemizde çıkmakta olan en eski psikiyatri dergisidir. *Türk Psikiyatri Dergisi* Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği'nin desteği ile 1990'dan beri düzenli çıkmaktadır; PubMed/Medline (Index Medicus) ve Social Science Citation Index tarafından taranmaktadır.

Kitaplar: Türk Psikiyatrisinin öncüleri olan *Mazhar Osman Uzman, Fahrettin Kerim Gökay, İhsan Şükrü Aksel ve Rasim Adasal'ın* 20. yüzyılın birinci yarısında yazdıkları psikiyatri kitapları kendi çağlarında önemli eğitim ve başvuru yapıtları idi. Bu kitaplarla öğrencilerine çağdaş psikiyatriyi öğrettiler. Bunlar artık tarihin malı olmuşlardır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra, özellikle 1980'lerden sonra Türkiye'de hem değerli ders kitapları, hem de özgül konulara sınırlandırılmış (örneğin depresyon, şizofreni, psikofarmakoloji, psikoterapi...) çok sayıda kitap yayınlanmıştır. Bunların herbirini burada vermek mümkün değil. Ancak şunu belirtmek gerekir ki psikiyatriye ilgi geliştikçe alandaki yayınlar armakta, daha geniş okuyucu kitlesi doğmaktadır. Psikiyatri konusunda toplumun eğitimi için yazılmış kitaplar arasında *Prof. Dr. Özcan Köknel*'in yapıtları toplumda çok yaygınlaşmışlardır.

Dernekler ve Kongreler: Ülkemizde psikiyatri ve ruh sağlığı alanında kurulmuş olan en eski dernekler Raşit Tahsin, Mazhar Osman Uzman, İhsan Şükrü Aksel, Fahrettin Kerim Gökay ve diğerlerinin öncülüğünde "*Tababeti Ruhiye*", "*Türk Nöro-psikiyatri*", "*Akıl Hıfzıssıhhası*" dernekleri ve Rasim Adasal öncülüğünde "*Ankara Nöropsikiyatri*" derneği olmuştur. Ankara Nöropsikiyatri Derneği günümüzde "*Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği*" adı ile etkinliğini sürdürmektedir.

Bir meslek birliği olarak *Türkiye Psikiyatri Derneği* 1994'te kurulmuş ve kısa sürede ülkenin değişik yörelerindeki şubeleri ile ruh sağlığı ve hastalıkları uzman ve asistanlarının büyük bir çoğunluğunun üye olduğu etkin

bir meslek derneği konumuna gelmiştir. Bunların yanı sıra *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Grup Psikoterapileri Derneği, Biyolojik Psikiyatri Derneği, Davranışçı ve Bilişsel Psikoterapiler Derneği* gibi dernekler de kendi özel alanlarında etkinliklerini sürdürmektedir. Son yıllarda ülkemizde ruh hastalarının ya da ailelerinin girişimi ile kurulmuş yardım ve dayanışma dernekleri de artmaktadır.

Ülkemizde 1964'ten beri düzenli olarak her yıl ulusal psikiyatri kongreleri yapılmaktadır. Bu kongreler başlangıçta nöroloji ve beyin cerrahisi ile birlikte düzenlenirken, 1988'den beri bu üç bilim dalının kongreleri ayrı olarak yapılmaktadır. Ulusal psikiyatri kongrelerinden başka son 10 yılda ulusal düzeyde olmasa bile çok sayıda kongre düzenlenmektedir. Bunların küçük bir kesimi genel psikiyatri alanında, çoğu da özgül konularda (örneğin çocuk psikiyatrisi, sosyal psikiyatri, biyolojik psikiyatri, klinik psikofarmakoloji, psikanaliz ve psikoterapi, cinsel sorunlar, travma psikiyatrisi...) kongreler ya da sempozyumlar biçiminde düzenlenmektedirler.

Psikiyatri Eğitimi: Türkiye'de mezuniyet öncesi ve sonrası düzeylerde bilimsel psikiyatri eğitimi 20. yüzyılın başlarından beri sayıları giderek artan ve gelişen eğitim kurumlarında sürdürülmektedir. Tıp fakültelerinde yapılan mezuniyet öncesi eğitimde genelde az sayıda davranış psikolojisi ve klinik psikiyatri dersleri yanı sıra eğitimin son yıllarında 2-6 haftalık stajlarda uygulamalı dersler verilmektedir.

Tıp fakültelerinde psikiyatri ve nöroloji dalları 1940'ların sonundan beri ayrı birimler olup, eğitimlerini ayrı ayrı verirlerken, psikiyatri uzmanlık eğitiminde 1980'li yıllara dek nöroloji ve psikiyatri uzmanlığı resmen birlikte kazanılmakta ve alınan uzmanlık diploması ile "ruh ve sinir hastalıkları uzmanı" olunmakta idi. 1980'lerden sonra uzmanlık diplomasında bu birliktelik kaldırılmış olup, diplomalar "ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı" olarak verilmektedir.

Bu uzmanlık eğitimi döneminde psikiyatri klinik ve polikliniklerinin dışında zorunlu olarak yapılması gereken dönüşmeler (rotasyonlar) şunlardır: 3 ay dahiliye, 6 ay çocuk psikiyatrisi, 9 ay nöroloji. Beş yıllık psikiyatri uzmanlık eğitiminde klinik psikiyatri alanında oldukça yeterli kuramsal ve uygulamalı bilgiler kazanılarak ve bir jüri önünde sınavdan geçirilerek uzmanlık diploması alınmaktadır. Son yıllarda giderek artan biçimde eğitimin içeriği ve niteliği sorgulanmakta, tartışılmaktadır. Bu nedenle yeni bir binyıla girerken ülkemizdeki mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminin önemli sorun alanlarını kısaca sıralamakta yarar vardır.

- En iyi eğitim kurumlarımızda bile her yönden yeterli eğitim yapıldığını söylemek güçtür. Üniversiteler de olmak üzere bütün eğitim merkezlerinde klinik hizmet yükünün fazlalığı, döner sermayeye katkıyı artırma, özel muayenehanelere yönelme gibi nedenlerle eğitim ve araştırma ikincil duruma düşebilmektedir.

- Eğitimde istenilen düzeye ulaşabilmek için gerekli koşullar Türkiye Psikiyatri Derneği Yeterlik Kurulunca "Çekirdek Eğitim Programı" başlığı ile belirlenmiştir. Ancak halen, değişik kurumlar arasında çok önemli nitelik ve nicelik farklılıkları bulunmaktadır.
- Mezuniyet sonrasında sürekli eğitim programlarında gelişmeler olmakta, bu uygulamalara katılmayı isteklendirecek, ödüllendirecek uygulamalar ve yaptırımlar yeni yeni uygulamaya kanulmaktadır.
- Son yıllarda Türkiye Psikiyatri Derneği Yeterlik Kurulu'nun başlattığı çekirdek eğitim programını geliştirme çalışmaları ve "yeterlik sınavı" uygulaması eğitimin ve uygulamaların ölçünleştirilmesini (standardizasyon) sağlamak, niteliğini yükseltmek için zaman içinde önemli bir girişim olabilecektir.

ÇAĞDAŞ RUH HEKİMLİĞİ

Yukarıda açıkladığımız gibi, 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında, ruh hekimliğine büyük katkıları olan Kraepelin, Adolf Meyer, Freud, Adler, Jung ve Pavlov'dan sonraki yıllarda, özellikle İkinci Dünya savaşından sonra psikiyatride ilerlemeler büyük hız kazandı. Bu ilerlemelere katkıları olanların hepsini burada anmak olanaksızdır. 20. yüzyılın ikinci yarısında psikiyatrinin eriştiği boyutlar ve içerdiği yan dallar kısaca sıralanacaktır.

I. Tanımlayıcı (Nozolojik, Descriptive) Psikiyatri

Kraepelin ve Bleuler'le doruğuna erişmiş gibi görünen klinik psikiyatriye, daha sonra A. Meyer, A. Lewis, K. Schneider, G. Langfeldt gibi klinisyenlerin katkıları büyük olmuştur. Ancak, uzun yıllar nozolojik psikiyatri ülkeden ülkeye, merkezden merkeze büyük farklılıklar gösteriyordu. Bu nedenle yapılan birçok epidemiyolojik, biyokimyasal, nörofizyolojik, genetik araştırmadan çıkan sonuçlarda farklılıklar ve çelişkiler ortaya çıkıyordu. Örneğin, A.B.D. ile İngiltere arasında bile 1960'lara dek şizofreni tanısında önemli görüş ayrılıkları vardı. Bu nedenlerle son 30 yılda çok sayıda standardize muayene ve değerlendirme ölçeği geliştirildi. Tanı dizgelerine bir düzen getirilmeğe çalışıldı. A.B.D.'de DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ve Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çok ülkeyle işbirliği yaparak geliştirdiği ICD-9 ve ICD-10, uluslararası bir dil, kavram ve tanı birliğine doğru atılan önemli adımlardır. Bu konunun daha geniş bir tartışması için "*Bakınız Bölüm XIV: Ruhsal Bozukluklarda Tanı ve Sınıflandırma*".

II. Biyolojik Psikiyatri

20. yüzyılın ikinci yarısı biyolojik psikiyatride dev adımların atıldığı dönemdir. Sayısız araştırmalarla şizofreninin, duygulanım bozukluklarının ve başka hastalıkların genetiği, biyokimyası, nörofizyolojisi ve patolojisi aydınla-

tılmağa çalışılmaktadır. Henüz kesin sonuçlar elde edilmemiş olsa bile umut verici kapılar aralanmıştır. Ayrıca, bu araştırmalar sayesinde beynin nörobi yolojisinin aydınlatılmasında büyük ilerlemeler başarılmıştır.

Biyolojik psikiyatri alanında genetik, biyokimyasal, nörofizyolojik ve nö roanatomik araştırmalarda çok ileri teknolojiler kullanılabilmektedir. Yapı sal ve işlevsel beyin görüntüleme yöntemleri, EEG beyin haritalanması, uyku laboratuvarları gibi teknolojiler yanı sıra beyin uyarılmasına dayanan yeni sağaltım yöntemleri biyolojik psikiyatri alanını çok genişletmiştir.

Psikofarmakoloji klinik psikiyatrinin önemli bir parçası olmuştur. Son 50 yılda geliştirilmiş olan antipsikotik, antidepresan ve bunaltı giderici ilaçlar psikiyatriye yeni bir yön vermiş; sağaltım yöntemlerini ve ortamlarını köklü biçimde etkilemiştir.

III. Dinamik Psikiyatri

a) Dinamik psikiyatrinin gelişmesine yol açan psikanaliz, *Freud*'un bı raktığı yerde kalmamıştır. Freud'dan sonra *Jung, Adler, Rank, Klein, Fair bairn, Anna Freud, Bowlby, Lebovici* ve daha bir çokları Avrupada; *Sullivan Reich, Fromm, Horney, Hartman, Kohut, Rapaport ve Erikson* A.B.D.'de psi kanalitik kurama ve uygulamaya önemli katkılar yaptılar. Bunlar arasında *benlik (ego) psikolojisi, özbenlik (kendilik, self) psikolojisi, nesne-ilişkileri ve psikososyal gelişme kuramları* sayılabilir.

b) Aile dinamiği araştırmaları, aile psikopatolojisini incelemeğe yöneltti Aile kuramları ve aile psikoterapisi okulları gelişti. Bugün, genel psikiyatri çerçevesinde, ailenin ele alınması her ruh hekiminin doğal görevi oldu.

c) Değişik psikoterapi okulları ve teknikleri gelişti: Psikanaliz, psikana litik yönelimli uzun ve kısa süreli psikoterapiler, bilişsel (kognitif) terapiler grup psikoterapileri, psikodrama, hümanistik psikoterapiler vb.

Dinamik psikiyatri de psikofarmakoloji gibi genel psikiyatrinin önemli bir parçası olmuşsa da son 30 yılda hızla gelişen psikofarmakoloji ve biyolojik psikiyatri, birçok merkezin eğitim ve uygulamalarında dinamik psikiyatriye verilen yeri azaltmıştır.

IV. Davranışçı Psikiyatri

Başlangıçta daha çok klinik psikologların uğraşı alanında kalan öğrenme kuramları ve davranışçı tedavi yöntemleri giderek psikiyatriye yerleşti. Bu alanda *Skinner, Bandura, Seligman, Wolpe, Marks* gibi kuramcı, klinisyen ve araştırıcılar davranış psikoterapisinin ilkelerini ve uygulama alanlarını yöntemlerini açıkladılar. Bu alandaki çalışmalar son 20 yılda özellikle bilişsel davranışçı sağaltımların psikiyatrik hastalarda daha yaygın uygulanmasına yol açtı.

V. Fenomenolojik ve Varoluşcu Psikiyatri

Fenomenolojik ve Varoluşcu görüşlerin psikiyatriye katkısı hiçbir zaman küçümsenemez. *Jaspers, Minkowski, Binswanger, Strauss, Frankl, May, Ellenberger, Laing* ve daha birçokları ruh hastalarının incelenmesinde ve gerçek dünyalarını anlamada görüngü-bilimsel (fenomenolojik) ve varoluşçu görüşleri, yöntemleri gösterdiler. Bunlar sayesinde hastaları anlama, değerlendirme ve sağaltım yaklaşımları daha esneklik, daha geniş görüşlülük kazandı.

VI. Psikiyatrinin Yan Dalları:

Çocuk ve ergen psikiyatrisi, yaşlılık psikiyatrisi, adli psikiyatri gibi yan dallar gelişti. Psikiyatrinin başka hekimlik alanları ile ilişkilerine ağırlık veren konsültasyon-liyezon olarak bilinen çalışma düzeni giderek yaygınlık kazandı.

VII. Tıp Dışı Ruh Sağlığı Çalışanları:

Hekimliğin dışında kalan, fakat daha az önemli olmayan ve bir psikiyatri çalışma takımının vazgeçilmez ögeleri olan meslekleri belirtmek ve işlevlerinin önemini vurgulamak gerekir:

- klinik psikoloji
- psikiyatrik hemşirelik
- psikiyatrik sosyal çalışma

Ruh sağlığı çalışmaları içinde *klinik psikoloji*nin önemli işlevi 20.ci yüzyılın ortalarından beri kesinleşmiştir. Ülkemizde klinik psikoloji eğitimini yeterli biçimde uygulamalı çalışmalar ile birlikte veren az sayıda merkez vardır. Bunların yetiştirebildikleri uzman sayısı da sınırlıdır. Buna karşılık, üniversitelerin psikoloji bölümlerini bitirmiş ve yalnızca bir lisans diploması bulunan, uygulamalı klinik psikoloji eğitimi görmemiş çok sayıda "psikolog" hasta sağaltımı ile uğraşmaktadır. Bu konu hem psikologlar, hem ruh hekimleri için önemli bir sorun olarak sürmektedir.

Ruh sağlığı alanında *sosyal hizmet uzman*larının önemli işlevi özellikle A.B.D. ve Avrupa'da 20. yüzyılın ortalarından beri yaygın olarak bilinmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlığı hemen hemen hiç gelişmemiştir.

Psikiyatri hemşireliği de ruh sağlığı hizmetlerinin tartışılamaz önemli parçasıdır. Acıdır ki ülkemizde psikiyatri hemşireliğinin gelişmesi için çabalar yetersiz kalmıştır.

İyi yetişmiş klinik psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik hemşireleri ile bir takım olarak çalışan ruh sağlığı merkezleri henüz ülkemizde yaygınlaştırılamamıştır. Ruh sağlığı hizmeti vermeye çalışan iyi bir merkezde bu alanlarda yeterli eğitim görmüş görevlilerin bulunması zorunludur.

KAYNAKLAR

1. **Adasal R (1964)** Medikal Psikoloji, I ve II. ciltler. Ankara: Ankara Üniversitesi yayınlarından
2. **Adasal R (1969)** Klinik Psikiyatri, Ruh Hastalıkları. Ankara: Ankara Üniversitesi yayınlarından
3. **Aksel İŞ (1979)** Türk Psikiyatri Tarihine Bakış. Nöro-Psikiyatri Arşivi, 15: 81-88.
4. **Ammar S (1965)** En Souvenir de la Medicine Arabe. Tunus: Imp. Buscone et Muscat.
5. **Avicenna (1966)** The Canon of Medicine (İngilizce'ye çeviren ve derleyen: M. Shah, Karaşi: Naveed Clinic.
6. **Bayülkem F (1998)** Türkiye'de Nöroloji, Nöroşirürji ve Psikiyatrinin Tarihi Gelişmesi, İstanbul:Arbas Ltd.
7. **Colp R Jr (2000)** History of Psychiatry . Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII Editörler: BJ Sadock, VA Sadock, Vol. II, Baltimore: Lippincott/Williams and Wilkins.
8. **Freeman H (1999)** Community Psychiatry, A Century of Psychiatry'de (ed.) Hugh Freeman, Londra: Mosby, sf. 213-217.
9. **Gökalp P, Karadağ F, Keser V (2006)** Mental Health Services in Turkey: Past and Future. WPA International Congress 2006, İstanbul. Türk Psikiyatri Derg 17, Suppl 1 sf:147
10. **Gökay FK (1969)** Ruh Hekimliği sahasında Türklerin çalışmaları. Tıp Dünyası, 42: 526.
11. **Hartocollis P (1966)** Psychiatry in Contemporary Greece. Amer J Psychiat, 123: 457.
12. **Karan D (1981)** Psikiyatrinin Tarihçesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda (ed.). O. Öztürk, Ankara: Meteksan Basımevi.
13. **Köknel Ö (1998)** Kötü Ruhtan Ruh Sağlığına: Türkiye'de Psikiyatri Tarihi. İstanbul: Alfa Basım-Dağıtım.
14. **Mora G (1985)** History of Psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV (eds.) H.I Kaplan, BJ Sadock, Vol. II, baltimore: Williams and Wilkins.
15. **Öztürk OM (1964)** Folk Treatment of Mental Illness in Turkey, Magic, Faith and Healing'de (ed.) A. Kiev. New York: Free Press of Glencoe.
16. **Öztürk OM, Volkan VD (1971)** The Theory and Practice of Psychiatry in Turkey. Amer J Psychotherapy, 25: 240-271.
17. **Sabshin M (1990)** Turning Points in Twentieth Century American Psychiatry, Amer J Psychiat, 147:10, 1267-1274.
18. **Sagan C (1995)** Karanlık Bir Dünyada Bilimin Mum Işığı.. Çeviri: Miyase Göktepeli, Ankara: TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları,1999) sf.7
19. **Ünver AS (1943)** Tıp Tarihi. İstanbul Üniversitesi yayınlarından
20. **Volkan, V.D. (1975)** Turkey, World History of Psychiatry'de (ed.) JG Howells, New York: Brunner/Mazel.
21. **Zegans, L.S., Victor, B.S. (1988)** Conceptual Issues in the History of Psychiatry, Review of General Psychiatry'de (ed.) HH Goldman, Appleton- Lange Medical Publications.

BÖLÜM II

TEMEL İLKELER VE KAVRAMLAR

Psikiyatri ve psikolojide, Türkçe'de olduğu gibi, İngilizce ve Fransızca'da, belki başka dillerde de terim kargaşası vardır. Örneğin "mental", "psikolojik", "behavioral- davranışsal" terimlerinin içerdiği anlamları ayırmak güçtür. "Mental disorder" karşılığında Türkçe'de kimi yerlerde "akıl bozuklukları" deniyor. "Mental" ile "psikolojik", "akıl" ile "ruh" sözcüklerinin içerdiği anlamlar nasıl ayırt ediliyor bilemiyorum. "Ruhsal" sözcüğünün sakıncaları var, fakat "akıl" deyince neyin anlatılmak istendiği hiç belli değil. Üstelik çağdaş psikolojide ve psikiyatride artık "akıl" sözcüğü pek kullanılmadığı için, genel bir terim olarak "ruhsal" sözcüğünü kullanıyoruz.

Ruhsal bozuklukların tanımlanması ve öncelikle oluş nedenleri konusu geçen yüzyıldan beri tartışılagelmektedir. Tartışmalar hep iki ana görüş üzerinde odaklanmıştır: *Organik ve Psikososyal.*

Gerçekten, her iki yönde katı görüşlü ve tutucu olan klinisyenler, araştırıcılar vardır. *"Organik" ve "fonksiyonel"* ya da "ruhsal" deyimleri göreceli kavramlardır. *"Fonksiyonel"* denen bozukluklar, genellikle, psikososyal etkenlere bağlı bozukluklar olarak bilinir ve organizmanın psikososyal strese karşı bozuk tepkisi olarak kabul edilir. Ancak *"organik"* diye bilinen bir bozuklukta psikososyal, "fonksiyonel" diye bilinen bir bozuklukta da organik nedenler ya da sonuçlar her zaman vardır. Örneğin, organik bozukluk olan Alzheimer hastalığında kimi belirtilerin türü ve şiddeti beyindeki yıkımdan çok, o bireyin kişilik özelliklerine bağlıdır. Bu hastalarda ağır bilişsel (cognitive) bozukluklar yanısıra, kimilerinde taşkınlık, kimilerinde çökkünlük belirtileri klinik görünüme egemen olur. Bunun gibi "ruhsal" ya da "fonksiyonel" diye bilinen, örneğin bunaltı (anxiety) bozukluklarında psikodinamik etkenlerin yanı sıra genetik -biyolojik bir yatkınlığın da rol oynadığı anlaşılmaktadır.

Ruhsal (mental) deyimi insanın biliş (cognition), duygulanım (affect), eylem (action) gibi yetilerini; geniş anlamda tüm davranışlarını içeren ve soyut-

layan bir sözcüktür. ***Bilimsel açıdan, sinir dizgesinin işlevleri dışında bir "ruh" söz konusu olamaz.***

İnsan, normal ve anormal davranışlarıyla biyopsikososyal bir varlıktır. Çağımızda hekimlik daha çok *biyomedikal modele* bağlıdır. Biyomedikal modele bağlı tıp biliminin olağanüstü ilerlemeleri ve yeni buluşları olmuştur ve bu nedenle hekimlikteki uygulamalarda bu model büyük oranda egemendir. Fakat *hekimlik, insanı ve hastalıklarını biyopsikososyal bir bütün içinde ele almada oldukça geri kalmıştır.*

Biyopsikososyal model, *genel dizgeler kuramı (general systems theory)* ile daha kolay açıklanabilir.

Genel Dizgeler Kuramı (General Systems Theory)

Tıpta daha yaygın olan *biyomedikal model indirgeyici (reductionist)* bir temele oturur. Yani kişi ya da bütün organizma parçalarına ayrılarak incelenir. Hekim de hastasını daha çok hücreler-dokular-organlar olarak görmeye eğilimlidir. Tıpta henüz yaygınlaşmamış, oturmamış *biyopsikososyal model* ise *G. Engel'in* önerdiği gibi genel dizgeler kuramı ile biyolojideki ve davranış bilimlerindeki uygun yerine oturtulabilir[3].

Biyolojide genel dizgeler kuramı *von Bertalanffy ve Weiss* tarafından geliştirilmiştir [1,2,3,4]. Bu kurama göre, doğada her canlı birbiri ile bağlantılı hiyerarşik bir düzen ve süreklilik içindedir. En az karmaşık ve küçük birimler (*alt dizgeler, sub-systems*) daha karmaşık ve büyük birimlerle (*üstdizgeler, suprasystems*) aşamalı sıralanan (hiyerarşik) bir düzen ve etkileşim içinde çalışırlar. Her düzeydeki birim kendi içinde dinamik bir bütündür; fakat üstündeki ve altındaki birimlerle bağlantısı düşünülmeden varlığı da düşünülemez. *Üstdizgeler altdizgelerin basit bir toplamı değildir.* Örneğin bir organ, hücrelerin ve dokuların toplamından farklı bütünlük ve düzen gösteren bir dizgedir. Şekil I ve II'de dizgelerin aşamalı srası ve sürekliliği gösterilmiştir.

Şekil I'de görüldüğü gibi **kişi**, organizmal aşamalı sıralamasının en üst; toplumsal aşamalı sıralamasının ise en alt birimidir. Fakat en alttan yukarı doğru her düzeydeki dizge de kendine göre bir bütünlük ve kimlik gösterir. Şekil II'de her bir dizgenin, daha üstteki dizgelerin ayrılmaz bir parçası olduğu görülmektedir. *Bu süreklilik içinde, her birim aynı zamanda hem bir bütün (yani dizge), hem bir parçadır.* Böylece, alt ve üst dizgeler dinamik etkileşimli bir denge, düzen ve süreklilik içindedir. *Hiç bir şey yalnız ve kendi başına değildir.* Ne yalnız başına hücre, ne yalnız başına kişi, daha altlarındaki ve üstlerindeki dizgelerle etkileşim içinde olmadan tam bir bütünlük kazanamazlar. Örneğin, "hasta kişi", hücreleriyle, organlarıyla hasta olduğu gibi aile, toplum içindeki bütün ruhsal-bedensel tepkileriyle de hasta olarak anlaşılabilir.

Kuşkusuz, bilimsel bir araştırmada bu aşamalı sıralanmadaki tek bir birim ele alınabilir ve ayrıntıları ile incelenebilir. Fakat, hekimin ele aldığı birim hasta

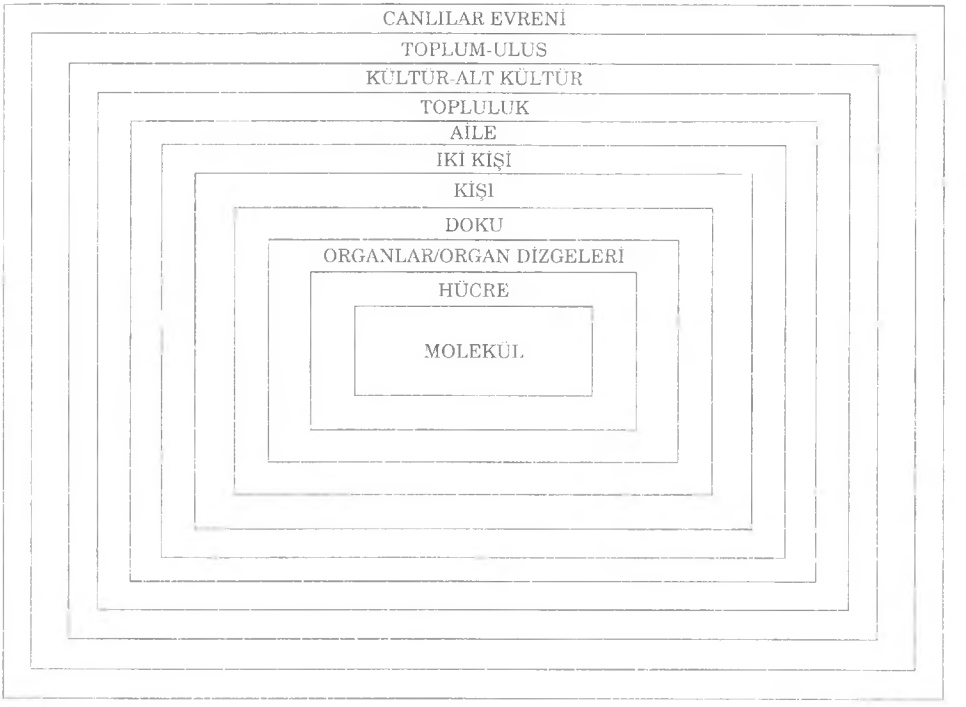
kişidir ve bu kişi yalnızca hücreleri, organları ile değerlendirilemez. Bu kişi, içinde bulunduğu biyolojik ve toplumsal çevrenin sürekli etkisi altındadır; "hastalığa" bunlar da katkıda bulunmaktadır. Ayrıca hastalık üst-dizgeleri de etkilemektedir. İşte bu görüşle, salt biyomedikal model yetersiz kalmaktadır. Beyin hücrelerini yozlaştıran, öldüren bir hastalık süreci, örneğin Alzheimer hastalığı kişiyi; eşini, çocuklarını (aile); yakın sosyal çevresini (topluluk); toplum içinde yaşlıların ele alınışını, bakım kurumlarını, sağlık politikasını (toplum - ulus); ve tüm insanlığı, canlılar dünyasını (biyosfer) içine alan bir sorundur.

ŞEKİL 1
Doğal Dizgelerin Aşamalı Sırası (Hiyerarşi)

CANLILAR EVRENİ (BİYOSFER)
↕
TOPLUM – ULUS
↕
KÜLTÜR - ALT KÜLTÜR
↕
TOPLULUK
↕
AİLE
↕
İKİ KİŞİ
↕
KİŞİ
Deneyim + davranış
↕
SİNİR DİZGESİ
↕
ORGANLAR/ORGAN DİZGELERİ
↕
DOKULAR
↕
HÜCRELER
↕
ORGANELLER
↕
MOLEKÜLLER
↕
ATOMLAR
↕
SUBATOMİK PARÇACIKLAR

G. Engelden[3]

ŞEKİL 2
Doğal Dizgelerin Sürekliliği



G. Engelden[3]

Bu kitapta, hastalıkları tanımlarken, oluş nedenlerini tartışırken bazen daha çok biyolojik, bazen de daha çok psikososyal etkenler üzerinde durmuş olabiliriz. Böyle olsa bile, yukarıda açıklanan görüş temel alınmalıdır. Yapılan tanımlamalarda şu ya da bu yönde ağırlık ancak ve ancak bu biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirilmelidir. *Bu çerçeve içinde bütün ruhsal bozukluklarda oluş nedenlerine, belirtilerine, biçimlerine, gidiş, sonlanış ve sağaltıma çok boyutlu, çok etkenli (multifactorial) bir bakış zorunludur.*

Denge-durumu (Homeostasis)

Her organizma kendisi için en iyi, en uygun bir denge içinde kalma eğilimi gösterir. Bu dengeyi sağlamak ve sürdürebilmek için organizmanın içinde hem doğuştan varolan, hem sonradan kazanılan gereksinimler, dürtüler, güdüler ve uyum düzenekleri vardır. Birbirleri ile bağlantılı olmak koşulu ile *biyolojik, psikolojik, sosyolojik düzeylerde homeostasisten* söz edebiliriz.

Zorlanma (Stres)

Organizmanın dengesini bozabilen herhangi bir etkendir. *Biyolojik* (örneğin, beyin enfarktüsü), *psikolojik* (örneğin derin suçluluk duygusu), *sosyolojik*

(örneğin ekonomik krizler, göçler) düzeylerde stresler tanımlanabilir. Zorlar (stres) organizmanın kendi *içinden* doğabileceği gibi (örneğin yasak bir dürtünün içerden şiddetle algılanması), organizmanın *dışından* da gelebilir. Örneğin aile acıları, toplumsal baskılar. Belirli bir yaşam döneminde önemli bir zor (stres) olabilecek bir olay, bir başka dönemde olmayabilir. Örneğin çok küçük yaşta annesiz kalış ağır bir yitimdir; yetişkin yaşta anneyi yitiriş ise önemli stres olmayabilir. Bunun gibi zorların şiddeti, süresi, ona kişinin ve toplumun verdiği anlam önemlidir. Bir kişi için stres olan bir yaşam olayı, bir başkası için olmayabilir.

Zorlanmaya (strese) dayanma gücü (stress tolerance): Stresin niceliği ve niteliği karşısında organizmanın dengesini koruyabilmesi, bir dağılma ya da bozgun oluncaya dek dayanabilme yetilerinin tümüdür. Buna aynı zamanda *engellenmeye dayanma gücü* ya da *ego gücü* adı da verilmektedir. Bu güç, kalıtsal yapıya bağlı olduğu gibi yaşam deneyimlerine de bağlıdır. Bu güç, çocukluğun ilk yıllarından başlayarak, kişinin karşılaştığı yaşam olayları ve öğrenme olanaklarından kazandığı bekleyebilme, erteleyebilme, gerçeği değerlendirme, sorun çözme, başetme, özetle organizmayı uyum için yönlendirme gücüdür. Stres deyince, yalnızca hoş olmayan, acı veren bir etken anlaşılmamalıdır. Daha çok organizmanın, kişinin bütünlüğüne ya da önemli bir işlevine olumsuz etki yapan bir durum düşünülmelidir. Yoksa, "ağrılı bir uyarana dayanan bir kişinin strese dayanma gücü yüksektir" gibi bir sonuç çıkabilir ki, bu yanlış olabilir. Fiziksel ağrıya dayanıklı bir kişi örneğin başarısızlık, suçluluk duyguları ile kolayca yıkılabilir.

Genellikle, strese dayanma gücünü eksilten, düşüren durumlar ya doğuştan gelen kalıtımsal yatkınlık ya da çocukluk çağından beri karşılaşılan örseleyici (travmatik) durumlardır. Bunlar da biyolojik, psikolojik ve sosyal düzeylerde olabilir.

Dengenin Bozulması (Decompensation)

Stres etkenleri, kişinin dayanıklılığı üstünde olduğunda ya da dayanıklılığını zamanla düşürerek baskın çıktığında, kişinin bunlara karşı savunmaları ve başetme yetileri yetersiz kalabilir. Bütünlüğün sarsıldığı, savunmaların yetersiz, yersiz, aşırı ve uygunsuz olduğu; bir başka deyişle kişinin uyum dengesini yitirdiği; bir denge sağlayabilmek için aşırı, patolojik savunmalara başvurduğu durumlara "*bozukluk*" veya "*hastalık*" diyoruz. Ruhsal bozukluğu dinamik anlamı olan bir denge bozulması olarak görmek gerekmektedir. Bir enfeksiyon hastalığında organizma içinde nasıl mikroorganizmalara karşı savunmalar başlıyorsa ve bu savunmalar hastalığın belirtisi oluyorsa (ateş, lökositoz vb.), ruhsal bozukluklarda da içten ve dıştan gelen strese karşı savunmalar hastalığın belirtisi hatta kendisi olarak kabul edilmelidir.

Yatkınlık Etkenleri (Predisposing Factors)

Bunlar bir bozukluğun hemen ortaya çıkmasına yol açan etkenler olmaktan çok, organizmanın yapısında ve kişilikte doğuştan ya da çocukluk çağlarında yerleşen ve bozukluğa yatkınlık sağlayan etkenlerdir. Örneğin kişide kalıtımsal bir hastalık yatkınlığı ya da çocukluk çağındaki yaşam deneyimleri ile yerleşen temel güven duygusu eksikliği olabilir. *Yatkınlık* kavramı psikiyatride *diyatez* ya da *dayanıksızlık (vulnerability)* olarak da belirtilmektedir.

Ortaya Çıkarıcı Etkenler (Precipitating Factors)

Bunlar bozukluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olan yeni stres durumlarıdır. *Yatkınlık etkenleri* ile *ortaya çıkarıcı etkenler* arasında kesin sınır çizilemez. Çünkü *bir yaşam dönemi için yatkınlık etkeni, bir başka dönem için ortaya çıkarıcı olabilir.* Örneğin, bebeklik çağında bir çocuk annesinden ayrı düşse bu çocukta "anne yoksunluğu" belirtileri ortaya çıkabilir. O çağ için annesiz kalma hem ortaya çıkarıcı, hem de ilerisi için yatkınlık etkenidir. Böyle bir çocuk büyüdüğünde sevgiye aç, güvensiz ve aşırı duyarlı olabilir. Bu yatkınlık nedeniyle küçük reddedilme durumlarını (ortaya çıkarıcı etken) büyük yitim olarak algılayabilir, çökkünlüğe düşebilir.

Biyopsikososyal modeli temel olarak tutmak koşulu ile psikiyatride davranış bilimlerinin terimlerini kullanmak zorunluluğu vardır. *Her türlü ruhsal (zihinsel) olay ve davranış temelde nörobiyolojik süreçlerle gerçekleşir,* fakat yalnızca nörobiyolojik terimlerle insan davranışlarını açıklamaktan henüz uzağız. Bugünkü bilgilerimizle, örneğin suçluluk duygusunu biyokimyasal, biyoelektriksel terimlerle anlatmak ve açıklamak olanağı yoktur. Bu nedenle önce davranışın nörobiyolojik temelleri kısaca açıklanmaya çalışılacak ve daha sonraki bölümde de davranışın psikososyal temelleri anlatılacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Eisendrath SJ (1992)** The mind and somatic illness: Psychologic factors affecting physical illness. Review of General Psychiatry'de (ed.) H.H. Goldman, Appleton-Lange Medical Publications. s, 14-19
2. **Engel GL (1977)** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196: 129 - 136, 8 April 1977.
3. **Engel GL (1980)** The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry, 137: 535-545.
4. **Farrell D (1988)** General Systems Theory. Review of General Psychiatry'de (ed.) H.H. Goldman, Appleton-Lange Medical Publications, s. 30 - 33.

BÖLÜM III

DAVRANIŞIN BELİRLEYİCİLERİ

Bir önceki bölümde insanın biyopsikososyal bir varlık olduğu tanımlanmıştı. Burada davranışın belirleyicileri ana çizgileri ile özetlenecektir:

I. Davranışın Evrimsel (Filogenetik) Belirleyicisi

İnsan gelişiminin ve davranışının en temel belirleyicisi onun çağlar boyunca oluşmuş kalıtsal yapısıdır. Bu kalıtsal yapının bütün insanlığa özgü ortak yanları olduğu gibi, bireyden bireye, kuşaktan kuşağa, ırktan ırka değişen yanları da vardır. İnsanın kalıtsal yapısının davranışa yansıyan evrensel özellikleri şöyle sıralanabilir:

İnsanın başka hayvanlara göre daha kolay değişebilen geniş bir davranış dağarcığı vardır. "*Davranışın Nörobiyolojik Temelleri*"nde de açıklanacağı gibi bu özellik insanda ön beynin (neokorteks) çok gelişmiş olmasının sonucudur. Beynin gelişmesi belli bir kalıtsal gelişim çizelgesine bağlı olsa bile, çevre uyaranları ile de olgunlaşmakta, olumlu uyaranlarla beslenmeyince gelişmesi de ileri derecede bozulabilmektedir. Örneğin ağır uyaran yoksunluğu (stimulus deprivation) koşullarında yetiştirilmiş deney hayvanlarında hayvanın bütün gelişimi bozulabileceği gibi, beyinle ilgili işlevlerin de gelişmeleri aksayabilmektedir. Ağır uyaran yoksunluğunda yetişmiş insanlarda da benzer sonuçlar gözlenmiştir.

Değişebilen (plastik) yapısına, üstün uyum gücüne karşın insan uzun süren çocukluk çağında bu gücü kendi başına kullanabilecek durumda değildir. Evrimsel olarak ona sağlanan davranış gizilgüçleri (potansiyelleri) ancak uzun süre *olgunlaşma (maturation) ve öğrenme, toplumsallaşma süreçleri* ile gerçek uyum yetileri olabilmektedir. Bir başka deyişle insan doğduğunda hayvanlara kıyasla son derece güçsüz bir varlıktır. Gelişimsel gizilgücü yüksek, fakat içgüdüsel yapısı zayıftır. Hayvanların büyük çoğunluğunda kendi yaşamlarını sürdürebilecek yetiler birkaç dakika, birkaç saat, günler ya da

haftalar içinde olgunlaşabilmektedir. İnsanın kendi kendine yaşamını sürdürebilme yetilerinin gelişebilmesi için uzun yıllar gerekmektedir. Örneğin insanın yürüyebilmesi, simgelerle düşünebilmesi, konuşabilmesi evrimsel olarak kendisinde varolan yetilerdir. Yürüyebilmesi ancak ortalama bir yıl içinde gerçekleşebilmektedir ve bu gelişme öğrenmeye bağımlı değildir. Konuşabilme yetisinin anlaşılabilir bir konuşma diline erişmesi, ancak belli bir beyinsel *olgunlaşma* düzeyine vardığında ve bir *toplumsal* ortam içinde *öğrenme* ile olabilmektedir.

Bu nedenle insanın çok uzun bir *bağımlılık dönemi* vardır. Uzun yıllar kendisine bakım verilmezse yaşamını sürdüremez. Bu bakım yetersiz olursa, evrimsel olarak üstün yapısal ve davranışsal gizil güçlerinin de gelişmesi yetersiz kalacaktır. İşte insan yapısının bu özelliği onun aynı zamanda *toplumsal bir varlık* olmasını zorunlu kılmaktadır.

İnsanın genetik-biyolojik yapısı ancak uzun süre uygun çevre koşulları içinde geliştiği takdirde o yapının gerektirdiği düzeye ulaşabilmektedir. Bu genetik yapı belli sınırlar içinde değişmezlik gösterir, ama insanın değişebilirliği de sınırsız değildir. Normal ya da anormal kalıtımsal özelliklerin önemli bir bölüğü çevre koşulları ile olumlu ya da olumsuz yönde etkilenebilmektedir. *Bu nedenle, insan davranışının gelişiminde fiziksel ve psikososyal yaşam koşulları ile her türlü ontogenetik belirleyici en az evrimsel belirleyiciler kadar önemlidir.*

II. Davranışın Bireyoluşsal (Ontogenetik) Belirleyicileri

A. Fiziksel Yaşam Koşulları

İnsan, dünyadaki yaşam yerini ve doğanın koşullarını kendisi seçmemektedir. Gündüz gece değişimi, mevsimler, dünyadaki yaşam noktası (kutup, ekvator ve başka bölgeler), doğal yıkım olayları (afetler) ve buna bağlı travmalar döllenmeden yaşamın sonuna dek filogenetik yapıyı ve ontogenetik gelişmeyi etkiler. Bu nedenle bunları da davranışın ana belirleyicileri arasında saymak uygun olur. Bunun bir güzel örneği, ileride *Bölüm XVIII: Duygudurum Bozuklukları*'nda görüleceği gibi, bazı duygudurum bozukluklarının mevsimlere uyan nöbetlerle gelmesi ve kışı uzun süren ülkelerde bu tür bozuklukların daha sık görülmesidir.

B. Psikososyal Yaşam Koşulları

Bunlar, belli bir kalıtsal yapı üzerinde yıllar boyunca organizmayı içten ve dıştan, çevreden etkileyen psikososyal yaşam koşullarıdır.

Uzun bir büyüme, gelişme sürecinde evrimsel yapıya bağlı olarak olgunlaşma (maturation) ile kendiliğinden gelişen işlev ve yetiler vardır. Bunlar, çevre etkilerinden göreceli olarak özerk (otonom) işlevler ve yetilerdir. Örneğin sağlıklı büyüyen bir organizmada iki ayak üzerinde yürüme, konuşma, gülme

gibi yetiler, öğrenmeden bağımsız olarak kendiliğinden gelişirler. Bu tür içkökenli (endojen) davranışların serpilip açılmaları, biçimlenmeleri için *uygun çevresel ortamın* bulunması zorunludur[4,7]. Örneğin, biyolojik gelişmesi çok iyi sağlanan bir maymun yavrusu, uzun süre tek başına, başka maymunlarla ilişkiden tümden yoksun olarak (uyaran yoksunluğu içinde) yetiştirilince, bu maymunlarda birçok yeti vaktinde ve gerekli düzeyde olgunlaşamamaktadır[3]. İnsanlarda anne yoksunluğu araştırmaları da bunu desteklemektedir[1].

Aile ve toplumsal çevre, yüksek gelişme gizilgücü olan insan beyni için gerekli uyaran besilerini (stimulus nutriment) ve öğrenme olanaklarını sağlar. Uyaran besileri ve öğrenme olanakları yaşamın ilk yıllarında beynin gelişmesini; sonraki yıllarda da beynin gizilgüçlerinin kullanılmasını etkiler, biçimlendirir. Böyle bir etkileşim insanın çok karmaşık, geniş davranış dağarcığının ve uyum güçlerinin gelişmesi demektir.

Uzun gelişme ve büyüme sürecinde dışarıdan verilecek bakıma, korumaya bağımlı insan yavrusu, kendisine bakım ve korumayı sağlayan kişilere bağlanır. Böylece *bağlanma (attachment)* ve bağlanılan nesneden *ayrılma (separation)* ontogenetik gelişme sürecinde davranışsal açıdan en önemli ve kaçınılmaz iki temel yaşantı olur[1].

Uzun süren bağımlılık ve bağlanma hem ailenin hem toplumsal yaşamın biyolojik temelini oluşturur. Genetik yapıdaki bozukluklar ya da eksiklikler bazen olumlu çevre koşullarında bile kendilerini biyolojik ya da davranışsal gelişmede belli edebilirler. Fakat ilerde ruhsal bozukluklar açıklanırken de görüleceği gibi genetik yatkınlık olumsuz çevre koşullarında bile bazen silik kalabilir. Kişinin genetik açıdan başka güçlü yönleri onun sağlıklı uyum yapmasını destekleyebilir.

Kişilik gelişiminde de filogenetik belirleyicilerin ontogenetik belirleyiciler tarafından etkilenmesini destekleyen çeşitli çalışmalar vardır. Burada Gabbard'ın[4] beyin ve zihin ayrımını tartıştığı makalesinden alınan bazı örneklerle konuya açıklık getirilmeye çalışılacaktır. Örneğin, antisosyal kişilik bozukluğu ve suç eğiliminin ortaya çıkmasında genetik yatkınlık temelinde olumsuz yaşantılar rol oynamaktadır. Doğumdan başlayan bir kuşak çalışmasında (birth cohort study) 3-11 yaşları arasında kötü muameleye uğramış olan çocuklardan düşük MAO_A enzim aktivitesi genetiğine sahip olan erkek çocuklarda antisosyal davranış ölçümleri yüksek bulunurken, yüksek MAO_A enzim aktivitesi olan erkek çocukların ise kötü muameleye uğramış olsalar bile antisosyal özellikler göstermedikleri saptanmıştır. Bu bulgular genotiplerin çocukların çevresel zorlanmalara (stres) verdikleri yanıtları yönlendirdiğini desteklemektedir.

Kalıtsal yapısı, insanla %95 oranında çakışan Rhesus maymunları ile yapılan çalışmalar genetik yapı ile yetişme ortamının ilişkisini gösterme bakımından ilgi çekicidir. Rhesus maymunlarında da insanlardaki gibi dürtüsel saldırganlık ile serotonerjik metabolizma ölçümleri beyin omurilik sıvısı

(BOS) 5-HIAA düzeyi arasında ters bir bağlantı vardır. Oysa dürtüsel saldırganlık geliştirme eğilimi yaşamın erken dönemlerinde sosyal bağlanma ile yönlendirilmektedir. Annesiz, akran ortamında yetişen maymunların BOS 5-HIAA düzeyleri, anneleri tarafından yetiştirilenlere göre her zaman daha düşük bulunmaktadır [4].

Serotonin taşıyıcı geninin (5-HTT) toplumda yaygın olarak bulunan iki varyasyonu (uk ve uu) vardır. Bir kısa alel (uk) taşıyanlarda, iki uzun aleli (uu) olanlara göre 5-HTT geninin açılımı daha düşük oranda olmaktadır. Düşük gen açılımı serotonerjik işlevlerde azalmaya yol açar. Anneleri tarafından yetiştirilen maymunlarda BOS 5-HIAA düzeylerinin bir 5-HTT gen işlevi olarak fark göstermediği, ancak annesiz, akran ortamında büyüyen maymunlarda "uk" aleline sahip olanların BOS 5-HIAA düzeylerinin "uu" aleline sahip olanlara oranla anlamlı ölçüde daha düşük olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle, anne tarafından yetiştirilme, "uk" alelinin serotonin metabolizmasındaki potansiyel kötü etkisini hafifletebilmektedir. Tam tersi, annesiz, akran ortamında büyüyen maymunlardan "uk" polimorfizmini taşıyanlar, aynı ortamda büyüyen "uu" polimorfizmi olan maymunlara oranla daha fazla dürtüsel saldırganlık göstermektedirler. "uu" polimorfizmi gösteren maymunlar ise annesiz büyüseler bile dürtüsel saldırganlık açısından anneleri tarafından yetiştirilen maymunlardan farklı olmamaktadırlar[4].

Bunun gibi çevrenin, yani ailenin ve toplumun sağladığı olumsuz koşullar, yaşamın ilk yıllarından başlayarak uzun yıllar sürerse, doğuştan genetik bir yatkınlık olmasa bile biyolojik bir yatkınlıktan çok farklı olmayacak biçimde insan yapısını öylesine etkileyebilir ki bunun iç-kökenli (endojen) ya da dış-kökenli (eksojen) olup olmadığını incelemek bile olanak dışı, belki de anlamsız kalır. Örneğin yineleyici çökkünlük geçiren kimi hastalarda erken çocukluk dönemlerinde karşılaşılmış olan olumsuz yaşam koşullarına bağlı bir yatkınlığın dış-kökenli nitelikte olduğunu söylemek zordur.

İnsan doğuşta içgüdüsel yapısı ile çok güçsüz, çevresine ileri derecede bağımlı bir varlık iken, gelişme sürecinde çevreden göreceli bir özerklik ve çevreyi kendine göre değiştirebilme gücünü kazanır. Yetişkin insan bir dereceye kadar kendi doğal çevresine ve doğal yapısına (evrimsel yapı, dürtüler, bilişsel yetiler vb.) bağımlı; bir dereceye kadar da onlardan bağımsız ve onları etkileyebilen *özerk bir benlik (autonomous ego)* geliştirir[5,9]. Bu *özerk benlik* sayesinde insan yetişkin yaşamda, bir dereceye kadar hem kendisini, hem çevresini değiştirebilme seçeneğini elde eder. Bir başka deyişle insan kalıtsal ve çevresel bir kaderle sürüklenen bir varlık olmaktan çıkarak bir dereceye kadar seçebilme şansını kazanır. Bu da insanın, bozuk davranış kalıplarını ve ruhsal rahatsızlıklarını değiştirebileceği, yenebileceği anlamına gelir.

KAYNAKLAR

1. **Bowlby J (1983)** Attachment and Loss. New York: Basic Books.
2. **Davis K (1940)** Extreme Social Isolation of a Child. Amer J Sociology. 45:554-565.
3. **Engel G (1962)** Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia: Saunders.
4. **Gabbard GO (2005)** Mind, brain and personality disorders. Am J Psychiatry 162:648-655
5. **Harlow H (1962)** The Effect of Child Rearing Conditions on Behavior. Bull. Meninger clinic: 26: 213.
6. **Hartman H (1939)** Ego Psychology and the Problem of Adaptation (Ingilizce'ye çeviren D. Rapaport). New York: International Universities Press.
7. **Kluckhohn C, Murray HA (1953)** Personality Formation: The Determinants. Personality in Nature, Society and Culture'da Editör: C Kluckhohn ve HA Murray. New York: Alfred. A. Knopf.
8. **Metcalf AW (1988)** Child and Adolescent Development. Review of General Psychiatry'de (ed.) HH Goldman, Appleton-Lange.
9. **Rapaport D (1957)** The Theory of Ego Autonomy: a Generalization. Collected Papers of David Rapaport. Editör: M. Gill. New York: Basic Books, 1964.

BÖLÜM IV

DAVRANIŞIN NÖROBİYOLOJİK TEMELLERİ

Doç. Dr. Aygün ERTUĞRUL*

Tüm davranışlarımız beyin işlevleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Ruh, zihin, akıl diye nitelendirdiğimiz kavramlar aslında beyin tarafından yürütülen işlemlerin terimsel karşılıklarıdır. Beyin işlevleri sadece yürüme, yemek yeme gibi motor hareketlerden değil düşünme, konuşma, duygulanma gibi karmaşık bilişsel işlevlerden de sorumludur. Bu nedenle duygular, bilişsel işlevler ve davranışla ilgili bozuklukların görüldüğü ruhsal bozukluklar da beyin işlevlerinde bozulmanın sonucudur.

Nörobilimin amacı davranışı beyin etkinlikleri ile açıklayabilmektir. Milyarlarca beyin hücresi davranışı nasıl oluşturmaktadır ve bu hücreler çevreden nasıl etkilenmektedir? Belli ruhsal işlevlerden hangi beyin bölgeleri sorumludur? Bunlar arasındaki iletişim nasıl sağlanmaktadır?

Nöron hücreleri, beyin ve davranışla ilgili bilgilerimiz son yüzyılda anatomi, embriyoloji, fizyoloji, farmakoloji, psikoloji, nörogörüntüleme ve genetik alanlarındaki gelişmelerin birikimiyle artmıştır. Bilişsel işlevler ile ilgili ilk kanıtlar beyin hasarı olan hastalarla ilgili klinik çalışmalardan elde edilmiştir. Deneysel hayvan modellerinin oluşturulması, genetik yapısı değiştirilmiş hayvanlarla olan çalışmalar genlerin ve öğrenmenin özgül davranışlar üzerine olan göreceli etkilerinin araştırılmasını sağlamıştır. Elektrofizyolojik yöntemler nöron hücrelerinin ve devrelerinin elektriksel etkinliği ve eşgüdümlü çalışması hakkındaki bilgimizi artırmış; görüntüleme teknikleri beynin anatomisinin anlaşılması ve belli bilişsel işlevlerden sorumlu beyin bölgelerinin saptanmasında yol gösterici olmuştur. Nörobilimde bu heyecan verici ilerlemenin bir göstergesi tıp alanında 2000 yılı Nobel ödüllerinin nörobilim

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

alanındaki çalışmalarından dolayı *Ardvid Carlsson, Paul Greengard ve Eric Kandel'e* verilmesidir.

Bilişsel ve dinamik psikiyatri sayesinde elde ettiğimiz bilgilerin nörobiyolojik eşdeğerlerinin araştırılması ve bu bilgilerin bütünleştirilmesi psikiyatrinin özünü yitirmeden, tıbbın bir dalı olarak pozitif bilime katkısını sürdürmesi açısından önemlidir.

Bu bölümde beynin davranış ve ruhsal bozukluklar açısından önemli olan nöroanatomik ve nörokimyasal özellikleri, beyin gelişimi, beyin plastikliği ve gen çevre ilişkisi özet olarak ele alınacaktır.

BEYNİN NÖROANATOMİK YAPISI

Geçmişte beyin patolojisinin yeri ve türü ile ilgili bilgi edinebilmenin yolu otopsi iken, son yıllarda radyolojik görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ile canlıda beynin görüntülenmesi mümkün olmuştur. Beyin tomografisi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) teknikleri gibi beynin yapısı ile ilgili ayrıntılı bilgi veren yöntemlerin yanı sıra, beyin kan akımı ve metabolizmasının değerlendirildiği tek foton emisyon tomografisi (SPECT), pozitron emisyon tomografisi (PET), işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) gibi görüntüleme yöntemleri çeşitli beyin bölgeleri ile bilişsel işlevler ve davranış arasındaki ilişkinin araştırılabilmesini sağlamıştır. Belli bir bilişsel ya da davranışsal görev sırasında ortaya çıkan beyin etkinlik örüntüleri hangi beyin bölgesinin hangi işlevde daha etkin olarak görev aldığının da anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Diğer görüntüleme yöntemlerinden manyetik rezonans spektroskopi ile özgül beyin bölgelerinin kimyasal yapısının değerlendirilmesi mümkün olmuş, difüzyon MRG ile ise beyaz cevherin bütünlüğü ile ilgili bilgiler elde edilebilmiştir [58].

Beyinde farklı bölgeler farklı işlevler için özelleşmiş olmakla birlikte, bu bölgelerin etkin çalışması birbirleriyle ilişkilerini sağlayan devrelerin düzenli işleyişine bağlıdır. Bu devrelerin herhangi bir noktasında olan bir bozukluk tüm devrenin etkinliğiyle ilişkili belirtiler ortaya çıkmasına neden olabilir. Dolayısıyla beyin-davranış ilişkisini araştırırken yalnızca ilgili beyin bölgesinin işlevinin ne olduğu değil, hangi bölgelerle bağlantıları olduğu da dikkate alınmalıdır. Aşağıda davranış ve ruhsal hastalıklar bakımından önemli olduğu düşünülen bazı beyin bölgelerinden söz edilmektedir.

Beyin Yarımküreleri

Beyin yarımküreleri serebral korteks, beyaz cevher ve derinde yer alan bazal ganglionlar, amigdala, hipokampus gibi yapılardan oluşmaktadır. Beyin yarımküreleri algılama, motor ve bilişsel işlevlerden sorumludur. Yarımküreler her iki taraftaki simetrik bölgeleri birbirine bağlayan korpus kallozum aracılığıyla birleşmektedir. Korteks frontal, paryetal, temporal, oksipital olmak üzere dört lobdan oluşmaktadır. Frontal lob hareketin kontrolü ve plan-

lanması, paryetal lob somatik duyular, beden imgesinin algılanması, oksipital lob görme, temporal lob işitme gibi işlevlerden sorumludur [38, 56].

Korteks birincil, ikincil ve *çok biçimli ilişkilendirme* (heteromodal asosiyasyon) bölgelerini içermektedir. Birincil kortikal bölgeler duyusal ve motor bilginin ilk işlendiği bölgelerdir. Görme için oksipital lobda Brodmann 17. alan, işitme için üst temporal girusta Heschl girusu, hareket için presentral girus buna örnek olarak verilebilir. İkincil ilişkilendirme bölgeleri görme, işitme gibi bir örüntüde (modality) gelen bilginin daha ileri düzeyde işlenmesini sağlar. Görme için ikincil ilişkilendirme bölgeleri paryeto-oksipital bölgedeki Brodmann 18 ve 19. alan, motor işlevler için ise frontal korteksteki Brodmann 6. alandır. Çok biçimli ilişkilendirme alanları ise çeşitli duyusal ve motor bilgilerin duygusal ve güdüsel (motivasyonel) durumla bütünleştirilmesini sağlamaktadır. *Çok biçimli ilişkilendirme alanlarından* birisi olan *arka çok biçimli ilişkilendirme bölgesi* paryetotemporal bölgede yer almaktadır ve görsel-uzaysal konumlanma, konuşma ve dikkat gibi işlevlerde rol alır. *Ön çok biçimli ilişkilendirme bölgesi* prefrontal kortekste yer alır ve motor planlama, yargılama gibi işlevlerden sorumludur. Diğer çok biçimli ilişkilendirme bölgesi olan limbik bölge ise duygu ve bellekle ilgili işlevleri yürütmektedir. İlişkilendirme alanları arasındaki etkileşimler biliş ve bilincin oluşumunda rol oynamaktadır [38, 56].

Beynin her iki yarım küresi birçok işlevde birlikte çalışmaktadır. Ancak, bazı işlevlerde bir yarımkürenin daha baskın etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Konuşma ve konuşulanları anlama için baskın yarımküre sol yarımküredir. Sol yarımküre sözcüklerin içeriği, önemi, sağ yarımküre ise konuşmanın tonlaması, duygusal ifadesi, mimiklerin oluşumu, yüz ifadesinde daha etkin görev alır. Sol beynin daha çok bilişsel işlevlerle (algılama, düşünme, düşündüklerini ifade edebilme, anlama, matematiksel yetenekler, mantıklı olma, konuşma, bellek), sağ beynin ise daha çok duygulanım, duygulanımı dışa vurma, sözel olmayan (non-verbal) iletişimi izleyebilme yetileri ve yaratıcı, sezisel, sanatsal yeteneklerle ilgili olduğu ileri sürülmektedir. Sağ yarım küre görsel-uzaysal işlevlerde de baskın görev almaktadır [38, 51].

Prefrontal Korteks

İnsan beyni bütün hayvanlar dünyasında korteksi, özellikle *prefrontal korteksi* en gelişmiş olandır. Prefrontal korteks tüm korteksin kedilerde %3.5'unu, köpeklerde %7'sini, şempanzelerde %17'sini, insanlarda ise %29'unu oluşturmaktadır. Frontal kortekste, birincil motor ve premotor kortekslerinin önünde yer alan prefrontal korteks, yürütücü işlevlerden sorumlu olan arka yan prefrontal korteks, dürtü ve duyguların düzenlenmesinde rol alan orbitofrontal korteks ve dikkat, güdülenme, bellek gibi süreçlerde rol alan ön singulat bölgelerden oluşmaktadır. Prefrontal korteks bütün diğer kortikal (temporal, paryetal, oksipital) ve subkortikal alanlarla (limbik kor-

teks, bazal gangliyonlar ve retiküler formasyon) sıkı bağlantıları, iletişim yolları bulunan bir bölgedir. Bu bölge beyine değişik kaynaklardan gelen uyaran girdilerini taramak, ayıklamak, seçmek, birleştirerek değerlendirmek, anlam vermek, yeni düşünce, tasarım ve kararlar oluşturmak gibi *yürütücü işlevlerin bütünleştirildiği ve eyleme geçirildiği beyin alanıdır* [51, 56].

Prefrontal korteksin işlevlerinin anlaşılmasında katkısı olmuş olgulardan birisi *Phineas Gage* olgusudur. Bir demiryolu işçisi olan *Phineas Gage*'in frontal korteksine bir demir çubuk girmiş ve bu kaza sonrasında belirgin kişilik değişiklikleri gözlenmiştir. Kaza öncesinde planlama yeteneği, kişilerarası ilişkileri iyi olarak belirtilen Phineas Gage, kaza sonrasında engellenme eşiği düşük bir insan durumuna gelmiştir. Bu hastada dil, bellek ile duyusal ve motor işlevler göreceli olarak sağlam kalırken, planlı düşünme, kişilik ve davranışta dramatik bozukluklar gözlenmiştir. Prefrontal korteksin zedelenmesi ile *"frontal sendrom"* denilen ve birbirine karşıt gibi görünen iki tür klinik tablo oluşabilmektedir. Prefrontal korteksin orbital bölgesinin tahrip edilmesi ile öfori, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve topluma aykırı davranışlar ortaya çıkabilirken, arka yan bölgenin tahrip edilmesi ile apati, ilgisizlik, hareket ve eylem azlığı ve bilişsel yetilerde bozulma görülebilmektedir [6, 47].

Arka yan prefrontal korteks yürütücü işlevlerden sorumludur ve farklı örüntülerden elde edilen duyusal ve motor bilginin bir araya getirilmesinde ve davranışsal yanıtın planlanmasında rol alır. Davranışın ve yürütücü işlevlerin düzenlenmesi dikkat ve işlem belleği aracılığı ile sağlanmaktadır [61]. *İşlem belleği (working memory)*, bilginin algısal, bilişsel ve duygusal yönleriyle geçici olarak zihinde tutulabilmesini ve bu şekilde davranışın yönlendirilebilmesini sağlamaktadır. Prefrontal korteksin *işlem belleğindeki* rolü maymunlarda *'gecikmiş yanıt ödevleri'* diye bilinen testler kullanılarak çalışılmıştır. Bunlardan birisi olan okülomotor gecikmiş yanıt ödevinde maymuna ekranda belli bir noktada bir uyaran gösterilmekte ve uyaran kaybolduktan saniyeler sonra maymunun o noktaya bakması öğretilmektedir. Uyaranın kaybolmasından maymunun ilgili noktaya bakmasına kadar geçen süre içinde prefrontal kortekste etkinlik artışı olduğu gösterilmiştir [30]. Okülomotor gecikmiş yanıt ödevi şizofrenide *uzamsal (spatial) işlem belleği* işlevini incelemek için kullanıldığında belirgin bozukluk olduğu gösterilmiştir [52]. Şizofreni hastalarında diğer işlem belleği ödevlerinde, Wisconsin Kart Eşleme Testi, Londra Kulesi gibi yürütücü işlevleri değerlendirmek için kullanılan testlerde de bozukluklar saptanmıştır[5]. SPECT, PET, fMRI gibi çeşitli işlevsel nörogörüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında kontrollere göre *'hipofrontalite'* (kan akımı ya da glukoz kullanımında azalma) olduğu gösterilmiş; bu bulgu hiç ilaç kullanmamış, ilacı kesilmiş ya da çocukluk başlangıçlı erişkin şizofren hastalarda da gösterilmiştir[10]. Şizofrenide belirti boyutları ile frontal bölgede kanlanma azalması arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda *eksi (negatif) belirtiler* ile hipofrontalite arasında ilişki oldu-

ğu gösterilmiş, *eksiklik sendromu* olan hastalarda hipofrontalitenin, *eksiklik sendromu* olmayan hastalara göre daha belirgin olduğu bulunmuştur [3,28,66].

Prefrontal korteks, şizofreni dışındaki başka tür psikiyatrik bozukluklarda da etkilenmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta prefrontal korteksin orbitofrontal bölgesinde etkinlik artışı olduğu gösterilmiş, sağaltım sonrasında ise etkinliğin normale döndüğü bildirilmiştir[40]. Depresyon hastalarında yapılan görüntüleme çalışmalarında ise arka yan prefrontal kortekste kanlanma azalması, orbitofrontal korteks ve ön singulatta ise kanlanma artışı olduğuna ilişkin bulgular vardır [25].

Limbik Dizge

Limbik dizge duyguların yaşanması ve dışavurumunun düzenlenmesinden sorumludur. Limbik sözcüğü sınır anlamına gelen 'limbus'tan köken almaktadır. İlk defa Broca tarafından korteks ile diensefalonun birleşimindeki singulat girus ve parahipokampal girusu içeren kortikal bölgeyi belirlemek için kullanılmıştır. Papez ise bu kortikal bölgelerin hipokampus, mamiller cisim ve talamusun ön kısmı ile bir devre oluşturarak duygusal davranışı yönlendirdiğini belirtmiş ve bu devre *Papez devresi* olarak adlandırılmıştır. Limbik dizge sadece duygusal süreçlerin işlenmesinde değil, bellek gibi beyin işlevlerinde de yer almaktadır. Yoğun bağlantıları nedeniyle limbik dizgenin sınırlarını belirlemek kolay olmamakla birlikte, limbik dizgenin bileşeni kabul edilen beyin bölgeleri, singulat ve parahipokampal giruslar (limbik korteks), hipokampus, amigdala, septal bölge, hipotalamus ve ilişkili talamik ve kortikal bölgeler olarak sıralanabilir [38-56].

Limbik dizgedeki beyin bölgelerinin hem birbirleriyle hem de sinir dizgesinin diğer bileşenleriyle bağlantıları vardır. Bir yandan hipotalamus ve bu yolla beyin sapı ve omurilik ile, öbür yandan prefrontal korteks ve alt temporal ilişkilendirme korteksi ile iletişim içindedir. Bu yolla limbik dizge, iç organlardan gelen duyuları ve dış çevreden duyu organları aracılığı ile alınan duyusal girdileri de bütünleştirmektedir.

Limbik dizgede duygusal yaşantılar ile en fazla ilişkisi olan bölge *amigdaladır. Amigdalanın* birçok çekirdekten oluşan karmaşık bir yapısı vardır ve bazolateral bölgesi çeşitli duyu türlerinden girdi almaktadır. Amigdalanın talamus, prefrontal korteks, insula, birincil duyusal korteks ile de karşılıklı bağlantıları bulunmaktadır. Amidgala duyusal bilgiye duygusal renk ve sosyal anlam verilmesini sağlayan bölgedir. Hem doğuştan hem de sonradan öğrenilen duygusal yanıtların düzenlenmesinde amigdala görev almaktadır[55].

Klinik çalışmalar insanlarda duyguların algılanmasında ve korkunun dışavurumunda amigdalanın önemi olduğunu göstermektedir. Amigdala lezyonlarının korkulu yüz ifadesinin tanınmasında ve korku koşullanmasında bozukluklara yol açtığı, amigdalanın elektrik uyarımının ise korkuya ve panik benzeri duygusal yanıtlara neden olduğu bildirilmiştir. Görüntüleme

çalışmalarında sağlıklı kişilere korkmuş yüzler gösterildiğinde amigdalada bölgesel kan akımında artma olduğu bulunmuştur. Fobi, panik bozukluğu gibi bunaltı bozukluklarında belirtilerin oluşumunda amigdala etkinliğinin önemli rolü vardır [16, 40, 55, 67].

Amigdala *duygusal bellek* süreçlerinden de sorumludur. Duygusal yüklü yaşantılar genellikle daha kolay hatırlanmaktadır. Zorlanma (stres) ile ilişkili olan böbreküstü bezi hormonları duygusal anıların daha güçlü hatırlanmasında rol oynamaktadırlar. Bu hormonlar amigdala üzerine etki ederek yakın zamanda olan yaşantılara ilişkin anıların depolanmasını güçlendirir. *Travma sonrası stres bozukluğunda* bu dizgenin etkinliğinde artış olduğu düşünülmektedir. Amigdala lezyonları ve beta blokör ilaçlar ise duygusal uyarımın belleği güçlendirici etkisini önlemektedir [54, 67]. Bakınız *Bölüm XX Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar -I.*

Hipokampus öğrenme, epizodik bellek oluşumu, uzamsal bellek işlevlerinde rol oynamaktadır. Sağ hipokampus daha çok uzamsal bellek, sol hipokampus ise sözel bellek işlevlerinde özelleşmiştir. Hipokampusun epizodik bellek oluşumundaki önemi sağaltıma dirençli epilepsi nedeniyle iki taraflı olarak hipokampusu çıkarılan bir olgu ile anlaşılmıştır. Bu hasta geçmişte olan olayları hatırlayabilmiş, ancak ameliyat sonrasında yeni bellek oluşturamamaya başlamıştır. Hayvan çalışmalarında özellikle hayvanın bulunduğu çevreyi ve bu çevrede olanları kodlamasında hipokampusun önemli olduğu gösterilmiştir [54,56,63]. Birçok ruhsal hastalıkta hipokampusun etkilendiğine ilişkin bulgular vardır. En sık görülen bunama türü olan *Alzheimer* hastalığında hipokampus erken dönemde ve ağır biçimde etkilenmekte, nöropatolojik çalışmalarda nöron yitimi, senil plaklar ve nörofibriler yumaklar görülmektedir.

Şizofreni hastalarında MRG ile yapılan araştırmalarda hipokampus, amigdala ya da parahipokampal girusta kontrollere göre küçülme olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının öykülerinde sıkça bildirilen doğum komplikasyonlarının oksijen eksikliğinin (anoksi) neden olduğu hasara en duyarlı bölge olan hipokampusun zedelenmesinde rolü olabileceği ileri sürülmektedir [46, 65]. Depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunda da hipokampus hacminde küçülme olduğunu bildiren çalışmalar vardır[9,48]. Bakınız *Bölüm XVIII: Duygudurum Bozuklukları.*

Uzun süreli zorlanmanın hipokampusta nöron yitimine neden olması ve plastikliği olumsuz etkilemesi ruhsal hastalıklar açısından önemli bir bulgudur. Hayvan çalışmaları doğum öncesi, doğum sonrası ve ergenlik dönemlerinde karşılaşılan zorlayıcı olayların hipokampusta yapısal değişikliklere neden olduğunu ve bilişsel kayıplara yol açabildiğini göstermektedir [37,43]. Zorlayıcı erken yaşam olaylarının özellikle kortikotropin salıveren hormon (CRH) aracılığıyla çeşitli beyin dizgelerini etkilediği, bunun da ruhsal hastalıklara yatkınlık sağladığı ileri sürülmektedir [34].

Bazal Ganglionlar

Bazal ganglionlar derin beyaz cevherde yer alan, birbiriyle yoğun bağlantıları olan striatum (kaudat ve putamen), akümbens çekirdek, globus pallidus, substansia nigra ve subtalamik çekirdeklerden oluşmaktadır. Serebral korteks ve talamustan girdiler almakta, omuriliğe ve talamus aracılığıyla kortekse çıktılar göndermektedir.

Bazal ganglionlar motor planlama, hareketin sıralanması ve kontrolünü sağlar. Bozukluklarında ise tremor, istemsiz hareketler, duruş ve kas tonusunda değişiklikler, hareketlerde yavaşlama gibi belirtiler görülür. Kaudat çekirdekte atrofi görülen Huntington koresinde kore şeklinde hareket artışı gözlenirken, substantia nigrada nöronların ölmesi ve dopaminerjik etkinliğin azalması nedeniyle görülen Parkinson hastalığında hareketlerde yavaşlama ön plandadır[56].

Bazal ganglionlarda hasar hareket bozukluklarına ek olarak çeşitli nöropsikiyatrik, bilişsel ve davranışsal belirtilere de yol açmaktadır. Hareketle ilgili olarak striatumun arka bölgesi görev alırken, bilişsel işlevler, güdüleme vb. gibi işlevlerin düzenlenmesinde ön kaudat, ön putamen, ön pallidum, akumbens çekirdeği ve olfaktör tüberkülden oluşan ön striatum görev almaktadır. Striatum, pallidum, talamus ve frontal lob arasında bulunan paralel devreler hareket ve bilişsel işlevleri düzenler ve benzer nörotransmiterleri kullanırlar. Bu devrelerden davranışın motor olmayan yönleriyle ilişkili olanları prefrontal ve limbik korteksten başlar ve striatum, pallidum aracılığıyla medyal talamusa ve prefrontal kortekse ulaşır. Davranışın düzenlenmesinde önemli üç ana prefrontal-subkortikal-talamik devre vardır. Arka yan prefrontal devre yürütücü işlevlerden sorumludur; orbitofrontal devre dürtülerin ve duygu durumun düzenlenmesinde rol alır; ön singulat devre ise güdüleme işlevlerini düzenler[38, 56].

Motor striatum substansia nigradan dopaminerjik girdiler alırken, ön striatum ön tegmental bölgeden dopaminerjik girdiler alır. Bazal ganglionların limbik bağlantılarıyla birlikte tüm bu girdiler birçok davranışın düzenlenmesini kontrol eden yaygın ağları oluşturur. Bu ağların işleyişindeki bozukluklar çeşitli psikiyatrik hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilir. Şizofrenide kortikostriatotalamik devrenin dopaminerjik modülasyonunda bozukluk olduğu ileri sürülmüştür. Obsesif kompulsif bozuklukta ise orbitofrontal devrede bir etkinlik artışı olduğu düşünülmüştür. Görüntüleme çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluk hastalarında kaudat çekirdekte ve orbitofrontal bölgede kanlanma artışı olduğu, sağaltım ile kanlanmanın normale döndüğü bildirilmiştir[40].

Diensefalon

Diensefalon talamus ve *hipotalamus* olmak üzere iki ana yapıdan oluşmaktadır. Talamus koku dışındaki duyusal bilgilerin reseptörlerden ilgili

kortikal bölgelere iletilmesinde bir bağlantı bölgesidir. *Talamus* duyusal bilgilerin geçişini sağlayan bir istasyon olmaktan öte, bu bilgilerin seçilmesini, düzenlenmesini sağlayan bir süzgeç görevini görür ve duyusal bilginin kortekse ulaşarak bilinçli olarak fark edilmesinde aracıdır. *Talamus* serebellum ve bazal ganglionlardan gelen motor bilgileri de bütünleştirerek korteksin hareketle ilgili bölgelerine ulaşmasını sağlar [38, 51,56].

Hemen hemen bütün beyin bölgeleri (üst kortikal merkezler, motor bölge, duyularla ilgili birçok bölge) ile bağlantıları olan *talamus* bu üst kortikal bağlantılarla birlikte merkezi bir *ayıklama ve dağıtım dizgesi* olarak çalışmaktadır[51].

Hipotalamus ise homeostaz ve üreme için gerekli birçok davranışı düzenler. Hipofiz bezinden salgılanan hormonları düzenleyerek büyüme, beslenme, sıvı alma gibi davranışları kontrol eder. *Suprakiazmatik çekirdek* aracılığıyla döngüsel ritmleri düzenler. *Mamiller cisimcik* de hipotalamusun bir çekirdeğidir ve bellekle ilgili görevleri vardır. Alkol bağımlılarında tiyamin eksikliğine bağlı olarak görülen *Wernicke-Korsakoff* sendromunda mamiller cisim etkilenmektedir ve anterograd amnezi görülür [38,51,56].

BEYNİN NÖROKİMYASAL YAPISI

Normal ve anormal ruhsal özelliklerin ortaya çıkışını, psikiyatrik hastalıkların patofizyolojisini ve ilaçların sağaltıcı özelliklerini anlayabilmek için altta yatan biyolojik süreçleri bilmemiz gerekmektedir. İnsan beyni ortalama 100 milyar nörondan oluşmakta ve bu nöronlar çok sayıda sinaptik bağlantı ile karmaşık devreleri oluşturmaktadır. Nöronların işlevleri hücre içinde ve hücreler arasında bilgi geçişini sağlayabilme özelliklerine dayanmaktadır. Nöronların iletişimini sağlayan karmaşık ağlar sayesinde beyin çevrede olup biteni algılayabilir, yorumlayabilir, motor ve davranışsal yanıtlar oluşturabilir ve bilgileri kaydedebilir.

Nöronlar elektriksel uyarıları iletebilen hücrelerdir. Nöronlar arasındaki iletim hücre zarlarının *sinaps öncesi* ve *sinaps sonrası* bölgeleri oluşturduğu *sinapslarda* olur. Tüm hücrelerin içi ile dışı arasında elektriksel bir potansiyel fark vardır. Potansiyel fark sodyum, potasyum, klor gibi elektrolitlerin, hücresel proteinlerin, fosfat gruplarının hücre zarının iki tarafındaki eşit olmayan dağılımından kaynaklanır. İstirahat halindeki hücrede gözlenen bu potansiyele *istirahat membran potansiyeli* denir. İyonların zar geçirgenliğindeki değişiklik ise membran potansiyelini etkiler ve nöron hücresinde uyarı doğmasına neden olur. Membran potansiyelinde belli bir eşiğin üstünde olan hızlı değişikliğe *aksiyon potansiyeli* denir. Nöronlarda aksiyon potansiyeli akson boyunca ilerleyerek sinaps öncesi bölgeye ulaşır ve iletiyi aşıran ve *nörotransmiter* diye bilinen kimyasal maddelerin salıverilmesini sağlar. Bu kimyasal maddeler sinaps sonrası nöronda elektriksel ya da biyokimyasal bir yanıt başlatırlar. Bir maddenin nörotransmiter sayılabilmesi için belli ölçütler vardır:

1) Nöronda sentezlenir.
2) Kimyasal ve farmakolojik olarak tanımlanabilecek bir yapıda, sinaps öncesi bölgeden salıverilir.
3) Sinaps sonrası reseptörlere bağlanır.
4) Aktif bir mekanizmayla etkinliği sonlandırılır.

Beyinde bu ölçütleri karşılamayan, klasik transmiterlerin dışında kalan, ancak, nöronlar arası iletimde önemli rolü olan moleküller de bulunmaktadır. Bunların bir bölümü aşırım (transmission) sürecini ayarlama ve denkleştirme görevini yüklenirler ve bunlara nöro-ayarlayıcı (nöromodülatör) adı verilir. Nörotransmiterler ve nöromodülatörler beyinde nöronlararası iletişimi sağladıklarından ve düzenlediklerinden, bunlar nöro-aracı (nöromediyatör) olarak da bilinirler.

Merkezi sinir dizgesindeki nöromediyatörler şu kümelere ayrılmaktadır:

1) Amin yapılı nöromediyatörler: Dopamin, noradrenalin, adrenalin, serotonin, asetilkolin, histamin. Bunlardan dopamin, adrenalin ve noradrenalin katekolaminler olarak tanınırlar.

2) Aminoasit nöromediyatörler: Bunlar nörotransmiter ya da nöromodülatör olarak iş görürler. GABA (gama-amino-bütirik asid), glisin, taurin ve prolin *önleyici* (inhibitör) aminoasidlerdir. Glutamat ve aspartat *uyarıcı* (eksitatör) aminoasitlerdir.

3) Nöropeptidler: Opioid peptidler, tirotropin salıveren hormon (TRH), kortikotropin salıveren hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH), büyüme hormonu (GH), prolaktin, kolesistokinin, uyku peptidleri ve daha birçokları sayılabilir.

4) Nörotrofinler: Nörotrofik faktörler nöronların sağkalımı (survival), fenotipik ayrışma, sinaps oluşumu gibi süreçlerde önemli yer alan ve zedelenmelere karşı nöronun tepkilerini, işlevlerini düzenleyici görevleri olan "sağkalım molekülleri"dir (survival molecules). Şizofreni, depresyon, Alzheimer, Parkinson, Huntington hastalıklarında nörotrofinlere duyarlı nöronlarda seçici yitimlerin olabileceği düşünülmektedir[17, 24, 49, 51].

Hücreler hücre dışından gelen uyarıları çeşitli sinyal iletim düzenekleri ile hücre içine taşırlar. Sinyal iletimindeki ilk aşama ise hücre dışından gelen sinyal molekülünün reseptörle etkileşime geçmesidir. Reseptör, sinyal molekülüne (nörotransmiterler, hormonlar, büyüme faktörleri vb) yüksek çekim ve özgüllükle bağlanan ve bu bağlanma sonucunda biyolojik yanıt başlatan bir proteindir. Hücre yüzeyindeki reseptörler gelen iletiyi hücresel bir yanıta çevirebilmek için çeşitli çevirim (transduction) düzenekleri kullanırlar. Nöronlarda en tipik yanıtlar membran voltajında ve nöronun uyarılabilirliğinde değişiklik olmasıdır. Sinyal çevirimi (signal transduction) olarak bilinen süreç nörotransmiterler, hormonlar, trofik faktörler ve sitokinler ile hücreler arasında taşınan sinyallerin hücre içinde biyokimyasal sinyallere dönüşmesi ve nöronun işlevlerini etkilemesi anlamına gelmektedir.

Hücre dışından gelen sinyallerin hücre içinde yorumlanması farklı reseptör tipleri ve hücresel düzeneklerle olmaktadır. Bu farklı reseptör tiplerini ve hücresel düzenekleri bilmek, nörotransmiterlerin farklı reseptörler üzerine olan farklı, hatta karşıt etkilerini anlayabilmeyi ve bu kitabın sağaltım bölümünde anlatılacak olan ilaç etki düzeneklerini kavrayabilmeyi kolaylaştıracağı için kısaca özetlenecektir.

Bazı nörotransmiterler iyon kanallarını açarak etkilerini gösterirler ve *iyonotropik reseptörler* olarak adlandırılmaktadırlar. Nörotransmiter iyon kanalına bağlandığı zaman kanalın üç boyutlu yapısında değişikliğe yol açarak kanalın açılmasını sağlar. Arada başka biyokimyasal tepkiler olmadığı için nörotransmiterlerin kanallar üzerine olan etkileri çok hızlıdır. Beyindeki hızlı uyarıcı (eksitatuar) ya da önleyici (inhibitör) sinaptik iletim çoğunlukla bu reseptörler aracılığıyla olur. Bu kanallar bir ya da daha fazla iyona özgüldür ve uyarıcı ya da önleyici etkiyi bu belirler. İyonotropik reseptörler arasında *nikotinik tip asetil kolin reseptörü, AMPA, kainat, NMDA tip glutamat reseptörleri, GABA-A* ve *glisin reseptörleri, 5-HT$_3$ reseptörü* sayılabilir.

İkinci grup reseptörler *G proteinleri* aracılığı ile etki etmektedirler. Nörotransmiter reseptörlerinin büyük bir kısmı, muskarinik kolinerjik, adrenerjik, dopaminerjik, serotonerjik, metabotropik glutamaterjik, opiat, peptiderjik ve bazı purinerjik reseptörler bu gruba dahildir. Bazı hormonlar, ışık, koku vb. de bu reseptörler aracılığı ile etki eder. Bu reseptörler saniyelerden dakikalara değişebilen daha yavaş yanıtlardan sorumludurlar. Bunlar düzenleyici, sinyali artırıcı ya da azaltıcı etkisi olan yanıtlar olabilir. Reseptör-nörotransmiter bağlanması sonrasında G proteinleri adenilat siklaz, guanilat siklaz, fosfolipaz C gibi enzimleri etkileyerek siklik AMP, siklik GMP, inozitol trifosfat, diaçilgliserol gibi *ikincil habercilerin* oluşumunu sağlarlar. Bu *ikincil haberciler* ise protein kinaz A, protein kinaz G, protein kinaz C gibi çeşitli proteinlerin etkinliğini değiştirirler. Bu enzimler ise yazılım faktörleri (CREB vb.) gibi proteinleri fosforlayarak hücrenin gen açılımını (ekspresyonu), fizyolojisini ve etkinliğini değiştiren tepkiler başlatırlar.

Üçüncü grup reseptörlerin kendilerinin enzim etkinlikleri vardır. Bunlar *tirozin kinaz reseptörleri* olarak bilinirler. Büyüme faktörleri gibi nörotrofik faktörler, sitokinler bu reseptörler aracılığıyla etkilerini gösterirler. Bu reseptörler enzim etkileri sayesinde çok sayıda proteini fosforlayarak farklı etkiler başlatabilmektedirler. Dördüncü grup reseptörler ise sitoplazmada bulunurlar. Glukokortikoidler, gonadal steroidler, tiroid hormonu bu reseptörlere bağlanırlar ve reseptörleriyle birlikte çekirdeğe giderler, yazılım faktörü gibi etki ederek özgül DNA dizisine bağlanırlar ve gen yazılımını etkilerler[17,24,49].

Tüm bu farklı düzeneklerle sinyallerin hücre membranından çekirdeğe ulaşması çeşitli genlerin açılımını değiştirerek, iyon kanallarının, reseptörlerin, hücre içi sinyal proteinlerinin, hücre iskeletinde görevi olan yapısal proteinlerin, enzimlerin üretimini, miktarını değiştirmekte ve daha uzun sü-

reli etkilere yol açmaktadır. Farklı nörotransmiter- reseptör etkileşimlerinin etkinleştirdiği tüm bu yolaklar aslında birbiriyle de bağlantılıdır ve paralel veya ters yönde sonuçlara neden olabilirler.

Nörotransmiterler

Dopamin Dizgesi

Dopaminerjik nöronlar duygulanımda, bilişsel süreçlerde, hareketle ilgili işlevlerin başlatılmasında ve yürütülmesinde önemli rol oynamaktadır.

Dopaminerjik nöronlar ve uzantıları 3 ana dizgeyi içerir.

1. Nigrostriatal dizge: Substansia nigradan kaudat ve putamene uzanır.

2. Mezokortikolimbik dizge: Beyin sapındaki ön tegmental alandan limbik (nükleus akumbens, olfaktor tuberkül, stria terminalis, amigdala, yan septal çekirdek, ön striatum) ve kortikal (orbitofrontal, medyal prefrontal, singulat korteks, arka yan prefrontal korteks) bölgelere uzanır.

3. Tuberoinfundibular dizge: Hipotalamustan hipofize uzanır.

Dopamin reseptörleri 5 alt tipten oluşmaktadır. Bu alttipler D_1 benzeri (D_1 ve D_5), D_2 benzeri (D_2, D_4, D_5) olmak üzere 2 grupta incelenmektedir. Dopamin reseptörlerinden D_1 ve D_5 Gs proteini *(stimulatory G protein)*üzerinden adenilat siklaz etkinliğini artırarak, D_2, D_3 ve D_4 reseptörleri ise Gi *(inhibitory G protein)* aracılığıyla adenilat siklaz etkinliğini azaltarak etkilerini gösterirler. Dopamin dizgesinin Parkinson hastalığı, şizofreni, madde bağımlılığı gibi birçok hastalığın oluşunda rolü olduğu bilinmektedir[17,24,49].

Dopamin etkinliğini artıran kokain, amfetamin, levodopa, metilfenidat gibi maddelerin paranoid psikotik durumlara neden olabilmesi, şizofreni sağaltımında kullanılmakta olan antipsikotiklerin etkisinin D2 reseptörünü bloke edici etkileriyle ilişkili olması şizofrenide dopaminerjik etkinlikte artış olduğunun iddia edilmesine neden olmuştur.[57] Ancak, nöroleptiklerin şizofrenideki *artı belirtileri* yatıştırırken, *eksi ve bilişsel belirtileri* aynı düzeyde etkilememesi nedeniyle klasik dopamin varsayımı sorgulanmıştır. İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları eksi belirtilerin ve bilişsel işlev bozukluklarının prefrontal korteks işlevlerinde azalmayla ilişkili olabileceğini göstermektedir [62]. Maymunlarda yapılan çalışmalarda da prefrontal kortekste dopamin aşırımında ve D_1 reseptör uyarılmasında azalmanın bilişsel bozukluklara yol açtığı gösterilmiştir [31]. Bu bulgular ışığında, şizofrenide subkortikal mezolimbik dopamin yolaklarındaki aşırı etkinliğin artı belirtilere, mezokortikal dopamin yolaklarının etkinliğindeki azalmanın ise eksi belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açtığı ileri sürülmüştür.[21]

Prefrontal kortikal nöron etkinliğinde dopaminin düzenleyici rolü önemlidir. Prefrontal kortekste dopaminin etkinliğini değiştiren bir genetik polimorfizmin prefrontal fizyolojide değişime yol açıyor olabileceği ileri sürülmüştür. Bu konuda en çok çalışılan genlerden birisi dopamini metilleyerek homovalinik asite yıkımını sağlayan katekol-O-metil transferaz (COMT) enzimini kod-

Hücre dışından gelen sinyallerin hücre içinde yorumlanması farklı reseptör tipleri ve hücresel düzeneklerle olmaktadır. Bu farklı reseptör tiplerini ve hücresel düzenekleri bilmek, nörotransmiterlerin farklı reseptörler üzerine olan farklı, hatta karşıt etkilerini anlayabilmeyi ve bu kitabın sağaltım bölümünde anlatılacak olan ilaç etki düzeneklerini kavrayabilmeyi kolaylaştıracağı için kısaca özetlenecektir.

Bazı nörotransmiterler iyon kanallarını açarak etkilerini gösterirler ve *iyonotropik reseptörler* olarak adlandırılmaktadırlar. Nörotransmiter iyon kanalına bağlandığı zaman kanalın üç boyutlu yapısında değişikliğe yol açarak kanalın açılmasını sağlar. Arada başka biyokimyasal tepkiler olmadığı için nörotransmiterlerin kanallar üzerine olan etkileri çok hızlıdır. Beyindeki hızlı uyarıcı (eksitatuar) ya da önleyici (inhibitör) sinaptik iletim çoğunlukla bu reseptörler aracılığıyla olur. Bu kanallar bir ya da daha fazla iyona özgüldür ve uyarıcı ya da önleyici etkiyi bu belirler. İyonotropik reseptörler arasında *nikotinik tip asetil kolin reseptörü, AMPA, kainat, NMDA tip glutamat reseptörleri, GABA-A* ve *glisin reseptörleri, 5-HT$_3$ reseptörü* sayılabilir.

İkinci grup reseptörler *G proteinleri* aracılığı ile etki etmektedirler. Nörotransmiter reseptörlerinin büyük bir kısmı, muskarinik kolinerjik, adrenerjik, dopaminerjik, serotonerjik, metabotropik glutamaterjik, opiat, peptiderjik ve bazı purinerjik reseptörler bu gruba dahildir. Bazı hormonlar, ışık, koku vb. de bu reseptörler aracılığı ile etki eder. Bu reseptörler saniyelerden dakikalara değişebilen daha yavaş yanıtlardan sorumludurlar. Bunlar düzenleyici, sinyali artırıcı ya da azaltıcı etkisi olan yanıtlar olabilir. Reseptör-nörotransmiter bağlanması sonrasında G proteinleri adenilat siklaz, guanilat siklaz, fosfolipaz C gibi enzimleri etkileyerek siklik AMP, siklik GMP, inozitol trifosfat, diaçilgliserol gibi *ikincil habercilerin* oluşumunu sağlarlar. Bu *ikincil haberciler* ise protein kinaz A, protein kinaz G, protein kinaz C gibi çeşitli proteinlerin etkinliğini değiştirirler. Bu enzimler ise yazılım faktörleri (CREB vb.) gibi proteinleri fosforlayarak hücrenin gen açılımını (ekspresyonu), fizyolojisini ve etkinliğini değiştiren tepkiler başlatırlar.

Üçüncü grup reseptörlerin kendilerinin enzim etkinlikleri vardır. Bunlar *tirozin kinaz reseptörleri* olarak bilinirler. Büyüme faktörleri gibi nörotrofik faktörler, sitokinler bu reseptörler aracılığıyla etkilerini gösterirler. Bu reseptörler enzim etkileri sayesinde çok sayıda proteini fosforlayarak farklı etkiler başlatabilmektedirler. Dördüncü grup reseptörler ise sitoplazmada bulunurlar. Glukokortikoidler, gonadal steroidler, tiroid hormonu bu reseptörlere bağlanırlar ve reseptörleriyle birlikte çekirdeğe giderler, yazılım faktörü gibi etki ederek özgül DNA dizisine bağlanırlar ve gen yazılımını etkilerler[17,24,49].

Tüm bu farklı düzeneklerle sinyallerin hücre membranından çekirdeğe ulaşması çeşitli genlerin açılımını değiştirerek, iyon kanallarının, reseptörlerin, hücre içi sinyal proteinlerinin, hücre iskeletinde görevi olan yapısal proteinlerin, enzimlerin üretimini, miktarını değiştirmekte ve daha uzun sü-

reli etkilere yol açmaktadır. Farklı nörotransmiter- reseptör etkileşimlerinin etkinleştirdiği tüm bu yolaklar aslında birbiriyle de bağlantılıdır ve paralel veya ters yönde sonuçlara neden olabilirler.

Nörotransmiterler

Dopamin Dizgesi

Dopaminerjik nöronlar duygulanımda, bilişsel süreçlerde, hareketle ilgili işlevlerin başlatılmasında ve yürütülmesinde önemli rol oynamaktadır.

Dopaminerjik nöronlar ve uzantıları 3 ana dizgeyi içerir.

1. Nigrostriatal dizge: Substansia nigradan kaudat ve putamene uzanır.

2. Mezokortikolimbik dizge: Beyin sapındaki ön tegmental alandan limbik (nükleus akumbens, olfaktor tuberkül, stria terminalis, amigdala, yan septal çekirdek, ön striatum) ve kortikal (orbitofrontal, medyal prefrontal, singulat korteks, arka yan prefrontal korteks) bölgelere uzanır.

3. Tuberoinfundibular dizge: Hipotalamustan hipofize uzanır.

Dopamin reseptörleri 5 alt tipten oluşmaktadır. Bu alttipler D_1 benzeri (D_1 ve D_5), D_2 benzeri (D_2, D_4, D_5) olmak üzere 2 grupta incelenmektedir. Dopamin reseptörlerinden D_1 ve D_5 Gs proteini *(stimulatory G protein)*üzerinden adenilat siklaz etkinliğini artırarak, D_2, D_3 ve D_4 reseptörleri ise Gi *(inhibitory G protein)* aracılığıyla adenilat siklaz etkinliğini azaltarak etkilerini gösterirler. Dopamin dizgesinin Parkinson hastalığı, şizofreni, madde bağımlılığı gibi birçok hastalığın oluşunda rolü olduğu bilinmektedir[17,24,49].

Dopamin etkinliğini artıran kokain, amfetamin, levodopa, metilfenidat gibi maddelerin paranoid psikotik durumlara neden olabilmesi, şizofreni sağaltımında kullanılmakta olan antipsikotiklerin etkisinin D2 reseptörünü bloke edici etkileriyle ilişkili olması şizofrenide dopaminerjik etkinlikte artış olduğunun iddia edilmesine neden olmuştur.[57] Ancak, nöroleptiklerin şizofrenideki *artı belirtileri* yatıştırırken, *eksi ve bilişsel belirtileri* aynı düzeyde etkilememesi nedeniyle klasik dopamin varsayımı sorgulanmıştır. İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları eksi belirtilerin ve bilişsel işlev bozukluklarının prefrontal korteks işlevlerinde azalmayla ilişkili olabileceğini göstermektedir [62]. Maymunlarda yapılan çalışmalarda da prefrontal kortekste dopamin aşırımında ve D_1 reseptör uyarılmasında azalmanın bilişsel bozukluklara yol açtığı gösterilmiştir [31]. Bu bulgular ışığında, şizofrenide subkortikal mezolimbik dopamin yolaklarındaki aşırı etkinliğin artı belirtilere, mezokortikal dopamin yolaklarının etkinliğindeki azalmanın ise eksi belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açtığı ileri sürülmüştür.[21]

Prefrontal kortikal nöron etkinliğinde dopaminin düzenleyici rolü önemlidir. Prefrontal kortekste dopaminin etkinliğini değiştiren bir genetik polimorfizmin prefrontal fizyolojide değişime yol açıyor olabileceği ileri sürülmüştür. Bu konuda en çok çalışılan genlerden birisi dopamini metilleyerek homovalinik asite yıkımını sağlayan katekol-O-metil transferaz (COMT) enzimini kod-

layan gendir. COMT geninde bir tek nükleotid polimorfizm peptit dizisinde valinin (val), metioninle (met) yer değiştirmesiyle sonuçlanmaktadır[44]. Val/val genotipi olan bireyler met/met genotipi olanlara göre dopamini daha hızlı etkisizleştirmektedirler[62]. Dopaminin sinaps aralığından hızlı uzaklaştırılmasına yol açan COMT val alelinin prefrontal işlevlerdeki bozulmada rolü olduğunu bildiren ve şizofreni için bir yatkınlık geni olduğunu gösteren bağlantı analizi ve ilişkilendirme çalışmaları bulunmaktadır [22, 26].

Dopaminin önemli rol oynadığı diğer bir psikiyatrik hastalık madde bağımlılığıdır. Pekiştirici rolü olan birçok maddenin ön tegmental alandan akümbens çekirdeğe giden yolakta dopaminerjik iletimi artırdığı gösterilmiştir. Amfetamin, akümbens çekirdekte dopamin salıverilmesini artırarak, kokain dopamin taşıyıcısını etkisiz hale getirerek sinaptik aralıkta dopamin miktarını artırmaktadır. Opioidler doğrudan, alkol, nikotin, kanabinoid gibi maddeler ise dolaylı olarak ön tegmental alandaki dopamin nöronlarının etkinliğini artırmakta ve hücre dışı dopamin miktarını yükseltmektedirler[38,50].

Noradrenalin Dizgesi

Noradrenalin içeren nöronlar ponsta bulunan *lokus seruleusta* başlar ve serebral korteks, limbik bölgeler, talamus, hipokampus, serebellum ve omurilik olmak üzere merkezi sinir dizgesinin her yanına uzanan bağlantıları vardır. Bu yaygın dağılım, noradrenalinin stres ve otonomik yanıtlar, dikkat, bellek ve duygudurum gibi birçok beyin işlevinde rol oynamasına neden olur. Noradrenalin bunaltı, depresyon gibi patofizyolojik durumlarda da rol oynar. Sinaps aralığındaki noradrenalin düzeyleri sinaps öncesi sinir uçlarında yer alan taşıyıcı proteinlerle düzenlenir. Noradrenalin taşıyıcısı proteinler, depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik antidepresanlar ve venlafaksin tarafından bloke edilmektedir. Noradrenalin geri-alımının önlenmesi ise sinaps aralığında noradrenalin düzeyinin artmasını sağlamaktadır. Sinaps öncesi bölgede bulunan mitokondriyal bir enzim olan monoamin oksidaz (MAO) ise noradrenalin yıkımından sorumludur. Depresyon sağaltımında kullanılan MAO inhibitörlerinin de transmiter yıkımını önlemek yoluyla noradrenerjik aşırımı güçlendirdiği kabul edilmektedir. Bu iki veri, depresyonların oluşunda *"katekolamin varsayımına"* yol açmışsa da antidepresan ilaçların serotonerjik dizgeyi de etkilemeleri nedeniyle bu rahatsızlıkta çok daha karmaşık süreçlerin olabileceği anlaşılmaktadır. α_1, α_2, β_1, β_2 ve β_3 olmak üzere beş tip noradrenerjik reseptör saptanmıştır. Bu reseptörlerin hepsi G proteini aracılığıyla etkilerini göstermektedirler. α_2 reseptörü bir otoreseptördür, yani presinaptik bölgede yer alır ve noradrenalin salıverilmesini önler. Klonidin bu reseptörün agonistidir ve noradrenalin salıverilmesini azaltmakta, bu nedenle bunaltı bozuklukları ve opiat kesilmesi sağaltımında kullanılmaktadır[17, 24, 49, 51].

Serotonin Dizgesi

Serotonin beslenme, uyanıklık, ağrı, dürtüler, nöroendokrin işlevler, döngüsel ritmler gibi birçok normal süreçte rol almaktadır. Serotonerjik nöronlar ortabeyinde akuaduktus çevresinde bulunan Raphé çekirdeğinden çıkarlar ve beyinde bütün korteks, bazal gangliyonlar, temporolimbik bölgeler, hipotalamus, serebellum ve beyin sapına bağlantılar yaparak dağılırlar. Bu da noradrenalin dizgesi gibi genel olarak düzenleyici, ayarlayıcı nöronlar dizgesidir. Serotonin reseptörleri 5 HT_{1A-F}, 5-HT_{2A-C}, 5-HT_3, 5-HT_{4-7} olmak üzere çok sayıda alt gruba sahiptir. Bunlardan 5-HT_3 bir iyonotropik reseptördür, yani kanal özelliği taşır ve sodyum ve potasyuma geçirgendir. Diğer serotonin reseptörleri ise G proteini üzerinden etki ederler. Bu reseptörlerin farklı dağılımları ve farklı görevleri vardır[17, 24, 49, 51].

Serotonin depresyon, bunaltı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, madde bağımlılığı, dürtü kontrol bozuklukları, uyku ve yeme bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalığın patofizyolojisinde rol almaktadır.

Depresyon sağaltımında kullanılan serotonin geri alım önleyicileri serotonin taşıyıcısını bloke etmekte ve serotonin iletimini artırarak etkili olmaktadırlar. Bu nedenle depresyonda serotonerjik işlevleri de etkileyen bir bozukluk olduğu düşünülmüştür. Bu ilaçların bunaltı bozukluklarında, obsesif kompulsif bozuklukta da sağaltıcı etkisi vardır. Serotonin taşıyıcısı geninde bulunan bir polimorfizm proteinin kısa ve uzun olmak üzere iki farklı alelik formuna neden olmaktadır. Uzun formun kısa forma göre daha aktif olduğu gösterilmiştir. Serotonin taşıyıcısı genotipinin kısa formuna sahip olan kişilerin depresyona ve bunaltıya eğilimli oldukları, kişilik özelliklerini değerlendiren ölçeklerde daha nörotik olarak değerlendirildikleri ileri sürülmüştür. Yakın zamanda yapılan bir görüntüleme çalışmasında sağlıklı kişilerden serotonin taşıyıcısının kısa alelini taşıyan kişilerde korkulu uyaran karşısında amigdala etkinliğinde daha fazla artış olduğu bulunmuştur [32, 33, 59].

Kimyasal yapısının LSD gibi sentetik bir halüsinojene benzemesi nedeniyle serotoninin psikozlarda bir rolü olabileceği görüşü 40-50 yıl öncesinden beri ileri sürülmüştür. LSD'nin serotonin alt-tip reseptörlerinden 5-HT_2'ye bağlanması psikozlarda serotoninin bir rolü olabileceği görüşünü desteklemek için kullanılmıştır. 5-HT_{2A} reseptörlerinin şizofreni sağaltımında kullanılan atipik antipsikotiklerin etkisinde önemli rolü olduğu bilinmektedir. Serotonin ve dopamin nörotransmiter dizgeleri birbiriyle anatomik ve işlevsel olarak ilişkilidir. Serotonin 5-HT2A aracılığıyla beyin sapında substantia nigradan gelen dopaminerjik nöronların ateşlemesini, korteks ve striatumda ise dopaminin sinaps aralığına salıverilmesini önleyerek etkisini gösterir. 5-HT2A antagonistleri ise prefrontal kortikal nöronlarda dopamin etkinliğini artırarak bilişsel yetileri olumlu etkilerken, nigrostriatal yolakta dopamin etkinliğini artırarak ekstrapiramidal yan etkilerin azalmasını sağlarlar[17,60].

Serotoninin dürtüsellik, saldırgan davranışlar ve özkıyımda rolü olduğuna ilişkin yayınlar bulunmaktadır. Özkıyım, saldırganlık veya dürtüsel davranış öyküsü olan hastalarda beyin omurilik sıvısında serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir. Ölüm-ardı çalışmalarda da özkıyım nedeniyle ölen hastaların beyin saplarında düşük 5-HIAA olduğu gösterilmiştir. Serotonin taşıyıcısı, serotonin reseptörleri, serotonin yapımında rolü olan triptofan hidroksilaz enzimiyle ilgili genetik çalışmalar ise bu proteinlerin çeşitli genetik polimorfizmleri ile saldırganlık, dürtüsellik ve özkıyım davranışı arasında ilişkiye işaret etmektedir [4, 41].

Asetilkolin Dizgesi

Asetilkolin beyinde kolinerjik sinapslarda ve vücutta sinir-kas kavşaklarında bulunur. Kolinerjik nöronların çoğunun hücreleri globus pallidusun ön ve orta bölgelerindeki Meynert'in bazal çekirdeği (nucleus basalis) içinde yer alırlar. Buradan çıkan nöronlar bütün kortekse yayılırlar. İkinci bir grup kolinerjik yolak Broca'nın çapraz şeridi ve septal çekirdekten çıkarak hipokampus ve singülat girusa ulaşır. Üçüncü bir grup kolinerjik nöron yolağı da bazal çekirdekler arasında bulunur. Asetilkolin reseptörleri nikotinik ve muskarinik olmak üzere iki tiptir. Muskarinik reseptörler G proteine bağlı olarak etki ederler ve 5 alttipten oluşurlar. Nikotinik reseptörler ise sodyum, potasyum ve kalsiyuma geçirgen katyon kanallarıdır[17,49].

Asetilkolin, dikkat, bellekte tutma ve saklama işlevinde önemli rol oynar. *Alzheimer hastalığında* korteks ve hipokampustaki asetilkolin dizgesinde yozlaşma olur. *Alzheimer hastalığının* sağaltımında bilişsel kayıpları yavaşlatmak amacıyla, asetilkolinin parçalanmasından sorumlu bir enzim olan asetilkolinesterazın etkisini önleyen ilaçlar kullanılmaktadır. Asetilkolin aynı zamanda ekstrapiramidal dizgenin dengeli çalışmasında rol oynar. Şizofreni sağaltımında kullanılan antipsikotiklerin neden olduğu ekstrapiramidal yan etkileri azaltmak için biperiden gibi antikolinerjik ilaçlar kullanılmaktadır[17,51,42].

GABA Dizgesi

Gama-amino-bütirik asid (GABA) aminoasid yapılı bir nörotransmiterdir ve beynin ana önleyici (inhibitör) mediyatörüdür. GABA nöronları kortekste ve limbik dizgede kısa devreli GABA yolaklarını, kaudat çekirdek-putamen ile globus pallidus-substantia nigra arasındakiler uzun devreli GABA yolaklarını oluştururlar. GABA etkilerini $GABA_A$ ve $GABA_B$ reseptörleri aracılığıyla gösterir. $GABA_A$ reseptörü klora geçirgen bir iyon kanalıdır ve uyarımı ile hiperpolarizasyon olur, hücre daha zor uyarılabilir duruma gelir. Benzodiazepin türü ilaçlar bu reseptör üzerinde kendi tanıma bölgelerine etki ederek GABA varlığında kanalın açılma sıklığını artırırlar. Bu reseptörlere barbitü-

ratların, alkolün bağlanması da GABA'ya bağlı klor geçişini artırır. $GABA_A$ reseptör düzenleyicilerinin sakinleştirici, bunaltı giderici ve antikonvülsan etkileri bulunmaktadır. Panik bozukluğu hastalarında $GABA_A$ işlevleriyle ilgili bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür[42, 68].

Şizofrenide ise kortikal GABA aranöron sayısında ve GABA nörotransmisyonunda azalma ile uyumlu bulgular vardır. GABA sentezinden sorumlu olan glutamik asit dekarboksilaz enziminin mRNA'sında da azalma olduğu ileri sürülmüştür[1].

Glutamat Dizgesi

Glutamat beyindeki birincil uyarıcı nörotransmiterdir ve kortikal motor nöronlarda, korteks, limbik dizge ve talamus gibi birçok beyin bölgesini birbirine bağlayan yolaklarda, serebellumda granüler hücrelerde, hipokampusta piramidal hücrelerde bulunmaktadır. Glutamat iyon kanalı reseptörleri (NMDA, AMPA ve kainat) ve G proteini aracılığıyla etki eden metabotropik reseptörler aracılığıyla etki eder. Öğrenme, bellek gibi süreçlerde çok önemlidir, ancak aşırı salıverilmesi nöron hasarına yol açmaktadır. NMDA reseptörleri uzun süreli güçlendirme (long term potentiation) aracılığıyla sinaptik plastiklikte rol alırlar. Kısa süreli, tekrarlayan elektrik uyarımının uzun süreli, artmış sinaps sonrası yanıta yol açmasına *uzun süreli güçlendirme* denir. NMDA reseptörlerinin nöronların göçü, nöronların farklılaşması, trofik faktörlere yanıt, sinaptik çıkıntıların oluşması gibi süreçlerde de rol aldığı bilinmektedir[17,42,49].

Bir NMDA reseptor kanalı antagonisti olan fensiklidinin sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir sendroma yol açtığı bildirilmiş; paranoya, işitme varsanıları gibi artı (pozitif), apati, toplumdan çekilme, dikkatte azalma gibi eksi (negatif) belirtilere neden olduğu görülmüştür. Genetik çalışmalarda frontal NMDA reseptör işlev bozukluğuyla ilişkilendirilen nöregulin, disbindin, G72 gibi moleküllerin genlerinde olan bazı polimorfizmlerin şizofreni riskini artırdığı ileri sürülmektedir[18]. Glutamatın şizofrenideki rolüne ilişkin olarak dopamin ve glutamat dizgeleri arasında etkileşimde olan bir düzensizlik, nörogelişim sırasında glutamat nöronlarında anormal budanma olması gibi düzeneklerin yanı sıra, glutamat reseptörleri aracılığıyla hipokampal ve kortikal nöronlarda eksitotoksik hasar olabileceği öne sürülmüştür[64].

BEYİN GELİŞİMİ

Beyin gelişiminde olan bozuklukların psikiyatrik hastalıklara yatkınlık sağladığına ilişkin kanıtlar artmaktadır. Otizm, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi çocukluk döneminde ortaya çıkan hastalıkların yanı sıra ergenlik döneminde ortaya çıkan şizofreni gibi hastalıkların da doğum öncesi olan gelişimsel anormalliklerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle beyin gelişiminin aşamalarını bilmek önemlidir.

Doğum öncesi dönemde beyin gelişiminin aşamaları öncü hücrelerin yapımı, hücre farklılaşması, hücrelerin göç etmesi, akson ve dendritlerin dallanması, sinapsların oluşması ve farklı beyin bölgeleri arasında bağlantıların gelişmesi şeklinde olmaktadır. Kortikal nöronlar normalde içten-dışa bir sırayla oluşurlar. Nöron göçü için rehberlik eden önemli proteinlerden birisi ilk mitoz sonrası hücrelerden olan Cajal Retzius hücreleri tarafından oluşturulan *reelin*'dir. Farelerde reelin geni genetik olarak silinerek (knock-out), eksikliğinin beyin gelişimi açısından ne tür etkileri olabileceği çalışılmış, nöron göçünün tersine döndüğü görülmüştür. Yani ilk oluşan ve göç eden nöronlar normalde iç kısımda, sonra gelenler dış kısımda olurken, reelin eksikliği olanlarda ilk oluşan nöronlar dışta, son oluşanlar iç kısımlarda kalır. Şizofrenide reelin proteini miktarı ve mRNA'sı düzeyinde anormallikler bildirilmiştir[2, 23, 64].

Memeli beyninde, gelişim döneminde nöronlar, sinapslar ve reseptörler aşırı üretilir ve yaşamın özellikle iki döneminde (doğum öncesi dönem ve ergenlik dönemi) bunların bir kısmı elenir. Doğum öncesi dönemde oluşan nöronların %50'si yine doğumdan önce programlı hücre ölümüyle *(apoptozis)* yok olmaktadır. Bu, beyin gelişiminde normal bir süreçtir. Doğum sonrasında ise miyelinleşme, sinaps yapımı gibi süreçler devam eder. Çocukluk ve ergenlikten erişkinliğe geçiş döneminde ise daha önce oluşmuş olan sinapslar budanma ile %30-40 oranda ortadan kaldırılmakta ve böylece nöronlar arasındaki hatalı bağlantılar önlenmektedir. *Bu iki dönem beyin gelişiminin duyarlı dönemleridir.* Beyin çevreden gelen uyarılara ve gereksinimlere uyum yapacak şekilde bağlantılarını düzenler. Şizofrenide ergenlik döneminde aşırı sinaptik budanma olduğu, sinaptik elemenin belli bir eşiğin üstünde olmasının psikozun başlamasında önemli etken olabileceği ileri sürülmüştür[2, 29].

Sinir dizgesinin nöral tabakadan nöral tübe, beyin veziküllerine olan embriyonik gelişim aşamalarını hücrenin genetik yapısal özellikleri ve hücre dışından gelen büyüme faktörleri gibi çevresel etkiler belirlemektedir. Nöronların bu faktörlere verdikleri yanıt, sahip oldukları gen açılım (gene expression) kalıplarıyla ilişkilidir. Gen ürünleri arasında diğer genlerin açılımını etkileyecek yazılım (transcription) faktörleri vardır ve nöronların çoğalması, göç etmesi, farklılaşması, çevresel etkenlere duyarlılıkları hep genlerin açılım kalıpları ile ilişkilidir[23].

Şizofrenisi olan hastaların öykülerinde sıkça bildirilen doğum komplikasyonları buna örnek olarak verilebilir. Şizofreni için genetik yatkınlık olması, gelişmekte olan beyni doğum komplikasyonlarının etkilerine daha duyarlı duruma getiriyor olabilir. Şizofreni için yatkınlık sağlayan genler erken embriyonik dönemde gelişimi etkileyerek gebelik ve doğum komplikasyonlarının görülmesine neden oluyor da olabilirler. Oksijen düzeyinde azalmayla (hipoksi) sonuçlanan bu komplikasyonlar, yenidoğan beyninde eksitotoksik etkilere yol açarak şizofreni riskini artırıyor olabilir[8, 11, 27].

Merkezi sinir dizgesinin gelişimi belli bir sırayla belli aşamaların tamamlandığı bir süreçtir. Genetik ya da çevresel bir etken kritik bir dönemde, özgül bir gelişim aşamasını engeller ve geciktirirse merkezi sinir dizgesinin işlevinde kalıcı bir aksaklığa neden olabilir. Bu da açık bir psikopatolojiyle sonuçlanabileceği gibi, ileride ortaya çıkabilecek psikiyatrik bir hastalığa yatkınlık sağlayabilir. Nöron gelişiminde oluşan bozukluklar kişinin hayatının farklı dönemlerinde belirti verebilir. Şizofreni ve depresyon gibi bazı psikiyatrik hastalıklar çocukluk döneminden sonra ortaya çıkarken otizm, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi hastalıklar doğumdan sonra birkaç yıl içinde başlamaktadır[23].

BEYNİN PLASTİKLİĞİ

Doğum sonrasında da sinir dizgesinin gelişimi devam eder ve nöronlar diğer nöronlarla iletişime girerek daha karmaşık bilgi işleme süreçlerinin oluşmasını sağlar. Yenidoğanlar farklı uyaranlarla karşılaştıkça sinaps sayısında, dağılımında deneyim ile pekişen değişiklikler olur ve yeni nöron ağları oluşması ile birlikte yeni işlevler de ortaya çıkar. Örneğin kedi yavruları ile yapılan deneylerde, tek gözlerinin kapatılmasından sonra, açık olan göze gelen uyaranlara yanıt veren birincil görme korteksi nöronlarında artış olduğu görülmüş ve bu *başat görme plastikliği (oküler dominans plastiklik)* olarak adlandırılmıştır[23, 38].

Erişkin korteksinde de sinaptik bağlantılar yeniden örgütlenebilmektedir. Erişkin bir hayvanda bir parmağın kesilmesi, o parmakla ilgili duyusal girdi alan beyin bölgesinin diğer parmaklardan girdi alacak şekilde yeniden şekillenmesi ve işlev kazanmasına neden olur. İnsanın yeni koşullara uyum sağlayabilmesi, yaşantılarla ilgili bellek oluşturabilmesi, karmaşık motor becerileri öğrenebilmesi beynin plastikliği sayesinde olmaktadır. *Beynin plastikliği nöronlar arasındaki sinaptik bağlantılarda ve dolayısıyla nöron ağlarının davranışlarında ortaya çıkan her türlü değişikliği ifade etmektedir. Sinapslarda güçlenme, zayıflama, reseptör proteinlerinde, sinaps sonrası sinyal iletim düzeneklerinde, hatta nöron çiftleri arasındaki sinapsların sayı ve dağılımındaki değişiklikler bunlar arasında sayılabilir. Sinir dizgesinin en plastik olduğu dönem gelişimin erken dönemleri olmakla birlikte, sinaptik plastiklik yaşam boyu devam eder. Beyin plastikliği öğrenme ve uzun süreli bellek oluşumunun temel düzeneğidir* [38].

Sinaptik plastikliğin bellek oluşumundaki rolüne ilişkin bilgiler bir deniz yumuşakçası olan Aplysia Californica ile yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Sinaptik aşırımın verimliliğinde olan değişiklikler elektrofizyolojik olarak uzun süreli güçlendirme (long term potentiation- LTP) ile ilişkilendirilmiştir. Uzun süreli güçlendirme, kısa süreli ve tekrarlayan elektrik uyarılarının sinaps sonrası yanıtta uzamaya ve artmaya yol açmasıdır. Sinapsın verimliliğindeki değişiklikler, sinaps öncesi nörondan nörotransmiter salıverilme

örüntüsünün ya da nörotransmiterin sinaps sonrası reseptör üzerindeki etkilerinin değişmesiyle ilgili olabilir[38].

Nörotransmiterlerin, nörotrofinlerin, ilaçların protein fosforlanması ve açılımında yol açtığı her türlü değişiklik aslında tek tek nöronlarda olan moleküler bir 'bellek' oluşumunu temsil eder. Protein fosforlanmasında olan değişiklikler protein açılımına göre daha hızlı ve geri dönüşümlü olduğu için belli proteinlerin fosforlanmasının düzenlenmesi kısa süreli bellek, gen açılımındaki ve yeni protein oluşumundaki değişiklikler ise uzun süreli bellek oluşumu ile ilişkilendirilmiştir. Bu temel değişikliklerin bir araya gelmesi ise belli sinir yollarında sinaps sayısı, yapısı ve verimliliğinde değişikliğe neden olarak tüm beyin düzeyinde öğrenme ve belleğin oluşumunda rol alır[38].

Nöronlarda proteinlerin miktarında ya da fosforlanmasında olan biyokimyasal değişiklikler sinapsların işlevlerini, her bir nöronun bilgiyi işleme şeklini ve nöron ağlarının işleyişini değiştirmekte ve dolayısıyla davranışı etkilemektedir. *Çocukluk travmalarının erişkinlikte etkilerinin sürmesi, stresin ruhsal hastalıklara neden olabilmesi, psikoterapinin ve ilaç sağaltımlarının psikiyatrik belirtileri iyileştirebilmesi beynin değişebilme özelliğinden kaynaklanmaktadır.*

Araştırmalar erken çocukluk travmalarının hipotalamik-hipofiz-böbreküstü (HPA) ekseninde duyarlılaşmaya yol açtığını göstermektedir. Çocukluğunda istismara uğrayan depresif kadınların kontrollere göre strese en az 6 kat fazla adrenokortikotropin yanıtları olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar çocukluk istismarının beyinde yol açtığı kalıcı etkisinin HPA ekseninde ve otonomik dizgede kortikotropin salgılayan faktörün aşırı salgılanmasına bağlı olarak oluşan bir aşırı tepkisellik olduğunu ileri sürmüşlerdir [35].

Sağaltım çalışmaları da beynin değişebilme yeteneği ile ilgili ipuçları vermektedir. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve fobi hastalarında yapılan PET çalışmalarında *bilişsel davranışçı sağaltımın* beyin bölgesel kan akımını ve metabolizmasını değiştirdiği gösterilmiştir. Bu bulgular psikoterapinin hatalı beyin devrelerini değiştirebilmesinin, yani psikoterapi ile zihinde yapılan müdahalenin beyin üzerinde değişiklik yapabildiğinin göstergesi olarak yorumlanmıştır[53]. Nobel ödüllü Eric Kandel de psikoterapinin beyinde mikrohücresel düzeyde anatomik değişikliklere yol açtığını, dolayısıyla aslında 'biyolojik' bir sağaltım olduğunu ileri sürmüştür [39].

YENİ NÖRON YAPIMI (NÖROGENEZ)

Yakın zamana kadar, doğumdan sonra yeni nöron oluşumu olmadığına inanılmaktaydı ve beyin plastikliği ve onarımının sayıca sabit nöron ağlarındaki değişikliklerle ilişkili olduğu kabul edilirdi. Ancak, çalışmalar erişkinlik döneminde yan ventrikülleri çevreleyen subventriküler bölgede ve hipokampusta dentat girus granüler tabakanın altındaki subgranüler bölgede *yeni nöron yapımının* devam ettiğini göstermiştir. Gelişmekte olan beyinde olduğu

gibi erişkinde de yeni nöron yapımı öncü hücrelerin çoğalması ve hayatta kalmasından sorumlu hücredışı sinyallerce, büyüme faktörlerince düzenlenmektedir. Hayvanlarda sosyal stres çalışmalarında hipotalamik-hipofiz-böbreküstü (HPA) ekseninde artmış glukokortikoidin hipokampusta nöron yapımında azalmaya neden olabileceği ileri sürülmüştür. Opiyat uygulaması sonrasında da yeni nöron yapımında azalma olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla erişkinlikte yeni nöron yapımı hormon ve nöropeptit düzeylerindeki değişikliklerin olduğu depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, madde bağımlılığı vb. gibi çeşitli psikiyatrik durumlarda etkilenen bir süreç olabilir[23].

Erişkinde yeni nöron yapımı olduğunun bulunması bu nöronların işlevleri olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir. Kemirgenlerde, maymunlarda ve insanlarda yeni nöronlar öğrenme ve bellek açısından önemli olduğu bilinen hipokampusun dentat girusunda oluşmaktadır. İnsanlarda erişkinlikte oluşan bazı nöronların en az 2 yıl hayatta kaldığı gösterilmiştir. Erişkin fare hipokampusunda da yeni oluşan nöronların yaygın dendritik ve aksonal dallanma yaptığı ve sinaptik bağlantılar kurabildiği bulunmuştur. Nöronların oluşumu ve hayatta kalması davranışsal öğrenme ve yaşantı ile orantılı olarak artmaktadır. Örneğin, uyaran bakımından zenginleştirilmiş çevrede tutulan sıçanlarda yeni oluşan nöronların hayatta kalabilme şansı artmaktadır [23].

Erişkinlikte yeni nöron yapımına ilişkin çalışmalarda henüz açık olmayan alanlar vardır. Nöronların oluşumundaki değişikliklerin hastalıklarla ne kadar ilişkili olduğu ve yeni oluşan nöronların hasarlı yerlere göç ederek, ölü hücrelerin yerine geçerek iyileştirici bir rol üstlenip üstlenmedikleri bilinmemektedir. Kafa travması, inme, epilepsi gibi bazı hastalıklarda yeni nöron yapımı olduğu gösterilmiştir. Bu tür çalışmalar yeni oluşan nöronların iyileşme sürecine katkıda bulunarak yeni bir sağaltım stratejisi olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir. Sıçanlarda glukokortikoid düzeylerinin artması dentat girusta yeni nöron yapımını önlemekte, steroid antagonistleri ve adrenalektomi ile bu geri dönmektedir. Şizofreni, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi hipokampal hacimlerde azalma bildirilmiş olan durumlarda stresin glukokortikoid düzeylerini artırmasının etkisi olabilir[23].

Depresyon ile ilişkili son çalışmalarda nöron yapımında değişiklikler olduğuna ilişkin bulgular vardır[9]. Birçok çalışmada depresif belirtiler ile hipokampal hacimde küçülme arasında ilişki bildirilmiş ve klinik olarak etkili antidepresan sağaltımı ile hipokampal hacmin ve nöron yapımının arttığı bildirilmiştir. Lityum ve valproik asit gibi duygudurum düzenleyicileri, antidepresanlar ve EKT yeni nöron yapımı ve sinaptik plastikliği artıran hücreiçi yolları etkinleştirmektedirler[19]. Hayvan çalışmalarında uzun süreyle psikososyal stres uygulanan depresyon modelinde yeni nöron yapımında azalma olduğu, bir antidepresan olan tianeptin verilince bunun önlendiği gösterilmiştir[20,45]. Bu gözlemler insan beyninin kendini yenileme yeteneğine olan bakış

açımızı değiştirmiş, ruhsal hastalıkların oluşumunu anlama ve yeni sağaltım yöntemleri geliştirme açısından ümit verici olmuştur.

GEN–ÇEVRE ETKİLEŞİMİ

Çevresel bir etken sinir dizgesini nasıl etkileyebilmekte ve ruhsal bozukluklara nasıl yol açmaktadır? Ruhsal hastalıkların oluşumunda çevresel etkenlerin önemli rolü vardır; ancak, çevresel etkenlere verilen yanıtlar kişiden kişiye değişmektedir. Çevresel etkenlerle uyarılan bu değişken yanıtlar, genetik etki altında olan mizaç, kişilik, bilişsel işlevler, otonomik fizyoloji gibi daha önceden varolan bireysel farklılıklarla ilgilidir. Bireylerin DNA dizilerinde olan farklılıklar onların ruhsal hastalıklara neden olan çevresel etkenlere duyarlılıklarında da farklılıklara yol açmaktadır. Çevresel etkenler özellikle depresyon, madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve şizofreni spektrum bozuklukları için bildirilmiştir. Kalıtsallığın yüksek oranda bulunduğu hastalıklarda bile tek yumurta ikizlerinde eşhastalanma oranının %100 olmaması çevresel etkenlerin bu hastalıklarda da rol oynadığına işaret etmektedir.

Gen-çevre etkileşimini gösteren birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların çoğunda bazı genetik polimorfizmler çalışılmış ve farklı alel yapılarının çevresel etkilere farklı derecelerde duyarlılığa neden olduğu gösterilmiştir. Nörotransmiterlerin metabolizmasında rol alan MAO-A enzimini kodlayan gende olan bir polimorfizmin çocuklukta istismarın etkilerine olan duyarlılıkla ilişkili olduğu, istismarla karşılaşan çocuklar arasında, düşük etkinlikli MAO-A enzim genotipi olanlarda daha fazla davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu görüldüğü; yüksek etkinlikli MAO-A genotipi olanlarda ise çocuklukta istismar öyküsüne karşın antisosyal davranışın daha az olduğu bildirilmiştir [12,13].

Başka bir çalışmada stresli yaşam olaylarının depresyonu tetiklemesinde serotonin taşıyıcısı geninde olan işlevsel bir polimorfizmin etkisi olduğu gösterilmiştir. Serotonin taşıyıcısının kısa alelinin tek ya da çift kopyasını taşıyan bireylerde, 'uzun' alelin çift kopyasını taşıyan bireylere göre, stresli yaşam olayları sonrasında daha fazla depresif belirti ve intihara eğilim görülmektedir[13,15].

Dürtüsel saldırganlıkla ilgili çalışmalarda, beyin omurilik sıvısında düşük 5-HIAA düzeyi ile dürtüsel saldırganlık arasında ilişki olduğu sık tekrarlanan bir bulgudur. Maymun çalışmalarında kalıtsal olarak dürtüsel saldırganlığa olan yatkınlığın, yaşamın erken dönemindeki sosyal bağlanma ilişkilerinin düzenlenmesi ile değiştirilebileceği gösterilmiştir. Arkadaşları ile büyüyen maymunların, anneleri ile büyüyen maymunlara göre, 5-HIAA düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Arkadaşları ile büyüyen maymunlar arasında serotonin taşıyıcısının kısa alelik formunu taşıyanlarda BOS'ta daha düşük 5-HIAA düzeyleri olduğu; anneleri tarafından büyütülen maymunlarda kısa

alelik formun BOS'taki 5-HIAA üzerine bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar büyüme koşulları gibi çevresel etkenlerin, bu genetik polimorfizmin merkezi sinir sisteminde serotonin üzerine olan etkilerini değiştirebildiğini göstermektedir[7].

Esrar kullanımının etkileriyle ilgili bir çalışmada katekol-O-metil-tranferaz (COMT) enzim geninin promotor kısmındaki bir polimorfizm ile psikoz gelişme riski arasında ilişki gösterilmiştir. Esrar kullanan kişiler arasında COMT val alelini taşıyanlarda COMT met alelinin çift kopyasını taşıyanlara göre daha fazla psikotik belirti ve şizofreni spektrum bozukluğu görülmektedir. Bu da neden kanabis kullananların bir kısmının psikotik bozukluk geliştirirken, diğerlerinin geliştirmediğini açıklamaktadır. Bu örnekler çevresel etkenlerin patofizyolojiye yol açmasında genetik yatkınlığın önemini göstermektedir [14, 36].

Yaşam boyunca iç ve dış uyaranlar nöronlarda gen açılımını değiştirerek beyin işlevlerinde uzun süreli değişikliklere neden olmaktadırlar. Dolayısıyla çevresel etkenler beyinde bazı genlerin açılımını azaltarak ya da artırarak da hastalık riski ve gidişi üzerine etkilerini gösterirler.

Birçok psikotrop ilacın etki düzeneğinde gen açılımındaki değişikliklerin önemli yeri vardır. Psikiyatrik sağaltımda kullanılan antidepresan, antipsikotik, lityum gibi ilaçların çoğu sağaltıcı etkilerini dakikalar-saatler içinde değil haftalar içinde göstermektedirler. Bu nedenle bu ilaçların, nörotransmiter geri alım taşıyıcıları, nörotransmiter reseptörleri, hücreiçi sinyal düzenekleri üzerine olan etkileri aslında daha yavaş giden sağaltım sürecinin ilk basamakları gibi gözükmektedir. İlaca bağlı olarak gen açılımındaki değişiklikler belli nöron devrelerinde sinaptik bağlantılarda değişikliklere yol açmakta ve belirtilerde azalmaya neden olmaktadır.

SONUÇ

Davranışın nörobiyolojisine ilişkin çalışmalar bize insan davranışı ve ruhsal hastalıklar ile ilgili önemli ipuçları vermiştir. Beyin dinamik bir organdır. Her türlü duygu, düşünce ve davranış beynin ürünüdür. Kalıtsal özelliklerimizin kişiliğimiz, yaşam boyu karşılaştığımız olaylara tepkilerimiz ve hastalıklarımız üzerinde önemli etkisi vardır. Yaşam boyu karşılaştığımız her türlü olay gen açılım kalıplarını değiştirerek, beynimizi etkileyerek bizi değiştirmeye devam etmektedir. Birçok ruhsal hastalık stres ve yatkınlığın bir araya gelmesi ile ortaya çıkmaktadır. Hastalıklar beyin etkinliğinde olan değişikliklerle ortaya çıkar ve ilaçlar beyin etkinliğini değiştirerek etki yaparlar.

Nörobilim alanında elde edilen bilgiler, insan davranışı ile ilgili olarak çeşitli psikiyatri ve psikoloji okulları sayesinde şimdiye kadar elde ettiğimiz bilgiler ile çelişmemekte, tam tersine bunların daha iyi açıklanmasını sağlamaktadır. Erken yaşam olaylarının kişilik özellikleri ve ruhsal hastalıkların oluşumundaki etkisine ilişkin bilgilerimiz, beyin üzerindeki etkilerinin de

gösterilmesi ile pekişmiştir. Öğrenme teorileriyle açıklanan fobi, panik bozukluğu gibi rahatsızlıklarda beynin nasıl korkmayı öğrendiği ve hatırladığı artık beyin görüntüleme yöntemleri ile incelenebilmektedir. Aslında psikoterapi ile değişebilmek beynin plastikliğinin bir kanıtıdır.

Beynin karmaşık yapısının daha iyi anlaşılması ve ruhsal hastalıkların patofizyolojisine ilişkin çalışmalar bize tek bir beyin bölgesinin ya da tek bir nörotransmiter etkinliğinde olan değişimlerin hastalıktan sorumlu tutulmasının zor olduğunu göstermektedir. *Beyin bir devreler ağıdır ve devrenin bir bölgesinde olan bozukluk tüm devreyi etkileyen belirtiler verebilir.* Hastalık sürecinde beyinde olan değişikliklerle ilgili bulguların yorumlanmasında yaşanan önemli bir güçlük ise neyin neden, neyin sonuç olduğu ile ilgilidir. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon gibi hastalıklarda gösterilmiş olan hipokampus küçülmesi hastalığın bir nedeni midir, sonucu mudur? Şizofrenide dopamin, glutamat dizgelerinde olan değişimlerin hangisi birincil, hangisi ikincildir? Beyinde saptadığımız bir bulgu hastalığın kendisi midir, yoksa beynin hastalığa verdiği uyumsal yanıt mıdır? Bu sorular artırılabilir. Yanıtlar ise farklı tıp disiplinlerinin ortaklaşa yürüteceği çalışmalar ile verilebilecektir.

KAYNAKLAR

1. **Akbarian S, Kim JJ, Potkin SG ve ark. (1995)** Gene expression for glutamic acid decarboxylase is reduced without loss of neurons in prefrontal cortex of schizophrenics. Arch Gen Psychiatry, 52:258-278.
2. **Andersen SL. (2003)**Trajectories of brain development: point of vulnerability or window of opportunity? Neurosci Biobehav Rev, 27:3-18.
3. **Andreasen NC, Rezai K, Alliger R ve ark. (1992)** Hypofrontality in neuroleptic-naive patients and in patients with chronic schizophrenia. Assessment with xenon 133 single-photon emission computed tomography and the Tower of London. Arch Gen Psychiatry, 49: 943-958.
4. **Arango V, Huang YY, Underwood MD ve ark. (2003)** Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior J Psychiatr Res, 37:375-86.
5. **Barch DM, Sheline YI, Csernansky JG ve ark. (2003)** Working memory and prefrontal cortex dysfunction: specifity to schizophrenia compared with major depression. Biol Psychiatry, 53: 376-384.
6. **Bear MF, Connors BW, Paradiso MA (1996).** Neuroscience-Exploring the Brain.Williams and Wilkins.
7. **Bennett AJ, Lesch KP, Heils A ve ark. (2002)** Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. Mol Psychiatry, 7:118–122
8. **Bersani G, Taddei I, Manuali G ve ark. (2003)** Severity of obstetric complications and risk of adult schizophrenia in male patients: a case-control study. J Matern Fetal Neonatal Med,14:35-8.
9. **Bremner JD, Naraya M, Anderson ER ve ark. (2000).** Hippocampal volume reduction in major depression. Am J Psychiatry, 157: 115-118.
10. **Bunney WE, Bunney BG (2000)** Evidence for a compromised dorsolateral prefrontal cortical parallel circuit in schizophrenia. Brain Res Brain Res Rev, 31:138-46.
11. **Cannon M, Jones PB, Murray RM (2002)** Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. Am J Psychiatry,159:1080-92.
12. **Caspi A, McClay J, Moffitt TE ve ark.(2002)** Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science, 297:851–854.
13. **Caspi A, Moffitt TE (2006)** Gene-environment interactions in psychiatry:joining forces with neuroscience. Nat Rev Neurosci,7: 583-590.
14. **Caspi A, Moffitt TE, Cannon M ve ark. (2005)** Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol Psychiatry, 57:1117-27.
15. **Caspi A, Sugden K, Moffitt TE ve ark. (2003)** Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science, 301:386-9.
16. **Cheng DT, Knight DC, Smith CN ve ark.(2006)** Human amygdala activity during the expression of fear responses. Behav Neurosci, 120:1187-95.
17. **Cooper JR, Bloom FE, Roth RH (2003).** The biochemical basis of neuropharmacology. Eight Edition. Oxford University Press.
18. **Coyle JT.** The GABA-glutamate connection in schizophrenia: which is the proximate cause? Biochem Pharmacol 2004; 68: 1507-1514.
19. **Coyle JT, Duman RS (2003)** Finding the intracellular signaling pathways affected by mood disorder treatments. Neuron, 38:157-60.
20. **Czeh B, Michaelis T, Watanabe T ve ark.(2001)** Stress-induced changes in cerebral metabolites, hippocampal volume, and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with tianeptine. Proc Natl Acad Sci U S A, 98:12796-801.
21. **Davis KL, Kahn RS, Ko G ve ark. (1991)** Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. Am J Psychiatry, 148:1474-1486.
22. **de Chaldee M, Laurent C, Thibaut F ve ark.(1999)** Linkage disequilibrium on the COMT gene in French schizophrenics and control subjects. Am J Med Genet, 88:452-457.

23. **DiCicco Bloom E, Sondell M (2005)** Neural development and neurogenesis. Comprehensive Textbook of Psychiatry, eight edition, Sadock BJ, Sadock VA (Ed). Lippincott Williams and Wilkins.
24. **Deutch AY, Roth RH.** Pharmacology and Biochemistry of Synaptic Transmission: Classic Transmitters. From Molecules to Networks. Byrne JH, Roberts JL. (Ed), Elsevier Academic Pres.
25. **Drevets WC, Gadde KM, Krishnan KRR (2004).** Neuroimaging studies of mood disorders. Neurobiology of Mental Illness .Second Edition. Charney DS, Nestler EJ (Ed), Oxford University Press.
26. **Egan MF, Goldberg TE, Kolachana BS ve ark.(2001)** Effect of COMT Val 108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. Proc Natl Acad Sci USA, 98: 6917-6922.
27. **Ertuğrul A (2005)** Şizofreni Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dergisi, Şizofreni özel sayısı, 1: 6-14.
28. **Ertuğrul A, Rezaki M (2006)** Prefrontal korteks ve şizofreni. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16: 118-127.
29. **Feinberg I (1982)** Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? J Psychiatric Res, 17: 319-334.
30. **Funahashi S, Chafee MV, Goldman-Rakic PS (1993)** Prefrontal neuronal activity in rhesus monkeys performing a delayed anti-saccade task. Nature, 365: 753-756.
31. **Goldman-Rakic PS. (1999)** The physiological approach: functional architecture of working memory and disordered cognition in schizophrenia. Biol Psychiatry,46(5):650-661.
32. **Hariri AR, Drabant EM, Munoz KE ve ark. (2005)** A susceptibility gene for affective disorders and the response of the human amygdala. Arch Gen Psychiatry, 62: 146-52.
33. **Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A ve ark. (2002)** Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. Science, 297:400-403.
34. **Heim C, Nemeroff CB (1999).** The impact of early adverse experiences on brain systems involved in pathophysiology of anxiety and affective disorders. Biol Psychiatry. 46: 1509-1522.
35. **Heim C, Newport DJ, Heit S ve ark.(2000)** Pituitary, adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. JAMA, 284:592–597.
36. **Henquet C, Rosa A, Krabbendam L ve ark.(2006)** An experimental study of catechol-o-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. Neuropsychopharmacology, 31:2748-57.
37. **Isgor C, Kabbaj M, Akil H ve ark.(2004)** Delayed effects of chronic variable stress during peri-pubertal juvenile period on hippocampal morphology and on cognitive and stres axis functions in rats. Hippocampus, 14: 636-648.
38. **Kandel ER, Schwartz JH,Jessell TM (2000).** Principles of Neural Science. Fourth Edition. Mc Graw Hill Companies.
39. **Kandel ER (1998).** A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry, 155: 457-469.
40. **Kent JM., Rauch SL (2004).** Neuroimaging studies of anxiety disorders. Neurobiology of Mental Illness .Second Edition. Charney DS, Nestler EJ. (Ed), Oxford University Press.
41. **Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ (2001).** Understanding the neurobiology of suicidal behavior Depress Anxiety, 14:164-76.
42. **Kaplan GB. Leite-Morris KA (2002)** Introduction to neuronal signaling pathways. In Kaplan GB. Hammer RP. Brain Circuitry and Signaling and Psychiatry, American Psychiatric Publishing, Inc.
43. **Koo JW, Park CH, Choi SH ve ark. (2003)** The postnatal environment can counteract prenatal effects on cognitive ability, cell proliferation and synaptic protein expression. FASEB J.17: 1556-1558.
44. **Lachman HM, Papolos DF, Saito T ve ark.(1996)** Human catechol-o-methyl transferase pharmacogenetics: Description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. Pharmacogenetics, 6: 243-250.
45. **McEwen BS, Chattarji S.(2004)** Molecular mechanisms of neuroplasticity and pharmacological implications: the example of tianeptine. Eur Neuropsychopharmacol, 14 (Suppl 5):497-502.

46. **McNeil TF, Cantor-Grace E, Weinberger DR (2000)** Relationship of obstetric complications and differences in size of brain structures in monozygotic twin pairs discordant for schizophrenia. Am J Psychiatry, 157: 203-212.
47. **Mesulam MM (2000)** Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri 2. baskı (Çev. Ed. Gürvit IH). Yelkovan Yayınları, İstanbul, 2004. s. 260-293
48. **Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB ve ark. (2006)** Post traumatic stress disorder: a state of the science review. J Psychiatry Res, 40: 1-21.
49. **Nestler EJ, Hyman SE, Malenka RC (2001).** Molecular Neuropharmacology. McGraw-Hill Companies, Inc.
50. **Nestler EJ.** Cellular and molecular mechanisms of drug addiction. Neurobiology of Mental Illness .Second Edition. Charney DS, Nestler EJ (Ed). Oxford University Press.
51. **Öztürk MO (2004).** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 10. Baskı.
52. **Park S, Puschel J, Sauter BH ve ark.(1999)** Spatial working memory deficits and clinical symptoms in schizophrenia: a 4 month follow-up study. Biol Psychiatry, 46: 392-400.
53. **Paquette V, Lévesque J, Mensour B ve ark. (2003).** Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. Neuroimage,18:401-9.
54. **Rauch SL, Shin LM, Phelps EA (2006).**Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research--past, present, and future. Biol Psychiatry,60:376-82.
55. **Rosen JB, Donley MP (2006)** Animal studies of amygdala function in fear and uncertainty: relevance to human research. Biol Psychol, 73:49-60.
56. **Salloway SP, Blitz A (2002).** Introduction to functional neural circuitry. (Eds) Kaplan GB, Hammer RP. Brain Circuitry and Signaling in Psychiatry. First ed.,Washington DC:American Psychiatric Publishing,Inc.
57. **Seeman P (1987)** Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. Synapse,1: 133-52.
58. **Seibyl JP, Scanley BE, Krystal JH ve ark.(2004)** Neuroimaging methodologies: utilizing radiotracers or nuclear magnetic resonance. Neurobiology of Mental Illness. Charney DS, Nestler EJ (Ed) Second Ed., Oxford University Press.
59. **Sen S, Burmeister m, Ghosh D (2004)** Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. AmJ Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 127:85-9.
60. **Stahl SM (2000).** Essential Neuropsychopharmacology. Cambridge University Press, Second Edition.
61. **Volk DW, Lewis DA (2002)**Impaired prefrontal inhibition in schizophrenia: relevance for cognitive dysfunction. Physiol Behav, 77:501-505.
62. **Weinberger DR, Berman KF, Zec RF (1986)** Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia.I. regional cerebral blood flow evidence. Arch Gen Psychiatry, 43: 114-124.
63. **Wenk GL(2004)** Functional neuroanatomy of learning and memory. Neurobiology of Mental Illness .Second Edition. Ed. Charney DS, Nestler EJ. Oxford University Press.
64. **Wong AHCW,** Van Tol HHM. Schizophrenia: from phenomenology to neurobiology. Neurosci Biobehav Rev, 27: 269-306.
65. **Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PWR ve ark. (2000)** Metaanalysis of regional brain volumes in schizophrenia. Am J Psychiatry ,157:16-25.
66. **Yürekli Y, Bodur Z, Gülseren L ve ark. (2003)** Eksiklik sendromu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarda beyin kan akımlarının karşılaştırılması Türk Psikiyatri Derg, 14: 255-262.
67. **Zald DH. (2003)** The human amygdala and the emotional evaluation of sensory stimuli, Brain Res Rev, **41**: 88–123.
68. **Zwanzger P, Rupprecht R (2005)** Selective GABAergic treatment for panic? Investigations in experimental panic induction and panic disorder J Psychiatry Neurosci, 30:167-75.

BÖLÜM V

I

DAVRANIŞIN PSİKODİNAMİK TEMELLERİ

"Bir ben vardır, bende benden içeru"
YUNUS EMRE

Ruh hekimliğinde normal ve anormal davranışı değerlendirirken birbirinden ayrılmayan ve ayrılmaması gereken iki temel yaklaşım vardır:

I. *Tanımlayıcı (descriptive):* Bu yaklaşımda hastalığın klinik belirtileri incelenir, tanımlanır, bir klinik tanıya varılır ve sınıflandırılır. Bu bozukluğun oluş nedenleri araştırılır; sağaltım planları çizilir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, öncelikle Amerikan psikiyatrisinde yaygınlaşan psikanalitik kuram ve tedavinin etkisi ile psikiyatrinin bu yanı oldukça ihmale uğramıştı. Kraepelin ile başlamış olan bu temel yaklaşım son 30-35 yılda, yeniden egemen oldu. Bu konu ileride "Tanı ve Sınıflandırma" bölümünde yeniden ele alınacaktır.

II. *Dinamik:* Psikanalitik çalışmalar normal ve anormal davranışların altında yatan güçlerin, anlamların ve nedensel etkenlerin incelenmesine öncelik verdi. Ruhsal bozukluklardaki anlamsız gibi görünen bir çok belirtinin anlamı nedir? Ruhsal işlevler bakımından ne gibi dinamik güçler, nasıl, neden bu belirtilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır? Örneğin, hastanın saçma diye nitelendirdiği kapalı yer korkusunun (*klaustrofobi*), ya da aşırı derecede el yıkama zorlantısının anlamı nedir? Kişi kendi istencine (iradesine) karşın neden ve nasıl bu korkulara kapılmaktadır, bu el yıkamalarını durduramamaktadır? İşte bu yönden yapılan araştırmalar ruh hekimliğinde bir çığır açmış; dinamik psikiyatrinin doğmasını sağlamıştır.

Ancak, şunu belirtmek gerekir ki *tanımlayıcı* yaklaşım olmadan ruh hekimliği de olmaz. *Tanımlayıcı ve dinamik* yaklaşımlar birbirini tamamlarlar. Biz bu kitabın ilk bölümlerinde dinamik psikiyatri ilkelerini açıklamayı zorunlu görüyoruz. Belirtilerin tanımlanmaları ve sınıflandırılmaları ayrıca ya-

pılacak ve ruhsal bozukluklar anlatılırken *tanımlayıcı* yaklaşıma da gereken ağırlık verilecektir.

Bu bölüm içinde şu konular ele alınacaktır:

- Bilinç, bilinçöncesi, bilinçdışı
- Altbenlik, benlik, üstbenlik
- Güdüleme (motivasyon)
- Çatışma, engellenme
- Bunaltı
- Benliğin savunma düzenekleri
- Kişilik gelişimi.

BİLİNÇ VE BİLİNÇDIŞI*

Belirli bir zaman dilimi içinde farkına vardığımız uyaranların, düşüncelerin, duyguların, anıların niceliği sınırlıdır. Organizma sürekli olarak birçok uyaranla karşı karşıya iken, bunların önemli bir bölümü bilinçli algılama ve ayırt etme eşiğinin ötesinde, dışında kalır. Böyle olmasaydı çok sayıda uyaranın etkisi altında aşırı bir karışıklık ve dayanılması güç bir uyaran saldırısı içinde kalırdık. Örneğin, belli bir yerde otururken, oturduğumuz sandalyeyi, duvarların rengini, çevremizdeki nesneleri, dışardan gelebilecek sesleri, soluduğumuz havayı, soluk alıp verişimizi, yüreğimizin çarpışını hep aynı anda algılayarak, bunları bir bir ayırt etsek, dünyamız dayanılmaz bir karışıklıkta olurdu. *Organizma dışarıdan ve kendi içinden gelen uyaranların ancak sınırlı bir bölüğünün farkına varmaktadır. Bu sınırlamanın denge sağlayıcı (homeostatik) işlevi açıktır. Organizma belli bir anda kendi yeti ve gereksinimlerine göre seçmeler, ayıklamalar yapmakta ve bütün algılama kaynaklarını etkileyen, bilinçte bir iz bırakan uyaranlardan bilinçli olarak ayırt edilenlerin niceliğini kısıtlamaktadır.*

Bilinçlilik deyince, uyanıklık ve ayırt edebilme, farkında olabilme durumunu anlıyoruz. Ancak bilinçlilik ruhsal işlemlerin tümünü kapsamamaktadır. Şu anda yaşadığımız bir olayı, bir başka anda düşünmeyebiliriz; fakat bu olay, zihinsel dünyamızdan tümden silinmiş değildir. İstemli bir çaba ile ya da özel yöntemlerle bu olayı bilince çağırabilir, onun farkına varabiliriz.

Freud çağına dek, davranışlar bilinçli bir güdüye, bilinçli, mantıklı bir düşünceye bağlanamadığında, beyinde bilinmeyen birtakım bozukluklarla açıklanmaya çalışılıyordu. Bir insan yükseklere çıkmaktan korkabilir. Bir başkası sürekli olarak ellerini yıkama zorunluluğunu duyabilir. Bir başkasında çok garip anlaşılmaz inançlar, düşünceler olabilir. Böyle belirtiler çoğunlukla sinir dizgesinde kalıtımla geçen yozlaşma (degeneration) ve sinir zayıflamasına bağlı istenç (irade) eksikliği ile açıklanıyordu. *Freud* normal

* Bilinç, bilinçli: conscious. Bilinçöncesi: preconcious. Bilinçdışı: unconscious; Bilinçlilik: consciousness

ruhsal olaylarla anormal olaylar ve davranışlar arasında işlem bakımından önemli bir ayırım olmadığını; anormal olaylarda da benzer ruhsal işlemlerin yürüdüğünü; ancak bunların yüzeyel bir bilinç anlayışı ile açıklanamayacağını ve bu nedenle de bir *bilinçdışı kavramının* gerekliliğini savundu. Çağımızda, dinamik ruh hekimliğinin temeli bu noktaya dayanır.

Freud ve Breuer [7] histerik hastaların uyutumla (hipnoz) sağaltım sırasında, eski unutulmuş anılarını anlatarak, boşaldıklarını ve bunun üzerine birçok belirtinin yok olduğunu gözlemlediler. Bu denemeler sonucunda ilk olarak *bilinçdışına bastırma (repression, refoulement)* kavramı ortaya atıldı. *Freud,* psikanaliz kuramını geliştirirken, ruhsal aygıtın bir tanımlamasını yapmaya çalıştı. *Bölmesel* (topografik) ve *yapısal* (strüktürel) varsayımlar diye belirttiği görüşlerini oluşturdu. *Freud*'un bölmesel varsayımı (topografik hipotezi) bilinç, bilinç öncesi ve bilinçdışı kavramlarını açıklar[18,21]. Bölmesel derken, kuşkusuz beyindeki bölgelere karşılık olabilecek bir takım anatomik yapılar düşünülmemektedir. Geniş bilinçli ve bilinçdışı dünyamızı kavramsal anlamda bölmelere ayırmaktadır. Daha sonra *Freud* [22] bu bölmesel (topografik) teriminin yerine *"zihinsel nitelikler" (mental qualites)* terimini yeğledi. Yani bilinç, bilinçöncesi ve bilinçdışı terimleri ruhsal aygıtın bölmelerini değil, zihinsel süreçlerin niteliğini göstermektedir.

Bilinçlilik, gerçeklere uyumu önde tutan mantıksal düşüncenin egemen olduğu bölmedir. Daha doğrusu, bilinçli zihinsel süreçler bu niteliği taşırlar. Bilinçlilikte düşünce, duygu ve anılardaki neden-sonuç, zaman, yer bağlantıları gerçeğe uygun olarak kurulur ve bunlara dayanan eylem uyumsaldır (adaptive). *Gerçeği değerlendirme yetisi* ile dış gerçekte olanla zihinde olan birbirinden ayırt edilir *(reality testing).* Çocukluğun ilk yıllarında düşünce biçimi böyle mantıksal ve dış gerçeğe uyumsal nitelikte değildir. Çocukluğun ilk dönemlerindeki ilkel ve gerçeği tanımayan düşünce biçiminden, zamanla olgunlaşma ve öğrenme ile ayrışarak gelişen bilinçli mantıksal düşünceye *"ikincil süreç" (secondary process)* düşünce adı verilir. İşte, *bilinçlilikte egemen olan düşünce biçimi ikincil süreç düşünce niteliği taşır.*

Kişinin belirli bir anda bilincinde ayırt edemediği birçok düşünce ve duygusu vardır. Bilinçli bir çaba ile çağrılabilen anı, düşünce, dürtü ve duyguların yeraldığı bu bölmeye *bilinçöncesi (preconscious)* adını veriyoruz. Bunlar bilincimizde o anda bulunmadığı halde özel bir dikkat çabası ile bilince çağırılabilirler. Örneğin, bir süre önce karşılaştığımız bir olayı artık bilincimizden tümüyle *silmiş gibi* olabiliriz. Silmiş gibi, çünkü bu olayla ilgili bir çağrışım, bir uyaran tüm olayın yeniden bilince dönmesini sağlayabilir. İşte bu tür, bilinçten silinmiş sanılan ve uyaranlarla, çağrışımlarla yeniden bilince gelebilen anılar, duygular, dürtüler, bilinçöncesi niteliğini taşırlar.

Bilinçdışı (unconscious) kişinin özel çabası ile bilince çağrılamayan, farkına varılamayan yaşantıların saklı olduğu ruhsal bölmedir; daha doğru deyişle, bu nitelikte olan ruhsal süreçlerdir. Bu yaşantılar ancak özel yöntem-

lerle: uyutum (hipnoz), serbest çağrışım, düşlerin, anormal ruhsal belirtilerin incelenmesi ile açığa çıkarılabilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, Freud'un bölmesel varsayımında zihinsel işlemlerin bu üç bölgesi, hiçbir zaman beyinde anatomik bir yapıya ve belirli bölgelere karşılık olarak düşünülmemiştir. Zihinsel işlemlerin tümü birden kavramsal olarak bölmelere ayrılmış ve bunlara *bilinç, bilinçöncesi ve bilinçdışı* adları verilmiştir. Bilinçdışını yargılama, algılama, istenç gibi bir yeti olarak görmek yanlış olur. Aslında bunlar arasında kesin sınırlar olduğu da düşünülemez. *Bu kavramlar bilinçli olarak ayırt edebildiğimiz ve hiç ayırt edemediğimiz psikolojik işlemlerin niteliğini belirten kavramlardır. Hiç kuşkusuz bilinç, bilinçöncesi ve bilinçdışı arasında bir süreklilik, bir bağlantı vardır; aralarında dinamik bir etkileşim söz konusudur. Önemli olan, bilinçdışında bulunan istek ve anıların zaman ve yer tanımaksızın eski güçlerini, eski enerjilerini sürdürebilmeleri ve çeşitli biçimlerde davranış üzerinde etkili olabilmeleridir.* İnsan davranışları tümden bilinçli, mantıksal düşüncenin ve istencin ürünü değildir. Örneğin bilinçdışı bir korku, bir saplantı kişiyi yetişkin yaşamında etkileyebilir ve kişi bu etkileyici gücü hiç ayırt edemeyebilir. Uzun yıllar evlenmeyen ve annesini bırakamayan bir erkek, evliliğe karşı birçok akılcı gibi görünen bilinçli düşünceler ileri sürebilir. Fakat bunların altında, bilinçdışındaki bir ödipal saplantı evlenemeyişinin gerçek dinamik kaynağı olabilir. İleride savunma düzenekleri konusuna gelince bu noktayı örneklerle yine açıklanacaktır.

ALTBENLİK, BENLİK, ÜSTBENLİK

Yapısal Varsayım (Structural Hypothesis)

Bu konunun açıklamasına girmeden önce, çok önemli bir noktayı belirtmek gerekir. Tıpkı bölmesel varsayımda olduğu gibi yapısal varsayımda da ruhsal bir örgütlenişten söz edilmektedir. Yapı kavramının, bedenin ya da beynin herhangi bir yapısı ya da bir bölgesi ile bağlantısı yoktur. Tümden soyut bir kavramdır. Yapı deyince, belirli özellikleri ve işlevleri içeren, sürekliliği olan bir dizge düşünülmektedir. Örneğin benlik deyince, organizmada benliğin bulunduğu bir bölge, bir yer söz konusu değildir. Ancak bir takım özel ruhsal işlevlerin tümü bu soyut kavram altında toplanmış ve buna da bir yapı denmiştir. Benliğin görevi organizmanın korunması ve uyum sağlamasıdır derken, aslında biz, organizmayı koruyan, uyum sağlayan işlevlerin ve özelliklerin tümünü bir terim altında toplamış oluyoruz. Üstbenlik derken organizmada herhangi bir yer, bir bölge değil, birtakım işlevler kümesi anlaşılır. Örneğin, üstbenliği çok baskıcı, çok ezici bir kişi deyince, benliğinin bir parçası ile kendini ağır biçimde yargılama ve suçlama eğilimi olan bir kişiden söz etmiş oluruz. Özetle, benlik, üstbenlik, altbenlik gibi terimler soyutlamadır ve birtakım işlevleri, eğilimleri, özellikleri içeren soyut dizgeler olarak anla-

şılmalıdır. Bir başka önemli nokta da bunlar arasında kesin sınırların olmayışı ve sürekli olarak birbirleriyle dinamik bir etkileşim içinde bulunmalarıdır.

Altbenlik (İD)

Freud'un deyişi ile altbenlik ruhsal aygıtın *"en eski parçasıdır ve kalıtımla geçen, doğuştan varolan, yapıda yerleşmiş bulunan her şeyi içerir"*. Bedenden kaynağını alan içgüdüsel dürtüler ruhsal anlatımlarını ilk olarak altbenlikte bulurlar. Altbenlik ruhsal aygıtın ilk güç kaynağıdır. İlk çocukluk çağında altbenlik egemendir. Tümden bilinçdışıdır ve bilinçdışı süreçlerdeki kurallar, daha doğrusu kuralsızlıklar geçerlidir. Dış dünya ile bağlantısı yoktur; zaman ve yer kavramı tanımaz. Altbenlikte haz ilkesi (pleasure principle) geçerlidir. Tek amaç en kısa zamanda boşalma, doyum ve haz sağlanmasıdır. Bekletme, erteleme söz konusu değildir. Birbirine karşıt dürtü ve eğilimler yan yana bulunabilirler.

Benlik (Ego)

Freud "Gerçek dış dünyanın etkisi altında altbenliğin bir parçasının özel bir gelişme" gösterdiğini, "dış uyaranları algılayan ve aşırı uyaranlara karşı ruhsal yapıyı koruyan bir dış tabakadan", giderek, özel bir yapı geliştiğini ve bu yapının "altbenlik ile dış dünya arasında bir arabulucu" görevini yüklendiğini ileri sürdü ve gelişen bu yapıya benlik (ego) adını verdi.

Benlik ruhsal yapının düzenleyici, denge ve uyum sağlayıcı (homeostatik) parçasıdır. *Düzenleyici dizge* olarak da adlandırabileceğimiz *benliğin* özelliklerini ve işlevlerini şöyle özetleyebiliriz:

- Dürtüsel gereksinmelerin algılanması;
- Dış dünyadaki koşulların ve durumların algılanması;
- Bütünleştirme ve birleştirme yetisi ile dürtülerin birbirleriyle, üstbenliğin istekleriyle düzenlenmesi ve çevresel koşullara uyabilecek bir niteliğe uydurulabilmesi;
- Yürütme (executive) yetisi ile istemli davranışın eyleme geçirilmesi.

Benliğin temel işlevi uyumdur (adaptation). Bu uyumu yaparken benlik, bir yandan organizma içindeki ilkel dürtüsel güçlerle; bir yandan çevresel koşullar ve gereklerle; bir yandan da aşağıda anlatılacak olan üstbenliğin istekleriyle bağdaşmak; bunlar arasında bir uzlaşma sağlamak zorundadır.

Benliğin görevi organizmayı acıdan korumak ve doyum sağlamaya çalışmaktır. Çocukluğun ilk dönemlerinde organizma daha çok acıdan kaçma ve haz ilkesinin etkisi altındadır ve gereksinmelerinin hemen doyurulmasını bekler. Oysa, *zamanla gelişen benlik, neyi, ne zaman ve nerede doyurabileceğine karar verme, dürtüleri ve gereksinmeleri bekletebilme, erteleyebilme gücünü kazanır.* Altbenlikteki dürtüler zaman ve yer kavramı tanımaz; tek amaç boşalma, doyum ve haz sağlanmasıdır. Bekletme, erteleme söz konusu değildir. Görülüyor ki, ilk çocukluk çağında altbenlik egemendir. *Bekletebilme,*

erteleyebilme, dürtülere başka türlü doyum yolları bulma, onları değiştirebilme, onları bastırabilme, uygun yer ve zamanda onların doyumunu sağlayan eyleme girişme ancak gelişmiş benlik aracılığı ile olur. Bir başka deyişle, benlik dürtüler üzerinde göreceli bir egemenlik kurmayı öğrenir. Benliğin dürtüleri erteleme, bekletebilme gücüne *engellenmeye dayanma gücü* (frustration tolerance) de denir[41].

Böylece anlaşılıyor ki, altbenlikte egemen olan doyum ve *haz ilkesine (pleasure principle)* karşılık, *benlikte* egemen olan *gerçeklik ilkesidir (reality principle).* Gerçeklik ilkesinin uygulanabilmesi, yukarıda tanımladığımız gibi iç ve dış uyaranların, iç ve dış gereksinimlerin ve koşulların algılanması ve değerlendirilmesi ile olur.

Gerçeği değerlendirme yetisi (reality testing) bireyin ruhsal dünyası içinde ve dışında olup bitenlerin ayırt edilebilmesidir. Neyin düşünce, neyin eylem ve olay, neyin imge (hayal), neyin gerçek olduğunun bilinmesidir. Bu bir benlik işlevidir. Benliğin bu işlevi, özel durumlarda bozulabilir ya da gelip geçici olarak aksayabilir. Örneğin korkulu bir düşten hemen uyandığımızda, henüz bilincimiz tam uyanıklık durumuna geçmeden önce, belki birkaç saniyelik bir süre içinde, gördüğümüz düşün gerçek mi yoksa düş mü olduğunu ayırt edemeyebiliriz. Az sonra bunun bir düş olduğunu, yani kendi ruhsal dünyamızda, zihnimizde yaşanmış bir olay olduğunu; gerçekte dış dünyada olmadığını ayırt ederiz. Bu bir düştür deriz ve rahatlarız; artık gerçeği değerlendirme yetisi işlemektedir. İşte, benliğin bu işlevi de, engellenmeye dayanma gücü gibi, benlik gücünü yansıtan önemli bir özelliktir. Genellikle, gerçeği değerlendirme yetisinin süregen zayıflaması, benliğin zayıflaması ile birlikte gider.

Benliğin içten gelen uyaranlarla dışta bulunan koşullar arasında bir denge kurmaya çalışması, bir yandan organizmanın doğal gelişme yetileri (bellek, algılama, zeka, uyaran eşiği gibi), bir yandan da engellenme ve çatışmalara karşı geliştirdiği savunma yolları ile gerçekleştirilir. İleride "Çatışma" ve "Savunma Düzenekleri" bölümlerinde bunlar daha geniş olarak açıklanacaktır.

Üstbenlik (Süperego)

Bireyin uzun çocukluk yıllarında, benliğinin bir parçası, giderek daha çok ana-baba ve toplumsal değer yargılarını içeren özel bir yapı olarak ayrımlaşır. Bu nedenle buna *üstbenlik (süperego)* adı verilmiştir. Çocukluğun ilk yılında, çocuk yanlışla doğruyu, iyi ile kötüyü yalnız kendi dürtüsel doyumuna göre değerlendirir. Kendisini doyuran, rahatlatan şeyler iyi, kendisine acı veren şeyler kötüdür. İkinci yaştan başlayarak çocuk çevreden gelen iyi-kötü, doğru-yanlış değer yargılarını anlamaya başlar. Fakat bunlar henüz kendisinin benimsediği değerler olmaktan uzaktır. Ancak anne-baba ya da başka önemli kişilerin neyi onayladıklarını, neyi beğendiklerini ayırt edebilir ve onaylanmayan bir davranış yapılınca dışarıdan bir acı gelebileceğini (örneğin sevgi-

nin azalması, azarlanma, belki dayak) sezebilmektedir. Giderek, çocuk başkalarının gözü önünde neyin yasaklandığını öğrenir ve bu yasağı başkalarının önünde yapınca korku ve utanç duygusu duyar. *Korku ve utanç duyguları üstbenlik gelişiminin öncüleridir.* "Gelişme Dönemleri" bölümünde anlatılacağı gibi, 3-4 yaşlarında çocuğun Ödipus ilişkisine girmesi ve yoğun iğdişlik korkularının gelişmesi, çocuğun aynı eşeyden ana-babayla (oğlansa babayla, kızsa anneyle) özdeşim yapmasına yol açar. Bu özdeşim (identification) çocukta Ödipus çatışmasını çözerken, onda bir üstbenliğin gelişmesini de sağlar.

Psikanaliz kuramında üstbenliğin gelişimi genellikle Ödipus çatışmasını çözmek için yapılan özdeşime bağlanmakla birlikte, çocukluğun daha sonraki dönemlerinde toplumsal ilişkilerle sağlanan özdeşimlerin (okulda, arkadaşlıklarla vb.) de üstbenlik gelişiminde yer aldığını unutmamak gerekir.

Yargılayıcı dizge adını da verebileceğimiz üstbenliğin insan yaşantısındaki belirtisi *suçluluk duygusudur.* Bireyin kendi içine sindirmiş, benimsemiş olduğu yanlış-doğru, iyi-kötü biçimindeki değer yargıları bireyin içinde bir yargılama, ceza verme dizgesi olarak kalır ve onun davranışlarını frenler. Birey, yasak olarak benimsemiş olduğu herhangi bir düşünce ya da eyleme kendisini kaptırırsa içinde suçluluk duyar. İşte bu suçluluk duygusunun derinliği ve ağırlığı üstbenliğin gücünü yansıtır. Kimi bireylerde üstbenlik çok katı ve özür tanımaz, bağışlamaz bir güçte gelişmiş olabilir. Benlik böyle katı bir üstbenliğin baskısı altında ezilebilir. Böyle ağır cezalandırıcı, suçlandırıcı üstbenlik gelişimi birçok ruhsal bozukluğun doğuşuna neden olabileceği gibi, çok gevşek bir üstbenlik gelişimi de bireylerin toplum içinde önemli uyumsuzluklarla karşılaşmasına yol açabilir.

II

GÜDÜLEME
(Motivation)

İnsan davranışlarını bilimsel görüş ve yöntemlerle incelerken, onu aşağı canlılarda ya da insan eliyle yapılan makinalarda olduğu gibi olağan bir uyaran-tepki (stimulus-response) denklemi ile incelemeye ve değerlendirmeye olanak yoktur. İnsanın duygusal, bilişsel olaylarını ve hareketlerini yalın ya da karmaşık koşullu-tepki (şartlı refleks) işlemleri ile de tam olarak açıklayamayız. Algıladığımız en ilkel uyaran bile, yalnızca o uyaranın kendisi değildir. Her algıda, organizmanın içinde bulunduğu durum ve geçmişte geçirdiği yaşam deneyimleri algının özü, şiddeti, süresi üzerinde etkilidir. Çeşitli uyaranlara karşı tepki gösteren organizmayı ve onu bütünü ile temsil eden kişiliği incelemek ve değerlendirebilmek için "ara değişkenler" denilen ve uyaranla tepki arasında bulunan organizma özelliklerinin incelenmesi gerekir.

Bu "ara değişkenler" nelerdir? Bunlar organizmanın kalıtsal ve yapısal özellikleri, güdüleri, alışkanlıkları, tutumları, görüş ve değerleridir. Bunlardan, insanın gereksinimlerini, güdü ve dürtülerini içine alan ve güdüsel güçler diye bilinen özellikler, bugünün ruhbiliminde ve ruh hekimliğinde önemli yer kazanmışlardır[8,9,26,43].

Ondokuzuncu yüzyılın sonuna dek, insanları belli bir davranış yönüne doğru yönelten güdüsel enerji sorunu daha çok ya istenç (irade) gibi birtakım kavramlara ya da "ruh" gibi mistik inançlara bağlanıyordu. Darwin kuramının gelişmesi ve insanoğlunun biyolojik bir varlık olarak incelenmesi yaygınlaştıkça, güdüleme konusu da önem kazanmış ve *içgüdü* kuramları ortaya atılmıştı. Çağımızın ruhbilim görüşleri, bu kuramların etkisi altında gelişmiş olup, bugün insan organizmasını ve kişiliği dinamik düzenli bir bütün olarak görmekteyiz. Bu dinamik düzenin sağlanmasında güdü ve dürtülerin önemi giderek, genişleyerek, çağdaş ruh hekimliğinin temel taşlarını oluşturmaktadır. Yaşamın sürebilmesi ve uygun bir ortam içinde kalabilmesi için her organizmanın içinde doğal olarak bulunan gereksinimler vardır. Bu gereksinimler, organizmanın içindeki ya da dışındaki çevrede birtakım eksikliklerden ya da aşırılıklardan doğar. Örneğin kan şekerindeki bir eksiklik organizma içinde kan şekerini yükseltmek gereğini doğurur. İleride açıklayacağımız gibi, insan gereksinimleri yalnız bu örneklerde belirtilen biyolojik düzeyde değil, ruhsal ve toplumsal düzeylerde de aynı derecede önemlidir.

Güdü, dürtü ve içgüdünün tanımlamasını yapmadan önce, bir karışıklığa yol açmamak amacıyla şu noktayı belirtmek isterim. Eskiden "istenç" (irade)

gibi bulanık kavramlarla davranışın açıklanmaya çalışıldığını belirtmiştik. Şimdi de böyle kavramlar mı yaratmış oluyoruz, yoksa dürtü ve güdüler fiziksel enerji gibi ölçülen güçler midir? Şurası bir gerçek ki, dürtü veya güdü insan yaşantılarının çözümlemesinden ortaya çıkardığımız bir takım soyutlamalardır. Bunlar, organizmanın düzenli davranışlarını açıklamamıza yarayan kavramlardır. Örneğin, organizmada kan şekerinin azalmasıyla ortaya çıkan fizyolojik değişiklikleri ve öznel (subjektif) açlık duygusunu ortadan kaldırmak için organizmada varolan eğilimi güdü kavramı altında incelemiş oluyoruz. Bunun gibi, örneğin, *homeostaz* derken, organizmanın içinde homeostaz diyebileceğimiz bir madde, enerji gibi bir şey göstermemiz olanaksızdır. Homeostaz deyimi bizim yarattığımız bir kavram olup, organizmadaki, bazı değişiklikleri anlamlı bir biçimde açıklamamıza yarar. Dürtü ve güdü deyimlerini de, böyle soyut kavramlar olarak görmek gerekir.

Organizmanın gereksinimlerini karşılayan davranışları başlatan güçler olarak niteleyebileceğimiz *güdü, dürtü ve içgüdü* deyimlerinin tanımlamalarını yapmaya çalışalım. "Güdü" (motive) deyince, organizmayı belli ve düzenli bir davranışa yönelten herhangi bir durumu anlıyoruz. Bu, organizmanın fizyolojik bir gereksiniminden doğabileceği gibi (örneğin açlık güdüsü), psikososyal gelişme süresinde öğrenme ile de doğabilir (örneğin başarı güdüsü). Açlık güdüsü deyince açlığı karşılayan ve onu ortadan kaldırmak için gerekli davranışları başlatan bir durum; başarı güdüsü deyince başarı gereksinimini karşılayacak bir davranışı başlatan bir durum anlıyoruz. Dürtü (drive) organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik ya da hoş olmayan bir uyaranın etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme, bir canlanmadır. Bu tanımlamalardan güdü ile dürtü arasında önemli bir ayırım olmadığı açıkça görülmektedir. Çok zaman her iki deyim birbirinin karşılığında kullanılagelmektedir. Psikologlar çevresinde öncelikle güdü, ruh hekimliği çevresinde öncelikle dürtü deyimleri kullanılmaktadır. Her iki deyim birbirinin yerine kullanılabilirse de, genel olarak dürtü deyimi biyolojik gereksinimleri belirleyen itici güç için (açlık,susuzluk dürtüleri, cinsel dürtüler gibi) kullanılmakta; güdü deyimi de dürtü anlamını da içine alan, fakat daha çok yaşam deneyimleri sonunda ortaya çıkan gereksinimleri belirleyen daha genel ve kapsayıcı bir deyim olarak kullanılmaktadır (başarılı olma güdüsü, güven ve korunma güdüsü, onuru koruma güdüsü gibi).

İçgüdülere (instinct) *gelince*: Bunlar, öğrenilmemiş, değişmeyen, kalıtımsal olarak türe özgü, kalıplaşmış davranış örneklerini doğuran ve sürdüren güçlerdir. Dürtüler, güdüler özlerini, amaçlarını, nesnelerini değiştirebilmelerine, gelişebilmelerine, öğrenme ile ortaya çıkabilmelerine karşılık; içgüdüler, türe özgü davranış örneklerini başlatan değişmeyen ve doğal olarak bulunan güçlerdir. Örneğin kuşların göç etmeleri, balıkların özel yerlerde yumurtlamaları gibi. İçgüdü kavramı 20.yüzyılın ortalarında oldukça değişime uğrayan, birçok yönleri aydınlanmamış bir kavramdır. İnsanlarda, hay-

vanlardakine benzeyen içgüdülerin varlığı kuşkuludur. Açlık dürtüsü bile bir içgüdü olarak insanlarda kesin olarak vardır denilemez. Çünkü, insan aç olmadığı zaman da güzel bir yemeği yemek isteyebileceği gibi, uzun zaman açlığa dayanabilir; organizma için hiç gerekli olmayan hatta zararlı olan şeyleri de yemek gereksinimi duyabilir; ya da açlık grevi yapabilir. Hayvanlardaki içgüdüler de tartışmalı bir konudur. Örneğin eskiden bir annelik içgüdüsünden söz edilirdi. Bugün hayvanlarda annelik içgüdüsü diye bilinen eğilimin yaşamın ilk günlerinde kazanılan, öğrenilebilen bir eğilim olduğu açıklanmış durumdadır. Doğar doğmaz annesinden ayrılarak başka maymun ve insanlardan uzak, yalıtılmış ortamda yetiştirilen maymunlarda annelik içgüdüsü diye bir şey gelişmediği gösterilmiştir[24]. Eskiden civcivlerin anne tavukların ardından gitmeleri içgüdüsel bir olay olarak bilinirken, bunun böyle olmadığı ve civcivlerin ilk gördükleri hareket eden şeyleri izledikleri ve ilk gördükleri hareket eden şey insansa, o insanı da anne tavuk gibi izledikleri gösterilmiştir. Buna *basımlama* (imprinting) denmektedir[43].

Özet olarak diyebiliriz ki, hayvanlarda kalıplaşmış türe özgü davranış örnekleri var olup, bunları iten güce içgüdü denmekle birlikte, bu içgüdülerin birçoğunun oldukça karışık ve yaşamın ilk anlarındaki öğrenme sonucunda ortaya çıkan davranış örüntüleri olabilecekleri de düşünülmektedir.

GÜDÜLEMELİ DAVRANIŞ

Organizmanın uyarılması bir eksiklik, bir fazlalık ya da hoş oymayan bir etkenle başlatılmaktadır. Böyle bir durumda organizma gereksinim içindedir. Bu gereksinim, dengesi değişen organizmanın eski durumunu alabilmesi gereğidir. Başka bir deyimle homeostatik dengenin sağlanması gereksinimidir. Bu durum aynı zamanda gerginlik (tension) ile birliktedir. İşte bu gereksinmeyi ve gerginlik durumunu gidermek için başlayacak olan davranışın başlangıç noktasındaki *itici dinamik güç dürtü ya da güdüdür*. Dürtünün bir amacı vardır. Bu da, dürtünün ortaya çıkmasını gerektiren durumun ortadan kalkması, yani gereksinimin giderilmesi ve doyum sağlanmasıdır. Böylelikle gerginlik giderilmiş olur. Bu doyum dürtünün *boşalması* (discharge) ya da *doyum* durumu (satisfaction) olarak bilinir (*). Öyleyse, *dürtünün amacı gereksinimin giderilmesi ve doyumdur*. Bu amacın yerine getirilmesi bir nesne aracılığı ile olur. Örneğin cinsel dürtünün doyumu cinsel nesnelerle, açlık dürtüsünün doyumu ise besi ile sağlanır. Cinsel dürtünün amacı cinsel nesne değil boşalma ve doyumdur, nesne bir araçtır. Nesneye ulaşmak ve nesneyi bir doyum aracı durumuna getirebilmek için, organizmanın amaç nesnesine yönelmesi ve sonunda amaç nesnesi üzerinde bir işlem yapması gerekir. Yukarıdaki açıklamalardan dürtünün

* Organizma haz peşinde koşmaktadır (hedonik görüş). Buna karşı olarak şunu belirtebiliriz ki, temel dürtüler organizmanın homeostatik dengesini sağlayıcı araçlardır. Organizmanın amacı, dengesini korumak ve varolan gizilgüçlerini geliştirmektir. Dürtüler bu işlemde birer araçtır. Haz dediğimiz duygusal olay da, bir amaç olmaktan çok, denge korunmasının veya dengenin eski durumunu almasının olgusal bir belirtisidir.

uyaran ile aynı özellikte olduğu ileri sürülebilir. Aradaki ayırımı şu örneklerle belirtebilirim: Tok kişiye yenecek bir şey uyaran olmadığı halde, aç kişiye olabilir. Açlık dürtüsü olduğunda yenecek şey uyaran özelliği taşır. Susuzluk durumunda su, organizma için bir uyarandır. Organizmada su gereksinimi olmayınca, su nesnesi uyaran özelliğini yitirir.

Biyolojik düzeydeki dengenin güvenceleri ve organizmanın doyurulması ancak dürtüler aracılığı ile sağlanır. Bu nedenle fizyolojik dürtüler diye bir küme ayrılmıştır ki, bunların sayıları organizmanın her türlü dokusal, hücresel gereksinimi kadar çoktur. Ancak bunlar arasında özellikle *açlık, susuzluk, cinsel, ağrıdan kaçma dürtüleri* sayılır. Bu dürtüler doku gereksinimlerini karşılayan ya da koruyan dürtüler olduğundan, aynı zamanda bunlara *birincil dürtüler* de denir. *İkincil dürtüler* ise bu birincil dürtülerden doğduğu kabul edilen ve gelişme sürecinde bir çok karışık öğrenmeler sonucunda yön, nesne bakımından değişiklik gösteren dürtülerdir[8]. Örneğin: Küçük çocuğun açlık dürtüsünü gideren annesine karşı sevgi ve bağımlılığı ikincil bir dürtünün belirtisidir. Ancak, ikincil dürtülerin öğrenme ile ortaya çıktığı kabul edilmekle birlikte, bunların doğrudan doğruya birincil dürtülerle olan bağları kesin olarak gösterilemez. Anneye karşı olan bağımlılık gereksiniminin, çocuğun besi gereksiniminin giderilmesi ile ortaya çıkan ikincil bir güdü ve bir çeşit koşullanma olduğu ileri sürülmüştür. Ancak, anneye bağlanmada çocuğun en ilkel çağlarındaki besi gereksinimi yanısıra sıcaklık, yumuşaklık, dokunma ve daha genel bir deyimle sevilme gereksinimlerinin en az besi kadar, belki de daha çok önemli olduğu maymunlarda deneysel olarak[24] insanlarda çocuk yuvalarında yetiştirilen çocukların gözlemleri ile gösterilmiştir (Bakınız "Kişilik Gelişimi" ve "Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları" bölümleri).

Her ne biçimde gelişirse gelişsin, ikincil olarak bilinen dürtüler, çocuğun gelişme sürecinde, kalıtım ve çevrenin etkisi altında varlığını yavaş yavaş belli eden ve özellikle toplum ve çevre koşullarına bağlı olarak etkilerini gösteren dürtülerdir. Psikolojik ve toplumsal düzeydeki gereksinmeleri karşılamak için itici güçler olarak belirttiğimiz psikososyal güdüleri ikincil güdüler olarak kabul ediyoruz. Bunların herkesçe uygun görülecek bir sınıflandırılmasını yapmak olanaksızdır. Çünkü, psikososyal güdüler kişiden kişiye, toplumdan topluma, zamana ve yere göre değişmeler gösterebilir. Bu güdüler, kişinin fizyolojik dengesi dışındaki bütün kişiliğini ilgilendiren alanları kapsayan koruyucu, denge sağlayıcı güdülerdir. Maslow, yalından karmaşığa doğru ve kişinin davranışlarındaki etki dereceleri bakımından aşamalı bir özellik gösteren psikososyal gereksinimleri şöyle sıralamaktadır: *Güven ve korunma, yeterlilik, sevgi, toplumsal saygı, onur, gerçeği tanıma*[32]. Gelişme sırasında organizmada varolan temel dürtüler ve sonradan öğrenilen güdüler, çatışmalar doğuran sapkın ya da yasak dürtüler olabilir. Kimi kişilerde normal diye bildiğimiz dürtüler çatışmalara neden olabilir. Bu bakımdan, bu tür dürtülerin homeostatik dengeyi bozdukları ileri sürülebilir. Yukarıda an-

lattıklarımızla çelişir gibi görünen bu durumu şöyle açıklayabiliriz: Homeostatik dengeyi bozan, dürtülerin kendisi değil, karşılaştıkları çatışmalar ya da engellenmeler ve bunlardan doğan durumlardır.

Bundan başka, gereksinim ve güdülerin bilinçli ya da bilinçdışı olabileceğini bilmemiz gerekir. Fizyolojik ve ruhsal düzeydeki gereksinimlerin bir kesimi bilinçdışındadır, bilinçdışında doyurulmakta ya da engellenmektedir. Çağdaş ruhbilim ve dinamik ruh hekimliğinin temel taşlarından biri olan bilinçdışı kavramını ve özelliklerini bir önceki bölümde açıklamıştım.

Bir noktanın daha açıklanması, dürtü tanımlanmasını tamamlamak bakımından uygun olacaktır. Yukarıda demiştim ki, dürtünün yöneldiği bir nesne vardır ve organizma bu nesneye doğru yönelir. Bundan, dürtünün yalnız tek bir yöne yöneldiği sonucu çıkarılabilir. Bunu düzeltmek isterim. Örneğin: Ağrıdan kaçma dürtüsünde, organizma bu dürtüyü uyaran bir nesneden uzaklaşma gereksinimindedir. Öyleyse şu sonucu çıkarabiliriz: Güdülemeli davranışın iki yönü vardır: *Yanaşma ve uzaklaşma.*

Dürtünün artmasını, gerginliğin çoğalmasını doğuran nesneler "eksi (-) değerli" olup, organizma bunlardan kaçarak dürtü gerginliğini azaltmaya yönelir. Dürtü boşalmasını ve gerginliğin ortadan kalkmasını sağlayan nesneler "artı (+) değerli" olup, organizma bunlara yanaşır. Kimi durumlarda bir nesne hem artı hem eksi değer kazanabilir ve organizma böyle bir nesne karşısında iki-değerlilik (ambivalence) durumundadır. Örneğin: Güzel, fakat kaprisli, hırslı bir kadın, bir erkek için hem yanaşılacak, hem uzaklaşılacak bir nesne olabilir.

ENGELLENME, ÇATIŞMA

(Frustration, conflict)

Dürtünün amacı, boşalma ve gerginliğin ortadan kalkması, doyum ve bununla birlikte giden hazdır. Bu amacın gerçekleşmesi için organizmanın yöneldiği doğrultuda bir engelin bulunması nedeniyle boşalma ve doyumun olmaması durumuna *"engellenme" (frustration)* denir. Bu durumda organizmanın doyurulması gereksinimi süreceğinden, bu gereksinimin ortaya çıkardığı gerginlik de sürecektir. Bu gerginlik hoş olmayan, istenmeyen bir durumdur. Organizma, doğal olarak kendisine acı veren durumdan kaçınacak ya da böyle durumları, etkenleri ortadan kaldırmaya yönelecektir. Engellenme doğuran etkenler iki ana kümede toplanabilir:

İçten gelen etkenler: Organizmanın kendi içinde bulunan fiziksel ya da ruhsal etkenlerdir. Bedensel güçsüzlükler, hastalıklar, çocukluk çağına özgü çaresizlik durumu fiziksel etkenlere; suçluluk duyguları, korkular, kişinin benliğine sinmiş yasaklar ruhsal etkenlere örnek gösterilebilir.

Dıştan gelen etkenler: Doğal ya da toplumsal çevrede bulunan engelleyici etkenlerdir. Doğal yıkımolay (afet) ya da çetin doğa koşulları yanısıra birçok

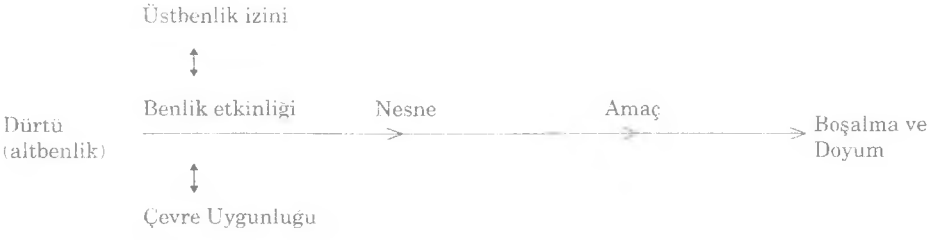
toplumsal olay, örneğin savaşlar, toplumsal yasaklar vb. insanoğlu için engelleyici nitelikte olabilir.

Engellenmenin yalnızca bilinçli bir süreç olmadığını, bilinçdışı birçok etkenle engellenme durumunun ortaya çıkabileceğini unutmamak gerekir. Nitekim, ruhsal bozuklukların bir çoğu çocukluktan beri bilinçdışına işleyen engellenme durumlarından ortaya çıkmaktadır. Bu korkular, çocukluk çağında karşılaşılmış başka türlü engellenmeler ve çatışmaların bilinçdışında saplanıp kalması, etkinliklerini sürdürmeleri ile ortaya çıkmaktadır.

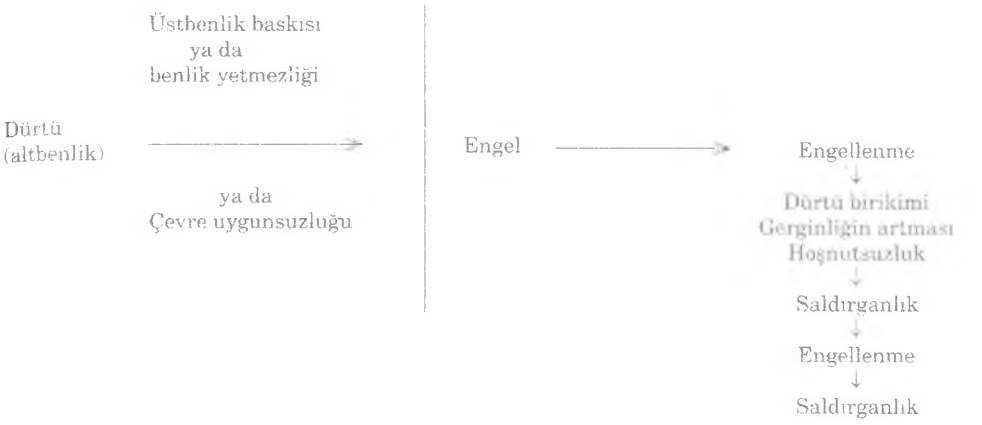
Kişi engellenmelere karşı çeşitli tepkiler gösterebilir. Engellenme ile gerginlik arttığına, boşalma kösteklendiğine göre, en ilkel ve temel tepki, bu engelden kurtulmaya çalışmaktır. Engeli ortadan kaldırmak bir saldırma ile olacağı gibi, geri çekilme, dürtü nesnesini değiştirme, gerçek nesneler yerine düşlem nesneleri yaratma gibi biçimlerde de olabilir. Küçük çocuğun çaresizliğini ve çevresinden verilecek besiye, bakıma, korunmaya bağımlı oluşunu gözönüne alırsak, engellenmenin kaçınılmaz bir yaşam olayı olduğu kolayca anlaşılır. İnsanoğlu doğuştan başlayarak bir sürü engellerle karşılaşır; yavaş yavaş bu engellere karşı bir dayanıklılık geliştirir, çeşitli tepki biçimleri kazanır. Gereksinimlerini doyurmak için beklemeyi, ertelemeyi, kimi gereksinimlerini bırakmayı, nesnelerini değiştirmeyi, kimi kez de saldırıya geçmeyi öğrenir. Bu öğrenme süreci toplumdan topluma, aileden aileye değişkenlikler gösterir. Giderek engellenmeye karşı oluşan dayanıklılık benliğin en güvenilir, en uyum yapıcı özelliği olur. Bu nedenle *"engellenmeye dayanma gücü" (frustration tolerance)* benlik gücü ile eş anlamlıdır[42].

Yukarıda verilen bilgilere dayanılarak aşağıdaki iki şema ile güdülemeli bir davranışın normal doğrultusunu ve engelleniş biçimini özetliyorum.

ŞEKİL 1
Engelsiz Güdülemeli Davranış



SEKİL 2.
Engellenme



ÇATIŞMA

Organizma, birbiri ile bağdaşmayan birden çok dürtü ya da dürtü nesnesi ile karşı karşıya kalınca, bir *çatışma* (conflict) durumundan söz edilir. Ruhbilimciler değişik çatışma türleri tanımlamışlardır[26,42]. *Yanaşma-yanaşma çatışması* (approach-approach conflict) iki ya da daha çok olumlu değerli amaç nesnesi yan yana bulunduğunda ve kişi bunlardan birini seçmek zorunda kaldığında ortaya çıkar. "İki cami arasında binamaz" halk deyiminde olduğu gibi. *Uzaklaşma-uzaklaşma çatışması* (avoidance-avoidance conflict) iki ya da daha çok olumsuz durum ya da nesne karşısında kalmaktır. "Yukarı tükürsen bıyık, aşağı tükürsen sakal" halk deyiminde olduğu gibi. *Yanaşma-uzaklaşma çatışması* (approach-avoidance conflict), bir amaç nesnesinin hem olumlu hem olumsuz yönleri bulunursa böyle bir çatışma durumu ortaya çıkabilir. Örneğin, iki sevgilinin birlikte bulununca birbiri ile hep kavga etmesi, uzakta durunca birbirini özlemesinde olduğu gibi. Ruh hekimliğinde, iki-değerlilik (ambivalence) denilen duygusal durumda böyle bir çatışma söz konusudur.

Çatışma bir engellenme durumudur ve gerginliğin artmasına yol açar. Çatışma da engellenme gibi kaçınılmaz bir yaşam olayıdır ve sık sık karşılaşılan bir durumdur. Genellikle ruhsal bunalım ve bozukluklara yol açan çatışmaların çoğu bilinçdışı ve ruhsal aygıtın içinde olan bir süreçtir. Bu tür çatışmayı psikanalitik terimlerle açıklamayı uygun görüyorum. *Psikanalitik anlamda çatışma, ruhsal aygıtın üç yapısal ögesi arasında bir bağdaşmazlığın, uyuşmazlığın ürünüdür.* Yani benlik ile altbenlik ya da benlik ile üstbenlik bir çatışma durumunda olabilir. Örneğin, altbenliğin dürtüsel yönden ağır basması ve doyum istemesine karşın, benliğin bunun çevresel gerçekler nedeni ile ya

da üstbenlik yasakları yüzünden engellemesi bir *iç çatışma* durumudur. Benliğin izin verdiği bir davranışı üstbenliğin ağır biçimde suçlaması benlik ile üstbenlik arasında bir çatışmayı gösterir. Bireyin kendi içinde hiçbir çatışma olmaksızın, doğrudan doğruya benlik ile çevre arasında bir çatışmanın olabilirliği de düşünülmelidir. Ancak bu tür çatışmanın ruhsal bunalıma yolaçıp açmayacağı konusu tartışmalıdır. Psikanaliz kuramı, gerçek bunaltıyı ve bozukluğu doğuran iç çatışmanın bilinçdışı nitelikte olduğunu öne sürer.

Ruhsal bozukluklarda genellikle çocukluk çağından kalma iç çatışma söz konusudur. Uygun yer ve yaşam döneminde bu çatışma canlanarak ağır ruhsal bunaltıya neden olabilir. Çocukluk çağının önemli çatışma kaynakları ruhsal gelişim bölümünde açıklanacaktır.

Ruhsal Örselenme (Travma)

Engellenme ve çatışmaların büyük bir çoğunluğu doğal yaşam süreci içinde kaçınılmaz durumlardır ve benliğin gelişmesinde, olgunlaşmasında bunların zorunlu yeri vardır. Yukarıda açıklandığı gibi, engellenmelerle karşılaşılarak bir dayanma gücü gelişebilmektedir ve bu da benlik gücü ile aşağı yukarı eş anlamlıdır. Daha sonra bunaltı ve savunma düzenekleri bölümünde açıklanacağı gibi benliğin gelişmesi ve olgunlaşması, gene büyük oranda karşılaştığı çatışmalı durumları çözmek, bunaltıya karşı savaşım vermekle olmaktadır. Ancak her engellenme ve çatışmanın da benlik gelişmesinde olumlu izler bırakacağını söyleyemeyiz. Bunların kimileri örseleyici (traumatic) nitelikte olabilir. *Örseleyici nitelikte olan engellenme ya da çatışmalar benliğin gelişmesini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da gerileten süreçlerdir.* Burada benlik, üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta uyaranlar kümesi (içten ya da dıştan) ile karşı karşıyadır[10]. Üstesinden gelemeyeceği derken uyaranların hem niteliği, hem niceliği düşünülmelidir. Benliğin bu engelleme ve çatışmalara dayanma gücü bireyden bireye ya da aynı bireyin yaşamının farklı dönemlerinde değişik olabilir. Kimi durumlarda benliği etkileyen engellenme ve çatışmalar, dışardan çok ağır ve örseleyici görünmeyebilir.

Organizmaya bağlı yapısal etkenler ve geçmiş yaşam deneyimleri, karşılaşılan engellenme ve çatışma durumlarının üstesinden gelmede önemli yer alır. Öyle engelleyici ve çatışma doğurucu durumlar vardır ki herkes için ağır örselenme olabilir. Ama *çoğunlukla örselenme olayları organizmanın yapısına, gelişme çağına, içinde bulunduğu fiziksel, toplumsal ve ruhsal ortama bağımlı olarak kişiden kişiye göreceli etki yapar.* Örneğin, çocuk için anne yitimi ağır ve örseleyici bir olay ise de, yetişkinde zor bir yaşam durumudur; genellikle örseleyici değildir. Benlik gücü zayıf bir kişide olağan günlük kısıtlamalar örseleyici etki yapabilir. Uyaranların çok düşük olduğu bir ortamda, birden gelen beklenmedik küçük uyaranlar bile çok şiddetli bir etki kazanabilir: siperde, hasta yatağında kıpırdamadan durmak, yatmak zorunda bırakan durumlarda olduğu gibi.

BUNALTI

(Anxiety, Anxiété)

Danimarka'lı felsefeci Kierkegard'ın bunaltı üzerine yazdığı iki kitapta (1843, 1844) kullanılan sözcüğün Almanca karşılığında Husserl, Heidegger, Jaspers, Binswanger, Sartre gibi felsefeciler ve S. Freud hep "angst" sözcüğünü kullanmışlar. Kierkegard'ın sözcüğü İngilizce'ye "dread ya da anxiety" olarak çevrilmiş. Fransızlar da "anxiété" demişler.

Türkçe'de halk dilinde bu duyguyu yansıtabilecek bunalmak, bunaltı, bungunluk, bun basması, daralma, sıkıntı gibi sözcükler var. "Angst, anxiety" duygusunu karşılamak için kimilerince "kaygı" sözcüğü yeğlenmekte ise de "kaygı" bu yaşantının gerçek görüngüsel (fenomenolojik) anlamını vermemektedir. Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak, tasalanma, endişe duygusudur. Örneğin bir anne, çocuğunun sağlığı, başarısı konusunda kaygılanmaktadır; Türkiye'nin ekonomik durumu kaygı vericidir gibi. Ayrıca kaygı sözcüğü klinik düzeyde şiddetli bunaltıyı karşılamamaktadır. Nitekim Kierkegard'ın kullandığı sözcüğün İngilizce karşılığında "fear, anxiety" bile yetersiz kalmakta, kimileri "dread" (şiddetli korku, dehşet) sözcüğünü önermektedir. Bu nedenlerle Türkçe'deki "bunaltı" sözcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygun görülmektedir.

Benliğin savunma düzeneklerini anlayabilmek için bunaltı kavramını bilmek gerekir. Burada, bir rahatsızlık olarak "bunaltı bozukluğu" anlatılmayacaktır. Bu bölümde öncelikle psikanalitik açıdan bunaltının tanımı, işlevi, gelişimi üzerinde durulacaktır. Bunaltının kökeni açıklanırken kısaca varoluşcu, davranışcı ve nörobiyolojik görüşlere de değinilecektir.

Bunaltının Belirtileri

Bunaltı korkuya benzer bir duygudur. Kişi bunu sanki kötü bir şey olacakmış gibi içinde nedeni belirsiz bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar. Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Ağır derecelerinde kişinin benliği bu ruhsal acı (pychic pain) altında ezilir; kimi kez dağılır ve en güçlü fiziksel ağrıların bile bu denli rahatsız edici olmadığı; bir ameliyat ağrısının, bir kanser sancısının yeğ tutulacağı söylenebilir. Bunaltı durumunda kan basıncının yükselmesi, yürek atımının hızlanması, kaslarda gergi (tonus) artması, kılların dikleşmesi, göz bebeklerinde genişleme, ağız kuruması, yüzde solukluk, el ayalarında terleme, sık işeme, sık dışkılama, kusma ve öğürme eğilimleri gibi fizyolojik belirtiler görülür. Devinimde artma, bazen de azalma, donup kalma olabilir. Bütün bu belirtiler organizmanın *ivedi tehlike karşısında döğüşe hazırlanma* ya da *kaçma* türünden bir uyarılış içinde olduğunu göstermektedir[6]. Yaygın

ve güçlü, fakat nedeni bilinmeyen bir tehlike karşısında, organizmanın doğal savunmalarından, öncelikle sempatik sinir dizgesi kamçılanır ve bu nedenle yukarıda sıralanan fizyolojik belirtiler ortaya çıkar.

Bunaltıyı tümden klinik bir belirtiler kümesi olarak görmek doğru değildir. Çoğunlukla bunaltı sinsi bir tedirginlik ve gerginlik düzeyinde olur. Daha da yaygın, belki de evrensel olarak algı eşiğinin altında, bir başka deyimle bilinçdışı nitelikte olur ve *benliğin savunma düzeneklerini* uyarır. Bilinçli bunaltının fizyolojik belirtileri ve özel bir duygusal yaşantısı vardır. Oysa ki bilinçdışı bunaltı bireyin benliğinde etkindir. Bu etkinlik benliğin savunma düzenekleri ile kendini belli eder. Savunma düzenekleri başlatılmazsa ya da yetersiz kalırsa, yukarıda tanımladığım açık seçik klinik belirtilerle bilinçli bunaltı ortaya çıkar.

Fenomenolojik - Varoluşçu Açıdan Bunaltı

Bunaltı, insan varoluşunun temelinde vardır. Varoluşa karşı yokoluş gerçeğinin algılanmasıdır. Bunaltı, kişinin varoluşunun yokedilebileceğinin, kendisini ve dünyasını tümden yitirebileceğinin, *"hiç"* olabileceğinin farkında olmasıdır. Korku, kişinin varlığının dışına, onun dış yüzeyine yönelen bir tehlikeye karşı tepki, bunaltı ise kişinin doğrudan doğruya varoluşuna, özüne karşı bir tehditin algısıdır. Bunaltı varlıkbilimseldir (ontolojik), korku ise değildir. Korku, başka duygular gibi incelenebilir, fakat bunaltı ancak varoluşa (dasein) tehdit olarak anlaşılabilir[33].

Öğrenme Kuramları ve Bunaltı

Bunaltı ve bunaltıya bağlı davranış örüntüleri çocuklukta ya da sonradan çok değişik öğrenme koşullarında, çok değişik öğrenme yolları ve etkileri ile öğrenilebilir, giderek kişiliğe yerleşebilir. Birey tehlikesiz uyaranları, nesneleri tehlikeli olarak algılamayı, değerlendirmeyi; buna göre kaçınma davranışları geliştirmeyi öğrenir. Ortada bir iç-çatışmanın (intrapsişik çatışma) bulunması gerekmez. Bu öğrenmede *organizmanın biyolojik duyarlığı* (örneğin duyarlı bir otonom sinir dizgesi), *psikolojik yatkınlığı* (örneğin bilişsel değerlendirme kalıpları, stresle başetme yetileri gibi) yanısıra *yaşam olayları, öğrenmenin biçimi, yoğunluğu, sürekliliği, yinelenmesi* vb büyük rol oynar.

Bunaltının Psikanalitik Anlamı

İç-çatışmayı ve buna bağlı bunaltıyı kavrayabilmek için ruhsal aygıtın yapısını, gelişmesini kısaca yinelemek gerekir. Bilindiği gibi insanoğlu, biyolojik ya da ruhsal dürtülerini her istediği anda, yerde ve biçimde doyuramaz. Çocukluktan başlayarak gereksinimlerin doyurulması için belli zaman ve yerlerin olduğunu; beklemeyi ve kimi gereksinimlerimizi tümden bırakmayı ya da değişik yollardan doyurmayı öğreniriz. Çocukluğun ilk yıllarında ege-

men olan *haz ilkesi (pleasure principle)* yavaş yavaş yerini *gerçeklik ilkesine (reality principle)* bırakır; fakat gereksinim ve dürtülerimiz yok olmaz, gelişmiş biçimlerde süregelirler ve davranışlarımızda etkili olurlar. Öyleyse, bir yanda, amacı doyum olan dürtüler ve bunların doyum araması; öbür yanda gerçeklere uyma zorunluluğu ve dürtülerin çevresel koşullara uygun biçimde doyumunu sağlamaya çabası vardır. Kişiliğin bu iki dizgesine *altbenlik ve benlik* denir. Bir üçüncü dizge olan *üstbenlik* de çocukluktan beri kişilikte yer alan ana-baba ve toplum yasakları, yargıları, ahlâk değerleridir. Bu dizgelerin etkinlikleri büyük oranda bilinçdışı olmaktadır. Bu üç dizgenin temel özelliklerini daha önce tanımlamıştım. İşte *iç çatışma, bu dizgeler arasındaki bir dengesizlik, bir bağdaşmazlıktır.* Örneğin, altbenlik dürtülerinin doyum için sıkıştırması ya da son derece ağır, sıkı ahlâk yargılarının, yani üstbenliğin baskısı ile benlik içinde dengenin bozulması bir çatışmadır. Böyle bir durumda kişi kendi ruhsal yaşamında bir yandan dürtülerini ivedi doyurmak istemekte, öbür yandan bunların doyurulması ya da ertelenmeleri gerektiğini algılamaktadır. Bir başka deyimle bu dürtünün hem artı, hem eksi değeri vardır ve burada bir yanaşma-uzaklaşma çatışması söz konusudur. *Böyle bir bilinçdışı çatışma durumu, benliğe yönelik bir tehlike olarak algılanır ve tehlikeli durumlara karşı doğal tepkiler zincirleme olarak ortaya çıkar.*

Dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı olan duygusal tepkiye *korku* deriz. Korku, benliğe, varlığa yönelik olan bir tehlike durumunda kaçma davranışlarını başlatan bir duygudur. Korku bulunmasa organizma tehlikeli durumlardan kendisini hemen kurtarma, kaçma durumuna girmezdi. *Korku nesnel bir tehlikeye karşı denge-durumsal (homeostatik) işlevi olan bir uyarılıştır.*

İnsanoğlu için tehlikeler yalnızca dışarıda var olan nesnel tehlikeler değildir. İnsan kendi içindeki dürtülerden, eğilimlerden, geçmiş yaşamın anılarından da korkabilir. Aslında kişiyi hoş olmayan bir duruma sokan herhangi bir şey tehlike olarak algılanır. Kimi dürtüler, aşırı yargılar ya da çevresel durumlar bireyin dengesini bozan, gerginliği artıran bir tehlike olarak değerlendirilir. *Bilinçli tehlikeye karşı duyulan tepki korku; bilinçdışı olan, nesnesi kişice tanınmayan, içten gelen tehlikelere karşı duyulan tepki ise bunaltıdır.*

Bunaltının Kökeni ve Gelişmesi

İnsan yavrusu yaşamın ilk dönemlerinde ileri derecede çaresiz ve başkalarının bakımına muhtaçtır. Kendi kendisini doyuracak, rahat ettirecek yapısı, gücü yoktur. Dışardan verilen besi ve bakımın gecikebilmesi ya da sağlanamaması gibi kaçınılmaz yaşam koşulları yüzünden organizmada acı ve gerginlik doğması da kaçınılmazdır. *Organizmanın kaldırabileceğinden, üstesinden gelebileceğinden çok uyaranla karşılaşmasına "örselenme durumları"* dendiği açıklanmıştı. İnsan için ilk örselenme durumları temel gereksinimlerinden yoksun bırakılması, doyurulmasının engellenmesi ya da geciktirilmesi ile ilgilidir. Örneğin aç kalan bir bebeğin açlık dürtüsü organizmanın yaygın ve şiddetli olarak uyarılmasıdır;

bebek bu dürtüsünün üstesinden gelecek durumda değildir. Bütün organizma çırpınma, ağlama, kol-bacakları, bedeni oynatma ile tepki gösterir. Bu tepki henüz ayrışmamış olup tüm bedeni içine alan bir tepkidir. Organizmanın acı, gerginlik içinde bulunduğu anlamına gelir. Buna *birincil bunaltı* (*primary anxiety*) denir ki bu, daha sonraki gelişmiş duygulanımların henüz ayrışmamış kökenidir. Bu birincil bunaltı, benliğin edilgin olarak algıladığı hoş olmayan bir durumdur; benliğin bunda etkin bir rolü yoktur. Doğrudan doğruya başedilemeyecek düzeyde dış ve iç uyaranın organizmayı sarmasıdır. *Birincil bunaltı* yaşamın daha sonraki dönemlerindeki bunaltıların en ilkel biçimidir[10].

Daha sonraki yaşam dönemlerinde ağır örseleyici durumlar (örneğin savaş, yıkımolaylar (afetler), kazalar) böyle birincil bunaltıya benzer bunaltılar doğurabilir. Burada bütün organizma, aşırı bir uyarılış, bir çeşit uyaran seli altında kalır. *Örselenme sonrası zorlanma bozukluğunda (travma sonrası stres bozukluğu)* böyle bir bunaltı söz konusudur. Bu tür bozuklukta bunaltı bir paniğe benzer; bütün organizma gerginlik, kaçışa hazırlanış içindedir. Benlik, bunaltı altında edilgin biçimde ezilir ve çaresiz kalır.

Çocuk büyüdükçe, devinim aygıtlarını bir amaç için kullanabildikçe, giderek, uyum ve tepki arasındaki süreyi uzatabilmeyi öğrenir; gerginliğe karşı dayanıklılık kazanır. Giderek benlik, *ilkel duygulanım boşalmalarını (primitive affect disharge)* ve hepsinden çok birincil bunaltıyı *yumuşatmayı* (taming) ve kendi amaçları için kullanmayı öğrenir. *Böylece neyin, ne zaman bunaltı doğurabileceği önceden kestirilmeye başlanır. Bu önceden kestirebilme (anticipation), yani bir bunaltı doğabileceğini ayırdedebilme, benlik gelişiminin en önemli aşamalarından biridir. Bunaltı beklentisinin kendisi, bunaltının daha düşük düzeyde yaşanmasıdır*[10]. Yani çocuk bir örseleyici durumun olabileceğini önceden algılar ve giderek bu yumuşamış bunaltı, organizmanın hoş olmayan ya da tehlikeli olan durumuna karşı hazırlanışı olur. İşte *bunaltının bu önceden sezilen, beklenen türüne* ön-*sezme bunaltısı (anticipation anxiety)* adı verilir. *Ön-sezme bunaltısı*, benliğin etkin olarak yarattığı fakat kökeni birincil bunaltıda olan bir duygudur. Oyunlarda, düşlemlerde çocuk bu yaşantıları etkin olarak yineler. Hem yaşanan örselenme durumu yeniden yaşanır, hem de gelecekte ne olabileceği daha iyi tanınmış olur. Bu *tür ön-sezme bunaltılarını yineleyerek yaşayan benlik, bu bunaltıyı iç tehlikeye karşı bir haberci, bir işaret olarak kullanmayı öğrenir (signal anxiety)* [22]. *Bu anlamda bunaltı, benliğin uyum hizmetinde kullanılan koruyucu bir duygu türüdür ve bu işlevi bakımından korkuya çok benzer.*

Korkuda dış dünyaya bağlı gerçek bir tehlike nesnesi vardır. Bunaltıda ise böyle bir gerçek tehlike olmayıp, bireyin bilinçdışı dünyasında bir tehlikenin, yani bir çatışma durumunun varlığı söz konusudur.

Birincil bunaltıyı çocuğun çaresizliğine, kendi gereksinimlerini doyuramayışına bağlamıştık. Çocukluğun ilk dönemlerinde çevredeki nesnel bir tehlikeyi tanımak olasılığı yoktur. Çocuk ancak, yukarıda tanımladığımız ör-

selenme durumlarının yinelenebileceğinden korkabilir; fakat bu tür birincil korkunun sözel bir tanımlaması yoktur. Giderek dürtülerin kendisinin bir tehlike kaynağı olabileceği konusu bu birincil korkuya bağlanır. Dışa bağımlı çaresiz bir organizmanın hemen doyum bekleyen dürtüsü, bu durumda acı (elem) kaynağının kendisi olmaktadır. Psikanaliz kuramı, çoğu ruhsal bozuklukların oluşunu dürtünün böyle tehlikeli olarak algılanması temel görüşüne dayandırır.

Daha da açıklayalım. Yaşamın ilk yılları, *özseverlik dönemi* (narcissistic stage) olarak bilinmektedir; bu dönemde çocuğun bütün özseverlik gereksinimleri dışarıdan verilmektedir. Dışarıdan verilenler olmasa yaşam olmayacaktır ve yaşamı sürdüren şeyler ile özseverlik kaynakları bu dönemde aynıdır. Çocuğun bütün benlik sevgisi, saygısı dışardan alacağı *yardım, korunma ve sevgiye* bağlı olduğuna göre bir çocuk için en ağır korku bunların yitimi, verilmemesi korkusudur. Sevilen, korunan bir benlik kendini güçlü; sevilmeyen, korunmayan, bırakılmış bir benlik kendini güçsüz, çaresiz görecektir. Doğal yaşam koşulları, ergeç dıştan gelen (seven, koruyan, besleyen) doyurucuların gelemeyebileceği korkusunu ortaya çıkarmaktadır ve bu anlamda biyolojik bir kökeni vardır. Çünkü hemen bir doyum söz konusu olamaz. Gereksinim ile doyum arasındaki süre genellikle kısadır. Ama bu kısa süre içinde çaresiz yavrunun artan gereksiniminin doğurduğu bir uyaran seli altında kısa süreli de olsa kalması ve bir "örselenme durumu" nu yaşaması kaçınılmazdır.

Bunaltının nörobiyolojik kökeni, kliniği ile ilgili bilgi ve kaynaklar *Bölüm XX-I Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar'da* verilmiştir.

Kaynaklar *Bölüm VI: Benliğin Savunma Düzenekleri*'nin arkasında toplu olarak verilmiştir.

BÖLÜM VI

BENLİĞİN SAVUNMA DÜZENEKLERİ

Her organizma kendini en uygun bir denge içinde tutmaya eğilim gösterir (homeo-stasis ilkesi). Bu dengenin sağlanabilmesi için organizmanın içinde doğal olarak bulunan, gelişebilen; denge bozucu uyarıları tanıma, değerlendirme ve ona göre korumaya yönelme yetileri vardır. Evrimsel gelişme merdiveninde en yüksek düzeye ulaşmış olan insanda, koruyucu ve yaşamı sürdürücü dizgeler karmaşıktır. Bunlar biyolojik, ruhsal ve toplumsal yönlerden ele alınabilir; fakat hepsi birbiri ile bağlantılıdır. Biyolojik koruyucu dizgeler, daha çok organizmanın kalıtımsal yapısı ile kurulmuş olan ve tepkisel çalışan ilkel düzeneklerdir. Örneğin ağrıdan kaçma tepkisi gibi. Hastalık yapabilecek mikroplar bedenimize girdiğinde kan hücrelerinde ve beden kimyasında hızlı değişimler ve organizmayı korumaya yönelik hazırlanmalar başlar. Mikroplara karşı kanda akyuvarların çoğalması biyolojik anlamda bir savunma düzeneğidir.

İnsanda biyolojik korunma araçları kimi bakımlardan hayvanlardakine benzerse de, insanın dürtüleri ve koruyucu düzenekleri, zamanla, toplumsal ve çevresel etkilerle değişebilir, gelişebilir ya da cılız kalabilir. Oysa, hayvanlardaki korunma düzenekleri ve içgüdüler doğal koşullarda genellikle değişkenlik göstermez; belli bir kalıp içinde kuşaktan kuşağa aktarılır. Örneğin, insanlarda da bir açlık dürtüsünden ya da içgüdüsünden söz etmek olasıdır. Ancak insan, kendisini doyurmak, açlığını gidermek için değişik yollar ve yiyecek şeyler öğrenebilir, kendisine yararlı bir besin yerine, tümden zararlı olanı da severek alabilir. Öyle ki, insan kendi yaşamını sürdürecek olan dürtü ve gereksinimlerini bir yana itebilir; uzun süre erteleyebilir ya da bastırarak yok sayabilir. Örneğin açlık duygusunun, cinsel gereksinimin bastırılması ile oluşan güçlü yoksunluk ya da doyumsuzluk olağan uyarıcı niteliğini yitirebilir.

İnsanda biyolojik dürtülerin yanı sıra çoğu kez bu dürtülerden kaynaklanarak gelişen, önemli ruhsal-toplumsal gereksinimler ve güdüler vardır.

Bunlar da organizmanın biyolojik, ruhsal, toplumsal uyumuna, dengesinin korunmasına yararlar. Ancak şunu hemen belirtmek gerekir ki, bu tür ayırım yapaydır. *Biyolojik olanın nerede bittiğini, ruhsal ve toplumsal olanın nerede başladığını kesinlikle belirtmek olanaksızdır ve hepsi birbiri ile bağlantılıdır.* Bu tür ayrımlar bir olguyu açıklamak için yapılan soyutlamalardan başka bir şey değildir. Biyolojik dürtüler doyurulmadan, ruhsal gelişim ve toplumsal uyum ya da denge söz konusu olamaz. Ruhsal-toplumsal uyumunu yapmayan bir birey de biyolojik gereksinimlerini karşılayamaz duruma düşebilir. Örneğin, anne kucağındaki çocuğun, açlık dürtüsü ile besi gereksinimi doyurulup gelişmesi sağlanırken; anne kucağından aldığı korunma, sıcaklık, sevgi ve yakınlık onda güven duygusu, sevmek, sevilmek gereksinim ve güdülerini geliştirir.

İşte, doğumdan sonraki çocuk-anne, çocuk-çevre ilişkileri ile insan giderek karmaşık ve yaşamsal önemi olan ruhsal-toplumsal gereksinimler geliştirir. Bunlardan en önemlileri: *güven, korunma, sevme, sevilme, güçlü olma, beğenilme, onur, namus, özgürlük, gerçeği öğrenme, ilerleme, kişilikli olma gibi gereksinimlerdir.* Bunlar kuşkusuz biyolojik dürtüler gibi doğuştan değildir. Toplumsal bir etkileşim ortamında öğrenme ile kazanılan özelliklerdir. Ama doğuştan varolan, insanın bu gereksinimleri geliştirebilme, öğrenebilme yetisidir. Fiziksel ağrıdan korkma ve kaçma doğal bir savunma belirtisi iken; sevilmemekten, onurumuzun kırılmasından korkma ve kaçma da belli bir doğal yeteneği olan organizmanın toplumsal etkileşim ile kazandığı savunma yetileridir.

Uyum dengesini bozacak herhangi bir etken organizmada bir tehlike olarak algılanır. Dış dünyadan gelen tehlikeli uyaran ve etkenlere karşı her canlı varlığın ortak savunma düzenekleri vardır. Bunlar genellikle, *kaçma* ya da tehlikeyi ortadan kaldırmaya yönelik *saldırma* biçimindedir. Ağır tehlikeli durumlarda organizma, Cannon ve Bard'ın tanımladığı *"ivedi durumda savaşma ya da kaçma durumuna geçiş" (emergency mobilization for fight or flight)* biçiminde temel savunma yollarına başvurur[5].

Kaçma ve savunma işlemleri kuşkusuz yalnızca biyolojik tepkiler olarak görülemez. Bu tür davranışlarda da karmaşık benlik işlemleri (örneğin tehlikenin algılanması, değerlendirilmesi, savunma aygıtlarının işlemeye hazırlanması ve eyleme geçilmesi gibi) yürürlüktedir. Fakat *benliğin savunma düzenekleri denilince, bu tür dış tehlikelere karşı olan savunmalar anlaşılmamaktadır. Benliğin savunma düzenekleri, daha önceki bölümlerde tanımlanan, çatışma ve bunaltıya karşı kullanılan benlik işlemleridir. Genellikle bilinçdışı süreçlerdir ve birey, ne tehlikenin, ne de kullandığı savunmanın bilincinde değildir.* Daha önce açıkladığımız gibi *korku* nasıl dışarıdan gelen gerçek bir tehlikeye karşı ilk koruyucu tepki ise, *bunaltı* da içte olan bir çatışma ve tehlikeyi haber veren tepkidir. Bunun için bu tür bunaltı *"uyaran bunaltı" (signal anxiety)* olarak da bilinir.

Korku, bizi kaçmaya, saldırmaya ya da teslim olmaya götürebilir. Ancak, bilinçdışı olan ve bireyin ayırt edemediği bir çatışmadan bilinçli olarak kaçması ya da ona bilinçli bir çözüm yolu bulması olanaksızdır. Bilinçdışı bir eğilim ya da dürtü karşısında benliğin çatışmaya girmesi durumunda neyle savaşılacaktır? Bilinçli olarak ve istençle (irade ile) nasıl bir önlem alınacaktır? İşte, benliğin, bilinçdışı çatışmaya ve bunun doğurabileceği bunaltıya karşı kullandığı çok değişik türde savunmaları vardır ve bunlar bir çok karmaşık davranışların gerçek anlamını açıklamaya yarar[8, 9, 11, 18,, 20,. 33, 35].

BASTIRMA
(Repression, refoulement)

Benliğin savunma düzenekleri arasında ilk tanımlanan ve bütün öbür düzeneklere de temel olan *bastırma*, dürtü, anı ve deneyimlerin bilinçdışına itilmesi ve orada tutulmasıdır. İlk olarak Sigmund Freud tarafından ortaya atılmış ve çağdaş ruh hekimliğinin gelişmesinde temel kavramlardan biri olmuştur. Freud çağına dek açıklanamayan birçok normaldışı davranış biçiminin, anlam verilemeyen ruhsal sorunun ve belirtinin anlaşılması, bu düzeneğin aydınlatılması ve bununla birlikte bilinçdışı kuramının ortaya atılması ile sağlanmıştır. Çocuklukta hepimizi uğraştıran, davranışlarımıza yön veren birçok istek ve gereksinimimiz, duygumuz ve yaşam deneyimimiz olmuştur. Bunların bir bölüğünü anımsarız; büyük bir bölüğü de bilinçli anılarımızda yok gibidir, anımsayamayız. Ancak, psikanaliz yöntemleriyle bunların birçoğunu bilinç düzeyine çıkarmak, bunları bilinçli bir anı olarak anımsamak olanağı vardır.

Bilinçdışına itilen ve orada tutulan dürtü, istek, anı ve duyguların bilinç düzeyine çıkmasını benlik genellikle kabul edilemez bulur.. Bir başka deyişle, bunlar üstbenlikçe yargılanarak yasaklanan ve benliğe acı, bunaltı veren ögelerdir. Bu nedenle benlik tarafından bastırılırlar. Bastırma, her insanın kullandığı bir savunma olmakla birlikte, yaşamımızda ne kadar çok olayı bastırırsak, doyum ve yeni uyum yolları öğrenmede o oranda güçlük çekeriz. Herhangi bir dürtünün, duygunun ya da anının bilinçdışına itilmesi ve orada tutulması belirli bir enerji harcanmasına; kimi doğal dürtülerin doyurulmamasına yol açarak, kişiliğin sağlıklı gelişmesini kısıtlayabilir.

Kişinin kendini "bilmesi", kendini "tanıması" büyük oranda bastırma düzeneğinin yoğun etkisi altında kalmamasına bağlıdır. Ama, her türlü bilinçdışı dürtünün, eğilimin çırılçıplak ortaya çıkması ve bilinçlenmesi de kişinin dağılmasına yol açabilir. Örneğin, şizofrenik bozukluklarda birçok başka düzenekle birlikte bastırma düzeneğinin de aşırı çözülmesi, bilinçdışı içeriğin darmadağınık biçimde açığa çıkması söz konusudur.

Dört-beş yaşlarındaki bir çocuğun cinsel konulara ne denli ilgili olduğu bilinir. Bunlarda, ileride göreceğimiz gibi, ana-babaya yönelik kıskançlık duyguları, cinsel istekler, düşler, korkular vb. sık görülür. Ne var ki, çocukluk

çağında bilinçli olan ve çoğu kez söze de dökülen, bu duygu, düş, istek ve korkular zamanla, tümden ya da kısmen, bilinçdışının derinliklerine itilirler. Bunların bir parçası önemli değişikliklere (örneğin yüceleştirme düzeneği) uğrar; bir parçası da bilinçdışında etkin bir güçle kalır; yani bastırılmış olur. Böylece bilinçdışı bir karmaşa (kompleks), bir tutku, bir saplantı olarak sürer. Kişi bunları ayırt edemez, ama davranışlarında etkileri çıkar. Yetişkin kişilerde anlamsız gibi görünen, açıklanamayan bir takım davranış örüntülerini biçimlendiren güçler bunlardır. Bastırma düzeneğinin zayıflayabildiği özel durumlarda, bilinç düzeyine çıkarak kendilerini belli edebilirler. O zaman benlik bir tehlike durumu algılar ve bunaltı ortaya çıkabilir. Bir karmaşa (kompleks) yoğunluğunda ve gücünde bastırılmış olan dürtü ve çatışmalar kümesi, (örneğin Oedipus çatışması) yetişkin kişinin yaşamında çok değişik davranış örüntülerine ya da ruhsal bozukluklara yol açabilir. Örneğin, cinsel güç sorunları, evlenememe durumu, erkeklere ya da kadınlara karşı aşırı çelişkili tutumlar, uygun olmayan özdeşim belirtileri vb.

Bu tür büyük karmaşaların yanısıra, *bastırma düzeneği, günlük yaşamın içinde dil ve devinim sürçmeleri (parapraksiler) olarak belirebilir*[10,15]. Dilimizin ucunda dediğimiz unutmalarımız, çeşitli dalgınlıklarımız ve kasıtsız gibi görünen unutkanlıklar, atlamalar, ertelemeler, yanlış anlatımlar vb. de bastırma belirtileridir ve bilinçdışı güdüler, korkular, baskılar altında yapılan sürçmeler, aksamalardır. Daha ağır biçimleri, bir yaşantıyı tümüyle ya da bir parçası ile hiç anımsayamamaktır. Örneğin, bir görüşme saatinde, oldukça ağır bir bunaltı içine giren bir kadın hasta, görüşmeden çıkarken kapıda bir bayılma nöbeti geçirmiş; uyandığında görüşmeden hiç bir şey anımsayamamıştı.

YADSIMA
(İnkâr, denial)

Benlik için tehlikeli olarak algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemek, değişik derecelerde oldukça yaygın olarak kullanılan ilkel bir savunma biçimidir. İnsanoğlu acı veren gerçeği kolay kolay görmek istemez; kaçınır ve bu kaçınmanın da bilincinde değildir. Bazı özürlerimizi, utanç ya da suçluluk duygusu doğurabilen eski deneyimlerimizi yalnız bilinçdışına itmekle kalmayız; bunları biz hiç yaşamamışız gibi, başımızdan hiç geçmemiş gibi algılayabiliriz; kendimize hiç konduramayabiliriz. Örneğin, birçok insan, ruhsal bunalım içinde olduğu halde bunalım ve acıyı kendine hiç kondurmak istemez; kendine yakıştırmaz. Öfke en çok yadsınan duygudur. Kızdığı, öfkeli olduğu dışardan belli olduğu halde kişi bunu hiç farkında olmaksızın yadsıyabilir. Ağır suçlayıcı üstbenlikleri, kendilerini yargılama eğilimi olan kişiler doğal cinsel kamçılanışları bile yadsıyabilirler. Özsevi duyguları kolayca incinebilecek kişiler yaşlanmayı, çirkinleşmeyi, sakat, hasta olmayı yadsıma gereksinimi duyabilirler.

Bu düzeneğin ağırlık kazanması ve yoğunlaşması ile bireyin gerçeklerle bağlantısı zayıflar. Bir bakıma sanki devekuşu felsefesi uygulanmaktadır. Yadsıma düzeneğinin doğal kabul edilebileceği durumlar çoktur. Örneğin, ölüme yaklaşmış kanserli bir kişi, kanseri ve yakında öleceğini tümden yadsıyarak, güç kazanabilir. Ama, bu yadsıma düzeneğine başvurmadan da, yani kanseri ve sonucunu gerçekçi biçimde kabul ederek de, kalan yaşamı göreli bir sağlık içinde sürdürmek olasıdır. Gerçeğin kesin ve sarsılmaz biçimde yadsınması ancak, normal dışı durumlarda görülebilir.

> Çok sevdiği genç oğlunu bir trafik kazasında yitiren bir anne, oğlunun ölüsünü gördüğü, cenaze törenine katıldığı halde bir süre sonra oğlunun ölmediğine kendini inandırmıştı. Sık sık oğlunun arkadaşlarına telefon ederek, onları bularak, oğlunun ölmediğini, gizli bir örgütün kaçırdığını, oğlunu bulmak için kendisine yardım etmeleri gerektiğini bildiriyor ve her türlü anımsatmaları, açıklamaları kesinlikle yadsıyordu. Hekimle konuştuğunda şöyle demişti: "Önümde duran şu masayı bildiğim gibi biliyorum ki doktor bey, oğlum ölmemiştir, buna kimse beni inandıramaz. Oğlumu bulmak için bana yardım edecekseniz söyleyin; yoksa, sizin ilâçlarınızı almam, sözlerinize inanmam".(MOÖ)

Bu tür ağır yadsımalar, genellikle, psikoz denilen ve halk arasında delilik diye bilinen ağır ruhsal hastalıklarda olur. Şizofreni hastalığında kullanılan en belirgin savunma düzeneklerinden biri yadsımadır. Başlangıçta, gerçek yaşam içinde ağır bir bunaltı, bir parçalanma duygusu içinde olan bir şizofreni hastası, gerçek dünyanın birçok yanını yok sayarak, kendine özgü bir dünya içinde denge kurmaya çalışabilir.

Yadsımanın, bastırmadan ayırımını yapmak güç görünmektedir. Aslında bastırma düzeneği bütün başka savunmalara eşlik eder. Bastırmada bir yaşantının bilinçdışına itilmesi söz konusu iken; bu bilinç düzeyine getirildiğinde önce yadsınabilir, sonra kabul edilebilir. Yadsıma düzeneğinde ise bilinçdışı bir yakıştırmama, yok sayma özelliği vardır ve bunun yerine gerçek dışı başka kabullenişler, başka düşünce ve inançlar oluşturulur. *Sanrı (hezeyan, İng. delusion, Fr. délire) oluşumunda yadsıma düzeneği önemli yer alır*[11, 37].

Örneğin paranoid türden kötülük görme sanrılarında kişi kendi içindeki düşmanca duyguları, kin ve nefreti önce yadsımakta, sonra yansıtarak dışarıdan kendisine kötülük gelecekmiş gibi algılamaktadır.

YANSITMA
(Projection)

Kimi duygu, dürtü, gereksinim ya da yaşam olaylarına karşı yalnızca bastırma ya da yadsıma düzenekleri yetmez. Bunların dışarıya aktarılıp, yansıtılıp, dışarıdaymış ya da dışarıdan kendisine yöneltiliyormuş gibi algılanması da önemli, ilkel savunma düzeneklerinden biridir. Özürlerimizi kendimiz için yadsıdığımız, kendimize yakıştıramadığımız gibi, bunları başkalarında görmek de kolaydır. Kendi tembelliğini, kendi kişilik sapkınlıklarını yadsıyıp

başkalarına aktaran, hep başkalarını eleştiren kişiler az değildir. Yansıtma düzeneği ile birey, kendi içinde yadsıdığı bir dürtüyü başkalarında görür ya da başkalarının bu dürtüleri kendisinde gördüğünü sanır. Örneğin, içinde öfke ve kin olan bir kişi, "bana kızıyorlar, benden nefret ediyorlar" diye düşünebilir. Burada, hem yadsıma: "bende kin, öfke yok", hem de yansıtma: "onlarda var, bana karşı var" düzeneği işlemektedir.

> Orta yaşlı yakışıklı, esmer, töre duyguları ve üstbenliğin yargılayıcı yönü ağır basan bir erkek, karısının kendisinden hoşlanıp hoşlanmadığını merak ediyor ve karısının sarışın erkeklerden hoşlanıp hoşlanmadığını kurup duruyor ve kuşkulanıyordu. Araştırılınca, kendisinin son zamanlarda sarışın bir kadından hoşlanmaya başladığı; fakat göstermek istediği ilgiyi gösteremediği; bu yüzden karısına hem kızdığı, hem de ona karşı suçluluk duygusu duyduğu anlaşıldı. Üstbenliğin etkisi altında frenlenen bentik, yasaklanmış olan eğilimi önce yadsıyarak, sonra da "bende yok, demek ki karım da var." biçiminde bir yansıtma yaparak kendisini açığa, temize çıkarmaya çalışıyordu.
>
> Dinsel ve töresel değerlere çok bağlı, bu konularda yazılar yazmış, yaşlı bir din adamı, kendi karısından, kızlarından aşırı derecede kuşkulanıyordu. Evinde bütün pencereleri kapatıyor, altmış yaşını aşmış karısının gece gelecek dostunu vurmak için yastığının altında tabanca bulunduruyordu. Aileden alınan bilgilere göre kuşkuların başlangıcı şöyle bir olaya dayanıyordu: Altmış beş yaşını geçmiş olan bu din adamı, beyin damarlarındaki sertleşmeye bağlı olarak yavaş yavaş bunamaya başlamış ve bu arada bütün yaşamı boyunca baskı altında tutabildiği dürtüleri frenleyemez duruma gelmişti. Bir gün evde kapı arkasında hizmetçi kızı sıkıştırmaya kalkmış ve tam o sırada karısı durumu görmüştü. Hasta ilk tepki olarak birkaç gün odasına kapanmış ve kimseye görünmemiş (ağır utanç ve suçluluk duygusu), yememiş, içmemişti. Odasından çıktıktan sonra hiçbir şey olmamış gibi (yadsıma) davranmasına ek olarak, başka erkeklerle ilişkileri olduğuna inanarak karısını ve kızlarını ağır biçimde suçlamaya başlamıştı.

Bu tür sanrılar paranoid psikozlarda görülür. Yansıtma düzeneği ile birey kendisinin izlendiğine, kendisine kötülük yapılacağına, aldatıldığına inanır. Bu düşünceleri herhangi bir mantıksal tartışma ile değiştirebilme olasılığı çok zayıftır. Kişi, kendi içindeki kin, nefret ve sapkın dürtüleri dışarı yansıtarak, dışarıdan kendisine yöneltiliyormuş gibi algılar. "Onlar benden nefret ediyorlar, bana düşmanca bakıyorlar, hakkımda kötü şeyler düşünüyorlar, kötü şeyler konuşuyorlar, bana eşcinsel diyorlar" gibi inançlara kapılarak, hiç olmazsa benliğini zorlayan yasak dürtülerin kendisinde olmadığını, başkalarının öyle sandığını düşünerek ve buna inanarak bir savunma yapmaktadır.

İÇE-ATIM
(Introjection)

Benliğin ilkel savunma düzeneklerinden biri olan *içe-atım*da bir başkasının tüm varlığı ya da bir parçası benliğin içine sanki yenip yutulmuşçasına atılır. İçe-atılmış olan bu nesne, benlik içinde yabancı bir cisim gibi varlığını sürdüren, hatta onunla ilişki kurulan bir nesnedir. Kişinin içine şeytan gir-

diğini iddia ettiği durumlarda olduğu gibi, ilkel toplumlarda öldürülmüş olan düşmanın eti yenilerek onun kişiliğinin alınması inançlarında da içe-atım düzeneğinin işlediğini görürüz.

Küçük çocuk dışarıdaki eşyayı, kişileri sanki yiyip yutarak içine atar, içinde yaşatır. Bu bakımdan içe-atım daha sonra açıklayacağımız *özdeşim (identification)* düzeneğinin bir öncüsü gibidir; fakat ondan çok değişiktir. Özdeşimde bir başka bireyin özelliklerinin benimsenerek kendi benliğinin bir parçası, bir özelliği durumuna getirilmesi söz konusudur. İçe-atımda ise nesne içeride sanki ayrı bir varlıkmış gibi yaşatılır. Örneğin, içe-atılmış bir sevgi nesnesine karşı duyulan kin ve nefret o denli ağır olabilir ki, kişi kendi içindeki bu nesneyi öldürmek isteyebilir. Bazı özkıyımlarda (intihar), böyle içe-atılmış bir nesnenin yok edilmesi amacı yatar.

> Şizofrenisi olan bir hasta hekimini içe-atmıştı. Yalnız kaldığı sıralarda bu içe-atılmış hekimle konuşmakta, kavgalar etmekte, sevgi gösterilerinde bulunmaktaydı.

İçe-alım (incorporation) eylemi ile *içe-atım* düzeneği arasında genellikle bir ayırım yapılmaz ve her ikisi de sanki eş-anlam taşıyormuş gibi kullanılır. Kanımıza göre, *içe-alım* doğal bir beslenme eylemidir ve bunu bilinçdışı savunma düzeneği saymamak yerinde olur. İçe-alımda küçük çocuk dıştan verilen besileri, gelen uyaranları her türlü içe-alım organı ile (örneğin ağız, duyu organları) içine alarak; bunlarla beslenir, bedensel ve ruhsal yapısını geliştirir, zenginleştirir. Annenin verdiği sütün, çıkardığı tatlı sesin içe-alınması (incorporation) ile çocuk çevreden gelen uyaranlarla ve besilerle doyum sağlar, gelişir. Yaşamın her döneminde olumlu, doyum sağlayıcı şeylerin içe-alımı söz konusudur. *İçe-atımda* ise, bir nesnenin yok edilmek ya da benlik içinde yaşatılmak amacıyla benliğe alınması ve onun, sanki ayrı bir nesne imiş gibi içeride tutulması; gerekirse yaşatılması, gerekirse yok edilmesi gibi ilkel bir savunma söz konusudur.

BÖLME
(Splitting)

İçe-atılmış nesnenin olumlu ve olumsuz yanları olabilir. İnsan benliğinde bulunan doğal dürtülerin ya da içe-atılmış olan nesnenin olumlu ve olumsuz, iyi ve kötü diye bilinen parçalara bölünmesi; iyinin yaşatılmaya, kötünün yok edilmeye ya da kötünün yaşatılmaya iyinin yok edilmeye çalışılması en ilkel savunma düzeneklerinden biridir. Şizofreni ve *sınır bozukluklarda (borderline disorder)* böyle bir bölme ya da bölme eğilimi belirgin olarak bulunur.

Şizofrenideki parçalanma ve dağılmada, böyle bir düzeneğin önemli yeri olduğu görüşü giderek yaygınlaşmıştır. Bu hastalıkta bireyin "kötü ben", "iyi ben" arasındaki bocalaması; bunlar arasında bir bütünleştirme çabası; bir yandan da içe-atılmış bulunan nesnenin iyi ve kötü parçalarının ayrı tutulmaya çalışılması, yani bölünmesi hastalığın dinamiğinde önemli yer almaktadır.

Bir başka deyişle, benlik içinde yaşatılan önemli nesne (ilk örneği annedir) iki parça (iyi ve kötü) olarak tutuldukça, benliğin kendisi de bölünmeye uğramaktadır (ego splitting).

Oldukça tartışmalı bir konu olan bölme düzeneği, özellikle "sınır bozukluklar" konusunu nesne ilişkileri açısından ele alanlar tarafından çok kullanılmaktadır. Kernberg: *"...Benliğin içe-atılan olumlu ve olumsuz nesneleri etkin olarak ayırması, benliğin de tam bir bölünmesi demektir ve sonuç olarak dış gerçeğin de bölünmesi bölme düzeneğinin özünü oluşturur"*[27] demektedir.

ÇÖZÜLME
(Dissociation)

Çözülme düzeneği önce Fransız ruhbilimcisi Pierre Janet tarafından ortaya atılmış, Freud, Breuer ve daha sonra gelen ruh hekimlerince de işlenmişti. Janet, histeride, zihinsel süreçlerin bir parçasının bilincin bütünlüğünden çözülerek özerklik, bir başka deyişle otomatizma kazandığını ve bilinç bütünlüğündeki zayıflama gibi bir durumda, bu düşünce parçacıklarının özerk etkinliği altında uyurgezerlik, histerik unutmalar, kaçmalar (fugue) ve çoğulkişilik (multiple personality) gibi bir takım belirtilerin ortaya çıktığını ileri sürmüştü[26].

Benliğin savunma düzeneklerinden biri olarak *çözülme* de, bölünme (splitting) gibi oldukça tartışmalı bir konudur. Çoğu kez her ikisi eş-anlam taşımakta, birbirinin yerine kullanılabilmektedir. Bunun yanı sıra, histeride Janet'nin tanımladığı çözülmeden ayrı olarak, şizofenide de bu terim kullanılmakta ve benlik bütünlüğünün dağılması anlamına gelmektedir.

Kanıma göre, terimin klasik anlamını koruduğumuzda kavram kargaşasını az da olsa önleyebiliriz. Bu nedenle biz bu terimi şöyle tanımlamak isteriz: *Çözülme, zihindeki bir takım düşünce ve duygu kümelerinin ya da karmaşaların bağlı oldukları olay ve yaşantılardan koparak, ayrılarak, özerkleşmeleri (otomatizma kazanmaları) ve benliği etkilemeleri sürecidir.* Janet, çözülmeyi bir savunma düzeneği olarak tanımlamamıştı; fakat bugünkü bilgilerimizle çözülmeyi çatışma ve bunaltıyı yatıştırıcı bir düzenek olarak görmek yerinde olur.

> 17 yaşında bir erkeğin akşamları evde acayip sesler çıkararak bir goril gibi davranışlar gösterdiği anlatıldı. Görüşme sırasında genç bu davranışları anımsamadığını, kendinde olmadığını, isteyerek yapmadığını anlattı. Davranışını taklit edip edemeyeceği sorulduğunda, bunu yapamayacağını, ancak böyle bir "ruh hali" içine girdiğinde bunun olabileceğini açıkladı. Az sonra başını ellerinin arasına aldı, bir iki dakika içinde bir öz-geçi (trance) durumuna girdi. Ardından gorile ve başka acayip, korkunç hayvanlara benzer yüz görünümü ile, sıçrama devinimleri yaparak ve garip sesler çıkararak insanı gerçekten ürküten bir duruma girdi. 3-5 dakika içinde devinimlerini, seslerini yavaş yavaş azaltarak yorgun ve soluk bir yüzle yatıştı. Bu durumların çocukluktan beri akşam vakitleri olduğunu söyledi. Gündüzleri insanlar arasında, okulda bunları yapmıyordu, durdurabiliyordu. Ancak, akşamları evde, içine garip bir sıkıntı girdiğinde böyle durumlar olabiliyordu. Bir yanı ile sadist, mazokist,

öldürüp kırmak isteyen, bir yanı ile de bunları durdurmaya çalışan ikili bir kişilik taşıdığını anlattı. Bu belirtinin 4-5 yaşlarında ağır korkulara (şeytan, hırsız, kötü kişiler) karşı oluşturulmuş korku giderici, hatta başkalarına korku verici oyun gibi davranışlarla başladığı; zamanla, hastanın kısa süreli nöbetlerle kendisini tam kaptırarak, sanki başka bir yaratıkmış gibi bir kimliğe girdiği anlaşılmıştı. Bu örnekte kişiliğin geçici nöbetler içinde çözüldüğünü ve başka bir kişilik görüntüsünün belirdiği gözlenmektedir.

Tipik çözülme örnekleri, histerinin çözülme nevrozu (disosiatif nevroz) denilen türünde unutmalar, bayılma nöbetleri, uyurgezerlik gibi belirtilerde görülür. Bunlarda bir düşünce (idée, fikir) zihin bütünlüğünden ayrılarak bağımsız ve otomatik bir davranış belirtisini ortaya çıkarmaktadır. İkili ya da çoğul-kişilik durumlarında sanki bireyin bir parçası, öbüründen habersiz kendiliğinden işlerlik göstermekte ve diğer parçayı tanımamaktadır.

YER DEĞİŞTİRME
(Displacement)

Bir dürtünün ya da duygunun asıl nesnesinden başka bir nesneye yöneltilmesidir. Çatışmaya, bunaltıya neden olabilecek ve benlikçe kabul edilemeyen bir dürtü asıl yöneleceği nesne yerine başka bir nesneye yöneltilerek çatışma ve bunaltı bir derece azaltılabilir ya da önlenebilir. Örneğin, içinde annesine ya da babasına karşı derin bir öfke, aşırı bir saldırganlık duygusu uyanmış olan bir genç bu öfkesini başkalarına, topluma, babayı ya da anneyi temsil eden yetke (otorite) örneklerine yöneltebilir. Saldırgan davranışları, böylece, kendine derin suçluluk verebilecek bir nesneden başka bir nesneye yer değiştirmiştir. Çalıştığı yerde patronuna kızıp eve gelince acısını karısından, çocuklarından çıkaran kişinin yaptığı aynı şeydir. Bu örnekler günlük yaşamda sık görülen davranışlardandır.

Yer değiştirme düzeneği ayrıca doğal olarak düşlerde görülür. Düşler genellikle yer, biçim, kılık değiştirmiş ve birçok anlamın yoğunlaştırıldığı (kondansasyon) ve simgeleştirildiği (sembolizasyon) yaşantılardır. Örneğin, kişi düşünde, kendi evi yerine başka evi görebilir; düşte anne-baba, eş, kardeş yerine bir yabancının imgesi geçebilir. Fobik nevroz diye bilinen ruhsal bozukluklarda da *yer değiştirme* düzeneğinin önemli yer tuttuğunu Freud ortaya atmıştı. Atlardan ürken Küçük Hans'ın ruhsal çözümlemesinde asıl korku nesnesinin baba olduğunu göstermişti [16]. Kapalı, açık, tehlikesiz yüksek yerlerden korku duyarak kaçan insanların gerçekte, kendi içsel dürtü, çatışma ve ruhsal karmaşalarına bağlı başka korkuları vardır. Bilinçli olarak algıladığı korkunun altında yasak bir dürtüden, eğilimden korku yatmaktadır. Örneğin, bir kişide açık yerlerde çırılçıplak soyunma dürtüsü olsa birey ağır bir çatışmaya girebilir. Bu yasak dürtü bilinçdışıdır. Ama bir gücü, etkinliği vardır. Buna karşı kişide nedenini bilmediği bir alan fobisi (agorafobi) gelişir. Bu kişi açık yerlere, geniş sokaklara, alanlara çıkmaktan sakınarak derinde yatan dürtüye karşı kendini savunur. Bu tür fobilerin kaynağında çocukluk-

tan kalma yasak dürtü ve gereksinimlerin doğurduğu korkular yatar. Ancak şunu unutmamak gerekir ki her agorafobik hasta hastalık belirtilerini yukarıda verilen örnekteki dürtülere bağlı olarak geliştirmez, başka tür dürtüler, korkular da rol oynayabilir.

Obsesif kompülsif nevrozda *yer değiştirme* düzeneğinin rolü vardır. Acımasız bir üstbenlik yüzünden kendini suçlu, kirli olarak algılayan bir kişide, bu ruhsal kirlilik duygusu bedeninin ya da eşyaların kirli olduğu duygusu, ile yer değiştirir., Ellerini, bedenini ya da eşyaları sürekli yıkayarak ruhsal kirlilik duygusunu gidermeye çalışabilir. Böyle, boyuna ellerini yıkayan ve pis olacak korkusu ile bir yere, eşyaya dokunamayan kişi gerçekte ellerinin, eşyanın pis olmadığını, davranışının anlamsız olduğunu söyler. İçindeki "sen pissin, suçlusun" dedirten dürtülerin, eğilimlerin bilincinde değildir. Bilinçdışı *yer değiştirme* düzeneği ile içsel soyut kirlilik duygusu, bedensel kirlilik duygusuna değişmiştir. Sanki ellerini yıkamakla derindeki suçluluk duygusu yıkanacaktır. Derindeki yasak dürtü (örneğin kin ve saldırganlık) ve buna bağlı suçluluk sürdükçe, el yıkama zorunluluğu da sürer. Shakespeare'in Machbeth adlı oyununda, kralı kocasına öldürten Lady Macbeth'in el yıkama hastalığı bunun güzel bir örneğidir.

KENDİNE YÖNELTME
(Turning toward one's self)

Saldırganlık dürtüsü doyum sağlayıcı bir nesnenin elde edilmesini önleyen engellere karşı ortaya çıkar. Bu engel çevrede, toplumda bulunabilir. Örneğin, cinsel doyum sağlayıcı nesnelerin elde edilmesine karşı toplumsal birçok engel vardır: Yasalar, inançlar, gelenekler, yasa uygulayıcıları, vb. Ama, engelleyici güçlerin büyük bir bölüğü bireyin kendi içindedir. Yargılayıcı, yasaklayıcı değerler, bireyi birçok alanlarda engelleyebilir. Bireyin kendi içine-atılmış (Bakınız: içe-atım düzeneği) kişi örnekleri ve imgeleri de yasaklayıcı, suçlayıcı olabilir. "Anana babana kızmayacaksın, kötü duygular beslemeyeceksin" ilkesi ile yetişmiş bir kişi, herhangi bir nedenle ana-babasına kızma ve kin duygusu duysa ne yapacaktır? Bu duyguları

- ana-babaya yöneltebilir,
- bilinçli olarak baskıda tutabilir,
- bilinçdışı bastırma düzeneği ile kontrol altında tutabilir,
- yer değiştirme düzeneği ile başka nesnelere yöneltebilir,

Bir yol da, bu duyguların bireyin kendisine yöneltilmesidir. Sevdiklerine kızınca kendi canını acıtan, başını duvara vuran, kendine ceza veren kişiler az değildir. Eğer içe-atılmış ve içerde yaşatılan bir sevgi nesnesi varsa ve yaşamın bir çağında sevgi nesnesine karşı kin uyanmışsa, birey kendine acı vererek; hatta kendine kıyarak içinde yaşattığı nesneyi yok edebilir. Özkıyımların (intihar) çoğunda ya kişinin içinde yaşattığı sevgi nesnesini ya da benlik saygısının yitimi nedeniyle kendisini yok etmeye götüren bir kendine yöneltilmiş kin ve nefret duygusunun bulunduğu görüşü psikanalitik kuramda yaygındır.

AKLA-UYGUNLAŞTIRMA
(Rationalization)

Benlik için acı, bunaltı verici durumlarda, akla yatkın görünen, fakat sıkıntı vermeyecek bir neden, bir açıklama bulmak çok sık kullanılan savunma düzeneklerinden biridir. Başkalarıyla kolay geçinemeyen, kendini sevdiremeyen ve insanları sevmeyen bir kişi, "ben yalnızlıktan hoşlanırım" diyerek bilinçdışı bir aldatıcı açıklama ile kendini rahatlatabilir. Bir genç kızı evlenme sözü vererek aldatan bir erkek, kendi vicdanını rahatlatmak için, "ben aldatmasaydım, başkalarına zaten kanacaktı" diyerek, kendini suçluluk duygusundan kurtarmaya çalışabilir. Birçok içkiye düşkün kişi içkiyi bıraktıktan sonra yeniden başlarken akla yatkın görünen nedenler ileri sürerler; kendileri de bunlara inanırlar. Okuldan, dersten, sorumluluktan kaytaran insan, rahatlatıcı birtakım açıklamalar, nedenlerle kendini özürsüz, hatta haklı bulabilir. Örneğin, çalışmadığından değil de derslerin pek yararı olmadığından, öğretmenlerin yetersizliğinden dolayı kırık not almıştır.

> Görevine geç gelmeyi alışkanlık edinen bir görevli, sabah normal çalışma saatinde geldiğinde pek verimli olmadığını, bu saatlerin "ölü" saat olduğunu, geç gelerek daha verimli olabileceğini söylemişti. Kendisine, eksik bırakmakta olduğu işler gösterilerek, vaktinde geldiğinde bunları yapabileceği belirtilince; bu kez evine işçi kadının sabah geç geldiğini, onu beklediğini söyleyerek kendini haklı çıkarmaya çalışmıştı.

Akla-uygunlaştırma düzeneğine eğilimli kişiler böyle kendilerini ve çevreyi aldatıcı açıklamalarla geçiştirmeyi alışkanlık edinerek bir çeşit yaşam biçimi oluştururlar, az çok rahat edebilirler, fakat eninde sonunda en çok aldanan kendileri olur. *Bu, aslında, bahane bulma düzeneğidir.* Kişi bunu aşırı düzeyde kullanırsa, bir dizi aldatmaca içinde öncelikle topluma uyumunda büyük güçlükler çıkabilir. Ağır kişilik bozukluklarında, içki ve ilaç tutkunluğu gösteren kişilerde akla-uygunlaştırma en çok başvurulan savunma yollarındandır.

KARŞIT-TEPKİ-KURMA
(Reaction-formation)

Kişi kendi içindeki bilinçdışı yasak dürtü ve eğilimlerinin tam karşıtı tepkiler göstermekle de benliğini savunmaya çalışabilir. Örneğin, içindeki kin, nefret ve kabalık eğilimlerine karşı kişi aşırı derecede kibar ve nazik; pislik ve kirlilik eğilimlerine karşı anormal derecede titiz ve temizlik düşkünü olabilir. Benlikçe kabul edilemeyen birçok dürtü ve gereksinim aşırı baskıcı, bağnaz, ahlâkçı bir tutumla durdurulmaya çalışılabilir. Normal ve doğal dürtülerini, örneğin cinsel yönden uyanışları bile kendine ve başkalarına yasak sayarak katı ahlakçı bir tutum gösterebilir. Her türlü bağnazlığın altında *karşıt-tepki-kurma* düzeneğini görebiliriz. Örneğin, Tanrı'yı seven, ona bağlı olan, ahlak

değerlerinden bir zoru olmayan kişi için, bunlar rahatlatıcı, esenlik, mutluluk verici duygular olabilir. Ama, sık sık dinden, imandan söz ederek başkalarını suçlayan ve aşırı dinci görünen kişinin yaptığı, kendi içindeki ayartıcı dürtülere karşıt bir tutum geliştirme çabasından başka bir şey değildir. Başkalarını sömürmeye eğilimli bir politikacı sürekli olarak insan eşitliğinden, sömürüye karşı savaşımdan bağnazca söz ederken kendi içindeki bilinçdışı dürtü ve eğilimlerle savaşıyor olabilir. Bireyin içinde sürekli olarak onu uyaran ve sıkıştıran olumsuz dürtüler ve eğilimler canlılıklarını sürdürmekte, birey de kendi benliğini sürekli olarak bunların karşıtı davranış ve tutum örnekleri ile korumaya çalışmaktadır.

Karşıt-tepki-kurmayı yüceleştirmeden (sublimation) ayırt etmeliyiz. Yüceleştirmede bilinçdışı dürtülere karşı bir savaşım, bir zorlama yoktur. Çocukluk çağında dürtüler amaç ve nesnelerinde köklü değişmelere uğrayarak, toplum ve benlik için olumlu güdülere dönüşmüşlerdir. Oysa ki, karşıt-tepki-kurma düzeneğinde, yasak ve olumsuz sayılan bilinçdışı dürtü ve eğilimler (örneğin kin, nefret, kabalık, çocuksu dürtüler) bireyi sıkıştırmakta, birey de bunların karşıtı olan davranışlarla savunma gereğini duymaktadır. Temizlik, düzenlilik, insanlara iyilik, naziklik her biri olumlu özelliklerdir. Ama, kişi aşırı derecede iyiliksever, rahatsız edecek kadar kibar olma zorunluluğunu duyuyorsa, karşıt tepkilerle içindeki olumsuz dürtülere karşı savaşmaktadır. Bu tür savunma düzeneğinin sık kullanıldığı ruhsal bozukluk türü eskiden *psikasteni* denen *saplantı-zorlantı nevrozudur (obsesif kompulsif nevroz). "Anal kişilik"* diye bilinen ve aşırı cimrilik, düzenlilik, titizlik, inatçılık ve kararsızlık özellikleri gösteren kişilik türünde bu savunma düzeneği yoğun olarak kullanılır.

DÜŞÜNSELLEŞTİRME
(Intellectualization)

Yasak dürtülerin, anıların ve yaşantıların, düşünsel (entelektüel) yetiler ve bilgilerle açıklanmaya çalışılması, asıl bunalım kaynağının bu tür düşünce ve bilgi ürünleri ile kapatılması öncelikle okumuş kişilerin sık kullandığı savunmalardan biridir. Kişi, sorunlarını bir tıp konusu olarak inceler, hastalığına adlar bulur, nedenlerini bilimsel terimlerle açıklar; bir hekim gibi konuşur. Kendi sorunları yerine dünya sorunlarını bilgili ve gerçekten eleştirici bir kavrayışla tartışır. Ülkenin sosyo-ekonomik bunalımlarını anlatmaya dalar ve kendi bunalımları ya da sorunları ile bunlar arasındaki bağlantı sorulduğunda, genel tartışmalarını yapmakta direnir. Kendisinde iğdişlik korkusu, Oedipus kompleksi vb. vardır. Bunların ne olduğunu, uzun uzadıya, bildiklerini kanıtlamak istercesine anlatır; fakat gerçekte bu anlatımlarının kendi sorunları, kendi bunalımları ile bağlantılarının ayırımını yapamaz. Bu anlatımları kendi benliğine bunalım veren sorunları ve duygu yüklü konuları örtmek için yaptığının bilincinde değildir.

YALITMA
(Isolation)

Her ruhsal yaşantının (anılar, algılar vb.) hem bilişsel (cognitive), hem duygusal (affective) yanları vardır. Uyaranları, geçmiş yaşantıları yalnız tanımakla kalmayız; onlara karşı içimizde bir takım hoş ya da hoş olmayan duygular da uyanır. Örneğin, geçmişe ilişkin bir olay hem yeri, zamanı, nedenleri gibi bilişsel yanları hem de bu olaya karşı bireyin duygusal tepkileri ile birlikte anımsanır. Örneğin, olay sırasında duyulan kin, nefret, öfke, sevinç, hoşlanma gibi duygular, olay anımsanınca az çok yeniden canlanır.

Yalıtma düzeneğinde bir anının bilişsel, yani bilme, tanıma ve anlama ile ilgili yanı tümü ile anımsanabilirken, duygusal yanı ayrılarak bastırılır ve bilinçdışı kalır; ya da duygular ilgisiz gibi görünen bir başka yaşantıya, başka nesneye aktarılır (yer değiştirme). Böylece, kişi çocuklukta yaşadığı hoş ya da acı bir olayı kuru kuruya hiçbir duygu yükü olmaksızın anımsar ve anlatır. Anlatış biçimine dikkat eden bir dinleyici böylesine duygu yüklü bir olayın kupkuru anlatılışını ilginç bulabilir. Sanki olayı bir başkası yaşamıştır ve öyle anlatılmaktadır.

Bu savunma genellikle saplantı-zorlantı nevrozunda (obsesif kompulsif nevroz) ve bu tür ruhsal belirtilere yatkın kişilik türlerinde sık görülür. Bunlar rahatsızlıkları ile ilgili buldukları bir takım olayları, çok iyi bir bellekle anımsayıp anlatırlarken; olaylara ilişkin duygusal tepkileri anımsamakta güçlük çekerler. Bu nedenle, anlattıkları ilginç geçmiş olayların psikoterapide çoğu kez bir yararı olmaz. Olayın duygusal yanı ile birlikte anımsanabilmesi için çok uğraşmak gerekebilir.

DÖNDÜRME
(Conversion)

Ağır bir bunaltı insanın uzun süre dayanabileceği bir acı değildir; ne yolla olursa olsun, bunu yatıştırmaya çabalar. Örneğin, ağır bir karı-koca kavgasında kadının birden bayılıvermesi, karşılaştığı acı durumdan bir kurtulmadır. Bir süre için bilinç, uyaranlara kapatılarak benlik bunaltıdan uzak tutulmaktadır. Kuşkusuz sürekli bir çözüm yolu bulunmamıştır. Ama hiç olmazsa geçici bir rahatlık, daha doğrusu *bir şey duymama, bir şey algılamama* durumuna girilmiştir.

Ağır bunaltı doğuran durumlarda, yatkın kişilerde, hareket ya da duyu organlarında işlev yitimi ortaya çıkabilir. Örneğin, kollar bacaklar tutmaz olur, hasta görmeyebilir, işitmeyebilir, konuşamayabilir. *Bu tür bir rahatsızlıkta bunaltı, organın işlev yitimine, işlev bozukluğuna döndürülmüştür.* Bu işlev bozukluğu hem bunaltıyı durdurmakta, hem de bunaltı ile ilgili bir dürtüyü ve çatışmayı simgeleştirmektedir. Örneğin, bir hastada sürekli olarak geğirme, bir başkasında kolun tutmaması saldırgan dürtülere bağlı bunaltı-

nın yatıştırılmasına hizmet etmiştir. Yasak bir nesneye bakmak isteği kişide bir iç-çatışma doğurabilir: Bir yandan görme isteği, bir yandan buna karşı derin bir içsel yasak. Böyle bir kişide görme tutkusuna karşı yasağın baskısı ile ortaya çıkacak bunaltıyı ruhsal bir körlük ortadan kaldırabilir. Gerçek bir görme bozukluğu olmadığı halde görmeme, görmek istenilen bir şey karşısında duyulan bunaltının giderilmesine ve yasak şeyleri görme dürtüsüne karşı savunmaya yarar.

Bunaltının bu tür işlev bozukluğuna *döndürülmesi* histerinin döndürme nevrozunda (*konversiyon nevrozu)* görülür. Böyle bir savunma yalnız bunaltının yatıştırılmasına (*birincil kazanç*) değil; aynı zamanda, bireyin bir hasta olarak bakılmasına, sorumluluklarından bir süre uzak tutulmasına da yarayacaktır (*ikincil kazanç*).

SOMUTLAŞTIRMA
(Concretization)

İnsan zihni, karmaşık ve belirsiz durumdan tedirgin olur. Eşyanın, uyaranların, olayların, geleceğe dönük tasarımların belirsizliği, karmaşıklığı, açık olmayışı sıkıntı, bunaltı verir. Zihin, açık ve somut olmayan, belirsiz olan şeyleri açık, somut ve belirli yapmaya yönelir (belirsizliğe dayanamamak, intolerance of ambiguity). İşte, kaynağı ve nedeni belli olmayan bunaltı ve sıkıntıların giderilebilmesi için, sıkıntı ve bunaltının belli somut bir şeye, bir nedene, bir duruma bağlanması da insanoğlunun başvurduğu önemli savunmalardandır. Ruhsal bir sıkıntının fiziksel bir rahatsızlığa (örneğin kalp nevrozunda); karmaşık ve açıkça tanımlanamayan bir kuşkunun belirli düşmanlara bağlanması (paranoid psikozlarda) *somutlaştırmaya* örnek verilebilir. Arieti[5], fobide *yer-değiştirme* düzeneği yanısıra *somutlaştırma* düzeneğinin de önemli yeri olduğunu ileri sürer. Belirsiz olan bir korku belirli somut bir nesneye yöneltilerek, bireyin kaçınabileceği bir durum yaratılmaktadır.

İnsanoğlu eski çağlardan beri doğadaki zorluklar karşısında çaresiz kaldıkça ve birçok doğal olay için açık seçik, kolay anlaşılır nedenler bulamayınca, yansıtma ve somutlaştırma gibi savunmaları kullanarak, gerçekle bağdaşmasa bile rahatlatıcı açıklamalar bulabilmekte; bunları, cin, şeytan, büyü gibi doğaüstü güçlere bağlamakta ve bunlara karşı özel savunma yolları geliştirmektedir[35].

YAPMA-BOZMA
(Undoing)

Kişinin gerçekte ya da düşüncesinde yaptığı ya da yaptığını düşündüğü olumsuz bir eylemi yansızlaştırmak (nötrleştirmek), etkisini kaldırmak ve yapılmamış gibi saymak amacı ile yürütülen bir takım işlemler *yapma-bozma* düzeneğini oluşturur. Bu düzenek daha çok obsesif kompulsif kişilik ve bo-

zuklukta görülür. Örneğin, havagazı musluğunu sık sık açıp kapayarak kontrol etmek; her akşam pencereden biri girmiş ya da girecekmiş gibi düşünerek pencereleri açıp kapamak; yatağın altını yoklayarak araştırmalar yapmak gibi. Kişi sanki havagazı musluğunu önce açarak herkesi zehirlemiş, hemen ardından kapatarak herkesi kurtarmış olmaktadır.

> Yaşlı bir erkek öğretmen yıllar boyunca bir çocuk görünce, hemen aklına olumsuz bir düşünce geliyordu. Örneğin, balkonda bir çocuk görse çocuk düşecek diye düşünüyordu. Bunun hemen ardından da "çocuklar ülkemizin medarı iftiharıdırlar (övünülen varlıklarıdır), yaşarlar" düşüncesi yetişiyor ve rahatlık veriyordu.

Halk arasında, kötü bir şey olmasını, uğursuzluğu önlemek amacıyla kullanılan "maşallah" sözcüğü, tahtaya vurma gibi gelenekler de yapma-bozma düzeneğine örneklerdir. El yıkama zorlantısında ruhsal kirlilik duygusu bedensel pislik duygusuna yer değiştirirken, yapma-bozma düzeneğinin de işlediğini görürüz. Birey ellerini kirlenmiş olarak algılamakta ve hemen arkasından ellerini uzun süre yıkayarak kirlenme duygusunu bozmaya çalışmaktadır.

SAPLANMA
(Fixation)

Gelişme basamak basamak ilerlerken, çocuğun bir basamakta saplanıp kalması, daha doğrusu bir basamağın özelliklerini bırakamaması; onları sonraki basamakların gereklerine uyduramaması kimi kişilik türlerinde daha belirgindir.

Bir gelişme döneminde aşırı engellenmiş olan kişi, yaşam boyunca doyurulmamış gereksinimlerinin özlemi ve arayışı içinde kalabilir. Bir dönemde aşırı doyurulmuş olmak daha sonraki dönemlere ilerlemeyi güçleştirebilir. Örneğin ilk çocukluk döneminin en önemli ruhsal özelliği, çocuğun bağımlı oluşu; bakımı, korunmayı başkalarından bekleyişidir. Bu özelliği yetişkin çağda da sürdüren, sanki dünya kendisine borçlu imiş gibi hep dışarıdan verilmeyi bekleyen bağımlı kişilik gelişimi çeşitli nedenlerle çocukluğun ilk dönemlerinde bir *saplanma* sonucudur. Bir döneme özgü tüm özelliklerin hepsinin kişilikte süregelmesi olanaksızdır. Ağır saplanma gösteren kişilik türlerinde bile daha sonraki dönemlere ilişkin gelişmiş özellikler de bulunur. "Kişilik gelişmesi" bölümünde bu konuyla ilgili örnekler gene verilecektir.

GERİLEME
(Regression)

Ulaşılmış bir gelişme dönemi kişi için ileri derecede bunaltı doğuracak nitelikte olursa, daha önceki bir döneme *gerileme* kişinin başvurabileceği bir savunma yoludur. Örneğin, çocukluk çağında, yeni bir kardeş gelince, çocu-

ğun çişini, kakasını söylemeyi bırakması "ben de bebeğim" dercesine bir *gerileme belirtisidir*. Ağır bedensel hastalıklar çok insanda gelip geçici gerileme belirtilerine neden olabilir. On sekiz yaşındaki bir lise son sınıf öğrencisi çok ağır ve yaşamını tehlikeye sokan bir kaç hastalığı peş peşe geçirdikten sonra annesinin yanından ayrılmayan, yalnız sütlü ve yumuşak besinleri yiyen bir duruma girmiş ve hastaneye yatırılırken, beş yaşındaki bir çocuk gibi annesinin eteğine yapışarak, annesinin hastanede kalması için ağlamıştı.

Şizofreni hastalığı olan yetişkin bir insanın küçük bir çocuk gibi düşündüğü, davrandığı sık görülen bir durumdur.

Gerileme düzeneğinin yalnızca anormal durumlarda ortaya çıktığı söylenemez. Çocukluk çağında öncelikle oyunlarda başvurulan ve kimi kez gelişme için gerekli de olabilen bir savunmadır. Yetişkin çağda da eğlence, sohbet, dostlarla karşılaşma durumlarında gelip geçici çocuklaşmaya, yani gerilemeye yer verilir. Ozanlar, ressamlar da yapıtlarında sağlıklı *gerileme* örnekleri gösterebilirler: *Buna "benlik hizmetinde gerileme" (regression in the service of the ego) denir* ve E. Kris tarafından açıklanmıştır[29].

DÜŞ-KURMA
(Fantasy-formation, day-dreaming)

Kişinin gerçek dünyada doyum sağlayamadığı istek ve dürtülerini düşler kurarak doyurmaya çalışması en sık görülen savunma düzeneklerinden biridir. Öncelikle, çocukluk ve ergenlik çağlarında, birçok bireysel ve toplumsal yasağın etkisi altında doyurulamayan dürtü ve istekler karşısında *düş-kurma* yoluna başvurulur.

Çocuk, oyun dünyasında düşler kurarken, bir yandan da bunlara biçim, ad vererek bunları gerçekleştirmeye çalışır. Ergenlik çağında da büyük bir tutku ile sevme ve sevilme, güçlü, üstün olma düşlemleri çok sık görülür. Ancak, zamanla bunlar azalır ve doyum kaynakları giderek daha gerçek nesnelere dönüşür. İçe-kapanık kişilik türlerinde *düş-kurma* düzeneği yoğun biçimde bütün yaşam boyunca sürebilir.

ÖZDEŞİM
(Identification)

Başka bir kişinin özelliklerini, duygu ve davranış biçimlerini, değerlerini ve inançlarını benimseyerek; kendi benliğimize sindirip kişiliğimizin bir parçası, bir özelliği durumuna getirmek anlamına gelen özdeşim her insanın çocukluktan yetişkinlik çağına dek kullandığı bilinçdışı bir olgunlaşma ve savunma düzeneğidir. Özdeşimi belki bir savunma olarak görmemek daha doğru olurdu. Ancak, çocukluk çağında karşılaşılan bir takım çatışmalı durumların çözümünde de kullanıldığı için, aynı zamanda bir savunma niteliği taşımaktadır.

Çocuk gelişirken, kendisinden büyükleri, anneyi, babayı benimser, onlara benzemeye çalışır. Büyüdükçe, onların değer yargılarını, dünya görüşlerini, düşünce ve davranış biçimlerini bilinçli bir çaba göstermeden benimser ve benliği, giderek az çok anneden ve babadan gelen ruhsal özelliklerle yapılaşır. Anne ve babadan çocuğa aktarılan bu değerler, inançlar vb. aynı zamanda toplumun da değerleri, inançlarıdır. Yani, özdeşim ile çocuk, anne-baba aracılığı ile toplumun benimsediği özellikleri de kendine sindirmektedir. Giderek, erkek çocuk o aileye, o topluma uygun erkek benliğini, kız çocuk da kız benliğini özdeşim ile kazanmaktadır. Bu sürecin nesi bir savunmadır diye sorulabilir. Yukarıda tanımladığımız açıklama bu soruyu yerinde kılmaktadır.

Ancak, psikanaliz kuramındaki Ödipus çatışmasını ele alınca, özdeşimin savunma yönü anlaşılabilir. Erkek çocuğun annesine olan sevgisi 3-4 yaşlarından başlayarak bebeksi özelliğini yitirir, bu ilişki cinsel anlam da kazanmaya başlar. Yani, erkek çocuk artık annesini karşı cinsten bir kişi olarak da algılamaya ve babasını kendine rakip olarak görmeye başlamıştır. Doğrudan doğruya eşeysel organlarla (genital) ilgili bilinçli duyguları olmasa bile, anneye karşı sevgisinin artık yasak ve ürkülecek yanları da çocuk zihninde belirmeye başlamaktadır. Çünkü, babasına karşı hem sevgi, hem kıskançlık duyguları ile karışık çelişkili bir çatışma durumu gelişmektedir. İşte bu dönemde çocukta iğdişlik korkuları, yani kendisinin en çok değer verdiği cinsel organına bir tehlike gelebilecek korkuları uyanmaya başlar ve bu tehlikenin bir ceza olarak babadan geleceğini düşünür. Özetle, Oedipus çatışmasının özü budur. Çocuk böyle bir çatışmadan ve iğdişlik korkusundan kendini kurtarabilmek için babası ile özdeşim yapar; onu bir rakip olarak görmeyi bırakır. Böylece, birkaç yıl içinde Oedipus çatışması çözülür ya da gücünü yitirir; onun yerine *üstbenlik (superego)* yapılaşır. *Bu çatışmalı gelişme olayı göz önünde tutulunca, özdeşimin bir savunma düzeneği olduğu daha iyi anlaşılır.*

Altı yedi yaşlarından başlayarak çocukta cinsel yönden bir dinme ile giden *gizillik (latence) dönemi* başlar. Bu dönem boyunca da özdeşim pekişir. Özdeşim yalnızca belirli bir gelişme çağında ve yalnızca anababa ile olmaz. Yaklaşık olarak iki üç yaşlarından gençlik çağına dek sürer. İmrenilen, beğenilen her bireyin benimsenecek, özdeşim yapılacak özellikleri olabilir. Geniş aile içinde ağabeyler, ablalar, başka yakınlar, okulda öğretmenler, ergenlik çağında arkadaşları, onların anababaları, kahramanlar vb. gelişmekte olan çocuk için sürekli olarak özdeşim örnekleridir. Özdeşim örneklerinin bulunuşu sağlıklı bir gelişim için zorunludur. Ancak her türlü örneğin de sağlıklı olduğunu söyleyemeyiz. Çocuk, sağlıksız örnekleri de (örneğin bozuk ve sapık davranışlar gösteren anne, baba örneği) kendisine bir özdeşim örneği olarak alabilir ve bu yüzden olumsuz kişilik özellikleri gelişebilir. Ayrıca, yanlış ya da uygun olmayan özdeşimler de olabilir. Örneğin, erkek çocuk daha çok annesi, kız çocuk daha çok babası ile özdeşim yaparak ileride cinsel uyum güçlükleri ile karşılaşabilir.

Şunu açıkça belirtmek gerekir ki, özdeşim yalnız ve yalnız anne, yalnız ve yalnız baba ile olmamaktadır. Çocuk gelişirken her ikisinden de özellikleri kendi benliğine sindirmektedir. Önemli olan kendi cinsine uygun özdeşimin temel olarak yerleşmesidir. Erkek çocuk kuşkusuz annesinden de özellikler taşır; 2-4 yaşlarından başlayarak, belki de daha erken, daha çok babası ile özdeşim yapar ve yaşamı boyunca temel özdeşim örneği onun için baba ya da baba yerine geçen kişilerdir.

YANSITMALI ÖZDEŞİM
(Projective Identification)

Aile dinamiklerinin incelenmesi ile giderek önem kazanmış olan bu düzenek, çocuğun kendine göre zihninde geliştirmiş olduğu ana-baba özelliklerini onlara yansıtarak; onlarda varsayarak, buna göre özdeşim yapması anlamını taşır. Örneğin, kendi annesini daha güçlü algılamak isteyen bir çocukta bu özellik annenin gerçek kişiliğine uymasa bile anneye yansıtılır; anne öyle algılanır ve özdeşim de anneye yansıtılmış bu özelliğe göre olur. Çocukluk çağında ana-baba özelliklerinin algılanışı ve değerlendirilmeleri onların gerçek kişilik özelliklerine tam uymayabilir.

> Bir hastam, babasının hoşgörülü, orta yetenekli insancıl bir kişi olduğunu yıllar sonra, gençlik çağında uzun bunalımlar geçirirken gördüğü psikoterapi sırasında ve birtakım yaşam olayları ile karşılaşınca kavrayabilmişti. Oysa ki, bütün çocukluğu süresince babasını yanına yaklaşılamayacak denli sonsuz güçlü ve ürkütücü bir kişi olarak algılamış ve özdeşimini de bu doğrultuda gerçekleştirmeye çalışmıştı. Bu nedenle büyük düş kırıklıklarına uğrayarak, derin bir ruhsal bunalım ve bocalama içine girmişti. Kendisinden beklentileri sonsuz bir başarı ve güçlülüktü ve bu beklentileri babasına yansıtmış olduğu özelliklerdi. Kuşkusuz bu tür yansıtmaların altında annenin çocuğuna karşı tutum ve beklentileri, babanın tanıtılış biçimi, babanın tutumları da önemli yer tutuyordu. Ama, babanın gerçek kişiliğinin algılanması ve özdeşimin sağlıklı olarak yapılabilmesi önemli derecede aksamıştı. (M.O.Ö)

Yansıtmalı özdeşim terimi giderek daha çok kullanılır olmuşsa da, kavramı değişik biçimlerde anlayanlar ve tanımlayanlar vardır. Yukarda yansıtmalı özdeşim kavramı en yalın anlamı ile anlatılmıştır. Nesne-ilişkileri kuramı ve özbenlik (kendilik, self) ruhbilimi ile uğraşanlar bu konu üzerinde durmuşlar ve yansıtmalı özdeşim sürecinin gerçek görüngüsünü (fenomenolojisi) aydınlatmaya çalışmışlardır[22, 29, 38]. Bunlar arasında en tanınmışı olan Ogden'e göre yansıtmalı özdeşim süreci bir kaç aşamayı içermektedir[22,38]. Bu aşamalar şöyle özetlenebilir:

Birinci aşamada, kişinin özbenlik duygusu içinde, kendini artık tehdit eden, özbenliğini parçalamaya, yok etmeye çalışan parçalar vardır. Örneğin, derinde, kişinin özünde onun özsaygısını (self-esteem) ve özsevgisini (narcissism) ağır derecede sarsan yetersiz, güvensiz, kin dolu bir yanının olması gibi. Bu tanımlamada, bir bakıma, bölünme (splitting) düzeneğinin de işlediği an-

laşılmaktadır. Birinci aşamada kişi, bu parçasını kendisi ile özdeş tutar ve kendisi için önemli olan kişiye (anne, baba, sevgili) yansıtır. Bu yansıtmada o kişi üzerinde denetim kurma, ona bir kişilik kalıbı verme amacı yatmaktadır. Bu süreci şöyle yalın bir dile sokabiliriz: Kişinin içinde olumsuzluklarla yüklü bir parçası onu sevmemekte, özsaygısını, özsevgisini tehdit etmektedir. Bu olumsuz özbenlik parçası anneye yansıtılır ve artık anne yetersiz, güvensiz, kin dolu kişidir. Fakat yansıtmayı yapan kişi aynı zamanda yansıtılan kişi ile özdeşleşmiştir. Yani artık kendisinde bu olumsuz yan yoktur, kendisi annesi gibi olmaktadır. Böyle bir durum, kişinin kendilik sınırları ile annenin sınırları arasında bir belirsizliğin de olmasını gerektirir.

Salt yansıtmada, kişi yansıttığı kişiden ayrı bir varlıktır ve yansıtılan kişi kendisini tehdit eden ayrı bir kişi olarak algılanmaktadır. Oysa, *yansıtmalı özdeşimde* kişi, artık yansıtılan kişi ile özdeşleşmiştir.

İkinci aşamada, yansıtmayı yapan kişi, değişik tutum ve davranışları ile yansıtılan kişi üzerinde etkisini sürdürerek, onu zorlayarak, yansıttığı parçası gibi olmasını, onun kendi kendisini öyle algılamasını ve öyle davranmasını sağlamaya çalışır. Olumsuz anne artık kendisini yetersiz, özsaygısız, olumsuz algılamalı; çocuğuna karşı da güvensiz ve yetersiz bir kişi gibi davranışlar göstermelidir. Giderek anne çocuğu karşısında yetersiz, çaresiz, öfkeli hissetmeye ve böyle davranmaya başlar. Yani artık anne, çocuğun yansıttığı parçası ile özdeşleşmiştir.

Üçüncü aşamada, çocuk artık bir yeni anne ile özdeşim yapar. Yani çocuk bir zamanlar kendi içinde bulup anneye yansıttığı parçasını, anneyle özdeşim aracılığı ile yeniden içine alır. Bu kez, içine aldığı ve kendi benliğinin bir parçası haline getirdiği bu özellik, sanki önceden kendisinin olan bir parçası değil, annenin özbenlik yapısının bir parçasıdır.

Yukarıda kısaca açıklanmaya çalışılan bu karmaşık düzeneğin yalın anlamı şudur: Çocuklar, anababalarına, kendi içlerindeki olumsuzlukları yansıtabilirler; onları bu doğrultuda zorlayabilirler, öyle olmalarını sağlayabilirler; arkasından da onlarla özdeşleşerek, onlar gibi olduklarını sanabilirler ve bu özdeşleşmeyi savunma amacıyla kullanabilirler. Ana-babasına "siz beni böyle yaptınız" türünden suçlamaların çoğunun altında, *salt yansıtma değil*, bu tür bir düzenek de yatmaktadır.

YÜCELEŞTİRME
(Sublimation)

Çocukluk çağının her türlü dürtüsel yaşantısının bir çatışma ve bunalım kaynağı olacağını düşünemeyiz. Sağlıklı bir gelişme süreci insanoğlunda birçok dürtünün olgunlaşmasına, yeri ve sırası gelince doyum yolları bulunmasına olanak sağlar. Örneğin, çocukluk çağındaki aşırı bağımlılık ve sevilme gereksinimi yetişkin kişide sevişmeye, uyumlu ve doyumlu cinsel ilişki kurabilmeye temel olur. Çocuk gelişirken, öğrenme, olgunlaşma ve özdeşim yapma süreçleri ile birçok doğal dürtüleri değişimlere uğrar. Kimi dürtüler

nesnelerini ya da amaçlarını tümden değiştirirler, benlik için yapıcı, yaratıcı bir amaç ve nesne edinirler. Giderek bunlar toplum ve kişi için yararlı, beğenilen davranışları doğuran eğilimler olarak belirir.

Öbür savunma düzeneklerinde dürtüye ya da dürtü ile ilgili çatışma ve bunaltıya karşı benliğin kendini koruması vardır. Benliğin böyle bir korumaya gereksinmesi için, kendini tehlikede, bunaltıda görmesi ya da tehlike olabilir gibi bir değerlendirme yapması gerekir. Çocukluk çağında, özellikle 3-4 yaşlarından başlayarak, o döneme ve daha önceki dönemlere (fallik ve pregenital dönemler) özgü saldırgan ve cinsel dürtülerin bir bölüğü tümden amaç ve nesnelerini değiştirirler. Yani saldırganlık dürtüsünün enerjisi kalır, fakat saldırgan niteliğini yitirir. Cinsel dürtünün enerjisi kalır, fakat cinsel yönelişi kalmaz (deseksüalizasyon). Böylelikle, benliğin hizmetinde cinsellikten ve saldırganlıktan tümden arınmış dürtü enerjileri kalır. İşte, dürtülerin bu tür asıl amaç ve nesnelerini bırakmaları ve toplum içinde kabul edilen yaratıcı, yapıcı eylemler için kullanılabilir duruma gelmeleri düzeneğine *yüceleştirme* diyoruz. Örneğin, çocukluk çağında cinsel konuları bilme tutkusu oldukça yaygın ve etkin bir dürtünün belirtisidir. Bu eğilimin bir parçası cinsellikten sıyrılır; çocuğun bilmediği şeyleri öğrenme tutkusuna dönüşür. Bakma, görme, tanıma eylemleri cinsel amaçların dışında da doyum sağlar.

Görülüyor ki *yüceleştirmede*, gereksiz bir enerji harcanması, bilinçdışı bir dürtüye karşı savunma kalmamıştır. *Karşıt-tepki-kurma* düzeneğinde de toplumsal yönden olumlu bir eylem olabilir; ama birey, bu eylem için kendini zorlamakta, yapmayınca da tedirgin olmaktadır. Yani yasak dürtü bilinçdışından benliği sıkıştırmakta; benlik buna karşıt bir tepki oluşturarak tedirginlikten korunmaya çalışmaktadır.

Çalışma merakı, toplum için yararlı çeşitli uğraşılar, bilme, öğrenme tutkusu, sanat yapıtları yüceleştirme ürünleridir. Yüceleştirme düzeneğinin en önemli noktası benliğin herhangi bir bunaltı kaynağına karşı savunma gereksinimine bağlı olmamasıdır. Bu nedenle anormal yanı olmayan tek düzenektir diyebiliriz. Bütün öbür düzenekler, yerine, sırasına, derecesine göre normal olmayan özellik taşıyabilir. *Fenichel'e* göre erişkin çağdaki cinsel ya da saldırganlık eğilimlerinin yüceleştirilmesi söz konusu değildir[69]. Bunlar, bilinçdışına bastırılabilir; değişik nesne ve yollarla doyurulabilir. Bilinçli baskı ve denetim altında tutulabilir. Yüceleştirmeye ham madde olan dürtü ve eğilimler çocukluk çağına, öncelikle cinsellik öncesi (pregenital) çocukluk çağına ilişkin dürtü ve eğilimlerdir. Kuşkusuz yetişkin çağdaki cinsel doyumlar ve doyumsuzluklar yüceleştirme eğilim ve gereksinimlerini etkileyebilir; ama yüceleştirmenin kaynağı olamazlar.

KAYNAKLAR

1. **Alexander F (1952)** Development of the Fundamental Concepts of Psycho-analysis. (eds. F Alexander, H Ross) Dynamic Psychiatry'de. Chicago: Univ Chicago Press.
2. **Alexander F (1956)** Psychoanalysis and Psychotherapy. New York: Norton.
3. **Alexander F (1963)** The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory. Am J Psychiatry, 120: 440-448.
4. **Arieti S (1961)** A Re-examination of the Phobic Symptom and of Symbolism in Psychopathology. Am J Psychiatry, 118: 2-6
5. **Cannon WB (1929)** Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. New York: Appleton-Century.
6. **Clark RW (1982)** Freud, The Man and The Cause. New York: Paladin Granada.
7. **Dollard J and Miller NE (1957)** Personality and Psychotherapy. New York: McGraw Hill.
8. **Engel G (1962)** Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia: Saunders.
9. **Fenichel O (1945)** The Psychoanalytic Theory of Neuroses. New York. Norton.
10. **Fisher C and Paul I (1959)** The Effects of Subliminal Visual Stimulation on Images and Dreams: A Validation Study, J Amer Psychoanal. Assoc, 7: 35-83.
11. **Freud A (1946)** The Ego and the Mechanism of Defence. (Almancadan İngilizceye Çeviren: Cecil Baines) New York: International Universities Press (9. baskı 1957).
12. **Freud S (1894)** The Neuro-Psychoses of Defence. Standart edition, 3: 43-68. (1896) Further Remarks on the Neuro-psychoses of Defence. Standart Ed. 3: 159-185. London: Hogarth Press. 1955.
13. **Freud S (1898)** Sexuality and the Aetiology of the Neuroses. Standard Ed. 3: 261-285. London: Hogarth Press. 1955.
14. **Freud S (1900)** The Interpretation of Dreams. Standard Ed. 4. 5. London: Hogarth Press.
15. **Freud S (1901)** The Psychopathology of Everyday Life. Standard Ed. 6: 1-239, London: Hogarth Press, 1955.
16. **Freud S (1909)** Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy. Standard Ed. 10: 5: 149, London: Hogarth Press, 1955.
17. **Freud S (1951)** The Unconscious. Standart Ed. 14: 159-215. London: Hogarth Press, 1955.
18. **Freud S (1915)** Repression. Standard Ed. 14: 141-158. London: Hogarth Press, 1955.
19. **Freud S (1915)** Instincts and Their Vicissitudes. Standard Ed. 14: 109-140. London: Hogarth Press, 1955.
20. **Freud S (1915-1916)** Introductory Lectures on Psycho-Analysis. Standard Ed. 15: 5-449, London: Hogarth Press 1955.
21. **Freud S (1938)** An Outline of Psycho-Analysis. Standard Ed. 23: 144-205, London: Hogarth Press, 1955.
22. **Goldstein WN (1991)** Clarification of projective identification. Am J Psychiatry, 148: 153-161.
23. **Harlow HF (1962)** The Effect of Rearing Conditions on Behavior. Bull Menninger Clinic, 26: 213.
24. **Hartman H (1939)** Ego Psychology and the Problem of Adaptation. (İngilizceye çeviren: David Dapaport), New York: International Universities Press, 1958.
25. **Hillgard EF (1957)** Introduction to Psychology. New York: Harcourt, Brace and Company.
26. **Janet P (1907)** Major Symptoms of Hysteria. New York: Hafner Publishing Co., 1965.
27. **Kernberg O (1966)** Structural Derivatives of Object Relatinships. Int J Psychoanalysis, 47: 236-253.
28. **Kernberg O (1987)** Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. J. Am Psychoanal Assoc 35 795-819.
29. **Kris E (1952)** Psychoanalytic Explorations in Art. New York: International Universities Press.
30. **Liebowitz MR, Gorman JM ve ark (1986)** Possible Mechanism for Lactate's Induction of Panic. Am J Psychiatry 143: 495-502

31. **Maslow AH (1954)** Motivation and Personality. New York: Harper.
32. **May R (1958)** Contributions of Existential Psycotherapy. Existence, A New Dimension in Psychiatry and Psychology 'de. Editörler: R May, E Angel, EF Ellenberger. New York : Basic Books.
33. **Nemiah JC (1988)** The Psychodynamic Basis of Psychopathology (ed. AM Nicholi). The New Harvard Guide to Modern Psychiatry. Cambridge, Mass. Belknap Harvard.
34. **Nicholi AM (1988)** The Therapist-Patient Relationship. The New Harvard Guide to Modern Psychiatry (ed. AM Nicholi). Cambridge, Mass, Belknap-Harvard.
35. **Öztürk MO (1964)** Folk Treatment of Mental Illness in Turkey. Magic, Faith and Healing'de (ed. A. Kiev). London: The Free Press of Glencoe-Collier Macmillan. s: 343-363.
36. **Öztürk MO (1998)** Psikanaliz ve Psikoterapi.3. Basım, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi .
37. **Öztürk MO, Savaşır Y (1969)** Akut Paranoid Reaksiyonlarda Yansıtma Mekanizmasını Uyaran Dürtüsel Olay. Nöro-psikiyatri Arşivi, 6: 101-108.
38. **Ogden TH (1979)** On projective identification. Int J Psychoanal 60: 357-373.
39. **Pruyser PW (1975)** On Splitting. Bull Menninger Clinic, 39: 1-46.
40. **Redlich FC and Freedman DX (1966)** The Theory and Practice of Psychiatry. New York: Basic Books.
41. **Rosenzweig S (1944)** An Outline of Frustration Theory: Personality and the Behavior Disorders'da (ed. J Mc V Hunt) New York: The Ronald Press.
42. **Stagner R (1961)** Psychology of Personality. New York: McGraw Hill.
43. **Tinbergen N (1951)** The Study of Instinct. London: Oxford Universtiy Press.

BÖLÜM VII

KİŞİLİK GELİŞİMİ

"Çocuklara özenle bakım verilmeli, davranışların aşırılığa kaçmaması için özen gösterilmelidir. Saldırgan öfke patlamaları, korku ve bunaltı yatıştırılmalıdır. Bu önlemlerin en iyi biçimde sağlanması, çocuğun doğal istek ve eğilimlerini tanımak; hoşlanmadığı durumları göz önünde tutmakla olur. Çocuğun doğal yetenekleri desteklenmeli, tedirginlik kaynakları giderilmelidir. Böyle bir çocuk yetiştirme, hem beden, hem ruh için iyidir. Ruhsal yönden yararlıdır, çünkü erken eğitimle alışkanlıklar ve tutumlar kişiliğe yerleşir. Çocuk altı yaşına gelince öğretim ve eğitim için bir öğretmene gönderilmelidir. Çocuğu birden kitaplarla yüklememeli; eğitim, gelişerek ilerleyen bir sisteme uyarak yapılmalıdır."

İBNİ SİNA[5]

İnsanda kişiliğin gelişmesi, evrimsel (filojenetik) gelişmeye bağlı olan *olgunlaşma (maturation)* ve öğrenmeye bağlı olan *bireyleşme-toplumsallaşma* süreçlerinin birbirlerini etkilemesi ile olur. *Olgunlaşma (maturation)* organizma içinde doğuştan var olan gelişmemiş yetilerin öğrenme olmaksızın kendiliklerinden gelişmelerine ve varabilecekleri düzeye ulaşmalarına denir. Örneğin, daha önce yürüme eğitimi görse de görmese de insan yavrusu ortalama 12-14 aylık iken yürümeye başlar. Bu, evrimsel olarak önceden saptanmış; öğrenmeden bağımsız bir gelişmedir. *Bireyleşme-toplumsallaşma* çevrenin sağladığı eğitim ve yaşam deneyimleri ile bireysel davranışların öğrenerek biçimlenmesi, toplumsal davranış örüntülerinin oluşmasıdır. Örneğin, çocuk 12-15. aylarında aşamalı biçimde artan bilişsel yetileri ile konuşmayı öğrenebilecek bir olgunlaşma düzeyine gelir; konuşma çağından önce yapılan konuşma eğitiminin büyük bir etkisi yoktur. Konuşabilme çocuğun doğal yapısında evrimsel olarak yerleşmiş içkökenli (endojen) bir davranış yetisidir. Uygun gelişme çağına erişince normal çocuk normal koşullarda aşama aşama artan sözcük dağarcığı ile konuşmayı sökecektir. Çocuğun hangi dili konuşacağını ana-baba ve toplum saptar. Konuşulan dilin türü öğrenme ile belirlenir.

Kuşkusuz, kişilik gelişmesinin nörobiyolojik, bilişsel (cognitive), duygusal yönlerini, nesne ilişkileri özelliklerini, yaşam sorunları, engellenmeler ve çatışmalarla baş etmek için geliştirdiği uyum ve savunma düzeneklerini biyopsikososyal bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Çocuğun devinimsel (motor), bilişsel (cognitive), duygusal (emotional) ve sosyal gelişiminin gözlemlenebilen, ölçülebilen özellikleri çocuk sağlığı ve gelişimi uzmanlarınca öğretilmektedir. Bu alanda tıp öğrencileri ve hekimler için çocuk sağlığı ve hastalıkları tıp dalının sağladığı eğitim olanakları büyük ağırlık taşımaktadır. Bu bakımdan en önemli katkıları 20. yüzyılın ilk yarısında. Gesell ve başka çocuk hekimleri yapmışlardır[14]. Çocuğun bilişsel (cognitive) gelişmesi konusunda da Piaget'nin kuramı büyük önem taşır[30]. Kuşkusuz çocuk gelişiminin bütün bu yönleri birbirlerinden ayırt edilemez ve birbirlerini etkilerler. Fakat şunu da biliyoruz ki, devinimsel gelişmesinde büyük aksama olan bir çocukta normal zekâ gelişmesi, normal zekâ gelişmesi olan bir çocukta da ileri derecede bozuk duygulanım (affect) gelişmesi olabilir.*

İnsanda, nörobiyolojik gelişimin en hızlı olduğu dönemler doğumdan önceki aylar ile çocukluğun ilk yıllarıdır. Bu yıllar aynı zamanda nörogelişimsel açıdan insan yavrusunun dıştan ve içten gelen olumlu, olumsuz uyaranlara ya da maddelere karşı en duyarlı olduğu dönemlerdir. Olumlu uyaranlar ve besilerle çocuğun beyin gelişmesi ve buna koşut olarak devinimsel, bilişsel, duygusal gelişmesi normal sınırlar içinde sürer. Bu dönemlerde çocuk olumsuz maddeler ve uyaranlar ile karşılaştıkça beyin gelişmesinde ve buna bağlı bedensel-ruhsal gelişmede büyük aksaklıklar ortaya çıkabilir ve bunların bir kesimi yaşam boyu sürebilir. Örneğin, gebe kadının ağır alkol alımı yaşam boyu sürecek ağır nörogelişimsel bozukluklara yol açabilir. Örneğin doğumdan sonraki ilk yılda bebeğin uzun süreli anne ya da anne yerine geçebilecek birinden yoksun kalması onun nörogelişimsel yapısında önemli etkiler yapabilir. Çocuğun beyin gelişimi ile bilgiler *Bölüm VI: Davranışın Nörobiyolojik Temelleri*'nde verilmiştir. Bu bölümde ise nörobiyolojik açıdan normal gelişim ortamında büyümekte olan insandaki kişilik gelişim süreçleri açıklanacaktır.

Kişilik gelişimi açısından normal gelişime ve psikopatolojiye, öncelikle dinamik psikiyatriye en önemli katkı psikanalizin kurucusu Freud'dan ve onun izleyicilerinden gelmiştir. 20.yüzyılda psikanalitik kişilik gelişimi kuramına en özgün katkı Erik H. Erikson'un psikososyal gelişim dönemleri kuramıdır. Bu nedenle, kişilik gelişimi bu bölümde ruhsal-cinsel (psikoseksüel) ve ruhsal-toplumsal (psikososyal) gelişme ilkelerine ve dönemlerine göre açıklanacaktır.

Önce Freud'un ruhsal-cinsel (psikoseksüel) ve sonra E.H. Erikson'un ruhsal toplumsal (psikososyal) gelişme kuramlarının temel ilke ve kavramları açıklanacak; sonra da gelişme dönemleri ele alınacaktır. Klinik psikiyatride, yaşam döngüsünün (life cycle) iyi değerlendirilebilmesi açısından özel önem

* Çocukluk çağına özgü bilişsel, davranışsal ve duygusal özellikler "Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları" başlıklı XXV. bölümde özetlenmiştir.

taşıyan Erikson'un "Yaşamın Sekiz Evresi" ayrı bir bölümde ele alınacaktır. Bakınız *Bölüm VIII: "Yaşamın Sekiz Evresi"*.

RUHSAL-CİNSEL (PSİKOSEKSÜEL) GELİŞME KURAMININ TEMEL KAVRAMLARI

Önce şu noktayı belirtmemiz gerekir: *Freud "cinsel"* derken, yalnız eşeysel organların birleşme-üretme amacına yönelik duygu ve eylemleri içeren dar bir kavrama bağlı kalmamıştı. *Freud*, cinsel terimini haz veren herhangi bir nesne ya da uyarana organizmanın yönelişi anlamında kullanmıştır. *Bu anlamda, sevilen, haz veren, doyum sağlayan her nesnenin cinsel niteliği vardır.* Örneğin, çocuğun emerek karnını doyurduğu meme, hem çocuk hem de yetişkinler için haz kaynağıdır ve bu nedenle cinsel bir organdır. Bunun gibi, ağız ve dudaklar da hem çocuklukta hem yetişkin çağda bir haz ve doyum bölgesidir. *Freud* çağına dek, çocuğun haz veren nesnelere yönelişi, bağlanışı cinsel bir olgu olarak görülmez ve cinsel davranışların ancak ergenlik çağında başladığı sanılırdı. *Freud*,

1) Cinsel sapmaların incelenmesine,
2) Cinsel organların dışında birçok beden parçalarının haz kaynağı olabilmelerine,
3) Çocukluk çağında da cinsel uyarılışların olabilmesine dayanarak cinsel yaşamın çocukluğun ilk çağlarından başladığı görüşünü savundu [14,16,18,19].

Freud, ruhsal bozuklukların temelinde, öncelikle nevrozların oluşunda, ruhsal-cinsel gelişmenin önemini açıklamış ve ruhsal-cinsel gelişme dönemlerindeki sorunların ve saplantıların *nevrozların kaynağını* oluşturduğunu ileri sürmüştü. Çocukluk çağında yaşanılan cinsel yönelişlerin ve çatışmaların bilinçdışına itildiğini ve bunların ancak ruhçözümleme (psikanaliz) yöntemiyle bilinç düzeyine çıkarılabileceğini açıklamıştı[12,18].

Freud'un cinsel dürtü (erotic drive, libido) kuramına göre her dürtünün bir *amacı, nesnesi ve kaynağı vardır.* Dürtünün amacı *boşalma ve doyumdur.* Nesnesi, *boşalma ve doyum sağlayacak herhangi bir şeydir.* Kaynağı ise *cinsel haz bölgeleri (libidinal ya da erotojen zon) diye bilinen beden bölgeleridir (oral, anal, genital bölgeler).* İşte *Freud*, ruhsal-cinsel gelişme dönemlerine ilişkin görüşlerini oluştururken, dürtülerin kaynaklandıkları ve en belirgin doyum noktaları oldukları beden bölgelerine öncelik vermiştir. Örneğin, çocukluğun ilk yılında dürtüsel doyumun yoğunlaştığı en önemli *bölge ağız* ve çevresidir. Yani, bebek ağız ve dudakların eylemi olan emme yoluyla hem biyolojik açıdan kendini doyurmakta, hem de bu eylemden büyük haz duymaktadır. Bu nedenle bu çağa *oral dönem* adını vermiştir. *Freud*, her dönemin özelliklerini *dürtülerin kaynağı, düzenlenişi, yönelişi, dışa-vuruluşu, karşılaştıkları engeller ve çatışmalar* bakımından tanımlamaya çalışmıştır.

Ruhsal-cinsel gelişme kuramına göre bir dönemin özelliklerini yetişkin çağda da belirgin biçimde taşımak o dönemde *saplanmayı (fiksasyon) gösterir.*

Bir dönemde saplanma, o dönemle adlandırılan bir kişilik yapısını (oral kişilik, anal kişilik gibi) *belirler*[3,4,12,19].

RUHSAL-TOPLUMSAL (PSİKOSOSYAL) GELİŞİM KURAMININ TEMEL KAVRAMLARI

Aslında *Erikson*'un ortaya koyduğu ilkeler ve kavramlar Freud'dan önemli sapma göstermemiş; tersine psikanalitik kuramdaki "benlik ruhbilimi" (ego psychology) alanına yeni boyutlar kazandırmıştır. Erikson'un görüşleri ruhsal-cinsel gelişim kuramı ile toplumsal gelişim arasında köprü kurmuştur. Öncelikle *Erikson*'un kullandığı özel kavram ve terimlerden gerekli olanlar aşağıda açıklanacaktır[9,10,11]:

Aşamalı-oluşum ilkesi (epigenetic principle): Gelişen organizmanın bir taban planı vardır. Organizmanın parçaları bu taban plana göre belli bir zaman ve sıraya göre gelişir. Her parça, embriyolojide olduğu gibi, uygun zaman içinde gelişir ve işlev gören bir bütün ortaya çıkar. Her dönem kendisinden sonra gelen dönem için bir basamak oluşturur ve erişilen bir dönem önceki dönemlerin etkisi ile biçimlenir. Gelişim süreci boyunca, sonraki dönemlerde gelişecek olan özellikler, önceki dönemlerde çekirdek halinde bulunmaktadır. Böylece, kişilik gelişmesi, yaşamın ilk günlerinden başlayarak birbiri üzerine binen ve birbirini hazırlayan basamaklardan ilerleyerek gerçekleşir. *Aşamalı-oluşum ilkesine göre, her dönemin kendisine özgü gereksinimleri, tamamlanacak görevleri, çözülecek sorunları, duyarlı yönleri ve özgül dönemeci (crisis)* vardır.* Normal kişilik gelişmesi bu gereksinimlerin karşılanması, sorunların çözülmesi, görevlerin uygun zamanda tamamlanması, dönemecin atlatılması ile gerçekleşir.

Organ işlev-biçimi (organ mode): Erikson'a göre, belli bir dönemin ağırlık noktası olan bölgeye ilişkin temel işlevler bütün organizmaya yayılarak organizmada egemen *bir işlev-biçim oluşturur.* Örneğin: *Oral dönemde ağız bölgesinin temel işlevi içe-almadır (incorporation).* Ancak, bu dönemde organizma bu işlevi bütün yüzeyi, bütün duyu organları ile kullanmaktadır. Yani çocuk, yalnız ağız aracılığı ile değil, bütün duyu yolları ile dışardan gelen *"uyaran besilerini"* (stimulus nutriment) içe alarak beslenmektedir. Bu uyaran besileri annenin sevgisi, sesi, ninnisi, dokunması, yüzü, koruyuculuğu ve çevreden gelen değişik uyaranlardır. Önemli olan yalnızca ağız bölgesinin işlevi değildir. Ağız bölgesine özgü bir işlev olan ve bu bölgeden kaynaklanan *içe-alma* eyleminin tüm organizmaya yayılması ile genel bir davranış biçimi oluşmaktadır.

Toplumsal işlev-örüntü (social modality): Her dönemin kendine özgü organ işlev biçimi toplumsal çevre ile sürekli etkileşim içindedir. Örneğin, oral

* Erikson'un tanımlamasına ve sözcüğün gerçek anlamına uyarak "crisis" karşılığında "dönemeç" sözcüğü kullanılmaktadır. Daha geniş bir açıklama için bakınız: M.O. Öztürk, Psikanaliz ve Psikoterapi, sf. 122.

döneme özgü içe-alma işlevi dışarıdan verilen yiyecekleri ve uyaran besilerini organizmanın içine aktarır. Çaresiz ve bağımlı olan bebek, ancak çevrenin kendisine vermesi ile yaşayabilir. Yani burada alıcı bir organizma ile verici bir çevre karşılıklı ilişki içindedir. Bebeğin çaresizliği ve bağımlılığı yanı sıra içe-alabilme yetisi, çevrenin de vericiliğini sağlar. Çocuk belli toplumsal yöntemlere uygun olarak kendisine verilen besileri ve uyaranları kendi içine alarak sindirirken, en yalın anlamda toplumsal bir alış-veriş içine girmektedir. Başkalarından verileni *alma-alabilme, isteyerek alma-alabilme, uğraşarak alma-alabilme ve giderek verme, verebilme yetilerini kazanmaktadır. Çocuğun ağız ve duyu yolları ile içe-almasına (incorporation) Erikson organ işlev biçimi (organ mode), insanlardan almayı, onlara vermeyi ise toplumsal işlev-örüntü (social modality) olarak tanımlamıştır. İçe-alma işlev-biçimi organizmada yaygın bir psikobiyolojik eğilim; almak ya da vermek de toplumsal alış-veriş anlamı taşıyan bir benlik yetisidir.*

Ruhsal-toplumsal Dönemler (psychosocial stages): Erikson, organ işlev biçimlerinin (organ mode) ve toplumsal etkileşimlerle oluşan işlev örüntülerinin (organ modality) gelişmeleri ile her dönemde benliğin özel bir *dönemeçten (crisis)* geçerek, o döneme özgü bir benlik sorununu çözdüğünü, bir gelişmeyi tamamladığını ve özel bir benlik ögesinin temel taşını kazandığını tanımlar. Her dönem birbirine karşıt iki temel öge ile adlandırılır. Örneğin, dürtüsel açıdan "oral" adını alan ilk dönem ruhsal-toplumsal açıdan *"temel güven-temel güvensizlik"* dönemi adını alır. Buna göre, bu evrede, sağlam çocuğun kazandığı ilk benlik gücü *"temel güven duygusu"dur (sense of basic trust)*. Ama, bireyde ne denli güven duygusu olursa olsun, bir *"temel güvensizlik duygusunun" (sense of basic mistrust)* çekirdeği de karşıt bir öge olarak bulunur. Önemli olan aradaki dengenin olumlu öge doğrultusunda gelişmesidir. Aşırı güvensizlik yönüne kayma ağır ruhsal bozuklukların kaynağı olabilir.

Erikson her döneme özgü iki karşıt benlik ögesi tanımlayarak yaşamı sekiz evreye ayırmıştır. Bu evreler ayrı bir bölümde ele alınacaktır. (Bakınız "İnsanın Sekiz Evresi" Bölümü).

Önemle vurgulanması gereken bir nokta, dönemler arasındaki sınırın kesin olmayışıdır. Çocuk, gelişim dönemlerini tamamlarken, kalıtımsal yapısına ve çevreden gelen etkilere dayalı olarak oldukça geniş sınır alanları içinde ilerlemeler ve gerilemelerle bir dönemden bir sonraki döneme geçmeyi başarır.

BEBEKLİK VE İLK ÇOCUKLUK YILLARI

Oral Dönem *(ruhsal-cinsel açıdan)*

Temel Güven-Güvensizlik *(ruhsal-toplumsal açıdan)*

Doğumdan birinci yılın sonuna dek olan ve çocuk hekimliğinde bebeklik, süt çocuğu çağı olarak bilinen dönem psikanalitik kuramda *oral dönem* olarak

adlandırılır. Bu dönemde çocuğun biyolojik ve ruhsal gereksinimleri arasında sınır çizmek olanaksızdır. Biyolojik gereksinimlerinin doyurulması ile birlikte giden haz, engellenmesi ile birlikte giden acı, çocukta duygusal tepkilerin ilk ayrımlaşmış belirtileri sayılabilir. Bebek kendisine haz ve acı veren uyaranlar karşısında genellikle bütün bedeni ile tepki gösterir. Örneğin, doyurulunca uyuması, aç bırakılınca ya da ağrılı bir uyaranla karşılaşınca çırpınması ve ağlaması biçiminde tüm organizmasının tepki göstermesi gibi. Bu dönemde egemen olan *haz ilkesidir (pleasure principle)* ve doğal dürtülerinin hemen doyurulması, gerginliğin hemen giderilmesi çocuğun en başta gelen beklentisidir. Kimi uyaranları algılayarak ayırt edebilme yetileri olsa bile, henüz dürtülerini bekletebilecek, erteleyebilecek gücü kazanmamıştır.

Çocuk, doğal çaresiz yapısı nedeniyle dışarıdan verilecek bakıma tümden bağımlıdır. Bu tam bağımlılık durumu, çocuk ve çevresi arasındaki alış-verişin zorunlu olmasına yol açar. Bir başka deyişle, çocuk ancak kendisine verebilecek bir annenin ya da anne yerine geçebilecek birinin varlığı ile yaşamını sürdürebilir. Freud'un bu döneme *oral dönem* deyişinin nedeni, bu çağda ağız ve dudakların özel haz bölgesi olarak kullanılması, tüm yaşamının bu bölge aracılığı ile sürdürülebilmesi gerçeğidir. Psikanalitik deyişle *erotojen bölge ağız ve çevresidir*. Bu dönemde emerek haz duyma ve beslenme işlevleri birbiri ile kaynaşmış olmakla birlikte, emme eylemi yalnızca haz duyma amacıyla da yapılabilmektedir.

Oral dönemde ağız bölgesinin temel işlevi *içe-almadır (incorporation)*. Ancak, bu dönemde organizma bütün yüzeyi, bütün duyu organları ile bu işlevi sürdürmektedir. Yani, yalnız ağız aracılığı ile değil, bütün duyu yolları ile dışardan gelen *"uyaran besilerini" (stimulus nutriment)* içe alarak beslenir. Önemli olan yalnızca ağız bölgesinin işlevi değildir. Ağız bölgesine özgü bir işlev olan ve bu bölgeden kaynaklanan *içe-alma* eyleminin tüm organizmaya yayılması ile genel bir davranış biçimi oluşmaktadır. Bu bakımdan Erikson, çocukluğun ilk yılında ağza verilen önemi, organizmanın bütün içe-alan aygıtlarına (örneğin görme, işitme, koklama, dokunma, ağız ve solunum yolu ile içe-alma gibi) genişletmiş olmaktadır. Bu nedenle de oral döneme *ağız-solunum-duyu dönemi "oral-respiratory-sensory stage"* adını vermiştir[10].

Çocuğun içe-alma gereksinimine karşı ona bakım verme görevini üstlenen anne (ya da anne yerine geçen kişi) ve onun temsil ettiği toplum vardır. Toplumun bakım verme görevinde gelenek ve törelere göre bir takım ayrılıklar olsa bile, temelde, annenin ve toplumun bu çaresiz bağımlı varlığa tutarlı ve sürekli olarak bakım verme yatkınlığı ve hazırlığı bulunmaktadır. Çocukta doğal olarak bulunan içe-alma işlev-biçiminin, veren kişiler ve verilen şeylerle etkileşimi çocuğun benliğinde bu döneme özgü bir toplumsal işlev-örüntünün oluşmasına yol açar. Bu da en yalın deyimi ile şudur: ***almak, elde etmek***. Yani çocuk, ağız ve duyu organları ile içe-alırken, bir yandan da kendisine verilen şeyleri toplumsal anlamda almayı, elde etmeyi öğrenir. Böylece, ço-

cuğun kazandığı ilk toplumsal işlev-örüntü almak, almayı bilmek ve elde etmektir. Çocuk, kendisine veren kişilerden verilmiş olmayı da değerlendirerek, vermek, verebilmek yetisini kazanır. *İşte, Erikson'a göre, insan yaşamının en temel psikososyal davranış biçimi* ***almak ve vermek****tir.* Alma-alabilme, verme-verebilme yetileri, almayı becerebilen rahat, sağlıklı bir organizmanın yanında, rahat verebilen bir anne ve toplumun karşılıklı alma, verme işlemleri ile kazanılır.

Erikson'un deyişi ile bakım veren anne ya da yerine geçen kişi ile çocuk arasında bir *karşılıklılık (mutuality)* bulunmaktadır. *Bu karşılıklı birlikteliğin bir yanında çocuğun bağımlılığı, bir yanında da annenin vericiliği, bakıcılığı, koruyuculuğu yatar.* Böyle bir ortam bulunmadığı takdirde çocuğun yaşamasına da olanak yoktur. *Böylelikle, bu iki organizma biyopsikososyal bir bütünlük ve ortakyaşam (sembiyoz) içindedir.* Başlangıçta, çocukta anneye ya da anne yerine geçen kişiye karşı özel bir bağlılığın olduğu sanılmamaktadır. Çocuğun doğal gereksinimlerinin (açlık, susuzluk, uyku, temizlenme vb.) her ortaya çıkışında, annenin çocuğun yanında belirmesi ve gereksinimlerini gidermesi yavaş yavaş çocuğun bilişsel dünyasında ***sürekliliği*** *olan bir nesne tasarımının (object representation) ve bir nesne ilişkisinin (object relation) oluşumuna yol açar.* Üç altı aylar arasında bebek giderek anneye yalnızca bağımlı olmakla kalmaz, ona karşı artan *bağlanma (bonding, attachment)* duygusu oluşur[6, 7]. Altıncı ayda, artık bağlanma duygusu öylesine yerleşmiştir ki ortaya zaman zaman belirgin olarak algılanan anneden *ayrılma bunaltısı (separation anxiety)* da çıkar. Bu dönemdeki çocuk için sürekliliği olan anne (ya da anne bakım veren) çocuk için en önemli güven kaynağıdır. Doyuran, çocuğu sevgisi, konuşması, dokunması gibi uyaranlarla besleyen, acı veren durumlardan koruyan annenin sürekliliği ve aynılığı çocuğun sağlıklı gelişiminde büyük önem taşır.

Çocukluğun ilk yılında, sürekli bakım veren kişinin eksikliği (örneğin çocuk yuvalarına bırakılmış olma) çocuğun motor, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişiminde önemli aksamaya ve yetmezliğe, hatta geriliğe yol açabilir. *Anne yoksunluğu* denilen bu durum ileride *Bölüm XXV: Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları*'nda ayrıca özetlenecektir. Çocukla anne (ya da yerine geçen kişi) arasında bir *bağlanma* duygusu yerleştikten sonra anneden ayrılma çocukta ağır ruhsal çökkünlük belirtilerine (bebeklik depresyonu) ve bu ayrılma uzun sürerse kişilik gelişiminde önemli bir yaralanmaya neden olabilir[35, 36]. Kişiliğe yerleşen bu yaranın özü *temel güvensizlik duygusudur* (sense of basic mistrust). Bir sonraki bölümde, Erikson'un Yaşamın Sekiz Evresi anlatılırken temel güven ve güvensizlik duygusu açıklanacaktır.

Oral Dönemde Saplanma ve Oral Bağımlı Kişilik: Oral dönemde ruhsal açıdan en baskın organlar ağız ve dudaklardır; en etkin işlev içe-alım; en belirgin davranış biçimi bağımlılık, edilginliktir. Oral dönemde çevresel koşullara ve biyolojik yapıya bağlı olarak, aşırı doyurulma ya da aşırı doyumsuzluk

içinde kalma yüzünden, çocuğun doğal gelişmesi aksayabilir, sonraki gelişme dönemlerine geçişi zor olabilir. Bu nedenle oral dönem özelliklerine fazla tutunabilir. Yetişkin kişide aşırı ağızcıllık (oburluk, ağızla cinsel doyum vb.) ve aşırı bağımlılık, alıcılık, edilgenlik baskın olursa, bu davranış özellikleri ruhçözümlemede *oral saplanma* belirtileri olarak yorumlanır. Böyle bir kişi başkalarından almaya alışmış, aşırı isteyici ve bağımlıdır.

Özet

Oral dönemin davranışsal özellikleri

- Oral dönemde çocuk dışarıdan verilecek bakıma ve korunmaya bağımlıdır.
- İçe-alım (incorporation) ve beslenme yalnız ağız yolu ile değil, bütün duyu organları ile olur (organizmanın biyolojik besinler ve uyaranlarla beslenmesi).
- Gereksinimlerini önce tüm bedeni ile dışa vururken, giderek tepkileri ayrımlaşır ve isteklerini daha özgül biçimde iletebilme yetilerini kazanır.
- Çocuk kendisine sürekli bakım ve korumayı sağlayan kişi ve kişilere bağlanır (bonding, attachment). Bakım verende de karşılıklı bir bağlanma oluşur. Bu karşılıklı bağlanma ortakyaşamlı (sembiyotik) bir ilişki olarak adlandırılabilir.
- Bakıcının sürekliliği ve bakımın niteliği çocuğun kendini ve çevresini algılamasında ilk yapı taşlarını (temel güven duygusu) oluşturur.
- Uyku, beslenme düzeni açılarından çevre beklentilerinin ilkel algıları ve öğrenilmesi başlar.

Oral döneme özgü sorun kaynakları

- Kalıtımsal, doğuştan ya da doğumdan sonra oluşan biyolojik gelişme sorunları
- Doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında beslenme bozukluğu, travmalar, hastalıklar
- Sürekli ve nitelikli (seven) bir bakımın ve teke-tek ilişkinin olmayışı, uyaran yoksunluğu
- Bağlılık duyulan nesnenin (annenin) ayrılması ya da yitimi

Oral döneme özgü sorunlar

- Biyolojik kaynaklı gelişme sorunları
- Fizyolojik işlevlerde (uyku, beslenme vb.) sorunlar
- Anne yoksunluğu (maternal deprivation) bu dönemde bebeklik çökkünlüğü gibi ağır bir ruhsal bozukluğa neden olabilir. Yoksunluk uzun sürdüğünde, çocuğun bedensel, devinimsel ve bilişsel-duygusal gelişiminde kalıcı gerilikler ortaya çıkabilir.
- Oral dönemde saplanma ile oral bağımlı kişilik yapısının oluşması.

Anal Dönem *(ruhsal-cinsel açıdan)*

Özerklik Dönemi *(ruhsal-toplumsal açıdan)*

Birinci yılın sonundan üçüncü yılın başına ya da ortalarına uzanan dönem, çocuğun yürümeye, konuşmaya ve kendi benliğini çevresinden ayrı algılamaya başladığı; yavaş yavaş bağımsızca isteme ve davranma gibi yetilerin yapı taşlarını geliştirdiği çağdır. Bu dönemde çocuğun kas dizgesinin, aile içinde ve toplumda özellikle ilgiyi çeken dışkılama ve işeme büzgeç (sphincter) kaslarının işlevlerinde gelişme göze çarpmaktadır. Psikanalitik kurama göre bu dönemdeki *cinsel haz bölgeleri (erotogenic zone) anal ve üretral bölgelerdir.* Yani bu bölgeler küçük çocuk için özel bir haz ve ilgi alanı olmuştur. Anal ve üretral büzgeç kaslarının gelişmesi ile çocuğun dünyasına yeni bir eylem yetisi katılmaktadır. Çocuk, içeride birikmiş dışkısını, sidiğini bırakarak ya da içerde tutarak bir haz duymaktadır. Çocuğun kakasını, çişini tutabilmesi ve annenin istediği zaman ve yerde yapması çevreden büyük ilgi görür, ödüllendirilir. Böylelikle çocuk artık toplumun iyi, kötü, doğru, yanlış ve ayıp gibi yargıları ile karşılaşmaktadır.

Çocuk, anal işlevlerle ilgili yetilerini, bir bakıma, çevre ile etkileşim ve iletişim aracı olarak kullanabilir. Kızınca dışkısını tutma, yapmama, olmadık yerde bırakıverme yetisi elinde güçlü bir silah gibidir. Bu dönemde çocuk, ters, inatçı, pasaklı ve dağınıktır. Zaman zaman yumuşak ve tatlı olsa bile, severken yüz tırmalama, ısırma, dışkısını inatla bırakmamama ya da bırakıverip ortalığı batırma gibi davranışlar gösterir. Bu nedenle döneme *anal-sadistik dönem* adı da verilir. Bu döneme özgü bir özellik de çocuğun duygu ve davranışlarında *iki-değerliliğin (ambivalence)* belirgin olmasıdır. Yani birbirine karşıt duygu ve eğilimler çocukta aynı zamanda bulunur. Örneğin bir yandan severek sarılırken bir yandan can acıtıcak kadar ısırması gibi.

Özerklik Duygusu (Sense of Autonomy)

Birinci yaşın sonuna doğru çocuğun kas ve devinim dizgesi hızla gelişir. Ayağa kalkması, yürüyebilmesi, çocuğun anne kucağından çevreye doğru uzanması yatay ve bağımlı varoluştan, dikey ve devinimli, özerk varoluşa geçişin ilk adımlarıdır. Devinim dizgesinin gelişmesi yanı sıra, çocukta işeme ve dışkılama işlevlerini gören büzgeç kaslar olgunlaşmaktadır. Büzgeç kasların olgunlaşması, işeme ve dışkılamanın artık isteğe bağlı olarak yapılabilmesi demektir. Yani, çocuk dışkısını, sidiğini isterse tutabilir, isterse bırakabilir duruma gelmektedir. Böylece *birbirine karşıt iki istek, iki eğilim* ortaya çıkmıştır. Çocuk, birbirine karşıt iki eğilim arasında bir seçim yapabilme özelliğini kazanmaktadır. Bu durum, insanoğlu için yepyeni bir yetinin gelişmesi demektir: istemek ya da istememek, yapmak ya da yapmamak. İşte, *özerklik duygusu birbirine karşıt istek ve eğilimler arasında bir seçim yapabilme gücüdür.*

İşeme ve dışkılamayı isteyince tutabilme ya da bırakabilme, giderek toplumsal anlam taşıyan birçok davranış örüntülerine de geçer ve genelleşir. Böylece çocuk, bu iki tür toplumsal işlev-örüntü ile denemeler yapar: *tutmak, bırakmak.* Oral dönemde gelişen *ilk toplumsal işlev-örüntü, almak, almayı bilmektir. Bu evrede ise birbirinin karşıtı iki davranış örüntüsünün geliştiğini ve ilişkilere yansıdığını görüyoruz:* İnsanları, eşyayı, parayı, alışkanlıkları, sevgiyi, vb. tutmak; bunlara tutunmak ya da bunları bırakmak, bırakabilmek. Tutmak ve bırakmanın toplumsal uyum için olumlu birçok yönünün yanı sıra, olumsuz yönleri de gelişebilir. Örneğin *tutunmak*, kin, yıkıcılık ve saldırganlıkla yüklü kısıtlayıcı, bastırıcı bir tutuculuk eğilimi ile belirgin olabilir. Bırakmak da, yıkıcı, kırıcı, yok edici eğilimleri kolayca ortaya sermek ya da rahat bir *bırakıcılık* ve boş verme biçiminde belirebilir.

Çocukta, bu evrede birbirine karşıt eş-anlı iki eğilim arasında bir seçim yapabilme yetisi gelişmektedir.. İşte bu evrede, dışarıdan yapılacak denetim ve öğretiler, çocuğun seçim yapabilme yetisini aşırı uçlara götürmeyecek biçimde güven verici olmalıdır. Yoksa, yapılan seçim direngen bir tutmaya ya da istenilmeyen yer ve zamanda öfkeyle bırakmaya yol açabilir. Örneğin çocuk kakasına inatla tutunabilir ya da bunları öfkeyle fırlatırcasına olmadık yerde bırakabilir. Bu evrede, ana-babanın kesin ve tutarlı davranışları çocuğun seçim yapma yetisini, özerklik duygusunu zedelememelidir. Çocuk, içinde bulunduğu toplumun beklentilerine göre bazı şeyleri yapmayı, örneğin kakasını, çişini uygun zaman ve yerde bırakmak üzere tutabilmeyi öğrenirken, ağır utandırmalar ve cezalarla karşılaşırsa, *utanç ve kuşkuculuk duyguları* yerleşir. Böylece, bu duyguların etkisi ile *"seçim" yapabilme ve "istenç" (irade)* yetilerinin gelişmesi kösteklenebilir. Bu *evredeki tehlike utanç ve kuşkuculuk duygularının aşırı gelişmesidir.* Bir sonraki "Yaşamın Sekiz Evresi" bölümünde bu konu yeniden ele alınacaktır.

Anal Dönemde Saplanma ve Anal Kişilik: Ailenin ve çocuğun özel dikkatinin anal-üretral bölgeye ve işlevlerine yöneldiği bu dönemde bazı aile tutumları, çocukta anal saplanmaya ve anal kişilik özelliklerinin gelişmesine yol açabilir. Bu tutumlar arasında, çocuğa sıkı, katı, cezalandırıcı tuvalet eğitimi; özerklik tanımayan, bağımlılığı, bebeksi kalmayı destekleyen aşırı koruyucu ve denetleyici tutumlar, aşırı düzenlilik ve titizlik eğitimi, çocuğa ayıp ve günah kavramlarının fazla aşılanması sayılabilir. Bu dönemde anal-üretral bölge ile ilgili bir takım hastalıkların ya da gelişme bozukluklarının da böyle bir saplanmada etkisi olabilir. *Anal kişilikte* aşırı titizlik, tuvalet işlemleri ile aşırı uğraşma, cimrilik, inatçılık, aşırı düzenlilik, kararsızlık gibi özellikler görülür. Bu özellikler en çok obsesif-kompulsif kişilik türünde bulunur[1,15].

Bu dönemde çocuğun toplumsal çevre ile bağları genellikle anne ve yakın aile üyeleri aracılığı ile olmaktadır. Çocuğun bağımlılık durumu sürmekle birlikte, benliğin sınırları giderek belirginleştikçe, yani kendisinin ötekilerden ayrı bir varlık olduğunun ayrımına vardıkça, 2-3 yaşlarındaki çocuk artık

özerk davranışlar gösterebilme yetisini kazanmaktadır. Bu nedenle, annenin ilk dönemdeki tutumlarının değişmesi gerekmektedir. Artık çocuğun emzirilmesi, uyutulması, kundaklanması gibi uygulamalar önemini az çok yitirerek, yerini tuvalet eğitimi, bağımsızlık ve saldırganlık alanlarındaki yetiştirme ve öğretme çabalarına bırakmaktadır.

Özet

Anal Dönemin Davranışsal Özellikleri

- Çocuğun devinim, konuşma ve bilişsel yetilerinin gelişmesi ile yatay varoluştan dikey varoluşa; bağımlı varoluştan özerk varoluşa doğru önemli adımlar atmaya başlaması
- Dışkılama ve işeme büzgeç kaslarının gelişmesi ile birbirine karşıt dürtü ve eğilimlerin yoğunluk kazanması; bunların algılanması, bunlara karşı çevrenin düzenleyici, kısıtlayıcı önlemlerine tepki gösterilmesi; ilk özerklik savaşımları
- Ailede ve toplumda iyi-kötü, doğru-yanlış, onaylanan-onaylanmayan tutumların ve çevre beklentilerinin öğrenilmeye başlanması; ilk cezalar ve tepkiler
- Tuvalet eğitimi ve bununla ilgili özerklik tepkileri

Anal döneme özgü sorun kaynakları

- Kalıtımsal, doğuştan ya da doğumdan sonra oluşan biyolojik gelişme sorunları
- Oral döneme özgü sorunların sürmesi ya da bıraktığı izler
- Çocuğun özerklik çabasının kösteklenmesi, bağımlılığın desteklenmesi
- Tuvalet eğitiminde fizyolojik gelişime uymayan katı, kuralcı eğitim ve disiplin
- Aşırı cezalandırıcı, utandırıcı, müphem korkular aşılayıcı tutumlar

Anal döneme özgü sorunlar

- Biyolojik kaynaklı sorunlar
- Oral dönem sorunlarının sürmesi
- Çocuğun birbirine karşıt dürtüler ve eğilimler üzerinde denetim gücünün gelişmemesi, özerklik duygusunun yerine utanç, kuşku ve kararsızlık duygularının geçmesi
- Anal dönemde saplanma, anal kişilik yapıtaşlarının yerleşmesi

Fallik Dönem *(ruhsal-cinsel açıdan)*
Girişim Dönemi *(ruhsal-toplumsal açıdan)*

İki buçuk, üç yaşlarına giren çocuğun düşünce dünyasında, giderek artan biçimde, yeni ilgi alanları oluşur. Bunlardan en önemlisi eşeylik ayrılıkları ile ilgilidir. Çocuğun dikkati eşeylik organlarına, bunların anlamlarına yönelir.

Psikanalitik kurama göre ilk iki dönemde cinsel dürtünün doyurulması ağız ve anal bölgenin işlemleri ile ilgili iken, iki buçuk üç yaşından başlayarak artık eşeysel organın kendisi cinsel haz bölgesi olmuştur. Freud, ruhsal-cinsel gelişimin bu üçüncü basamağına *fallik dönem* adını vermişti. Çocuğun bu yaştaki cinsel ilgi ve eylemlerini yetişkin insandaki cinsel yaşamın bir öncüsü, çocuksu bir benzeri olarak görmüştü. Daha sonra açıklayacağımız gibi Freud, bu dönemde erkek eşeysel organının hem kız, hem erkek çocuk zihninde üstün kabul edildiğini tanımlamış ve çocukların ruhsal yaşamında bunun bir gerçek olarak algılandığını ileri sürmüştü. Bu, *fallusun üstünlüğü ilkesi* (primacy of the phallus) olarak bilinir. İleride bu konuya gene gelinecektir.

Psikanalitik kuramda *fallik dönemin önemli iki sorunu iğdişlik korkusu ve Ödipus çatışmasıdır.* Önce bu çağın genel psikolojik özelliklerini tanımladıktan sonra bu iki konu tartışılacaktır.

3-6 Yaşları Arasındaki Çocuğun Önemli Gelişmeleri

- *Dil ve bilişsel yetilerin* hızla gelişmesi
- *Ben-merkezcilikten toplum-merkezciliğe* yöneliş
- *Duygusal tepkilerin ayrışması*
- *Eşeysel kimlik* duygusunun ayrışması ve *cinsel kimliğin* oluşmaya başlaması
- *Sorma-bilme dürtüsünün* iyice belirmesi, uygun ortamda (*uyaranlar ve özgürlük*) büyümesi.
- *Büyüsel, canlıcı (animistik), somut düşüncenin etkinliğini sürdürmesi*

Üçüncü yaştan altı yaşına dek olan *oyun çağında* çocuk, devinim dizgesi (motor sistem) üzerinde egemenlik kurmuş olup, artan devingenliği ile çevresinin çapını genişletmektedir. Konuşabilmesi, ilişkiler kurabilmesi çevrenin daha anlamlı biçimde genişlemesinde büyük yer almaktadır. *Piaget*'nin dediği gibi çocuk, "bene-dönük" (egosantrik) bir durumdan "topluma-dönük" (sosyosantrik) bir duruma doğru hızla ilerlemektedir[29] Çevreden ve başka insanlardan ayrı bir kişi olduğunu kavramış olan çocuk, artık kendi kişiliğine bir biçim verme yolunda denemeler, araştırmalar yapmaya başlamaktadır. Kendisine sağlanan güven ve özerklik duygularına koşut olarak yavaş yavaş çevresini keşfetmekte ve çevre üzerinde denetim gücü kazanmaktadır. Bu amaçla kendi bedenine, cinsel ayrılıklara ve genellikle çevrede olagelen her şeye karşı derin, bitmek bilmez bir soruşturma ve öğrenme eğilimi gösterir. Bunun için bu döneme *sorma-bilme tutkusu (curiosity / tecessüs, merak)* dönemi de denir. Bu duygunun gelişmesi büyük oranda yeterli özgür ve uyarıcı bir ortamın bulunmasına bağlıdır.

Beş yaşına gelmiş bir çocukta motor dengenin, düşüncenin, kişisel toplumsal ilişkilerin, benlik kavramının, evde, okulda ve toplum içinde uyumun daha belirli olduğu görülür. Bu yaşın çocuğu artık "küçük bir adam" olmuştur. Cinsel ayrılıkların öğrenilmesi, cinsel benlik duygusunun başlaması ve cinsi-

yete uygun rollerin belirlenmesi de bu yaşlarda iyice kesinleşmiştir. Bu yaşta çocuğun öğrenme tutkusu toplumun cinselliğe karşı tutumlarına da yönelir. Çocuk cinsel yasakları ve değerleri hızla öğrenir. Cinsel ilgilerin ve cinsel rollerin benimsenmesi çocukların oyunlarında çok belirgin olur[14,16,25].

3-4 yaşlarında çocuk giricilik ve atılganlık eylemlerini açıkça göstermeye başlar. Sürekli olarak insanlar arasına dalmalar, bilinmeyen konulara büyük merak, sürekli bir şeyler yapma, büyüme isteği çocukta *girişim (initiative)* duygusunun temellerinin atılmakta olduğunu gösterir. Bu çağda aşırı korkutmalar, suçlandırma, cezalar ve atılganlığın kısıtlanması çocukta *girişim kısırlığı ve aşırı çekingenliğe* neden olabilir[9,10].

Psikanalitik kurama göre bu dönemde çocuğun karşılaştığı iki önemli sorun *iğdişlik korkusu ve Ödipus çatışmasıdır.*

İğdişlik Korkusu (Castration Fear)

Fallik dönemde erkek çocuk için penis, çocuğun bütün benliği, varlığı ile eşdeğer bir anlam ve önem kazanır. Toplumsal tutumların da desteği ile erkek çocuğu kız çocuktan ayıran bu değerli, "üstün" organla ilgili olarak çocuk zihninde bir takım korkular gelişir. Kız çocukta penis olmadığını fark edince bunun kendisinde de yok edilebileceği kaygısı doğar. Ayrıca, ailede ve toplumda çocuğun yaramazlıklarına, penisi ile oynamasına, gece işemelerine karşı bir ceza olarak penisin kesileceği sıklıkla söylenir.

Ülkemizde bu yaştaki çocuklara yapılan "tutun, şunun çükünü keselim, sünnet edelim" biçimindeki korkutmalar, takılmalar ve gerçekten bu yaşlarda yapılan sünnet olayının kendisi penise bir zarar gelebileceği, ceza olarak penisin kesilebileceği korkusunu uyarır. Çocuğun bilişsel dünyasında henüz büyüsel ve animist düşünce tümden kalkmadığı için yapılan bütün şakalar, takılmalar gerçek olarak algılanır ve çocuk *iğdişlik korkusu* olarak bilinen korkuyu yaşar[2,8,12,17]. Bu korkunun varlığı çocukta yalnızca penise bir zarar gelecek biçiminde görülmez. Birçok değişik ve gizli biçimde ortaya çıkabilir. Örneğin, doğrudan doğruya bir yadsıma ile kız çocukta penisin olmadığını kabul etmemek; kızlarda da penisin gizli bir yerde, örneğin bacakların arkasında saklanmış olduğunu ya da sonradan büyüyebileceğini düşünmek biçiminde görülebilir. Erkek çocuğun sık sık penisini açıp bakması, göstermesi ve bu konuda konuşması, penisinin sağlam olduğuna ilişkin kendisine bir çeşit güvence verme belirtileridir. Erkek çocuk, penisle ilgili korkuyu bedeninin başka bir parçasına aktararak herhangi bir çizik, yara veya ameliyat üzerine büyük endişeler gösterebilir. Penisten yoksun olan kız ve kadınları aşağı görerek onlardan uzak durabilir. Başka çocukları gerçekten ya da simgesel biçimlerde iğdiş etmekle tehdit edebilir. Penise dokunmayı tümden bırakması ya da penisi ile aşırı oynaması (özdoyurum) ile penisinin varlığına ve işe yaradığına ilişkin güvence araması da bu korkunun belirtisidir. Kimi kişi penisinin çok küçük olduğunu düşünebilir; kimi de kendini bir kız gibi görebilir.

Erkek çocukta görülen iğdiş edilme korkusunun kızlardaki karşılığı Freud'un *penise imrenme (penis-envy)* adını verdiği bir duygu ve tutumdur[12, 16].

Psikanalitik kuramına göre kız çocuğun ruhsal-cinsel gelişiminde fallik dönem erkek çocuğa göre daha karışık ve yavaş sürer. Kızda, erkek çocukta olduğu gibi bir penis ve bunun uyarılması olmadığından, kız çocuğun cinsel yaşamdaki ilk duygusu bir penisi olmadığını keşfetmesi ile ilgilidir. Belki, penise benzer çok küçük bir organ olan bızırın (klitoris) farkına varsa bile, derin bir eksiklik duygusu altında kız çocukta bir *"penise imrenme"*, yani kendisinde de penis olması isteği belirir. İşte, erkekteki iğdişlik korkusunun kızdaki karşılığı "penise imrenme" duygusudur.

Klasik psikanalizin kız çocuğun cinsel gelişimine ilişkin açıklaması, öncelikle "penise imrenme" varsayımı, birçok yazar tarafından eleştirilmiştir[28, 29, 31]. Bu duygunun erkekteki biyolojik fazlalığın farkına varılması ile değil, erkek çocuğa verilen toplumsal yer ve önem yüzünden ortaya çıktığı öne sürülmüştür.

Ödipus Üçgeni ve Çatışması

Fallik dönemin önemli bir gelişmesi de *Ödipus çatışmasının* çözülmesidir. Her kişinin ilk sevgi nesnesi kuşkusuz annesi ya da annenin yerine geçen birisidir. Bu dönemde de anne, hem kız hem erkek çocuk için en başta gelen sevgi nesnesidir. Ancak, artık erkek ve kız çocuğun ilgi ve sevgisinde bir takım değişiklikler olur. Daha önceki dönemlerde kendisine bakan ve eşeysel anlamı olmayan anneye sevgi ve bağlılık duyarken, fallik dönemde bu sevgi nesnesi karşı eşeyden bir kişi olarak görülmekte; böylece ilişkiye eşeysel bir anlam yüklenmektedir. Üç yaşlarından başlayarak, bazen de daha erken, çocuk karşı eşeyden en yakın kişiye cinsel duygularla yaklaşır. İşte Freud, bu dönemde erkek çocuğun annesine özel bir sevgiyle yönelerek, babası ile de yarışmaya (rekabete) girişmesi ve ona karşı kıskançlık duyguları beslemesi olayına "olumlu Ödipus karmaşası"* adını vermişti.

Bu durumda, çocuk bir yandan babasına sevgi duymakta ve onun gibi olmak istemektedir. Bir yandan da anneye olan sevgisi yüzünden babayı kıskanmakta, babaya karşı olumsuz duygular yaşamaktadır. Böylece, çocuğun ruhsal dünyasında önemli bir çatışma ortaya çıkmaktadır. Freud'un deyişi ile babaya karşı iki-değerli (ambivalent) bir tutum ve anneye karşı yalnızca sevgi dolu ilgi, erkek çocukta olumlu (pozitif) Ödipus karmaşasının içeriğini oluşturur. Babaya karşı kıskançlık duyguları yüzünden çocuk cezalandırılmaktan korkar. Zihninde, bu döneme özgü en olası ceza iğdiş edilmedir. Iğdişlik korkusu Ödipal sevgiden daha ağır basar. Sonunda, bu korku yüzünden erkek çocuk annesine karşı olan Ödipal sevgisini yavaş yavaş bırakır ve baba ile öz-

* Ödipus karmaşası deyiminin Sofokles'in tanınmış Kral Oedipus trajedisinden alındığı bilinir. Kral Oedipus, alınyazının gereği olarak bilmeden babasını öldürerek annesi ile evlenir ve durumu öğrenince kendi gözlerini oyarak bağışlanmaz suçunun acısını çeker. "Negatif Ödipus karmaşası" erkek çocuğun babasına karşı olan normal sevgisinin çok daha şiddetlenerek, annesini rakip olarak görmesi ve ondan nefret etmesi durumudur. Çağdaş ruhçözümlemede artık, "Ödipus kompleksi (karmaşası)" terimleri yerine "Ödipal çatışma, Ödipal üçgen" terimleri yeğlenmektedir.

deşim yapar. Freud'a göre Ödipus çatışmasının çözülmesi ve sönmesi iğdişlik korkusu yüzünden çocuğun baba ile özdeşim yapması sayesinde başarılır.

Kızdaki Ödipus çatışmasının gelişmesi daha karmaşık bir yol izler. Kurama göre, erkekte iğdişlik korkusu Ödipus çatışmasının çözümüne ve sönmesine doğru götürürken; kızdaki penise imrenme onu babaya doğru yaklaştırır.

Çocukta bu döneme kadar açık olarak görülmeyen *vicdan ve ahlak duygusu* işte bu özdeşimin güçlenmesiyle gelişmektedir. Çocuk, Ödipus çatışmasının tehlikelerinden kurtulmak için babayla özdeşimini tamamlarken babanın ve babayı temsil edenlerin yasaklarını, iyi-kötü değerlerini kendi kişiliğine sindirerek yavaş yavaş bir *üstbenlik (süperego)* geliştirir[17].

Çocuğun normal gelişimi sürecinde iğdişlik korkusu, Ödipal eğilimler ve üstbenlik oluşması ile belirli bir dönemin evrensel olup olmadığı çok tartışılmıştır. Daha çok baba-erkil toplumlara özgü olduğunu savunan görüşler vardır. Bu konunun geniş tartışması için ilgili kaynaklara başvurulabilir[8, 12, 20, 28, 32].

Fallik Dönemde Saplanma

Bu döneme özgü Ödipal çatışmayı ve iğdişlik korkusunu çözmeye olanak bulamayan bir kişi, yetişkin yaşamda bilinçli ya da bilindışı Ödipal eğilimler, iğdişlik korkuları ya da bunlara karşı aşırı savunmalar geliştirebilir. Bu dönemde saplanmanın belirtileri aşağıdaki davranış türlerinde görülebilir:

- Kız ya da erkeğin yetişkin yaşamda ana-babadan kopamaması, bir eş seçemeyişi,
- Ana-babadan ayrılma gereksinimi ve girişimleri olunca aşırı suçluluk duygularının belirmesi,
- Evlilik yaşamında eşi ile bir türlü rahat edememe; ana-babaya karşı suçluluk duyguları yüzünden onlara aşırı düşkünlük göstermesi,
- Aşırı çekingenlik, girişim yapamama ve çabuk suçlanma eğilimleri,
- Cinsel ilişkiden korkma, kaçınma, cinsel güçsüzlük korkuları, cinsel güçsüzlük, cinsel soğukluk,
- Bedene bir zarar gelecek korkuları ve hipokondriazise eğilim,
- Karşı cinse aşırı eleştirici ve olumsuz tutumlar; aşırı imrenme,
- Cinsel kimlikte güvensizlikler, cinsel kimlik sapmaları.

Bu dönemde saplanmaya neden olabilecek durum ve etkenler:

- Özdeşim olanaklarının yokluğu,
- Ana-babanın itici, korkutucu, suçlayıcı olmaları,
- Ana-babanın aşırı düşkün, çocuğu kendilerine bağlayıcı olmaları, onun bağımsızlık eğilimlerini onu suçlu hissettirerek kısıtlamaları,
- Çocuğun daha önceki dönemleri sağlıklı geçirememiş olması; yani temel güven ve özerklik duygusunun yetersiz kalması,
- Toplumda cinsel rollerin çok erken yaşta belirlenmesi, çok erken yaşta kıza ya da erkeğe aşırı sorumluluk verilmesi [26].

- Toplumun cinsel konularda aşırı yasaklayıcı, suçlayıcı, utandırıcı, çocuk atılganlığını ve girişimciliğini aşırı kısıtlayıcı tutum ve töreleri.

Türk Toplumunda Sünnet ve İğdişlik Korkusu Sorunu

Anadoluda yaşayan Türk toplumunda en sık uygulanan ameliyat sünnettir. Bütün erkek çocuklar bu ameliyattan geçmekte ve kız çocuklar da buna tanık olmaktadırlar. Toplumun çok önemli bir geleneği, bir inancı olan ve çocukluk çağında geçirilen bu ameliyata karşı hekimler ve ruh sağlığı uzmanları son derecede ilgisiz kalmışlardır. Tıp ve ruh sağlığı yayınlarında bu alanda araştırma ve bilgi çok azdır. Bu nedenlerle toplumumuzda sünnet konusu üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarını[26, 27] bu bölümde özetlemek yararlı olabilir:

1. Sünnet geleneği yalnızca müslümanlara ve yahudilere özgü değildir. En az 15 bin yıllık bir geçmişi olduğu sanılmaktadır. Avustralya ve Polinezya yerlilerinden Güney Amerika yerlilerine kadar çok değişik toplumlarda uygulanmış ya da uygulanmaktadır. İslamiyet öncesi Araplarda da bir gelenekti.
2. Sünnet yaşı toplumdan topluma değişmektedir. Afrika, Avustralya, Polinezya kabilelerinde ergenlikten yetişkin çağa geçiş döneminde yapılan *başlatma törenlerinin* (initiation rites) bir parçası olarak; yahudilerde doğumdan sonra ilk 7 günde; müslümanlarda erken çocukluk yaşlarından ergenlik çağına dek uzanan herhangi bir yaşta uygulanmaktadır[22].
3. Türk toplumunda erkek çocukların en az % 50'si 3-7 yaşları arasında, % 25-30'u 8-11 yaşları arasında ve geriye kalan da 3 yaşından önce ya da 11 yaşından sonra çoğunlukla *genel anestezisiz, yani bilinçli durumda sünnet* olmaktadır. Buna göre çocukların büyük çoğunluğu sünnet olayını iğdişlik korkularının yoğunlaştığı bir dönemde yaşamaktadırlar.
4. İğdişlik korkularının zaten yoğun olduğu bir dönemde çocuğun sünnet olması ya da er geç olacağını bilmesi, kız erkek bütün çocukların dikkatini cinsel organa daha fazla yoğunlaştırmalarına neden olmaktadır. Kız erkek cinsel kimlik ayrışması ve bilinçlenmesi erken yaşta başlamaktadır. Çocuk, cinsel organına bir şeyler yapılacak, tümü ya da bir parçası kesilecek korkusunu yaşamaktadır.
5. Bu korkunun erkek çocukta iğdişlik korkusunun yerleşmesine yol açabileceği düşünülebilir. Doğal gelişim sürecinde kız çocukta da var olan penise imrenme duygusu, sünnet olayının kendisi ve ona bağlı törenler, ödüller, statü vb nedeniyle daha da pekiştirilmiş olacak ve bu da kızda eksiklik duygusunun gelişmesine yol açabilecektir.
6. Gelenekselleşmiş toplumsal törenler, şenlikler, ödüller, armağanlar erkekteki korkuyu azaltıyor olsa bile, kız çocukta bu toplumsal olayların penise imrenme duygusunu güçlendirebileceği açıktır.

7. Aldatılarak, zorla tutularak ve ne yapılacağı anlatılmadan, hazırlanmadan, sünnetin toplumsal anlamı ve önemi çocuğa iyice iletilmeden sünnet olanlarda iğdişlik korkuları bilişsel yönden az çok hazırlıklı olanlara göre çok daha fazla yaşanmaktadır.
8. Toplumsal beklentiler, inançlar ve *erkek kimliğinin* gelişmesi için sünnetin zorunlu olduğu duygusu nedeniyle sünnet çocuk için hem korkulan, hem istenilen bir işlem niteliği kazanmaktadır.
9. Türk toplumunun bir üyesi ve erkek olabilmek için sünnetin zorunlu olduğu inancı ve duygusu o denli güçlü olmaktadır ki, *sünnet olmamışlık erkek olmamakla ve toplum dışı olmakla eş-anlam kazanmakta ve böylece sünnet önemli bir benlik gereksinimine dönüşmektedir. Sünnet olmamak derin aşağılık ve utanç duygularına, bir başka deyişle önemli bir benlik eksikliğine yol açmaktadır.*
10. Sünnetin böylesine güçlü bir kimlik ögesini sağlayan bir gelenek olması nedeni ile önemli olan soru sünnetin yapılıp yapılmaması ile değil, sünnetin yaşı ile ilgilidir.
11. Çocuğun iğdişlik korkularının yoğun olduğu bir dönemde sünnetin yapılması için hiç bir dinsel ve geleneksel gerekçe yoktur. En uygun çağ doğumdan hemen sonra ve hastanede yapılmasıdır. Bu olmadığında en uygun yaş çocuğun hem ameliyatı, hem toplumsal değerleri daha gerçekçi olarak değerlendirebileceği 7-10 yaşları olabilir.
12. Çocuğun yaramazlıklarına karşı sünnet etme, "çükünü keseriz" tehditleri ve şakaları iğdişlik korkularını artırmaktadır. Bu yaşta genel olarak yapılan ürkütmeler, korkutmalar ve sünnet geleneğinin kendisi toplumda erkeklerde yaygın olan girişim (initiative) eksikliğinin önemli kaynakları olabilir.
13. Penise aşırı önem ve değer veren bir toplumda yetişen kız çocukta penise aşırı imrenme ya da aşırı eksiklik duygusu ("eksik etek") gelişebilir. Penise imrenme erkeklerle aşırı yarışmaya, eksiklik duygusu da yenilgiyi kabullenmeye götürür.

Özet

Fallik dönemin davranışsal özellikleri

- Çocuğun devinimsel ve zihinsel yetilerinde hızlı gelişme; bu yetilerin bilinçli amaçlar için kullanılabilir olması. Örneğin, yürüme artık yürümek için değil, bir yerden bir yere ulaşmak içindir.
- Çocuğun her türlü yaşantısına oyun, devinme ve öğrenme tutkusunun egemen oluşu
- Ben-merkezci (ego-santrik) varoluştan toplumsal ilişkilere dönük davranışlara geçişi
- Cinsel ayrılıkların bilincine varılması; cinsel ilgiler ve düşlemlerin başlaması
- Ödipal bağlanma ve çatışma, iğdişlik korkuları

- Devingenlik, öğrenme ve cinsel meraklara karşı toplumsal yasaklarla karşılaşmanın doğurduğu çekingenlikler
- Özdeşim yaparak büyüme ilgisinin gelişmesi, büyüklük özentileri, çocuksu girişimler.

Fallik döneme özgü sorun kaynakları

- Kalıtımsal, doğuştan ya da doğumdan sonra oluşan biyolojik gelişim sorunları
- Oral, anal döneme özgü sorunların sürmesi ya da bıraktığı izler
- Devingenliğin, oyun ve öğrenme tutkusunun, atılganlığın engellenmesi
- Başka çocuklarla ilişki olanaklarının kısıtlanması ya da yokluğu
- Cinsel ilgi ve düşlemlere karşı aşırı utandırıcı, suçlandırıcı ve korku (iğdişlik, cin, peri, günah vb. korkuları) aşılayıcı tutumlar.
- Ödipal eğilimleri destekleyici, besleyici tutumlar.
- Özdeşim olanaklarının yokluğu, koşullarının olumsuzluğu, tersliği
- Bu döneme rastlayan topluma özgü yasaklar, gelenekler. Örneğin sünnet geleneği toplumumuzdaki yeri nedeniyle ayrıca açıklanmıştır.

Fallik döneme özgü sorunlar

- *Biyolojik kaynaklı sorunlar*
- *Oral, anal dönem sorunlarının sürmesi*
- *Aşırı çekingenlik, ürkeklik ve çabuk suçlanma eğilimlerinin yerleşmesi*
- *Ödipal saplantıların, iğdişlik korkularının yerleşmesi ve genelleşmesi*
- *Cinsel kimlik duygusunda bozuklukların ve sapmaların başlaması*

Gizillik Dönemi
(Latency Stage)

Okul çağının başlangıcı olan 6-7 yaşlarında ve daha sonraki yıllarda, çocuğun beden gelişimi yanı sıra zihinsel gelişiminde önemli bilişsel ve duygusal ilerlemeler olur. Çocuğun bilişsel yetileri (algı, yönelim, bellek, yargılama...) giderek gerçeğe daha uygun değerlendirmeler yapabilecek düzeye gelir. Zamanı, yeri, çevreyi tanıması olgunlaşır. Neden sonuç bağlantılarını gerçeğe daha uygun kurabilir. Kavramsal ve soyut düşünebilme yetisinin gelişmesi ile daha uygun ve geçerli genellemeler yapabilir. *Özetle, önceki çocukluk dönemlerinde belirgin olan büyüsel, animistik ve dürtülere bağlı düşünce biçimi artık yerini giderek* ***gerçeklik ilkesine dayanan düşünce*** *biçimine bırakır.* Çocuğun duygusal tepkileri de artık kendi iç gereksinimlerine aşırı bağlı olmaktan yavaş yavaş çıkarak daha çok gerçeklere ve toplumsal koşullara uygun nitelik kazanır. Eski çocuksu ağlamaları, çırpınmaları, babalarının tutması azalarak söner, yerine daha denetimli duygu dışavurumları geçer.

Çocukta 6-7 yaşlarından 12-15 yaşlarına, yani ergenlik çağına dek olan çağ ruhçözümleme kuramında *gizillik (latency) dönemi* olarak bilinir. Bu dönemde, çocukta daha önce geçirilmiş olan ruhsal-cinsel çalkantılar ve çatışmalar yatışır; uyuklama durumuna geçer. Aslında bu yatışma insanoğlunun ergenlik, delikanlılık çağında karşılaşacağı hızlı değişimli ve bocalamalı döneme bir hazırlanış sayılabilir. İğdişlik korkusu, Ödipus çatışması ve üstbenliğin gelişmesi daha önceki bölümde açıklanmıştı. 6-7 yaşlarından biraz daha erken, biraz daha geç olmak üzere ana-babaya olan çocuksu sevdalar ve bunlara ilişkin çelişkili duygular sinmeye, sönmeye başlar. Artık çocukluk çağının cinsel yaşamı sanki uzun süreli bir uykuya geçmektedir.

Çocuğun haz veren (cinsel) ilgileri ve yönelişleri yatışmış; bunların yerine yeni ilgiler, uğraşlar geçmiştir (okul, oyun, öğretmenler, çeşitli uğraşlar, spor, arkadaşlar). Artık çocuğun benliği ailenin dar alanından toplumun geniş ilişki ve öğrenme olanaklarına uzanmaktadır. Ana-baba ile özdeşimin yanı sıra, başka kişilerle (öğretmenler, başka yetişkinler, arkadaşlar...) özdeşimler de önem kazanmaktadır.

Çocuk, toplumsal kurumlar ve kurallarla yüz yüze geldikçe üstbenliği giderek daha belirginleşir ve olgunlaşır. Üstbenlik artık yalnızca ana-babanın çocuğa aktardığı değerler, kurallar değil, çocuğun kendisinin de etkin olarak anladığı, benimsediği değerler ve yargıları da içerir. Böylece, gizillik dönemi cinsel yönden bir uyuklama çağı olsa bile, özdeşimlerin yoğunlaştığı, pekiştirildiği, süperegonun geliştirildiği bir çağdır. Bu nedenle, bu dönemde çocuğun ilişki kuracağı kişiler, özellikle öğretmenler ve oyun arkadaşları büyük önem taşırlar[35, 36].

Aslında bu dönemde bütün cinsel dürtülerin ve ilgilerin uykuya yattığı söylenemez. Nitekim bu yaştaki çocuklarda da cinsel meraklar, cinsel oyunlar, oynaşmalar görülür. Örneğin eşcinsel türden ilgiler, ilişkiler denenebilir. Fakat bunların büyük bir çoğunluğu somut anlamda bir cinsel eğilimden çok, merakın, ilişki kurmanın, yarışmanın ve özdeşim olanaklarını araştırmanın belirtileridir.

Öyleyse bu dönemde uykuya yatan eğilimler nelerdir? Neden gizillik dönemi denmiştir? Bu dönemde uykuya yatan dürtü, eğilim ve çatışmalar çocukluk cinselliği ile ilgili olanlardır. Yani bu dönem oral, anal eğilimlerin, iğdişlik korkularının, Ödipal bağların ve bunlara ilişkin çatışmaların dinmesi, gizlenmesi, küllenmesi ya da tümden bırakılması çağıdır. Çocuğun enerjisi büyük oranda *yüceleştirme (sublimation)* amacı için kullanılmaktadır. Daha önceki dönemlerde çocuksu ilişki ve sevdalara yönelik ilgiler artık cinsellik dışı alanlarda yoğunlaşmaktadır. Çocuk okumaya, oyuna, o toplum için geçerli olan araç ve gereçleri kullanmayı öğrenmeye ağırlık vermektedir. Çocuksu dürtülerin ve eğilimlerin bırakılması, yeni yeni özdeşimlerin yapılması, toplumun bir bireyi olmak için yeni şeyler öğrenmek ve çalışmak benlik olgunlaşmasının önemli aşamalarıdır.

Yüceleştirme düzeneğinde cinsellik ve saldırganlık dürtüleri ile ilgili enerjinin köklü bir değişimi vardır. Yüceleştirmede dürtüler cinsel ve saldırgan amaçlarını bırakırlar. Aynı zamanda dürtü nesnesi de değişir. Örneğin, çocuksu cinsel bir eğilim, diyelim ki gözetleyicilik (scoptophilia) iyi bir gözlemci olma eğilimi ve yeteneğine dönüşebilir. Bu, dürtünün hem amacında, hem de nesnesinde köklü bir değişimin olması, yani cinsellikten sıyrılmasıdır (deseksüalizasyon). İşte bu tür yüceleştirmenin giderek yoğunlaştığı çağ gizillik dönemidir. Bundan sonra gelecek olan ergenlik ve delikanlılık çağında da yüceleştirme sürer. Ancak burada şu gerçeği de göz önünde tutmak gerekir. *Yüceleştirmenin ham maddesi ve enerjisi ilk çocukluk dönemlerine ilişkin dürtüler ve eğilimlerdir.* Ergenlik, delikanlılık ve yetişkinlik çağlarındaki cinsel istek ve dürtüler belki bastırılabilirler, yer değiştirebilirler, ama yüceleştirmeye uğramazlar[12]

Özet

Gizillik (latency) döneminin davranışsal özellikleri

- Motor ve zihinsel yetilerde ilgi ve beceri alanlarının belirginleşmesi
- Bilişsel yetiler ve duygusal tepkilerde gerçeklik ilkesinin egemenlik kazanması. Bilişsel yetilerde ve düşüncede büyüsel, animistik, dürtüsel özelliklerin azalması; zaman ve uzay kavramlarının, neden-sonuç bağlantılarının gerçeğe yakınlaşması; soyutlama, kavramsallaştırma ve genelleme yetilerinin gelişmesi. Duygusal tepkilerde özdenetim gücünün kazanılması
- Çocuğun öğrenme merakının artık toplumsal beklentilere, yani o toplum için geçerli öğrenme alanlarına (okul) yoğunlaşması
- Yetişkin yaşama geçiş için beceriler kazanma yolunda çabaların gelişmesi
- Oyun etkinliklerinin çocukluk düşlemlerinden sıyrılıp, beceriler ve başarılar kazanmaya yönelik eylemlere dönüşmesi
- Arkadaşlıkların, dostlukların oluşması

Gizillik dönemine özgü sorun kaynakları

- Kalıtımdan, doğuştan ya da çocukluk çağından kalma sorunlar, sakatlık vb.
- Önceki dönemlere özgü sorunların sürmesi ya da bıraktığı izler
- Çocuğun öğrenme ve beceriler kazanma olanaklarının eksikliği
- Öğreticilerin çocuk kişiliğine, özerkliğine, girişim ve yaratıcılığına önem vermeyip, yalnız öğretmek istedikleri şeylere değer vermeleri. Benliği daraltıcı, ezberci, ödev yükleyen öğretim
- Arkadaş gruplarından yoksunluk
- Özdeşim olanaklarının yokluğu, koşullarının olumsuzluğu ya da tersliği.

Gizillik dönemine özgü sorunlar

- Biyolojik kaynaklı sorunlar
- Önceki dönemlere ilişkin sorunların sürmesi
- Becerememe, başaramama korkularının, aşağılık, yetersizlik duygularının gelişmesi
- Toplumsal beklentilere, kurallara, yasalara başkaldırma davranışlarının başlaması
- Yalnızlık ve içe-dönüklük

Erinlik ve Delikanlılık Dönemi*

(Puberty, adolescense)

Erinlik çağı (ortalama 12-15 yaşlar) bedensel, cinsel ve ruhsal olarak belirgin değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Erkekte ve kızda delikanlılık, erinliğin ardından erişkinlik çağına dek uzanan döneme (15-20 yaşlar) denir. Erinlik, erkekte ve kızda hızlı büyümenin olduğu, birincil ve ikincil cinsel yapıların hızla geliştiği yaşları kapsar. Delikanlılık çağında da büyüme ve gelişme genellikle sürer; fakat hızı kesilmiştir. Bu bölümde erinlik ve delikanlılık çağının bütün biyolojik ve ruhsal gelişim sorunlarını tartışılmayacaktır. *Burada konu yalnızca benlik ve kimlik gelişimi açısından kısaca ele alınacaktır.* Erinlik ve delikanlılık çağındaki hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliğin henüz tam olgunlaşmamış olması ve toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenlerle bu çağ sorunlarla yüklü fırtınalı bir dönem olabilir[11, 13., 37]. Ana-babaya bağımlılıktan kurtulma, cinsel kimliğini kabullenme, toplumsal yerini araştırma ve bir mesleğe yönelme çabalarının gösterildiği 8-10 yıllık bir çağdır. Başlangıçta, yani erinlik döneminde, öncelikle hızlı büyüme ve cinsel dürtülerin taşması ile ilgili duygusal coşkular, düşünsel bocalamalar ortaya çıkar. Bu çağda, eskiden yaşanılmış cinsel yönelişler, çatışmalar yeni baştan yaşanır. Ödipal duygular alevlenir. Yasak-sevi (incest) duvarını zorlayan eğilimler, hatta eylemler belirebilir. Henüz aile dışındaki ilişkiler cinsel açıdan pek güven, cesaret verici olmadığından delikanlının kendi kendini doyurmaya çalışması, düşlerinde yakınlarını görmesi, düşlemlerinde onlara cinsel duygular duyması doğaldır. Ödipal duygular, yasak-sevi duvarını zorlayıcı eğilimler sanki yeni baştan yaşanırken delikanlı derin bocalamalara, kaygılara düşebilir. Bu yüzden ana-babadan, kardeşlerden uzaklaşma eğilimi ortaya çıkabilir. Bir yandan bağımsız olmaya, ana-babadan kopmaya çalışan delikanlı, bir yandan da onlara bağımlılığın etkisi altındadır.

Bu bocalamaların şiddeti genel olarak daha önceki dönemleri sağlıklı geçirip geçirmemiş olmasına, biyolojik yapısına, aile ve toplum tutumlarına göre değişebilir. Örneğin, yoğun Ödipal eğilimleri olan delikanlı, bu yaşta artan cinsel dürtülerin etkisi altında, kendi duygularından ürkerek ana-babasından

* Ergenlik sözcüğü, ülkemizde, çocuk ve gençlik ruh sağlığı uzmanlık alanında hem erinlik, hem delikanlılık çağlarını kapsayan bir terim olarak kullanılmaktadır. "Adolescence" için Türkçe'deki "delikanlılık" sözcüğü erkek ve kız için uygun, güzel bir karşılıktır.

kaçmak, uzaklaşmak zorunluluğunu duyabilir ya da karşı cins ilişkilerinden tedirgin olabilir. Aşırı bağımlılık eğilimleri olan bir delikanlı, ana-babadan kopma, onları yitirme kaygısına kapılabilir. Çocukluk dönemlerinden arta kalan sorunların çözümü bu çağda yapılacaktır. Genellikle bu, sanıldığından ağır bir sorundur. Delikanlı kız ya da erkek, coşan dürtüler üzerinde de bir egemenlik kurmak zorundadır. Cinsel ve saldırgan dürtülerin sıkıştırması ve bunları bastırmak zorunda kalışı kolay çözülen bir sorun değildir. Bu tür çatışmalar, çabalar içinde bocalayan gencin ruhsal durumunu tanımak güçtür. Kendine dost bildiği çok az kişinin dışında sır vermez.

Bu yaşlarda çocuğu olan ana babalar, çocuklarını bir türlü anlayamadıklarını söylerler. Gerçekten de delikanlı genç, dalgalanan duygular, değişken düşünce ve eylemler içinde kolay anlaşılabilen bir kişi değildir. Zaman zaman yalnızdır, kimsesizdir, güvensizdir. Kimi ruhsal bozuklukların (örneğin psikozlar, nevrotik durumlar, kişilik bozuklukları) kimi yatkın kişilerde, duygusal ve düşünsel yönden böyle bocalamalı bir dönemde ortaya çıkmasını doğal görenler vardır. Önemli sorun, uyum bozukluklarının gerçekten bu çağa özgü bir bocalama mı, yoksa daha derin ruhsal bir bozukluk mu olduğunun saptanmasındadır. Bir sonraki bölümde *(Bölüm VIII: "İnsanın Sekiz Evresi")* de açıklanacak olan *kimlik dönemeci (identity crisis) ve kimlik kargaşasını (identity confusion)* ağır ruhsal bozukluklardan ayırt edebilmek için sabırla izlemek ve delikanlının dünyasını tanımaya çalışmak gerekir.

Delikanlılık dönemi kimlik gelişimi açısından en önemli evrelerden biridir. Bu gelişimin ruhsal yönlerini yalnızca bireysel açıdan ele almak yetmez. Konunun toplumsal yönünü de incelemek gerekir. Kimi ilkel topluluklarda delikanlı bir takım törenlerle sınavdan geçer ve kısa sürede çocukluktan çıkar; yetişkinler arasına katılır. *Başlatma törenleri (initiation rites)* diye bilinen bu törenlerde delikanlıya ağır sınavlar, hatta işkenceler uygulanır. Örneğin kendi kendini sünnet etmesi, günlerce bir kulübeye kapatılarak öldüğüne ve yeniden dirildiğine inandırılması gibi. Bu törenlerden geçen delikanlı artık yetişkinler dünyasına girer; bir avcı, bir savaşçı olur, eş bulur. Uygar topluluklarda, çocukluktan sonra yetişkinliğe geçiş yılları olarak yaşanan bu dönemde genel olarak böyle törenler yoktur. Delikanlı uzun bir hazırlık dönemi içinde yıllarca çabalar, bazen bocalar ve kimliğini iyi kötü bulur. Bu döneme *özgü benlik (ego) ve kimlik (identity)* gelişimi sorunları bir sonraki "İnsanın Sekiz Evresi" başlıklı bölümde yeniden ele alınacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Abraham, K.** (1927) A Short Study of the Development of the Libido. Karl Abraham: Collected Papers. London: Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press.
2. **Alexander F (1923)** The Castration Complex in the Formation of Character. The Scope of Psychoanalysis, New York: Basic Books, 1961.
3. **Alexander F (1952)** Development of the Fundamental Concepts of Psychoanalysis. Dynamic Psychiatry'de. (eds.) F Alexander, H Ross. Chicago: The University of Chicago Press.

4. **Alexander F (1952)** Dynamic Psychiatry. Chicago: The University of Chicago Press.
5. **Avicenna (1966)** The Canon of Medicine. Derleyen ve Ingilizceye çeviren M.M. Shah, Karaşi: Naveed Clinic
6. **Bowlby J (1951)** Maternal Care and Mental Health. Geneva: WHO monograph No. 2.
7. **Bowlby J (1961)** Childhood Mourning and its Implications for Psychiatry. Am J Psychiatry, 118: 481.
8. **Engel G (1962)** Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia: Saunders.
9. **Erikson EH (1953)** Growth and Crisis of the "Healthy Personality". Personality in Nature, Society, and Culture. (eds.) C. Kluckhohn, HA Murray). New York: Alfred A Knopf.
10. **Erikson, EH (1965)** Childhood and Society. New York: WW Norton.
11. **Erikson, EH (1968)** Identity, Youth and Crisis. New York: WW Norton.
12. **Fenichel O (1945)** The Psychoanalytic Theory of Neuroses. New York: WW Norton.
13. **Freud A (1966)** Normality and Pathology in Childhood. London: Hogarth Press.
14. **Freud S (1905)** Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Ed. 7: 125-245. London: Hogarth Press, 1955.
15. **Freud, S (1908)** Character and Anal Erotism. Standard Ed. 9: 169-175. London: Hogarth Press, 1955.
16. **Freud S (1908)** On the Sexual Theories of Children. Standard Ed. 9: 205-226. London: Hogarth Press, 1955.
17. **Freud S (1924)** The Dissolution of the Oedipus Complex. Standard Ed. 19: 173-182. London: Hogarth Press, 1955.
18. **Freud S (1925-1926)** Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Ed. 20: 77-175. London: Hogarth Press, 1955.
19. **Freud S (1938)** An Outline of Psychoanalysis. Standard Ed. 23: 144-205. London: Hogarth Press, 1955.
20. **Horney K (1924)** On the Genesis of the Castration Complex in Women. Int. J Psychoanal., 5: 50-65.
21. **Kaltreider NB (1989)** Normal Psychological Development. Comprehensive Text book of Psychiatry/V. (eds) HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore: Williams and Wilkins.
22. **Lévy-Strauss C** (YIL) Passage of Rites. Encyc. Britannica, Vol. 17. Chicago: William Benton.
23. **Metcalf AW (1988)** Child and Adolescent Development. Review of General Psychiatry. (ed.) HH Goldman, Appleton-Lange Medical Publications.
24. **Öztürk OM (1964)** Folk Treatment of Mental Illness in Turkey Magic, Faith and Healing (ed.) A. Kiev, New York: Free Press of Glencoe.
25. **Öztürk OM (1965)** Toplumsal Çocuk Yetiştirme Tarzları ve Kişilik Gelişmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 8: 65-86.
26. **Öztürk OM (1964)** Sünnetin Psikolojik Etkileri üzerine bir araştırma. Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi, 1964.
27. **Öztürk OM (1973)** Ritual Circumcision and Castration Anxiety. Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes. 36: 49-60.
28. **Öztürk OM (1998)** Psikanaliz ve Psikoterapi. 3. baskı Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
29. **Piaget J (1954)** The Construction of Reality in the Child. New York: Basic Books. (İngilizceye çeviren: M Cook)
30. **Redlich FC (1966)** The Theory and Practice of Psychiatry. New York: Basic Books.
31. **Ribble M (1943)** The Rights of Infants. New York: Columbia University Press.
32. **Roheim G (1952)** The Antropological Evidence and the Oedipus Complex. Psychoanalytic Quarterly, 21: 537-542.
33. **Spitz RA (1950)** Anxiety in Infancy: A Study of Its manifestations in the First Year of Life. Int. J Psychoanal. 31: 138-143.
34. **Stagner R (1961)** Psychology of Personality. New York: McGraw-Hill.
35. **Yörükoğlu A (1978)** Çocuk Ruh Sağlığı. Ankara: İş Bankası Kültür Yayınlarından.
36. **Yörükoğlu A (1981)** Gelişim Ilkeleri ve Çocuk Ruhsal Gelişimi. (ed.) O. Öztürk, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.
37. **Yörükoğlu A (1985)** Gençlik Çağı. Ankara: İş Bankası Kültür Yayınları.

BÖLÜM VIII

"İNSANIN SEKİZ EVRESİ"*

Ruhsal-cinsel gelişimi açıklarken Erikson'un temel kavramları ve gelişim ruhbilimine katkısının önemi belirtilmişti. Klasik psikanaliz kuramı ve uygulamaları ergenlik çağından sonraki dönemler üzerinde durmamıştır. Bunu doğal karşılamak gerekir. Çünkü normal ya da anormal kişilik oluşumunun gerçek temelleri çocukluk çağında atılır. Ama, insan kişiliğinin gelişimi ve olgunlaşması ergenlik çağında tamamlanmış sayılabilir mi? Daha sonraki yaşam dönemlerinde karşılaşılan ve çözülen sorunların da kişiliğin olgunlaşmasında, sağlıklı ya da sağlıksız uyum yapılmasında önemi vardır. İşte Erikson, gelişmeyi insan yaşamının tümünü kapsayan bir süreç olarak görmüş, ergenlik çağından sonraki dönemlerin de temel özelliklerini, sorunlarını, bunalımlarını tanımlamıştır.

Yalnız gelişim ruhbiliminde değil, ruh hekimliğinde ve psikanalizde de Erikson'un gelişim dizgesinin büyük önemi vardır. Bireyi incelerken yalnızca çocukluk dönemlerine bakmamız yetmez. Bu bireyin bir geçmişi, şimdiki durumu, bir de geleceği vardır. Geçmişindeki deneyimlerin bilinçli ya da bilinçdışı etkilerini bilmek zorundayız. Bunda bize en çok psikanalitik yöntemler yardımcı olur. Ancak, bireyin şimdiki durumunu ve geleceğe yönelik düşlerini, tasarımlarını, beklentilerini, umut ve korkularını da incelememiz gerekmektedir. Erikson'un *"İnsanın Sekiz Evresi"* başlığı ile geliştirdiği dönemler kuramı, normal ve anormal kişilik gelişmesini açıklamaktadır. Ancak, Erikson'u anlayabilmek için, ortaya koyduğu temel kavramları bilmek gerekir. Bunlar *Bölüm VII Kişilik Gelişimi*'nde Ruhsal-Cinsel Gelişim başlığı altında açıklanmıştı.

Erikson, "İnsanın Sekiz Evresi"ni benlik gelişiminin aşamaları olarak tanımlamıştır. Her evrede benlik, belli bir takım gelişmeleri tamamlamakta;

* Dört yıl birlikte çalıştığım ve yakından tanıma olanağı bulduğum Erik Homburger Erikson un "İnsanın Sekiz Evresi" Batıda psikiyatri ders kitaplarında geniş yer almaktadır. İnsanın yaşam döngüsünü kavrayabilmek ve değerlendirebilmek için klinikte büyük yararları olduğunu bildiğim bu konu, bir psikiyatri kitabı için uzun gibi görünse de, ayrı bir bölüm olarak sunulmaktadır. (M.Ö.Ö.)

sorunları çözmekte ve evreye-özgü bir psikososyal dönemeci (psychosocial crisis) (*) atlatmaktadır.

Erikson, her evrede benliğin karşılaştığı bir olumlu benlik öğesi, bir de bunun karşıtını belirtmiştir. Temel güvenin karşıtı temel güvensizliktir. Bu evreye özgü psikososyal dönemeç temel güven ve güvensizlik arasında bir dengenin kurulabilmesi ile ilgilidir. Öyleyse ilk evre *"Temel güvensizliğe karşı temel güven"* adını almaktadır *(basic trust versus basic mistrust)*. Burada evrelere yalnızca olumlu benlik özelliği ile başlık konacaktır.

Evreleri açıklarken şunu gözden uzak tutmamalıdır: Temel güven duygusu, özerklik duygusu vb. derken yüzeyde ve derinde, bilinçli ve bilinçdışı duygulardan söz ediyoruz. Bunlar içe-bakış (introspection) yöntemi ile anlaşılabilen, dışardan gözlemlenebilen ya da testler ve psikanaliz ile ortaya çıkarılabilen *bilinçdışı "içsel durumlar" (inner states)* olarak düşünülmelidir.

TEMEL GÜVEN (Basic Trust)

Bebekte, toplumsal güven duygusunun ilk belirtileri beslenme, uyku, sindirim gibi işlevlerde düzen ve rahatlığın bulunuşudur. Bu dönemde bebek tümden alıcı bir yapıdadır. Dışarıdan verilecek besinler, uyaranlar ve uygun bakım olmasa yaşamını sürdüremez. Bu *"alıcı"* yapıya karşı annenin *"verici"* oluşu karşılıklı bir düzen ve denge sağlamaktadır. Çocuğun rahatlığı ya da tedirginliği, çevresinde kişilerin bulunup bulunmamasına, gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmamasına bağlıdır. *Alıcı organizma verici bir varlık sayesinde, zaman içinde, yalnız biyolojik bir almayı değil, toplumsal anlamı olan bir alıp vermeyi de öğrenir.* İlk toplumsal işlev-örüntü (psychosocial modality) budur. Doğal olarak tümden "almayı" bekleyen bir organizma karşısında, "vermeyi" bilen ve buna hazır olan bir yetişkin insanın bulunuşu *karşılıklı işleyen bir bütünü* oluşturur. Annenin "vermeye" hazır oluşu ve bunu istemesi, onun da bu vericilikten bir şeyler aldığını gösterir. Böylece, *bebeğin ilk toplumsal başarısı, büyük kaygı ya da öfkeye kapılmadan, annesinin göz önünden silinmesine, bir süre uzak kalmasına dayanabilmesidir.* Böyle bir başarı, bebeğin benliğinde varlığı artık kesinlik kazanmış bir annenin bulunduğunu gösterir. Anne bir süre gözden uzaklaşabilir. Fakat az sonra gelecektir. Gözden şu anda silinmesi tümden yok olması değildir. Demek ki, *düzenli alma-verme ilişkisi bebeğin zihninde annenin sürekliliğini sağlar.* Karşılıklı etkileşen bu iki organizmanın bütünleşmesindeki temel ögeler *süreklilik, tutarlılık ve aynılıktır.* İlişkide *süreklilik* vardır, sık sık değişmemektedir. Bakım biçimi toplumun gereklerine, olanaklarına göre bir *tutarlılık* içindedir. Bebeğin zihninde oluşan imgesel kişilerle ona bakım veren kişiler aynı kişilerdir. Yani artık, sürekliliği, tutarlılığı, aynılığı olan kişiler bebeğin ruhsal yapısında *iç-*

* Erikson'un tanımlamasına ve sözcüğün gerçek anlamına uyarak bu bölümde "crisis" karşılığında "dönemeç" sözcüğünü kullanıyorum. Daha geniş bir açıklama için bakınız. M.O. Öztürk, Psikanaliz ve Psikoterapi, sf. 122.

selleştirilmiştir. Ruhbilimdeki *nesne-sürekliliği (object constancy)* kavramının bebekteki oluşumunu Erikson böyle açıklıyor.

İşte, *anne-çocuk ilişkisindeki bu süreklilik, tutarlılık ve aynılık çocukta "temel güven duygusunun" özünü oluşturur*. Bu duygu, bir yandan çevrenin güvenilirliğini yansıttığı gibi, bir yandan da kendi benliğinin süreklilik ve aynılık taşıyan, bakılmağa değer bir varlık olduğunu gösterir. Yani hem çevre, hem kendi varlığı güvenilir durumdadır. Erikson'un görüşünü şöyle de özetleyebiliriz: "Çevremdekiler, bana bakıyor, veriyor, varlığımı tanıyor. Onların sürekli, tutarlı ve aynı kişiler oluşu güvenilir kesinliktedir. Ben de verilmeye, bakılmaya değer, güvenilen bir varlığım". Kuşkusuz, bebeğin böyle bir değerlendirmeyi duygusal, bilişsel düzeylerde yaşayıp yaşamadığı bilinemez. Bunları, ancak sözcük-öncesi (preverbal) duygular, sezgiler, fizyolojik algılar olarak düşünebiliriz. Bu evredeki çocuk sanki kendi varlığını kendisine verilenlerle eş tutmaktadır: "Ben bana verilenim" (I am what I am given).

Bu dönemin tehlikesi çocuğun yeterli güven duygusu kazanamayışı ve temel güvensizlik çekirdeğinin büyük oluşudur. Böyle bir durumun örneklerini aile içinde büyüme olanağı bulamayan çocuklarda görüyoruz. Çocuğa çok iyi bakım veren, fakat bakıcılarında süreklilik ve aynılık bulunmayan çocuk yuvalarında en önemli sorun temel güven duygusunun gelişmemesi ya da yıkılmasıdır. Ruhsal bozukluklar arasında temel güven duygusunda eksikliğin en iyi örneği çocukluk şizofrenisinde gözlemlenebilir. Temel güven duygusunun yaşam boyu zayıf oluşu yetişkin kişide şizoid ya da depresif türden içe kapanma biçiminde görülebilir. Bu tür bozukluklarda sağaltımının birinci koşulu temel güven duygusunun yeniden sağlanabilmesidir. Temel güven ve temel güvensizlik arasındaki çatışmanın çözümü için gerekli davranış örüntülerinin geliştirilmesi benliğin ilk görevlerinden biridir. Bu, aynı zamanda anne babanın da ilk görevidir. Ama, burada şunu açıkça belirtmek gerekir ki, *"bebeklik çağında elde edilen güven duygusunun niceliği, bebeğe verilen besinlerin ya da sevgi gösterilerinin niceliğine değil, daha çok anne çocuk ilişkisinin niteliğine bağlıdır"*.

Ancak, bu dönemde en verici, koruyucu bir çevrede bile, bebek değişik derecelerde engelleyici, örseleyici durumlarla karşılaşır. Bu örseleyici durumlar, kimi kez çevresel, toplumsal, ekonomik koşullar nedeni ile ortaya çıkar. Çoğu kez de bebeğin kendi doğal gelişme sürecinde belirir. Örneğin, dişlerin çıkması ile bebek meme başını ısırınca, anne ister istemez memeyi çekecektir. Dişlerin çıkması ile beliren ısırma eğilimi ve oral-sadistik dürtüler (ısırma, koparma, yutup yok etmekten haz duyma) yüzünden anne memesinin geri çekilmesi ve memeden kesilme olayı bebek için bir dönüm noktasıdır. Bu gelişme ile anne-çocuk bütünlüğü artık değişmekte; bu bütünlük en azından memeye sarılabilme bakımından bozulmaktadır. Bu tür örseleyici olaylar her kişide bir *temel güvensizlik* duygusunun da çekirdeğini oluşturmaktadır. Önemli olan, aradaki dengenin sağlanması; çocuğun kendi benliğini ve çevresini daha çok güvenilmez değil, daha güvenilir olarak algılayabilmesidir.

Fakat, en uygun koşullarda yetişen çocuğun bile ruhsal dünyasında, bir zamanlar anne kucağında yaşanmış tatlı bir cenneti yitirmiş olmanın ilkel bir acısı ve bu cennete karşı evrensel bir özlemin kalıntısı bulunmaktadır. Bebeklikte, en çaresiz ve bağımlı bir dönemde yaşanılmış ve sonradan yitirilmiş olan bu cenneti yeniden bulma gereksinimi, Erikson'a göre, bir tanrıya inançta simgeleşmektedir ve dinlerin temelini oluşturmaktadır.

ÖZERKLİK (Autonomy)

Birinci yaşın sonuna doğru çocuğun kas ve devinim dizgesi hızla gelişir. Ayağa kalkmak, yürüyebilmek, çocuğun anne kucağından çevreye doğru uzanması; yatay ve bağımlı varoluştan, dikey ve devinimli, özerk varoluşa geçişin ilk adımlarıdır. Devinim dizgesinin gelişmesi yanı sıra, çocukta işeme ve dışkılama işlevlerini gören büzgeç kaslar olgunlaşmaktadır. Büzgeç kasların olgunlaşması, işeme ve dışkılamanın artık isteğe bağlı olarak yapılabilmesi demektir. Yani, çocuk isterse tutabilir, isterse bırakabilir. Böylece *birbirine karşıt iki istek, iki eğilim* ortaya çıkmıştır. Çocuk, birbirine karşıt iki eğilim arasında bir seçim yapabilme durumuna girmiştir. Bu durum, insanoğlu için yepyeni bir yetinin gelişmesi demektir: istemek ya da istememek, yapmak ya da yapmamak. İşte, *özerklik duygusu birbirine karşıt istek ve eğilimler arasında bir seçim yapabilme gücüdür.*

İşeme ve dışkılamayı isteyince tutabilme ya da bırakabilme, giderek toplumsal anlam taşıyan birçok davranış örüntülerine de geçer ve genelleşir. Ve çocuk, iki tür toplumsal işlev-örüntü ile denemeler yapar: *tutmak, bırakmak. İlk toplumsal işlev-örüntü almak, almayı bilmektir. Bu evrede ise birbirinin karşıtı iki davranış örüntüsünün geliştiğini ve ilişkilere yansıdığını görüyoruz:* İnsanları, eşyayı, parayı, alışkanlıkları, sevgiyi, vb. tutmak, bunlara tutunmak, ya da bunları bırakmak, bırakabilmek. Tutmak ve bırakmanın toplumsal uyum için birçok olumlu yönünün yanı sıra, olumsuz yönleri de gelişebilir. Örneğin *tutunmak*, kin, yıkıcılık ve saldırganlıkla yüklü kısıtlayıcı, bastırıcı bir tutuculuk eğilimi ile belirgin olabilir. Bırakmak da, yıkıcı, kırıcı, yok edici eğilimleri kolayca ortaya sermek ya da rahat bir *bırakıcılık* ve boş verme biçiminde belirebilir.

Çocukta, bu evrede birbirine karşıt eş-anlı iki eğilim arasında bir seçim yapabilme yetisi gelişmektedir. İşte bu evrede, dışarıdan yapılacak denetim ve öğretiler, çocuğun seçim yapabilme yetisini aşırı uçlara götürmeyecek biçimde güven verici olmalıdır. Yoksa, yapılan seçim direngen bir tutmaya ya da istenilmeyen yer ve zamanda öfkeyle bırakmaya yol açabilir. Örneğin çocuk kakasına inatla tutunabilir ya da bunları öfkeyle fırlatırcasına bırakabilir. Bu evrede, ana-babanın kesin ve tutarlı davranışları çocuğun seçim yapma yetisini, özerkliğini zedelememelidir. Çocuk, içinde bulunduğu toplumun beklentilerine göre bazı şeyleri yapmayı, örneğin kakasını, çişini uygun zaman ve yerde bırakmak üzere tutabilmeyi öğrenirken, ağır utandırmalar

ve cezalarla karşılaşırsa, *utanç ve kuşkuculuk duyguları* yerleşir. Böylece, bu duyguların etkisi ile *"seçim" yapabilme ve "istenç" (irade)* yetilerinin gelişmesi kösteklenebilir. Bu *evredeki tehlike utanç ve kuşkuculuk duygularının aşırı gelişmesidir.*

"Utanç duygusu, uygar dünyada, daha çocukluğun erken dönemlerinde suçluluk duygusu ile karışmaktadır. Bu nedenle de yeterince incelenmemiştir. Utanç duygusu, kişide göze görünmemek; bakıldığında yüzünü örtmek; yerin dibine geçmeyi istemek biçiminde algılanır. Utanç duyan kişide aslında kendine yönelik bir öfke vardır. Sanki dünya kendisine bakmamalıdır; dünyanın gözleri kapatılmalıdır. Kimseye görünmemelidir". *Utandırma yoluyla eğitim* bütün toplumlarda sık görülür. Aşırı utandırma, çocukta kaçamak yapmak, hatalarını gizlemek gibi eğilimlere ya da isyancı bir utanmazlığa yol açabilir. *Kuşku utancın kardeşidir. Utanç kişinin ortalıkta görünebileceği; kuşku ise kişinin bir "önü", bir de özellikle "arkası" olduğu bilincine bağlıdır. Çocuk kendi "arkasını" (yani kıçını) göremez; fakat bu arka başkalarınca denetlenmek istenmektedir.* Çocuğun "arkası" karanlık bir bölgedir; bu bölge başkalarının (anne ve yerine geçenler) gözetiminde ve denetiminde fazla kalırsa *özerklik* duygusunun gelişmesi engellenebilir. Yani çocukta kıçını kendisinin değil, başkalarının yönettiği kanısı yerleşir. Böyle bir durumda utanç ve kuşkuculuk kaçınılmaz olur. Tuvalet eğitimi sırasında, çocuğun kıçının ve "arkasında" neler olup bittiğinin sürekli denetlenmesi onda, başkaları tarafından denetlenen bir "arkası" olduğu bilincini pekiştirir. Bu da yetişkin yaştaki saplantı (obsession) kuşkuculuğuna ya da paranoid korkulara kapılma eğiliminin yerleşmesine yol açabilir. Bu evrede, çocuk birbirine karşıt duygu ve eğilimler üzerinde giderek bir denge kurmayı, seçim yapabilmeyi, istenç (irade) yetisini geliştirir. "*Kendi benliğine saygısını yitirmeksizin kendi kendini denetleyebilme duygusundan özerk benlik, iyi niyet ve onur duygusu doğar*". Kendi kendine denetim yapabilme duygusunda eksiklik ve dışardan denetimlerin aşırılığı oranında kuşku ve utanç duyguları yerleşir.

Özetle, özerklik duygusu bireyin yalnızca ayrımlaşmış bir varlık olduğunu algılaması değildir. Aynı zamanda, karşıt dürtü ve eğilimler arasında bir seçim yapabilmesi; benlik saygısını yitirmeden, utanç ve kuşkuya kapılmadan kendi kendisini denetleyebilmesidir. Erikson, tanrıya inancın kaynağında temel güven duygusunun bulunduğunu ileri sürmüştü. Toplum içinde "yasa ve düzen" ilkesini de özerklik ve istenç duygusuna bağlamıştı.

GİRİŞİM (Initiative)

Çocuk 3-4 yaşlarında beden ve kişilik bakımından hızla büyümektedir. Artık, sanki bir yetişkin gibi daha sevecen ve rahat; düşünmesinde daha parlak; hareketlerinde daha canlı ve etkindir. Bu dönemde çocuğun motor gelişmesi hızla olgunlaşırken, cinsel organlara yönelik ilgileri de artmıştır. Erkek çocuğun davranışlarında girici, atılgan (phallic-instrusive) davranış özellik-

ileri ağırlık kazanır. Kızda ise ele geçirme ya da çekici oluş gibi davranış biçimleri gelişir. Çocuğun devinimsel, zihinsel güçlerinin artışına bağlı olarak, eylem alanı, istek ve emelleri de genişlemektedir. Bu evrede çocuk, düşüncede ve eylemde cinsel konulara, bilinmeyen şeyleri öğrenmeye, çevresinin çapını genişletmeye yönelmiştir. Cinsel ayrılıkları tanıması, bu ayrılıklarla ilgili bilmediği birçok şeyleri de öğrenmek isteğini kamçılar. Artık anne, yalnızca çocuklukta bakım veren en yakın kişi değil, aynı zamanda karşı cinsten anlamı olan bir kişidir. Bu evre, Oedipus çatışmasının, iğdişlik korkusunun ve yasak sevi (incest) kuralının algılandığı, kavranıldığı dönemdir. Bu evrede çocuk cinselliğinin artık yeni bir boyut kazanması, yani eşeysel anlam taşıması ile çocuk özel bir duyarlı dönem geçirmektedir. Bu dönemin üstesinden gelmek için çocukluk cinselliği artık bırakılmalı; yavaş yavaş ana ya da baba olma sürecine girilmelidir. Ana ya da baba ile özdeşim yaparak çocuk benliği gelişir, üstbenlik oluşmaya başlar. Çocuk, içinde bulunduğu toplumun rollerine, işlevlerine, kurallarına göre davranmaya; o toplum için geçerli araç-gereci, silahı kullanmaya ve kendisinden küçük çocuklara bakım vermeye yönelir. Çocukta giderek bir törel sorumluluk duygusu gelişmektedir.

İşte çocuğun psikososyal gelişiminin bu evresinde, cinsel konulara dalması, bitmek bilmez bir öğrenme tutkusunun ortaya çıkması, anne ya da baba yerine geçmeye özenmesi ve bu doğrultuda emeller beslemesi *girişim duygusunun* öncüleridir. *Girişim* her eylemin zorunlu bir parçasıdır. İnsanoğlunun her öğrenmesinde, her eyleminde en önemli başlatıcı ögedir. Bu evrede, oluşan temel toplumsal işlev-örüntü "becermedir" (making). İngilizce'de *"making"* deyimini çok yerinde ve güçlü bulan Erikson, bu sözcükte saldırma ve elde etmenin sağladığı bir doyumun olduğunu yazar. Türkçe'de *"becerme"* sözcüğünün bu bakımdan daha güçlü ve anlamlı olduğu kanısındayım. *"Girişim" ve "becerebilme"*, bu iki yalın sözcük, yaşamda verilen tüm savaşımları, çabaları, başarıları tanımlayabilir. En küçük işi becermede, en karmaşık bilimsel ya da sanatsal çalışmada, en yoğun sevişmede, cinsel birleşmede bu iki sözcüğün taşıdığı anlamlar yatar. Bu nedenlerle, bu evreye özgü psikososyal dönemeç (psychosocial crisis) aşılırken, çocuğun ağır suçluluk duygularına sürüklenmemesi gerekir.

Çocuksu eylemleri, atılmaları, soru sormaları ve cinsel ilgileri yüzünden sık sık korkutulan, ceza gören çocukta giderek ağır suçluluk duyguları doğuran bir üstbenlik gelişir. Bu üstbenlik kimi kişilerde ilkel, acımasız ve çok katı olabilir. Böyle bir üstbenliği olan çocuk aşırı ürkek, uysal ve girişim duygusundan yoksun büyüyebilir. Küçük bir işten yalın bir sevişmeye dek her türlü eyleme başlamak onun için çok güç olabilir. Bireyin girişim ve becerme gücü ceza korkusu ve suçluluk duygusu ile kısıtlanır. Çocukluktaki anne-baba ya da çevre korkutmaları ve cezaları artık bireyin üstbenliğince yürütülmektedir. Bu tür girişim kısıtlanışı ve suçluluk duyguları kişinin edilgin, ürkek ve bağımlı kalmasına yol açar. Kimi zaman da histerik kısıtlanış belirtilerine,

cinsel güçsüzlük ve yetersizlik duygularına neden olabilir. Histerik kısıtlanış (inhibition) ve histerik belirtiler, cinsel güçsüzlük gibi ruhsal bozukluklar girişim ve eylem organlarının suçluluk duygusu ile tutulmasından başka bir şey değildir. Bu gibi bireysel bozukluklar yanı sıra, ağır toplumsal, politik ve geleneksel baskılarla toplumsal düzeyde de girişim noksanlıkları olabilir.

Özetle, çocukluğun 3-6 yaşlarında gelişen olumlu benlik ögesi girişim duygusudur. Girişim duygusu özerk ve özgür düşünmek, geleceğe yönelik erekler beslemek ve eyleme geçmek için rahatlık ve güç sağlar. Bu dönemin tehlikesi aşırı suçluluk duygusunun gelişmesidir.

ÇALIŞMA VE YAPICILIK (Industry)

6-7 yaşlarındaki çocuk, ruhsal dünyası ile, artık gerçek yaşama girmeye hazır gibidir. Fakat önce, ister tarlada ya da ormanda, ister sınıfta olsun, bir okul yaşamından geçmesi gerekir. Büyüyerek gerçek bir anne ya da baba olacaksa, eski çocukluk ereklerini unutup, içinde yaşadığı toplumun gereklerine göre birşeyler yapmayı öğrenmesi zorunludur. O toplumda geçerli öğrenme alanı ne ise, o alanda çalışması, üretici olabilmesi için gerekli hünerleri kazanmalıdır. Klasik psikanalitik deyimle bu *gizillik döneminde* (latency period) çocuk çabucak ana-baba olma ereklerini bırakır, unutur; daha doğrusu bu erekleri olumlu eylemler doğrultusunda yüceleştirir. Ana-baba olabilmek için önce üretici bir çalışma ve yapıcılık ile kendine bir yer kazanması gerektiğini öğrenir. Artık kendi ailesinin koruyucu yatağında değil, toplumun sağladığı öğrenme ve çalışma alanında kendini göstermek zorundadır. *Okul çocuğunun benlik sınırları içine artık araçlar, gereçler girer.* Bu araçları, gereçleri kullanabilmek için beceriler geliştirir.

Bu dönemde, bütün toplumlarda çocuklar, düzenli, tutarlı bir eğitim-öğrenim görürler. Bunun yalnız okuma-yazma biçiminde olması gerekmez. İlkel topluluklarda, ana-babadan ve büyük çocuklardan öğrenilen birçok beceriler vardır. Böylelikle, büyüklerin dünyasına egemen olan araç-gereci, silâhı kullanmayı öğrenerek, o toplum teknolojisinin temelleri çocuk benliğine yerleşir. Okur-yazar toplumlarda ise mesleklere yönelebilmek için temel olarak okuma-yazma eğitiminden geçmek gerekir. Meslekler ve uzmanlaşmanın karmaşık olduğu bu toplumlarda, girişimcilik amaçları daha az belirli, toplumsal gerçekler daha karmaşık, ana-babalık rolleri daha esnektir. Bu toplumlarda okuma ve okulun kendisi, amaçları, sorunları, başarıları ve başarısızlıkları ile başlı başına bir kültürü oluşturur.

Bu dönemde, çocuğun karşılaşabileceği tehlike yetersizlik ve aşağılık duygusudur. Çocuk eğer araç-gereç ve öğrenim dünyasına uyum yapamaz ve umudunu yitirirse, onları benimsemeyebilir. Bunun sonucunda aile içi bağımlılığa dönebilir. Yani çocuk, birçok araç ve gerecin kullanıldığı dünyada *kendi araç-gereç takımının* (eller, kollar, ayaklar, cinsel organlar, bunlarla ilgili becerebilme yetileri, zihinsel yetiler...) zayıflığına, yetersizliğine inanır.

İşte, böyle bir durumda çocuğun bağımlı, çekingen ve yetersiz olmaması için toplumun teknolojisi içinde geçerli olan rollerin çocuk için bir anlam taşıması sağlanmalıdır. Toplumda uygun ve gerekli görülen araçların kullanılması ve bunlara uygun beceriler öğretilirken çocuk zihninde bunların anlam kazanmalarına da dikkat edilmelidir. Örneğin avcı bir toplumda yetişkin erkek olabilmek için o topluma özgü av araçlarının büyük anlamı vardır. Ne yazık ki okuma-yazmaya ağırlık veren çağdaş toplumların birçoğunda okutulan şeylerin anlamı ve yararlılığı kuşkuludur. Bu nedenle çocuklar okudukları birçok şeyde anlam bulamadıklarından öğrenme hevesleri azalmakta ve yetersizlik duygusuna kapılabilmektedirler. Bu dönemde bir başka önemli tehlike de çocuğun öğretilenleri olduğu gibi alması; bunların dışına çıkamaması ve sonunda öğrendiği teknolojinin kölesi olmasıdır. Böylece çocuk benliği daralır, özerk ve girişimci benlik gelişmesi kısıtlanır.

KİMLİK (Identity)

Toplumun araç-gereç ve beceriler dünyası ile iyi bir ilişkinin kurulması ve ergenlik çağının gelmesi ile çocukluk dönemi sona erer. Gençlik çağı başlar. Ergenlik ve delikanlılık yaşlarında bedenin ve eşeysel organların hızlı bir gelişimi olur. İçsel çoşkular ve önemli gelişimsel sorunlarla karşılaşan delikanlı erkek ya da kız kendisine eskiden aşılanmış roller ve hünerlerle, bundan böyle yükleneceği rolleri ve sorumlulukları karşılaştırır. *Kimlik duygusunun kazanılması sürecinde* çocuklukta yaşanmış olan kavgalar, çatışmalar (bağımlılık-bağımsızlık, güven-güvensizlik, Oedipal eğilimlerin canlanması ile ilgili çatışmalar....) yeni baştan yaşanır. Bu dönemde delikanlı kendine göre kendisinin kim olduğu ve ne olacağı ile, başkalarına göre kendisinin kim ve ne olduğu sorularına yanıt arar. Bu evrede *benlik kimliğinin (ego identity)* oluşması, çocukluk çağında yapılmış olan özdeşimlerin toplamından öte bir şeydir. Ergenlik ve delikanlılık çağının dürtüsel çalkantıları içinde bütün eski özdeşimler sarsılır, yeniden değerlendirilir. Eski özdeşimler delikanlının yeni değerlerine ve rollerine uygun nitelik kazandırılarak benimsenir. Böylece yenileştirilen özdeşimlerle eski özdeşimler arasında bağlar kurulur. İşte *kimlik duygusu* benliğin bu bütünleştirme yetisinin artan biçimlerde yaşanması, kişiliğe yerleşmesidir.

Temel güvenle ilgili bölümde çocukluk çağında kazanılmış olan *içsel aynılık ve süreklilik* duygusunun anlamını belirtmiştim. Bu evrede ise, delikanlı, başkalarınca da nasıl tanındığına, değerlendirildiğine büyük önem verir. Bireysel benliğinde yerleşmiş olan *süreklilik ve aynılık duygusu (sense of sameness)* toplumsal yönden de kazanılır. İşte, Erikson'un *kimlik duygusu (sense of identity)* olarak belirlediği duygu, *eskiden çekirdek durumda var olan kimlik duygusu ile bu dönemde gelişen ve toplumsal anlam yüklenen kimlik duygusunun bütünleşmesi ve buna bağlı olan güven duygusudur.* Bir başka deyimle, *ben neyim, ben kimim soruları* karşısında delikanlının fazla kuşkuya, boca-

lamaya kapılmadan kendi kimliğini tanımlayabilme, kabullenme durumuna gelmesidir.

Kimlik duygusunun cinsel, toplumsal ve mesleksel ögeleri vardır. Delikanlılık, belli bir eşeylik yapısına bağlı tamlık, yeterlik ve güçlülük duygusunun yerleştiği dönemdir. Gencin cinsel yapısı ve yeterliği konusunda önce bir takım soruları, kuşkuları olabilir. Kendi cinsel yapısını, yeterlik ve gücünü, düşüncede ya da eylemde, başkaları ile karşılaştırır. Bu konuda başkalarınca da nasıl görüldüğünü merak eder. Kendini sınar, yarışmaya kalkar. Zamanla, sağlıklı gencin bu tür sınamaları, yarışmaları, kuşkuları yatışır. Kendi cinsel yapısının ve yeterliğinin gerçekçi kabullenilişi ile *cinsel kimlik duygusu* olgunlaşır.

Toplumsal yönden kimlik duygusu, delikanlının kendi toplumu ve arkadaş kümesi içinde rollerini, yerini, değerini tanıması, tanıtmasıdır. Bu konuda da soruları, kuşkuları olur. Kendisine toplum içinde bir yer arayan delikanlı, geçici bir süre de olsa, belli gruplarla ya da kahramanlaştırdığı kişilerle aşırı özdeşim yapar. Bir süre için sanki kendi kimliğini yitirir, bir başkası olur. Delikanlı kızlar ve erkekler kendi kümeleşmeleri içinde tutucu ve acımasız olabilirler. Kendilerine benzemeyenleri dışarıda bırakırlar. Kendi gruplarını, ülkelerini ve düşmanlarını katı kalıplar içinde görerek bir dayanışma sağlarlar. Bir yandan da arkadaşlarının içten bağlılığını, sadakatını denerler; gerçek dostluğu ararlar. Bu evrede, görülen "aşık olma" yalnızca cinsel bir konu değildir. Delikanlı aşkı, büyük oranda, gencin kendi benlik imgesini bir başkasına yansıtması; onun tarafından nasıl görüldüğünü, nasıl değerlendirildiğini anlamak, bu yolla kendi kimliğine tanım bulmak çabasıdır. İşte bunun için delikanlılık aşkında cinsellikten çok, konuşma egemendir.

Kimlik duygusunun gelişmesinde *mesleksel* uğraşıya yönelmek, bir meslek kazanmak için eğitim ve hazırlıklara girmek büyük önem taşır. Hemen her toplumda kimlik ile meslek içiçedir. Bu nedenle, mesleksel kimliğin kazanılabilmesi için sağlanan eğitim ve iş olanakları ile ilgili sorunlar delikanlı bocalamasının en belirgin yanını oluşturur. Rolleri ve meslek uğraşları iyi belirlenmemiş, olanakların kısıtlı olduğu toplumlarda gencin uzun süre bocalaması kaçınılmazdır. Görülüyor ki kimlik duygusu, bireyin, kendisinin (tüm bedensel, ruhsal yapısı ile ve geçmiş, şimdi, gelecekle ilgili yaşantıları, tasarımları, ülküleri ile birlikte) bilinçli ve bilinçdışı kabullenilişini ve cinsel, toplumsal, mesleksel yönlerden somut gelişimlerin tamamlanmasını gerektirmektedir.

Delikanlılık, çocukluk ve yetişkinlik arasında bir geçiş, bir *askıya alma* (*moratorium*) dönemidir. Çocuklukta öğrenilen ahlâk değerleri ile yetişkin yaşamdaki değerlerin karşılaştırıldığı çağdır. Kişinin toplumsal yerini, mesleksel konumunu, cinsel kimliğini tanımaya, yerine oturtmaya çalıştığı bir dönemdir. İşte, bu çabaya *"kimlik dönemeci" (identity crisis)* denir. *Kimlik dönemeci ile kimlik kargaşasını (identity confusion) birbirinden ayırmak gerekir.*

Kimlik dönemecinde beliren bunalımlar her delikanlının kendi kimlik duygusunu kazanabilmesi için bilinçli ya da bilinçdışı olarak verdiği savaşımın belirtileridir. Bu savaşım kiminde daha sessiz, kiminde daha dalgalı, fırtınalı geçebilir. Ana-baba ve toplumla değişik derecelerde sürtüşmeler, ters düşmeler olabilir. Bu dönemecin aşılması coşkulu bir ırmağın yatağını bulması gibidir. Bu süre içinde ana-babadan bağımsızlaşma, toplumsal değerleri, ülküleri yeni baştan tartma ve kendine bir yol bulma çabası egemendir.

Öyleyse, *kimlik dönemeci (identity crisis)* her gencin değişik yoğunlukta yaşayarak aştığı doğal bir süreçtir. *Kimlik kargaşası (identity confusion)* ise bir gencin bu dönemeci ağır bunalımlarla aşmaya çalışmak zorunda kaldığı bir durumdur. Bunda, cinsel, toplumsal, mesleksel alanlardaki kimlik savaşımında, geçici de olsa, oldukça ağır bozulmalar görülebilir. Böyle bir durumda bocalayan genç, aşırı uçlara sapabilir; ağır cinsel kuşkulara, yetersizlik duygularına kapılabilir; bunaltıya, panik durumlarına, çökkünlüğe girebilir. Ana-babaya, topluma karşı gelebilir. Zaman zaman *ters kimlik (negative identity)* belirtileri gösterebilir. Yani ana-babanın, hatta kendisinin beklentilerine ters düşen davranışları deneyebilir. *Kimlik kargaşası ruhsal çökkünlük, aşırı taşkınlık, antisosyal davranışlar, hatta şizofreniye benzer belirtilerle ortaya çıkabilir.* Uygun ortamda danışma ve tedavi ile bu fırtına yatışır. Kimi gençlerde de bir *ters kimlik (negative identity)* yerleşebilir. Kimilerinde de bu bocalamanın yıllarca sürdüğü görülür.

YAKINLAŞMA (Intimacy)

Delikanlılık döneminden sonra genç yetişkinlik çağı başlar. Delikanlılık döneminde en önemli sorun kimliğin araştırılması, kimlik duygusunun yerleşmesidir. Bundan sonraki dönemde, yani genç yetişkinlik çağında, artık birey kendi kimliğini bir başkasının ya da başkalarının kimliği ile birleştirebilmeye hazırlar. Bu, *yakın ilişkiler* kurma evresidir. Kuşkusuz eski dönemlerde de candan dostluklar, yakınlaşmalar olmuştur. Gençlik çağında başlayan yakınlaşmanın ise değişik bir boyutu vardır. *Burada yakınlaşma, yakın ilişki kurma derken, bireyin somut birleşmelere, eşleşmelere kendini bırakabilmesi; bu yakın ilişkilerde özveride bulunabilmesi ve ödünler verebilmesi anlaşılmaktadır.* Bir başka deyişle, kimliğini bir başkasınınki ile birleştirirken, kendi kimliğini yitirme kaygısı yoktur. Örneğin bir sevgi ilişkisinde, cinsel birleşmede, yakın arkadaş ilişkisinde, savaştaki dostluklarda bireyin kimliği bir başkası ile sanki birleşmektedir. Fakat o kişide, kendi benliğinin bir parçasını yitiriyormuş ya da kimliği tümden yok oluyormuş gibi kaygılar bulunmaz. Bulunursa, o kişinin delikanlılık çağındaki kimlik bocalamasından henüz çıkmadığı, kimliğini bulamadığı anlaşılır. Kimliğin yitirileceği ya da yok olabileceği kaygısı ile kişi yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilir ya da bunu başaramayabilir. Bu da derin bir *yalnızlık duygusuna (sense of isolation)* ve kendi kendine kalmaya neden olabilir. *Bu evredeki tehlike yakın ilişkiler kurabilmenin karşıtı olan yalnızlık (isolation) duygusudur.* Böyle bir

kişi yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilir; ya da ilişkiler kurmaya çalışırken önemli kişilik sorunları gösterebilir.

Bir sağaltım aracı olarak psikanalizin kimi kişilere göre en başta gelen amacı, her zaman düzenle işleyen ve doruk-doyuma (orgasm) ulaştıran cinsel uyumu sağlayabilmektir. Nitekim, Freud'a sağlıklı insanın tanımı sorulduğunda kısa ve yalın iki sözcükle yanıt verdiği söylenir: "Sevmek ve çalışmak" (lieben und arbeiten). Bu iki sözcük üzerinde düşündükçe anlamı derinleşmekte, genişlemektedir. Sevmek deyince sevişmekten insanları sevmeye; çalışmak deyince, yalın iş yapmaktan, çok karmaşık yapıcı-yaratıcı, üretici uğraşılara kadar geniş ilişki ve eylemlerin kapsandığı anlaşılmaktadır. Psikanaliz kuramı insanlık için iyi cinsel uyumu bir ülkü olarak ortaya atmışsa da bunun nasıl bir uyum olduğunu açıkça tanımlamamıştır. Erikson, kalıcı toplumsal anlamı olabilecek eşeysel uyum (genitality) "ütopyasında" şu ögelerin bulunması gerektiğini belirtir:

1. Karşı cinsten
2. Sevilen bir eş ile
3. Karşılıklı doruk-doyuma ulaşılabilmesi
4. Karşılıklı güven duygusunun paylaşılabilmesi
5. a) İş
   b) Üreme
   c) Eğlence alanlarında birlikte bir düzen kurulabilmesi
6. Yeni yetişecek kuşaklara yeterli gelişme olanaklarının birlikte sağlanabilmesi.

ÜRETKENLİK (Generativity)

Çocukların ana-babaya bağımlılıkları üzerinde çok söz edilmiştir; yetişkinlerin çocuklara bağımlılığı ise yeterince işlenmemiştir. Olgun insan kendisine bir gereksinim duyulmasını bekler. Olgun kişinin de kendi çocuklarından, yetişmelerine katkıda bulunduğu yeni kuşaklardan desteğe, rehberliğe ve bakıma gereksinimi vardır. *Üretkenlik* deyince yeni bir kuşağı oluşturmak, ona rehberlik etmek anlaşılmaktadır. *Üretkenlik* kavramı üretim yapabilme (productivity) ve yaratıcılık (creativity) anlamlarını da içermektedir.

Özetle, gençlik yaşlılık arasındaki orta yaşları kapsayan bu evrede, benliğin en önemli işlevi üretme, yaratma ve üretilen, yaratılan şeylere sevgi ile bağlanmadır. Burada üretilen, yaratılan şeyin yalnızca çocuklar olması gerekmez. Kuşkusuz birçok kişi için sanat, bilim alanındaki yapıtlar da üreticiliğin içinde sayılmalıdır. *Bu evredeki tehlike kısırlık, verimsizlik, duraganlık (stagnation) ve benliğin yoksullaşmasıdır.* Bir bakıma, orta yaş çökkünlüklerinde böyle bir duraganlık ve benliğin yoksullaşması söz konusudur. Bu tür çökkünlüklerde üretilmiş ve yetiştirilmiş olan ürünlerden, örneğin çocuklardan beklentilerin gerçekleşmemesi yetersizlik, yoksullaşma, durmuş olma duygusuna yol açabilir. İşte bu nedenle, bu evrede olumlu yön *üretkenlik*, olumsuz yön de *duraganlık* adını almaktadır.

BENLİK BÜTÜNLÜĞÜ (Ego Integrity)

Yaşlılık dönemini kapsayan bu evrede, daha önceki evrede kazanılmış benlik özelliklerinin artık iyice olgunlaşması ve birbirleri ile bütünleştirilmesi benliğin en önemli görevidir. *Benlik bütünlüğünün (ego integrity)* kapsayıcı bir tanımını yapmak güçtür. Bu, benliğin kendi içinde bir düzen ve anlamın bulunmasıdır. Bu, benliğin yalnız kendisini değil, tüm insan benliğini özseverliğin ötesinde sevişidir. Benlik bütünlüğü, olumlu olumsuz, acı tatlı yönleri ile bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilişidir. Bu, bir bakıma geçmişteki yaşantıların tümüyle kendisine ait olduğunun kabullenilişi; geleceğin korku, endişe ile karşılanmamasıdır. Yaşanmış olan geçmişin yeni baştan başka türlü yaşanabilmesi için pişmanlıklarla dolu bir özlem yoktur. Geleceğin ne olacağı bellidir. Benlik bütünlüğüne ulaşmış kişi sonucu kesin belli olan gelecekten, yani ölümden, ürkmez. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun oluşun belirtisi geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu, yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusudur. Ölüm korkusunda, bireyin kendine özgü tek ve bütün bir yaşamı oluşunun kabul edilemeyişi vardır.

Bu çağın tehlikesi, umut yitimi (despair) ve ölüm korkusudur. Umutsuzluk, vaktin artık çok az kalmış olmasına ilişkin bir duygudur. Vakit artık bitmek üzeredir; yolun sonuna gelinmiştir ve yeni baştan yaşamaya olanak yoktur. Bu nedenle de ölüm korkunç bir son demektir. Kimi yaşlılar böyle bir umutsuzluk ve ölümden korkma duygusuna kapılabilir. Ama, çoğu yaşlı insan ölümü huzurlu bir ağırbaşlılıkla yaşamın doğal bir parçası olarak görür ve korkmaz. Bu yaşlılarda daha önceki evreler oldukça sağlıklı geçirilmiştir. Yeni baştan yaşayabilseydim tutkusu yoktur. Yaşlılığı da ona bir huzur sağlamaktadır. Ürettiklerinden hoşnuttur, huzurludur. Gençleri kıskanmaz ve horlamaz; onlara sevgi, saygı duyar. İşte, böyle bir ruhsal durumu yaşayabilen kişide *benlik bütünlüğü*nün var olduğunu düşünebiliriz. Yaşlılık çağındaki *"benlik bütünlüğü"* duygusu ile bebeklik çağındaki *"güven duygusu"* hem birbirine çok bağlı, hem de benzemektedir.

"Yaşlılarda ölümden korkmamaya yetecek derecede benlik bütünlüğü olursa, çocuklar da yaşamdan korkmayacaklardır". Erikson

KAYNAKLAR

1. **Erikson, E.H.** (1953). Growth and Crisis of the "Healthy Personality". Per-sonality in Nature, Society, and Culture (eds.) C. Kluckhohn, H.A. Murray. New York: Alfred A. Knopf.
2. **Erikson, E.H.** (1965). Childhood and Society. New York: WW Norton
3. **Erikson, E.H.** (1968). Identity, Youth and Crisis. New York: WW Norton.
4. **Öztürk, O.M.** (1998) Psikanaliz ve Psikoterapi. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.

BÖLÜM IX

RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUĞUNUN TANIMLANMASI

"Bir miktar delilik karışımının bulunmadığı mükemmel bir ruh yoktur"
ARİSTO (İ.Ö. 384-322)

Tıp bilimi hastalığın tanımını, sağlığın tanımına göre daha kolay yapabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlık bedensel, ruhsal, sosyal olarak iyilik durumudur" tanımı "sağlık sağlıktır" demenin ötesinde bir anlam taşımıyor gibi görünüyorsa da, hiç olmazsa sağlığın içine "ruhsal" ve "sosyal" kavramlarını katarak biyomedikal görüşün dışına çıkabilmektedir.

Fakat bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumu ne demektir? İnsan genomunda ileri yaşta ortaya çıkacak kalıtsal bir bozukluğun belirleyicileri yerleşmişse, bu kişi kalıtsal hastalığın ortaya çıkacağı yaşa dek bedensel açıdan sağlıklı görünecektir; fakat genlerinde ileride ortaya çıkacak bir hastalığın imini taşımaktadır. Bu kişi, hastalık ortaya çıkıncaya dek sağlıklı sayılabilir mi? Sosyal iyilik durumu ne demektir? Bu görüşün içine ister istemez *"yaşamın niteliği (quality of life)* kavramı da girer. Toplumda uyumlu, yararlı, üretici olma koşulları da girer. Hangi toplumda hangi tür uyum ve üreticilik? Kitleleri yok etmek, savaş kışkırtmak, desteklemek için silah üretip satmak o toplum içinde yararlı, üretici bir etkinlik olabilir. Ama sağlıklıdır diyebilir miyiz? Burada sağlığın tanımına toplumsal değer yargıları girmektedir. Yaşamın niteliği nedir? Günde 5-6 saat kahvede oturup bütün ev işlerini karısına bırakan bir erkek yaşamından hoşnut, kendi kendisi ile barışık olabilir. Böyle bir kişi normal midir, anormal midir?

Normal ruh sağlığının tanımını neye göre yapabiliriz? Normalin tanımını yapabilmek için ortaya atılmış olan görüşler burada kısaca tartışılacaktır[6, 7, 8, 9].

sağlıklı kişide olması gereken benlik özelliklerini tanımlamaya yetebilir. Bu model konuya gelişimsel açıdan bir açıklık getirebilir.

Ama, böyle bir modelin ideal olduğunu; ideal düzeyde bir ruh sağlığının belki de hiç kimsede bulunmadığını bilmek, anımsamak koşuluyla!

Anormalin Tanımı:

Anormalin tanımını yapmak daha kolay görünüyor. Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle *duygu, düşünce ve davranışlarında* değişik derecelerde şu özellikleri taşır:

- *Tutarsızlık*
- *Aşırılık*
- *Uygunsuzluk*
- *Yetersizlik*

Dikkat edilirse bunlarda da bir takım değer yargılarının izlerini görebiliriz. Genellikle yetersiz, tutarsız, uygunsuz, aşırı derken belli normlara göre söylemiş oluyoruz. Bu normlardan bir kesimi evrensel ve kalıcı olup, bir kesimi ise çağdan çağa, toplumdan topluma değişebilir. Zaman ve yer göreceliğini göz önünde tutmak koşulu ile bu özellikleri kullanabiliriz.

Her kişide tutarsız, uygunsuz, aşırı, yetersiz davranışlar görülebilir. Hasta sayılabilecek kişide bu özelliklerin az çok şu nitelikleri taşıması gerekir:

- *Sürekli ya da yineleyici olması*
- *Bireyin verimli çalışmasını bozması*
- *Kişiler-arası ilişkilerini bozması*

Hastalıkları tanıyabilirsek, sağlığın da sınırlarını az çok belirleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. **Bychowsky G (1952)** "Discussion" of F.C. Redlich's Article"The Concept of Normality" Am J Psychotherapy, 6: 569-573.
2. **Erikson EH (1953)** Growth and Crisis of the "Healthy Personality". Personality in Nature, Society and Culture (eds.) C. Kluckhohn, H.A. Murray. New York: Alfred A Knopf.
3. **Fromm E (1941)** Escape from Freedom. New York: Farrar and Reinehart.
4. **Kaltreider NB (1988)** Normal Psychologic Development. Review of General Psychiatry. (ed.) H.H. Goldman. Appleton-Lange.
5. **Kolb LC ,Brodie HKH (1982)** Modern Clinical Psychiatry. Philadelphia: Saunders.
6. **Levinson DJ ,Gooden WE (1985)** The Life Cycle. Comprehensive Textbook of Pyschiatry/ IV. (eds.) H.I. Kaplan, B.J. Sadock. Baltimore: Williams and Wilkins.
7. **Redlich FC (1952)** The Concept of normality. Amer. J. Psychoterapy, 6:551-569.
8. **Redlich FC, Freedman D.X. (1966)** The Theory and Practice of Psychiatry, New York: Basic Books,
9. **Reider N (1950)** The Concept of Normality. Psychoanal. Quarterly, 19:43-51.

BÖLÜM X

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNİN İLKELERİ VE PSİKİYATRİK GÖRÜŞME

Eski çağ hakanlarından biri gece uykusunda gördüğü bir düşü yorumlatmak üzere baş yıldız-falcısını (baş müneccim) çağırarak düşünü anlatır, yorumunu ister. Yorumcu: "Hakanım, bütün yakınlarınız ölecek, siz yalnız kalacaksınız" diyerek düşü yorumlar. Hakan, korku, öfke ile yorumcuyu zindana attırır, bir başka yorumcusunu çağırır. O da düşü şöyle yorumlar: "Hakanım, sizi kutlarım, mutlu bir düş. Bütün aileniz ve yakınlarınız arasında en uzun ömürlü siz olacaksınız". Hakan bu yorumdan mutluluk duyar, yorumcuyu cömertçe ödüllendirir.

Psikiyatrik hastaların muayenesinde hekim özel güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerin üç temel kaynağı vardır:

1. Klasik tıp eğitimi
2. Toplumsal etkenler
3. Kişilik etkenleri

1. *Biyomedikal modele bağlı klasik tıp*, organizmanın *biyopsikososyal* bir bütün olarak incelenmesini, bozuklukların bir bütün içindeki yerini ve değerini öğretmekten henüz uzaktır. Ruhsal bozukluklar bugünkü anlamıyla genel olarak bütün organizmanın ve kişiliğin uyum yapabilmek için başvurduğu savunmaları ve savunmaların çeşitli nedenlerle çöküşü olarak kabul edilir. Bu nedenle klasik tıp eğitiminin çerçevesinden kendisini kurtaramamış hekim bu hastalar karşısında doğal olarak bocalayabilir. Çağdaş ruh-hekimliğinde insan, sağlam ve hasta yönleriyle bir bütün olarak incelenmeye çalışılmaktadır: *Organik ve ruhsal diye bir ayırım ancak eğitim amacıyla yapılan yapay bir ayırımdır*. Gerçekte organik nerde biter, ruhsal nerde başlar kestirmek ve ölçmek olanaksızdır. Her organik dediğimiz hastalığın ruhsal yanları olabileceği gibi, her ruhsal bildiğimiz hastalığın da organik yanları bulunabilir. Öyleyse, hekimlikte hastanın yalnızca belirtilerine bakmaktan çok, karşımızdaki insana; düşünüş, duyuş, davranış ve bütün yaşantıları ile tüm insana bakmamız gerekmektedir.

2. Hekim, *toplumsal önyargılar*dan ve *değerler*den, toplumun yaptığı etkilerden kendisini kolayca kurtaramaz. Psikiyatrik hastalara karşı yüzyıllardan beri süregelen, fakat son zamanlarda değişmekte olan önyargılar ve değerler hekimde de vardır. Ruh hastalarından korkan, onlarla alay eden ya da onlarla uğraşmayı anlamsız ve değersiz bulan hekimlerle de karşılaşılabilir. Hekimin bu tutumu, toplumun geleneksel tutumunun bir ürünü olabilir. Ancak *hekim (iyi bir hekim olacaksa) toplumun inanç, görenek ve alışkanlıklarından kendisini sıyırarak, çağdaş psikiyatrik bilgilere ayak uydurmak zorundadır.*

Çağımızda, ruh hastalarının tehlikeli, korkunç ya da onların davranışlarının anlamsız ve saçma olduğu kanılarının yanlışlığı bilinmektedir. Bu kanılar artık çağdışıdır.

3. *Hekimin kendi yetişme biçimi, özgeçmişi ve kişiliği* de hastaya karşı olan davranışlarının niteliğini etkileyecektir. Hekim kendi ruhsal sorunları ya da bilinçdışı saplantıları nedeniyle hiç farkında olmaksızın hastalarının ruhsal sorun ve çatışmalarına karşı kör olabileceği gibi kendi sorun ve çatışmalarını iyi tanıyarak hastalarını da daha iyi tanıma yeteneğini de kazanabilir. Psikiyatri tarihinde önemli psikolojik kuramlar ve görüşler ortaya atmış bilim adamları kendi ruhsal sorunlarını tanımaya ve çözümlemeye çalışmış kişilerdir. Hekimin kendi ruhsal özelliklerini, sorun ve çatışmalarını tanıması, bilinçlenmesi hastayı tanıma bakımından büyük yararlar sağlayabilir. Fakat kendi ruhsal sorunları yüzünden hastalardan uzaklaşma, hastalara olumsuz tutumlar da sık görülür.

Psikiyatrik hasta karşısındaki güçlüklerin genel kaynaklarını böylece belirttikten sonra, *hasta-hekim ilişkileri ve psikiyatrik görüşmenin özellikleri kısaca açıklanacaktır.*

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ

İlk karşılaşmadan başlayarak, hekimle hasta arasında bir ilişki kurulur. Bu ilişki içinde hasta, hekimin karşısında yalnızca muayene ve tedavi edilecek bir "nesne" (bir şey) olmadığı gibi; hekim de yalnızca muayene ve tedavi eden bir bilirkişi değildir. *Her ikisi de bilinçli ya da bilinçsiz olarak karşılıklı etkileşimli bir ilişkinin içine gireceklerdir. Bu ilişkide her iki tarafın kişilik özellikleri ister istemez karşılıklı tutumları etkileyecektir.* Bu ilişkinin her iki ucunu kısaca tanımlamağa çalışalım:

A- Hasta: Yardım bekleyen bir dertli olup, ya birçok toplumsal baskılara karşı koyarak, gururu ve onuru ile uzun süren bir tartışmadan sonra kendiliğinden; ya da başkalarının baskısı ve zoru ile onuru da zedelenmiş olarak, hekime gelmiştir. Yalnız kendi sorunları ve rahatsızlığı bakımından değil, hekim bakımından da birçok endişeleri ve korkuları vardır. Doktor nasıl bir kişidir? Kendisini nasıl karşılayacaktır? Derdini anlayabilecek midir? Onun karşısında rahatça konuşabilecek midir? Konuştukları şeyler gizli kalacak

mıdır? Kendisine delilik ya da başka bir hastalık damgası hemen yapıştırılacak mıdır gibi birçok soru, hastanın kafasını kurcalamaktadır. Bundan başka, hastanın küçüklükten beri geliştirdiği kişilik özellikleri de hekime karşı olan davranışlarına biçim verecektir. Örneğin küçüklüğünde yetkeyi (otorite) temsil eden kişilere karşı (baba, öğretmen vb.) ürkeklik duyan bir kişi, hekimi de bir yetke örneği görüp ürkebilir. Kendisinden büyüklere aşırı derecede bağımlı olan bir kişi, hekime karşı da çok bağımlı davranabilir. Özellikle bizim toplumumuzda bu bağımlılık ve hekimden ürkme çok sık görülen bir durumdur. Hekim, sıklıkla çocukları korkutmak için bir umacı, insana acı veren, ceza veren biri olarak tanıtılmaktadır.

B- Hekim: Bir uzman olmasından dolayı ve toplumsal inanışlar etkisiyle ister istemez yetke durumundadır. Hekim, gücü, yetenekleri sonsuz bir kişi olmadığı halde, hasta tarafından öyle görülebilir. Bu güç, anne-babanın, herhangi bir üstün kişinin, hatta tanrının gücünü temsil edebilir; derecesi hastanın inanma gereksinimine göre değişir.

Anadolu toplumunda "evvel Allah, sonra siz" hekime sıkça söylenir. Bu durum hastada bir ürkeklik doğurabilir ve her iki kutbu birbirinden uzaklaştırabilir ya da doktorda kendi kendisine karşı aşırı, gereksiz bir güven, üstünlük duygusu doğurabilir. Kendisi de, hastasına karşı böylece tanrısal bir varlıkmış gibi davranma eğilimi gösterebilir (tüm-güçlülük, omnipotence). *Hekim insancıl, alçakgönüllü ve ilgili tutumları, davranışları ile hastasına tanrısal bir varlık ya da büyücü olmadığını iletebilmelidir.*

Hekim anneyi temsil edecek biçimde şefkat, bakım kaynağı olarak da görülür. Bu yüzden anneden beklenilen şeyler (şefkat, bakım, bağımlılık gereksiniminin doyurulması gibi) hekimden de beklenebilir ve hasta anneye sığınır gibi hekime sığınabilir. Hastanın böyle bir tutumu bazen hekimi hastadan uzaklaştırabilir ya da hekimdeki kimi bilinçdışı istek ve gereksinimlere karşılık verdiğinden, hekimi gereksiz derecede yaklaştırabilir.

Önemli noktalarını örneklerle belirttiğimiz bu iki kişi arasında, karşılıklı düşünce ve duygu bakımından birçok etkileşimin olacağı bir gerçektir. İlk karşılaşmada, hem hasta hem hekim birbirleri hakkında birçok şey düşünecek ve duyacaklardır. Hasta öncelikle kendi ruhsal gelişmesi ve sorunlarının etkisi altında, hekime karşı bazı duygu ve düşünceler geliştirecektir. Hekim de hastasına karşı mesleksel bilgisi yanında, kendi kişiliğine göre bir ilgi ve tutum oluşturacaktır. *Hekim, bu ilişki içinde hem kendisinin, hem de hastanın davranış ve tutumunun anlamlarını, inceliklerini iyice inceleyebilecek, tanıyabilecek bir yeti kazanabilmelidir.* Yoksa, kurulacak ilişki kısa zamanda bozulabilir ya da sona erebilir.

Hekim-hasta ilişkisinin güvenli ve verimli olabilmesi için hekimin göz önünde tutması gerekli olan noktaları kısaca sıralamak gerekir:

1. İlgi: Burada söz konusu olan ilgi öncelikle bir insanı tanıma ve anlama ilgisidir. Hastaya karşı olan amirce, annece, babaca, sevgilice vb. olan

ilgilerin bir yararı yoktur. İlgi hastanın sağlam ve hasta yanlarıyla bütün kişiliğini anlamaya yönelen bir ilgi olduğu oranda yararlı olabilir. Hasta, hekimde daha başka ilgilerin gelişmesini bekleyebilir. Örneğin hekimin bir sevgili, bir anne, baba, ağabey olmasını isteyebilir. Hekim de kendi içindeki gereksinimler yüzünden böyle yorumlayabilir ve bu yüzden hastasını anlamaktan uzaklaşabilir. Bu gibi eğilimlerin ve ilgilerin eylem biçimine sokulmasının, sağlıklı hasta-hekim ilişkisinde yeri yoktur. Hekim, kendisine karşı cinsel eğilim ya da sevgi göstermeye başlayan bir hastanın, bu eğilim ve duygularının anlamını görmeye çalışmalı; hastayı hemen yanından uzaklaştırmamalı, bu duyguları yüzünden hastaya utanç ya da suçluluk duygusu yüklememelidir. Hekimin de çeşitli eğilimleri, sempatileri, antipatileri olabilir. Ancak, burada, *kendi dürtü ve gereksinimlerini iyi tanıyan, onlar üzerinde denetim gücü kazanmış olan; gereksinimlerinin doyumu için hastanın bir araç olamayacağını bilen ve kendini bu açılardan tartan, denetleyen hekim sağlıklı bir ilişki kurabilir.*

2. Kabullenme: Bu, hastayı yargılamadan, önyargılara kapılmadan ele alabilme demektir. Örneğin, hasta bir alkolik ya da bir eşcinsel olabilir. İleri derecede alaycı, saldırgan, taşkın olabilir. Bu durumlarda hastalığı yargılayan, önyargılarının etkisinden kurtulamayan bir hekim hastasını kabulleniyor sayılamaz ve bu hastalara bir yararı olabileceği beklenemez. *İnsanoğlunun, hiç yargısız olmasına belki olanak yoktur. Önemli olan nokta, hekimin, kendi yargılarını tanıması, hasta üzerinde bunların nasıl etkiler yapabileceğini bilmesidir.* Yargılarından kurtulamıyorsa, hastayı hiç olmazsa bir başkasına gönderebilmelidir.

3. Eşduyum (Empati): Sempatiden farklı olan *eşduyum (empati)* kendimizi bir an için hastanın yerine koyarak, onun nasıl bir ruhsal durum içinde olduğunu anlamaya çalışmaktır. Empati, "bu durumda o insanın yerinde ben olsaydım ne duyardım, ne düşünürdüm, ne yapardım" soruları ile yapılan bir incelemedir. Ancak, bunu yaparken, hekim hastanın sorunlarının içinde kendisini yitirmemeli ve nesnelliği (objektif oluşu) elden kaçırmamalıdır.

4. Esneklik: Hekim hastasını tanımaya, anlamaya çalışırken, birtakım kalıplaşmış, klişeleşmiş kavramlara ve görüşlere kendisini kaptırdığı, onlardan sıyrılamadığı oranda tanıma ve anlaması azalacaktır. Esneklik deyince hastanın karşısında kalıplaşmamış, katılaşmamış bir tutum anlıyoruz. Her hastanın sorunu kendisine özgüdür, tektir. Belli bir takım saplanmaların, çatışmaların hastada bulunduğunu kafasına takan ve sorularını, incelemelerini bunların peşinde yürüten hekim, hastayı araştırmaktan çok, kendi kafasına taktığı basmakalıplaşmış noktaları araştırıyor demektir. Böyle bir durumda, hasta hekimin karşısında tek bir kişi, bütün öbür insanlardan ayrı bir kişi değildir. Hekim kendi görüş ve kavramlarını hastada araştırıyor demektir ve hastadan uzaklaşmıştır. Ancak, bu nokta üzerinde böyle önemle dururken, hekimin pratik ve kuramsal bilgilerini de tümden bir yana bırakması gerekti-

ğini söylemiyoruz. *Kuramsal ve uygulamalı bilgilerin kalıplaşmaması, dogma haline gelmemesi gereğini vurguluyoruz.* Esneklik ve dogmalaşmama, hastayı tanımaya çalışırken gerekli olduğu gibi, klinik tanı ve sağaltım sonuçlarını saptamada da gereklidir.

5. Hekimin kendi sorumluluğunun sınırlarını bilmesi: Her şeyden önce, hekimin, kendi bilgisinin sınırlı olduğunu, bu nedenle hastaya yapabileceği yardımın da sınırlı olabileceğini bilmesi gerekir. Hasta hekime tanrısal bir güç yükleme eğiliminde olabilir. Fakat hekim bunun böyle olmadığını kendisi iyice kavrarsa, hasta da hekimi daha insancıl yeteneklerin sınırları içinde görür. Bundan başka, kimi zaman hasta bütün sorumluluğu hekime bırakarak yaşamına yepyeni bir yön, kişiliğine yepyeni bir nitelik verilmesini hekimden bekleyebilir. *Hekimin rolü ve sorumluluğu, hiçbir zaman bir başka insanın bütün yaşam sorumluluklarını yüklenmek değildir. Hekimin sorumluluğu, ancak, hastanın sorunlarını anlamasına yardım etmek ve bunların çözüm yollarını hasta ile birlikte araştırmaktır. Karar verme, yapıp yapmama sorumlulukları hastaya aittir.* Örneğin: "Kocamdan ayrılsam mı doktor bey?" diye soran hastanın sorusuna karşı, olumlu ya da olumsuz bir yanıt vermekle hekim, sorumluluğu kendi üzerine almış olur. Böylece de hastanın sonraki yaşamında olabilecek bütün acı ve zorlukların da sorumluluklarını üzerine alıyor demektir. Oysa, eşinden ayrılmak ya da ayrılmamak kararı hastaya ait bir sorumluluktur. Önemli olan, hastaya kendi yaşam sorunlarını iyice gösterebilmek ve bunlara çözüm yollarının bulunmasında, karar verebilmesinde ona yardım etmektir. Nice çok acı çeken, çok mutsuz çift vardır ki, bunların birbirlerinden ayrılma olanağı hiç bulunmayabilir. Hekimin "ayrıl da kurtul" demesi, ortaya daha büyük sorunlar çıkarabilir.

Bundan başka, hekim olarak hastanın hastalığının iyileşmesi bakımından da sorumluluklarımız sınırlıdır. "Korkma, her şey düzelecektir" diyerek hastanın omuzunu sıvazlayan bir hekim, "korkma, ben her şeyi düzelteceğim, bütün sorumluluğu üzerime alıyorum" demiş olmaktadır. Bugünkü bilgilerimizle, ruh hastalarının iyileşmesinde bütün sorumluluğu üzerimize almamız gerçeğe uymayacağı gibi, hastayı edilgin ve bağımlı duruma itmekten başka bir yarar sağlamayacaktır. Ancak, hastanın bir karar veremeyecek kadar ağır bir durumdaysa, hekim ve aile önemli kararlar vermek zorunda kalabilir.

6. Hekimin etik ilkelerini belirleyen evrensel-hümanist kimliğin benimsenmiş, özümsenmiş olması hasta-hekim ilişkisinin olmazsa olmaz koşuludur. Bakınız "Hekimin Kimliği" Bölümü.

7. Görüşme yönteminin özelliklerini bilmek ve bunlara dikkat etmek. Bunlar aşağıda kısaca özetlenmiştir:

PSİKİYATRİK GÖRÜŞME

Klinik uygulamada iki türlü psikiyatrik görüşme biçimi tanımlayabiliriz:

A. Belirti Ağırlıklı Görüşme

Bu tür görüşmede amaç tanı koymaktır. Bir bozukluğun tanı, ayırıcı tanı ölçütlerine uyan, uymayan belirtilerini saptamak ve böylece kesin tanıyı koyabilmek için sorular önceden hazırlanmıştır. Bu amaçla geliştirilmiş birçok görüşme çizelgeleri hazırlanmıştır. Bunlar arasında *DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-III-R/SCID), Şimdiki Durum Muayenesi (PSE-Present State Examination), Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgesi (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry-SCAN), Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI)* gibi görüşme çizelgeleri sayılabilir. Bunlar "Psikolojik Değerlendirme" ve "Psikiyatrik Epidemiyoloji" bölümlerinde kısaca tanımlanmıştır.

Bu çizelgelerde hastada görülebilecek belirtileri tarayarak sorular sorulmakta ve bu sorular kodlanarak sonradan özel bilgisayar programı aracılığı ile tanıya götüren bir belirti profili oluşturulmaktadır. Bu araçlardan Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgesinden *(SCAN)* bir örnek vermek bu konuda fikir oluşturulmasına yardımcı olur:

> Birçok insanın hayatının bir döneminde yaşadığı bazı sorunların sizde hiç olup olmadığını, olduysa ne kadar rahatsız edici, işten güçten düşürücü olduğunu sormak istiyorum. Son bir yıldır aşağıdaki yakınmalarınız oldu mu?
>
> Bunaltı ve panik hissi, özellikle belirli yerlerde kendini çok üzgün ve çökkün hissetme.
>
> Tam tersi, kendinizi nedensiz yere aşırı keyifli veya coşkulu hissetme.
>
> Açıklaması veya anlaması güç yaşantılar (sesler işitme, kuşkuculuk)
>
> Alkol, madde veya reçeteyle verilen ilaçlarla ilgili sorunlar

Bu tür bir görüşme biçimi belki hastada bulunabilecek belirtileri taramaktadır. Fakat eğer görüşmeyi yapan kişi bu çizelgelere saplanırsa, yani görüşmesi daha çok belirtileri saptamaya yönelik kalırsa, hasta ile ilişki kurabilmek için gerekli olan esneklik görüşmede olmayacak ve yeterli bir ilişki kurulması aksayabilecektir.

Özellikle yeni asistanlara, görüşme tekniği eğitimi bu çizelgelerle başlatılırsa, *belirti ağırlıklı yapılandırılmış görüşmeler*, kolaylıkları nedeniyle, ister istemez alışkanlık haline gelecek ve çalışma ortamında hasta ile ilişki kurmaya önem verilse bile, buna yönelik soru sorma becerileri iyi gelişemeyecektir.

B. İlişki Ağırlıklı Görüşme

Bu görüşme biçiminde amaç hem bilgi almak hem hasta ile ilişki kurmaktır. Burada da tanı önemlidir, fakat tanıya varmak için yakalanan ipuçları görüşmeciyi ilişki kurma ilkelerinden uzaklaştırmaya zorlamaz. Hastanın

kendi söylemek istediklerini söylemesine, görüşmecinin de daha çok dinlemesine, fazla yönetmeyen bir görüşme sürdürmesine yeterince olanak sağlanır. Aşağıda açıklanacağı gibi *sözel olmayan (non-verbal)* iletişime önem verilir. Ayrıca hastanın yakınmalarına *eşduyumla* yaklaşılır, yalnızca belirtilere değil, görüşmeci ile olan *ilişki biçimine* de dikkat edilir. Hastanın anlattıklarının, sorduklarının altında yatan olası bilinçdışı süreçlere de kulak *verilir (üçüncü kulakla dinleme)*. Bu tür görüşme kuşkusuz daha çok zaman, emek ve özel görüşme koşulları gerektirmektedir.

Bütün hekimlik dallarında ve özellikle psikiyatride hekim önce hastasını dinleyebilmeyi öğrenmelidir. İyi dinlemeyen hekimin iyi ilişki kurması beklenemez. Önceden tasarlanmış sorularla belki biz istediğimiz belirtinin hastada bulunup bulunmadığını saptayabiliriz. Fakat karşımızdaki insanın nasıl bir kişi olduğunu, acılarının derinliğini, niteliğini, hekimle yapabileceği işbirliğinin düzeyini, sağaltıma uyumunu ancak ve ancak iyi bir ilişki ile sağlayabiliriz. Bu nedenle, *psikiyatri eğitimi sırasında, asistanların başlangıçta iyi dinlemeyi, yüksüz, yansız ve yargısız soru sormayı öğrenmeleri zorunludur.* Bu bir alışkanlık haline geldikten sonra daha çok araştırma amacı ile kullanılan tanı için görüşme çizelgelerinin eğitimi yapılmalıdır.

İlişki ağırlıklı görüşmenin temel ilkeleri

Hasta-hekim arasındaki iletişim iki yolla olur:

a) Sözel (verbal), yani konuşma ile

b) Sözsüz (non-verbal), yani konuşma biçimi, sesin tonu, jestler, mimikler ve başka davranışlar ile.

Sözel iletişim hasta hakkında birçok bilgi sağlayabileceği gibi; ses tonu, jestler, mimikler vb. özellikle hastanın duygusal yaşamı hakkında bize birçok ipucu verir. Hekim bunlara dikkat ederken, hasta da hekimin söylediklerine, söyleyiş biçimine dikkat ederek, bunlara anlam verir. İyi bir gözlemci olmak isteyen hekim, hem hastanın hem kendisinin sözlerini, devinimlerini, bunların biçimlerini dikkatle gözlemelidir.

Görüşme süresinde yer ve zaman uygun olduğu oranda hastayı rahat bırakarak konuşturmak ve görüşmenin kendiliğinden, serbest bir hava içinde yürümesini sağlamak, önceden tasarlanmış sorulu yanıtlı basmakalıplaşmış görüşmelerden daha iyi sonuçlar vermektedir. Soru-yanıt biçiminde kalıplaşmış bir görüşme ile belki hekimin istediği bilgileri kolayca elde etmek olasıdır. Ama bu, hastanın sorunlarını anlamak, hasta ile yapıcı bir ilişki kurabilmek bakımından verimli bir yol sayılmamaktadır.

Görüşme süresinde sorular, yüksüz, yansız ve yargısız olmalıdır. Yüklü sorular yanıtı evet ya da hayır olan sorulardır. Örneğin, "karını seviyor musun?" sorusu yüklü bir soru olup, yanıtı "evet" ya da "hayır" olabilir ve bu tür yanıtların da güvenilirlik derecesi zayıftır. Oysa ki, "bana biraz karınızla ilişkinizi anlatır mısınız, nasıl bir kadın, aranız nasıl?" gibi bir sorudan sonra,

hastayı serbest konuşmaya bırakmak, bize, hasta, karısı ve ilişkileri konusunda bilgi edinmek bakımından geniş olanaklar sağlayabilecektir.

Ancak, bazı durumlarda hastaya yön vermek, konuşmaları hastanın kaçındığı konulara getirmek gerekebilir. Örneğin, hasta eğer karısı ile arasının çok iyi olduğunu, aralarında en küçük sorun bulunmadığını anlatırsa; o zaman hastanın yakınmalarını bir an için göz önüne getirip, bu söylediklerinin gerçeğe uygun olup olmadığı araştırılabilir. Hasta, örneğin, cinsel güçsüzlükten yakınmışsa; bu sorunun karısı ile olan ilişkisine hiç etki yapıp yapmadığı sorulabilir. Fakat bunu sorarken de sorunun yüksüz ve yargısız olmasına dikkat etmek gerekir. Yüklü sorular çok zaman hastayı şaşırtabilir ve anlatmak istediği şeylerden çok "acaba hekim ne söylememi bekliyor?" gibi bir kaygıya yol açabilir. Bu nedenle hastanın kendiliğinden konuşma ve anlatma isteği zayıflar. Yalnız ruhsal muayenede değil, başka hastalıklarda da buna dikkat etmek çok önemlidir. Örneğin "şuran da ağrıyor mu", "şu yakınmanız da var mı" yerine, "başka nereniz ağrıyor", "başka ne gibi yakınmalarınız var" gibi sorular yöneltme daha etkili, verimli soru sorma yoludur.

Yargısız ve yansız sorular hastayı bir yargılama duygusu altında bırakmayan sorulardır. Örneğin eşcinsel bir deneme geçirmiş bir hastaya "peki bundan utanç duyuyor musunuz?" gibi bir soru, hem yüklü hem de yargılayan bir sorudur. Hastanın utanç duyması gerektiğini, böylece de doktorun yargılayıcı tutumunu belli eder. Oysa, hastaya "peki bu olay hakkında ne gibi duygular duyuyorsunuz, ya da ne gibi duygular duydunuz?" gibi bir soru sormakla, hekim, kendi yönünden herhangi bir yargı değil, ancak anlamak istediğini belirtmiş olacaktır.

Dinleyebilmek: Konuşmayı isteklendirme "bana her şeyi anlatmalısın, bana güvenmelisin" gibi bir yaklaşma ile olamaz. *Hastanın konuşmasını isteklendirme hekimin ilgisi, kabullenmesi ve hepsinden önemli olarak hastayı dinlemesi ile olur.* Dinlemek kolay gibi görünen bir eylemdir. Yaptığımız gözlemlerde, asistanların, stajyer öğrencilerin en büyük güçlüklerinden biri hastayı *dinleyebilme* konusundadır. Hasta konuşamadığı zamanlarda, hastanın neden konuşamadığı araştırılmalıdır. Hasta bir konuda konuşamadığı zaman, "konuş bana anlat" demekle hastayı güç bir duruma sokabiliriz. "Bu konuda konuşmak size zor geliyor. Acaba neden?" gibi hem empatik, hem araştırıcı bir soru sormak, hastanın kendi duygularını anlatabilmesi için olanak sağlar.

Genel anlatımların özgül (spesifik) açıklığa kavuşturulması: Hastalar çoğu zaman sorunları ya da olayları genel anlatımlarla belirlilikten uzak (müphem) bir biçimde anlatma eğilimi gösterirler. Olayları, duygu ve düşünceleri, yaşantıları özgül örneklerle anlatmak çok güç olabilir. Bunun için hastanın bu yaşantıları açıklayabilmesine yardım edilebilir. Örneğin: "Kocam beni anlamıyor" deyimi kapalı, genel, özgül olmayan bir deyimdir. Bundan hastanın neyi anlatmak istediğini bilmek için hastaya, kocasının ne bakımlardan kendisini anlamadığını günlük yaşamdan örnekler vererek açıklaması sorulabilir. Değişik yaşantıların örneklerini anlatması beklenerek, istenerek çok önemli bilgiler sağlanabilir.

Görüşmelerde hastayı sıkmamaya, onu gereksiz yere bunaltmamaya dikkat etmek gerekir. Bazen doğrudan doğruya yakınmalarını sorarak görüşmeye başlanabileceği gibi, bazen de kısa bir ısınma başlangıcı yapılabilir. Örneğin, bir delikanlıya önce tanıştıktan sonra hangi okulda okuduğuna ya da muayeneye isteyerek mi yoksa bir baskıyla mı geldiğine ilişkin sorular sorulabilir, sonra yakınmalarına geçilebilir.

Görüşme sırasında, hastaya serbest görüşme olanağı sağlarken konuların da tümden dağılması önlenebilmelidir. Konudan konuya geçerken geçiş sorularının yerinde, zamanında olup olmadığı önemli bir noktadır. Özellikle kişiye özel olan (mahrem) cinsel konulara geçiş, hasta ile rahat, güvenli bir ilişki kurulduktan sonra, yavaş yavaş yapılmalıdır. Hasta bu gibi konulardan çok sıkılıyorsa bunların araştırılması ertelenebilir ya da bir yana bırakılabilir.

Bazen hasta çok dağınık konuşabilir ya da ayrıntılıcı olabilir. Böyle durumlarda daha yönetici, toplayıcı bir görüşme gerekebilir.

Görüşmede dil yalınlığı: Dil, hastanın toplumsal konumuna, zekâ ve yaş düzeylerine uygun biçimde ayarlanmalıdır. Bir delikanlı ile konuşma biçimi, yaşlı bir adamla konuşma biçiminden çok değişik olacaktır. Sorular ve açıklamalar kısa, açık ve kolay anlaşılabilecek biçimde olmalıdır. Konuşmada teknik tıp terimleri ile konuşmamaya özen gösterilmelidir. Örneğin, hastaya "sende bipolar hastalık, manik depresif hastalık olduğunu düşünüyorum" yerine "iki uçlu bir hastalık, bir ucunda taşkınlık, öbür ucunda çökkünlük olan bir hastalık" gibi sözcükler yeğlenmelidir.

Hastayı gördüğümüz yer ve süre, olanaklar elverdiğince, rahatlığı sağlamalıdır. Psikiyatrik görüşmenin dışarıdan kesilmelere, dışarı ses gitmesine izin vermeyen rahat bir odada yapılması gerekir. Telefonlar elden geldiğince bağlanmamalıdır, görüşmeyi bölmemelidir. *Sürenin* ayarlanması da son derecede önemlidir. Hiçbir hastanın muayenesi birkaç dakika içinde yapılamaz.

Hasta ile kurulacak ilişkiye temel olmak üzere genellikle hasta önce yalnız görülmelidir. Bir zorunluluk yoksa, başlangıçta hastanın yanında bir yakınını bulundurmaya gerek yoktur. Ülkemizde sıklıkla ana-babalar görüşmeye önce girip bilgi vermek isterler. Onlara hastanın önce yalnız görülmesinin uygun olduğu açıklanınca buna uyarlar. Ancak bu, katı bir kural değildir. Gerektiğinde hasta ile birlikte öbür aile bireyleri de muayene odasına alınabilir. Önce hastanın tek başına görülmesinin bir yararı da hekimin ilk değerlendirmesini etki altında kalmadan yapma olanağı sağlamasıdır. Önce hasta ile yalnız görüştükten sonra yakınları ile de görüşmek gerekiyorsa -ki genellikle gerekir- hastanın birlikte olmak isteyip istemediği sorulur, hastanın izni alınarak ana-baba ya da bir yakını çağırılır. Zorunlu olmadıkça hastanın arkasından, ondan gizli olarak görüşme yapmamakta yarar vardır. Yapılması gerekirse, bu görüşmeden hastaya söz etmek ve kısaca konuşulan konuyu belirtmek de hastanın güvenini sağlamak açısından önem taşır. Özellikle gençler, kuşkucu hastalar kendi arkalarından kendileri hakkında konuşulunca güvensizlikleri,

kuşkuculukları artabilmektedir. Hasta, arkasından gizli şeyler konuşulmadığını anlarsa hekime daha çok güvenir. Eğer hekim, hastanın yakınını yalnız görmek istiyorsa, hastaya bu açıklanmalı ve nedeni de hastayı kuşkulandırmayacak dürüstlükle anlatılmalıdır. Kimi zaman hasta yakınları hastadan gizli olarak görüşmek isterler ve hekimin bu görüşmeden hastaya söz etmemesini isterler. Bu çözümü zor bir durumdur. Kimi zaman hasta hakkında bilgileri ancak yakınlarından sağlayabiliriz; bu bize tanı koymada, hastalığı anlamada kuşkusuz yardımcı olacaktır. Öte yandan, ailenin hastadan gizli olarak verdiği bilgileri hastayla görüşme sırasında kullanamayız. Bu nedenle ailenin hastanın yanında vermekten çekindiği bilgilerin hasta yanında anlatılmasının yararı aileye açıklanmalıdır.

Hastanın yakınları ile yapılan görüşmelerde de yukarıda sıralanan görüşme ilkelerine dikkat etmek gerekir.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ VE DEONTOLOJİ EĞİTİMİ

Deontolojinin (tıp ahlakı, medical ethics) temeli hasta-hekim ilişkisidir. Tıp eğitiminde deontoloji eğitimi için uygun ve verimli modeller geliştirilememiştir. Çağımızda hekimliğin baş döndürücü teknolojik ilerlemelerine karşın, hastayı tanıyabilmek, tanı koyabilmek, sağaltım yapabilmek için elimizdeki en önemli, en güçlü araç hasta-hekim ilişkisidir. İyi bir hasta hekim ilişkisi kurulamazsa üstün teknolojik olanaklar bulunsa bile hasta o hekime gitmez, gitse de önerilerini uygulamaz, ilişkisini sürdürmez. Hekimler genellikle bu gerçeği bilirler.

Tıp eğitiminde de hasta-hekim ilişkisinin önemi hep vurgulanır. Fakat bu konuda tutarlı, etkili eğitim genellikle birtakım güzel öğüt vermelerin ötesine geçmez. Hasta-hekim ilişkisindeki inceliklerin daha çok usta-çırak ilişkisi ile öğrenileceği sanılır. Burada bir yanılgı vardır. Çünkü *eğitim yalnızca usta-çırak ilişkisi düzeyinde olunca, eğitim işi öğrencinin ve öğreticinin kişiliklerine kalmış demektir.* Kişiliği ile iyi ilişkiler kurmayı öğrenmiş olan bir öğretici, kişiliği bakımından iyi ilişkiler kurabilecek nitelikte olan bir tıp öğrencisine iyi örnek olabilir. Fakat bu da eğitimin şansa bırakılmasıdır. Yüzlerce, belki binlerce yıldır hekimlik en önemli konusu olan hasta-hekim ilişkisinin eğitimini usta-çırak eğitimine, yani rastlantısal kişilik etkenlerine bırakmış olsa bile, çağdaş hekimlikte bunu iyice sorgulamamız gerekmektedir. Böylesine önemli bir konu yalnızca usta-çırak eğitiminin rastlantısal olumluluklarına ya da olumsuzluklarına bırakılmamalı, etkin eğitim programları geliştirilebilmelidir.

Aşağıda, konu her ne kadar psikiyatri ağırlıklı olarak ele alınmış gibi görünüyorsa da, açıklanan temel ilkeleri her türlü hasta-hekim ilişkisinde geçerlidir. Burada şu gerçekleri vurgulamakta yarar vardır:

1. Didaktik derslerle yapılan deontoloji eğitimi yetersiz kalmaktadır.
2. Klasik tıp eğitiminde tıp etiği (deontoloji) eğitim programlarının uygun zamanı ve içeriği henüz oluşturulamamıştır. Kimi tıp fakültelerinde deontoloji ve tıp tarihi iç içedir, hasta hekim ilişkileri daha çok tarihsel örneklerle anlatılmaktadır. Kimilerinde deontoloji dersleri birinci yılda olup tümüyle didaktiktir, kimilerinde ise programı bile yoktur, temeli usta-çırak ilişkisidir.
3. Tıp-etiği ve hasta-hekim ilişkisi üzerinde eğitimin başlangıç yıllarında didaktik dersler olsa bile, konunun asıl staj dönemlerinde her stajda öğrencilerle birlikte etkileşimli biçimde ele alınarak tartışılması kanımızca en uygun yoldur.

Bu tür bir eğitimde öğreticiler kendi kişiliklerine göre öğütler verecek-lerine hasta-hekim ilişkisindeki değişik sorunlar örneklerle ele alınarak öğrencilerin görüş ve tutumları hep birlikte tartışılmalıdır. Hacettepe'de uzun yıllar staj dönemlerinde öğrencilerin hasta-hekim ilişkisinde karşılaştıkları sorunları örnek alarak yaptığımız grup tartışmalarından çıkardığımız sorun alanları bu bölümün sonunda özetlenerek sıralanmıştır. Böyle bir eğitim ancak, öğreticilerin yetkeci eğitimden vazgeçerek öğrencilerle karşılıklı tartışmayı benimsemeleri ile gerçekleşebilir.

Hasta-Hekim İlişkileri Eğitimi İçin Bir Program Önerisi Özeti

Hasta-hekim ilişkilerinin etkin ve etkili eğitiminin nasıl yapılabileceği tartışmalı bir konudur. Böyle bir eğitim programının katılımcı, etkileşimli olması gerekir. Öğrencilerle birlikte tartışılabilecek bazı noktalar ve sorunlar aşağıda sıralanarak özetlenmiştir. Bunların genel olarak her daldaki stajda tartışılabilecek konular olduğu, yalnızca psikiyatriye özgü olmadığını vurgulamak gerekir.

Olumlu Hekim Hasta İlişkisi Kurabilmek için Gerekli Temel Öğeler

İlgi: Tanıma, anlama, yardım etme ilgisi

Kabullenme: Yargılamadan, önyargılara kapılmadan ele alabilme

Eşduyum (empati): Bu durumda ben olsaydım ne düşünürdüm, ne duyardım, ne yapardım?

Dinleyebilme: Yüksüz, yansız, yargısız sorularla dinleyebilme

Esneklik: Kuramlar, görüşlere katıca bağlanmama

Sorumluluk Sınırlarını Bilmek: Karar vermek, uygulayıp uygulamamak sorumluluğu büyük oranda hasta ve ailesinindir. Hekimin sorumluluğu anlamak, tanı koymak, sağaltım planı çizerek, bunların nasıl ve nerede uygulanabileceğini göstermektir.

Görüşme ve Muayene Tekniklerini Bilmek

Hasta-hekim İlişkilerini Etkileyebilen Durumlara Duyarlı Olmak

Hasta-hekim İlişkilerini Etkileyebilen Durumlar

Aşağıdaki etkenlerin tümü hasta-hekim ilişkilerini değişik biçimde etkileyebilirler. Etkiler hem hekim hem hasta için geçerlidir. *Olumlu ve olumsuz* yönlerden ele alınabilirler. Ancak, hiç biri hasta hekim ilişkisindeki süregen olumsuzlukların bahanesi olarak kullanılamaz.

1. Sosyo-kültürel etkenler

- Toplumun genel eğitim düzeyi
- İletişim (dil farklılıkları, yöresel anlatımlar, hekimin dili vb)
- İnanç sistemleri (din, ideoloji vb)
- Gelenekler, görenekler (örneğin kadının soyunma sorunu, kadın erkek ayrılıkları, insana, çocuğa verilen değer, günlük yaşamla ilgili alışkanlıklar vb)
- Halk arasında hastalıklarla ilgili inançlar, yorumlar ve sağaltıma karşı tutumlar. Hekimlik dışı uygulamalar.
- Halk arasında hekime verilen yer ve değer

2. Ekonomik Etkenler

- Toplumun ekonomik durumu ve sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe
- Hastanın ve hekimin ekonomik durumu
- Hekimin hastadan para alma sorunu

3. Çalışma Ortamının Özellikleri

- Teknolojik olanaklar (araç, gereç, mimari yapı, ulaşım olanakları..)
- Yüksek teknolojinin hasta-hekim ilişkisine olumlu, olumsuz etkileri
- Personel (sayı, eğitilmiş olması, ilişkiler)
- Hekimlerin diğer sağlık personeli ile ilişkileri
- Hastane yönetimi (görev dağılımları, hasta-hekim oranı, temizlik, halkla ilişkiler vb...)
- Hekimin danışma olanakları
  - Danışılacak kişiler (kıdemliler, uzman, yan dal uzmanları)
  - Yayınlar

4. Tıp Eğitimi

- Salt medikal modele dayanan eğitimle ilgili sorunlar
- Sürekli-tıp-eğitimi eksikliği ile ilgili sorunlar
- Bilgisiz ve güvensiz hekimin başvurabileceği yollar: kendini yetiştirme çabaları, yadsıma, hastadan uzaklaşma, bilgiçlik ve aşırı güven gösterileri, büyüsel yöntemler...

5. Kişilik Etkenleri

- Hekim, hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek durumları sıklıkla kendini rahatlatmak ve temize çıkarmak için kullanıyorsa, büyük olasılıkla bir kişilik sorunu var demektir.

Örnek: Narsisistik yönü ağır basan bir hekim hastasına neyin daha çok yararlı olacağını düşünmekten çok kendini sevdirme, beğendirme çabası içinde olabilir.

Örnek: Yaşamında sürekli reddedilme olayları olan bir hasta kendisini reddettirici tutumlara girebilir.

6. Hastalığın Türü

- Ölümcül hastalıklar, iyileşmeyen süregen hastalıklar, yaşlılık, bulaşıcı hastalıklar, ruh hastalıkları...
- Hekimlikteki yeni gelişmelerin doğurduğu sorunlar (organ aktarımı, bitkisel yaşamın sürdürülmesi...)

7. Ülkenin Genel Sağlık Politikası

- Sağlık yatırımını tüketim ya da üretim yatırımı olarak gören politikalar,
- Sağlık hizmetini serbest piyasa ekonomisi görüşü ile planlamak ve yürütmek (hizmetin rekabet koşulları içinde üretilmesi ve satılması)
- Sağlık hizmetini eşitlikçi sosyal devlet anlayışı ile planlamak ve sunmak

KAYNAKLAR

1. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association, (Türkçesi: E. Köroğlu ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
2. **Goodwin DW and Guze SB (1970)** Psychiatric Diagnosis. 2. baskı. New York: Oxford University Press.
3. **Kolb LC and Brodie HKH (1982)** Modern Clinical Psychiatry, Philadelphia: Saunders.
4. **Leon RL ve ark (1989)** The Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination. HJ Kaplan, BJ Sadock (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. Baltimore: Williams and Wilkins.
5. **Manley MRS (2000)** Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII. Editörler: BJ Sadock, VA Sadock, Baltimore: Lippincott/Williams & Wilkins.
6. **Menninger K (1952)** A Manual for Psychiatric Case Study, New York: Grune and Stratton.
7. **Nicholi AM (1999)** The Therapist-Patient Relationship. The Harvard Guide to Psychiatry, 3.baskı (ed.) A.M. Nicholi, Jr. Cambridge, Mass: Belknap-Harvard.
8. **Nicholi, A.M. (1999)** History and Mental Status. Aynı kitapta.
9. **Redlich FC and Friedman DX (1966)** The Theory and Practice of Psychiatry, New York: Basic Books.
10. **Reiser DE (1992)** The Psychiatric-Interview, Review of General Psychiatry (ed.) H.H. Goldman, Appleton-Lange.
11. **Stevenson I and Sheppe WM (1972)**The Psychiatric Interview, American Handbook of Psychiatry (ed. S. Arieti). Vol, I. New York: Basic Books
12. **World Health Organization (1990)** Composite International Diagnostic Interview (CIDI)- Primary Health Care Version. Geneva: WHO, Türkçesi: M Rezaki, I Kaplan, G Özgen, O Öztürk, Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü.
13. **World Health Organization (1992)** Schedules for Clinical Assessment in Neuro Psychiatry-SCAN. Geneva: WHO. Türkçe Çevirisi: Uluşahin A , Kılıç C , Göğüş A . Ankara: Hacettepe Psıkiyatri-DSÖ İşbirliği Merkezi 1993.
14. **World Health Organization (1992)** The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçe'ye çeviri: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Çevirenler: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Ozgen G, Öztürk O, Rezaki M, Ulug B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1993).

BÖLÜM XI

GÖZLEM ve ÖYKÜ ALMA KILAVUZU

Aşağıda sunacağımız kısa kılavuz hastadan ve yakınlarından elde edilecek bilgilerin konularını göstermektedir. Bu konulardaki soruları bir sıra ile izlemek görüşmeye yapmacık, kalıplaşmış bir hava verebilir. Bu nedenle ve serbest bir konuşmayı yürütebilmek amacıyla, önce kılavuzun birkaç kez okunması uygundur. Öykü ve gözlemler yazılırken, sonraki görüşmeler için noksan yanlar göz önüne alınır. *Bir süre sonra her hekim kılavuza dayanmadan, kendisine göre bir görüşme ve öykü alma biçimi geliştirebilecektir.*

Birçok asistan ve stajyer öğrenci aşağıda sunulan kılavuzlardaki her bilginin hastadan öğrenilmesi gerektiği izlenimini edinmektedir. Bu olanaksızdır. Kılavuz, ancak eğitim ve yol gösterme amacı ile hazırlanmıştır. Hastaların kendileri ve yakınları ile saatlerce süren görüşmelerde bile, istediğimiz kadar bilgiyi alamayabiliriz. Kimi hastaların kültür, zekâ düzeyleri yeterli bilgi almaya olanak vermez. Aşağıdaki kılavuz ne gibi bilgilerin hastayı tanımamızda yararlı olabileceğini göstermek içindir. Her hastayı her yönden deşmek, her türlü bilgiyi almaya çalışmak doğru da olmayabilir. Temel kural hastaya göre yaklaşımdır.

I. Hastanın Genel Sunuluşu

Adı, soyadı: Yaşı: İşi:
Evlilik durumu: Doğum yeri: Köy, kaza, ili:
Yaşadığı yer (adresi):

Muayeneye geliş biçimi: (Kendiliğinden, ailesinin ısrarıyla, iş yerinden resmi yazıyla, zorla, mahkeme kararı ile vb.)

II. Hastanın Sorunu

Yakınmaları (hastanın yakınması yoksa kliniğe getirilış biçimi ve bunun nedeni olarak kendi yorumu, ailenin yakınması, hastayı getiriş nedenleri).

Öyküsü: Yakınmalarının başlangıç zamanı, biçimi, ilk belirtiler, yakınmaların gelişmesi. Bu süre içinde hastanın yaşayış biçimi ve karşılaşmış olduğu fiziksel, ruhsal, toplumsal baskı ve zorlar; gördüğü sağaltımlar, bunlardan yararlanıp yararlanmadığı kısaca özetlenir.

Hastanın hastalığı ve oluş nedenleri üzerine kendi görüşleri (hasta hastalığını büyü, üşütme, fazla çalışma vb. gibi şeylere bağlayabileceği gibi birçok toplumsal, ruhsal, fiziksel nedenlerle de açıklayabilir).

III. Gelişimi ve Sosyal Öyküsü

a) Hastanın yetiştiği kültürel, toplumsal, ekonomik ortamın genel bir tanımlanması (örneğin: hasta küçük bir Orta Anadolu kasabasında, varlıklı, geleneksel bir aile içinde yetişmiş.....)

b) Annenin ve babanın yaşları, yaşadıkları yerler, eğitimleri, işleri; ölmüşlerse ölüm nedenleri, zamanı. Hastanın o zamanki yaşı, bilgi sağlanabiliyorsa büyükbaba, büyükanne, vb. hakkında bilgiler.

c) Anne ve babanın kişilik özellikleri, örneğin, titizlik, sinirlilik, çocuklarına aşırı düşkünlük, ihmalcilik, ilgisizlik vb. (örneklerle açıklanmalı); çevrelerine göre sosyal durumları; ilgi ve hevesleri, eğilimleri, örneğin, yetkeye (otoriteye), hoşgörüye eğilim vb. gibi. Ailede egemen kişi kimdir? Aile üyelerine karşı hastanın tepki ve duyguları, hastanın anne ve babası hakkında görüşleri; ölmüşlerse ölümlerine karşı tepkileri.

d) Anne ve babanın evlilik öyküsü: Daha önceki evlilikler, birden çok karı; boşanma ve ayrı yaşama; evlenme yılı ve biçimi. Eğer birden çok anne ya da üvey anne, üvey baba varsa açıklanmalı ve hasta ile ilişkileri, hastanın bu kişiler hakkındaki duygu ve görüşleri.

e) Anne-baba nasıl geçinmektedirler? Aralarında çatışmalar varsa konuları ve nedenleri, ortak ilgileri, ayrı ilgi ve eylemleri.

f) Ailede anne ile babadan başka hastanın gelişmesinde önemli rol oynamış kimselerin kişiliklerinin açıklanması; bunların aile ile ilişkileri ve aile bütçesindeki yeri.

g) Hastanın kardeşleri ve yaş sırasına göre adları: Her birinin işleri, evlilik durumları, kısaca kişilik özellikleri, hasta ile ilişkileri ve ilişki dereceleri. Örnek: A - Ahmet 48 yaşında, evli, üç çocuklu, marangoz, ileri derecede cimri, çıkarına düşkün, hastanın sorunları ile ilgilenmeyen biri, B - Hastanın kendisi, C- Fatma, 30 yaşında bir manavla evli, beş çocuklu, kocasının devamlı içmesi yüzünden çile çeken bir kadın. Yirmi yıldan beri başka bir kasabada yaşamakta, hasta ile çok seyrek mektuplaşmaktadır.....)

h) Anne, baba herhangi bir çocuğunu öbürlerine yeğlemiş midir? Hangisini? Nedenleri? Hasta anne, babadan birine daha çok sevgi gösteriyor mu? Bunların açıklanması.

i) Ailede önemli bir hastalık var mı? Bir soy ağacı hazırlanmalı.

j) Ailede çevre değişiklikleri olmuş mu? Nedenleri, ne zaman, nereden

nereye? Bu göçler sırasında hasta kaç yaşında imiş ve değişiklikleri nasıl karşılamış?

k) Anne-baba evinin durumu, düzeni ve rahatlığı, oda sayısı; hastanın özel bir odası var mı? Anne, baba odasında ya da yatağında yattıysa, kaç yaşına kadar? Evde anlaşmazlıklar, çatışmalar, yoksunluklar.

l) Hasta anne-baba evinde kalmıyorsa nerede kalıyor? Nedeni? Nasıl bir yerdir? Yakın ilişki kurduğu kişiler.

IV. Öz Geçmişi

İlk çocukluk çağına ilişkin bilgiler hastanın bir yakınından sağlanmalı, yoksa belirtilmelidir.

A - Doğumu, Bebeklik ve İlk Çocukluk Dönemleri

a) Doğum tarihi, yeri.

b) Doğum biçimi, normal ya da komplikasyonlu, hastanede, evde ya da başka yerde. Doktor, ebe, hemşire ya da tanıdıkların yardımı ile.

c) Gebelik sırasında annenin sağlık durumu. Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal rahatsızlık geçirmiş mi?

d) Hasta istenmiş, tasarlanmış olarak mı doğmuş? Anne, baba çocuk doğmadan cinsiyeti hakkında herhangi bir dilek ve benimseme yapmışlar mı? Çocuk doğunca cinsiyeti bakımından herhangi bir düş kırıklığı olmuş mu?

e) Çocuk doğduğunda anomaliler ya da başka bozukluklar.

f) Meme ya da biberonla mı beslenmiş? Anne sütünün yeterliği. Emzik, sütnine vb.; sütten kesilme yaşı, kesme biçimi, kesmeye karşı tepkisi.

g) Diş çıkarma sorunları, beslenme bozuklukları, sürgünler, deri bozuklukları, bulaşıcı hastalıklar, tutarık (konvülsiyon), travmalar.

h) Temizlik eğitimi: İşeme ve dışkılamasını denetlemeye hangi yaşta başlamış; herhangi bir güçlük yaşanmış mı? Temizlik eğitiminde ne gibi yöntemler kullanılmış? (Utandırma, dövme, yakma, başka cezalar). Anne ve babanın temizlik eğitimindeki gösterdikleri titizlik ve katılık derecesi.

i) Yürüme, konuşma kaç yaşında olmuş? Herhangi bir güçlük ya da geri kalma olmuş mu?

j) Öbür kardeşlerle, küçük çocuklarla geçim durumu. Aşırı kıskançlık, ilgiye düşkünlük, inatçılık, geçimsizlik, sevdiği, yeğlediği oyun konuları; "büyümüş de küçülmüş" gibi aşırı olgunluk belirtileri.

k) Çocukluk sorunları: Hırçınlık krizleri, ağıtçılık, uykusuzluk, parmak emme, tırnak yeme, beslenme güçlükleri, karanlıktan, hayvanlardan korkma, kırıcılık, huzursuzluk, taşkınlıklar; kekemelik, tikler. Bunların başlama ve sonlanma zamanları.

l) Uyku özellikleri: Uyutuluş biçimi, süresi, düzeni, erken-geç uyuma, gündüz uykusu, uyku sırasında bölünmeler, korkulu uyanmalar, rüyalar, kâbuslar, anne ya da baba ile uyuma ve başka özellikler.

m) Çocukluk anılarından önemli olanlar. Çocukluğa ilişkin en eski hoş ve acı anıları.

n) Hasta çocukluğunu düşününce, kendisini nasıl bir çocuk olarak anımsıyor? Çocukluktaki kişiliğinin kendi dilinden tanımlanması.

B - Büyük Çocukluk, Delikanlılık Dönemleri

1. Okul Öyküsü:

a) Okula giriş yaşı, okulun türü, (özel okul, yabancı okul, vb.).

b) Okula başlarken gösterilen tepkiler. Kendi isteği ile ve severek veya korkularla, istemeden. Okula götürülmesi sırasındaki başka özellikler.

c) Okulda öğretmenlerle geçimi: Öğretmenlerle kurulan ilişkinin özellikleri.

d) Okulda başka çocuklarla geçimi: Hareketli, girişken, serbest davranabilen veya utangaç, çekingen, durgun, serbest davranamayan. Yaramaz ve isyancı; uysal ve uslu. Alay edilir miymiş? Varsa, takma adı, nedeni. Liderlik özellikleri ya da başkalarını izleme eğilimi.

e) Okuma yazmayı öğrenme yaşı, sağ sol el seçimi, okulda başarı durumu: Ana-babanın başarıya, başarısızlığa karşı tepkileri, cezalar, ödüller.

f) Okuldan kaçma, kopyacılık, yalancılık, kavgacılık, hırsızlık ve başka antisosyal davranışlar. Sene kaybı varsa nedenleri.

g) Tarihleriyle gittiği okullar.

2. Oyun alışkanlıkları, oyun konuları.

3. Ana-baba, kardeşlerle ilişkiler. Geleceğe yönelik düşünceler, amaçlar, planlar.

C - Cinsel Gelişim

Toplumumuzda cinsel öykü almada hem hastalardan, hem hekimlerden kaynaklanan güçlükler bulunmaktadır. Hastalar ve aileleri cinsel konuları açıklamakta pek rahat olamadıkları gibi, hekimler de sıklıkla çekingen kalabilmektedirler. Hastanın güçlüklerine anlayışla bakabiliriz, ama hekim bu güçlüğü yenmek zorundadır. Cinsel sorunlarını sormamak, bir hastanın muayenesinde özellikle ruhsal muayenede önemli bir eksiklik sayılmalıdır. Hastanın cinsel yaşamına karşı çekingenlik ya da ilgi azlığı öylesine olabiliyor ki ülkemizde her erkek çocuğun genellikle duyarlı, örselenmeye yatkın bir yaşta geçirdiği ve kız çocuklarının da tanık olduğu sünnet olayının bile ruhsal yönünü yeterince incelenmemiştir. Bu konuda iki araştırma[2,12] dışında araştırma yoktur. Hatta, bu konudaki bilgilerin gereksiz görüldüğüne tanık olmaktayız. Erkek ya da kız, her çocuğun yaşamında önemli bir olay olan ve cinsel anlamı açıkça görülen sünnet olayına karşı hekimlerin, hatta ruh hekimlerinin genel ilgisizliğini anlayabilmek kolay değil. Bu, çocuklukta yaşanmış olan bir travmaya karşı yaygın bir yadsıma gereksinimi olabilir. Bunun gibi son zamanlarda özellikle A.B.D.'de moda bir akım olan "çocuklukta cinsel tacize uğramış olmak" anısı bile hekimlerin yeni yeni ilgilendikleri bir konu olmuştur.

Hekim hasta ile verimli bir ilişki kurarak hastanın sorunlarını, iş yaşamını, sosyal uyumunu araştırdıktan sonra, duruma göre doğrudan doğruya

"cinsel yaşamınız nasıl?" diye bir soru sorabilir. Duruma göre, çünkü, örneğin 15 yaşındaki bir kıza ya da orta yaşlı dul bir erkeğe bu soru kuşkusuz böyle sorulmamalıdır. 15 yaşındaki bir kıza belki ay hallerinin nasıl olduğu, bu konuda bir sıkıntısı olup olmadığı, ilk adetine ilişkin anıları sorularak konuya girilebilir. Aile içinde cinsel konulara karşı tutumlar öğrenilebilir ve çocukluk yaşamında cinsellikle ilgili anıları, bu alanda bir sorunu olup olmadığı sorulabilir. Orta yaşlı dul erkeğe ise belki evlilik döneminde eşi ile geçimi, eşinden ayrılmakla ilgili sorulardan sonra, kendiliğinden bilgi verilmemişse, evlilik sırasındaki cinsel yaşamı da sorulduktan sonra şimdiki cinsel durumu kişiyi tedirgin etmeyecek bir biçimde sorulabilir.

Hastaların cinsel yaşamı konusunda bilgi istemek hekimin özel bir merak konusu olamaz. Bu bilgiler ancak ruhsal bir öykü almayı tamamlamak, hastayı daha iyi anlamaya çalışmak için gereklidir. *Şu da iyi bilinmelidir ki cinsel yaşamı hakkında bilgi vermek istemeyen bir hastayı hiç bir zaman sıkıştırmamak, onun mahremiyetine saygı göstermek hasta-hekim ilişkisinde temel bir ilkedir.* Ayrıca yinelemek isteriz ki aşağıda verilen cinsel öykü alma kılavuzunun her sorusunun, her hastaya uygulanmasına gerek yoktur. Çoğu zaman, yalnızca cinsel işlevlerle ilgili birkaç tarama sorusu ve hekimin hastanın gelişimi, hastalığı ile ilgili gerekli olduğunu düşündüğü ya da kullandığı ilaçların yan etkilerine bağlı ortaya çıkabilecek noktaların ayrıntılı soruşturulması yeterli olur. Cinsel öykü alırken uyulması gereken kurallar *Bölüm XXII: Cinsel Uyum Sorunları*'nda ayrıntılı olarak verilmiştir.

Cinsel yaşam üzerinde yeterli bilgi edinebilmek için gerekli sorular aşağıda sıralanmıştır:

a) Çocuklukta *cinsellikle ilgili anılar* (anılar çocuğun kendisine, ana-babaya ya da herhangi bir başkasına ilişkin olabilir). İlk cinsel meraklar ve oyunlar (Çocuk nasıl olur? Erkek - kız arasındaki farkların bilinmesi, hayvanların cinsel ilişkileri üzerine sorularla ilk cinsel meraklar araştırılabilir).

b) Anababanın cinsel sorunlara karşı gösterdikleri tepkiler? Evde cinselliğe ilişkin konular konuşulur mu, yoksa yasak mıdır? Cinselliğin çirkin ve günahlarla dolu ya da doğal bir olay olarak ele alınışı. Anababanın kendi eşeyliklerine karşı tutumları (Örneğin annenin kadın olmayı, cinselliği aşağılaması gibi).

c) Sünnet: Hangi yaşta, evde, hastahanede, düğünlü, düğünsüz. Daha önceden sünnet olacağını biliyor muydu? Yani hazırlıklı mıymış; yoksa aldatılarak mı yapılmış? Hasta sünneti nasıl karşılamış? Sünnet olmadan önce kendisini "senin çükünü keseriz" diye korkutmuşlar mı? Sünnetten önce, sonra ya da sırasında korkmuş kaçmış; olmamak için direnmiş mi? Sünnet gecikti ise nedeni. Hasta kız ise erkek çocukların sünnet oluşları ile ilgili anıları sorulmalıdır.

d) Erinliğe (bulûğ, puberty) eriş ve bu olaya karşı *tepkiler*. Erinlik çağında ortaya çıkabilecek aşırı ya da anormal davranışlar: Uykusuzluk, uyurgezerlik, korkulu düşler, okuldan kaçma, yalancılık gibi davranış bozuklukları vb.

e) Aybaşı (âdet görme) başlangıcı. Yaşı? Daha önceleri aybaşı hakkında bilgisi var mıymış? Yoksa birden beklenmedik bir zamanda mı olmuş? İlk aybaşına karşı tepkiler? (Korku, utanç, gizleme, büyüme ve kadınlığın gelişmesi ile ilgili hoşlanma ve gurur).

f) Özdoyurum (masturbasyon) kaç yaşında başlamış? Kimden ve nasıl öğrenmiş? Sıklığı, nesneleri, gösterdiği tepkiler? (İlgisizlik ya da rahatlık, korku, günah duygusu, bedensel ve ruhsal hastalık korkusu, özdoyurum yaparken yakalanma, görülme vb.).

g) Evlenmeden önce *cinsel ilişkiler*? Nerede, nasıl? İlk aşkları, flörtleri, cinsel hayal ve düşünceleri, korkuları.

h) Cinsel ilişki için seçilen *nesneler*, süreklilik ve tutku derecesi.

i) Cinsel yaşamından memnun olup olmadığı? Cinsel isteğinin düzeyi, erkekse sertleşmede zorluk çekip çekmediği, boşalmasının erken olup olmadığı, kadınsa cinsel ilişki sırasında acı duyup duymadığı, cinsel ilişki sıklığı.

D - Askerlik Yaşamı

Askerliğini ne zaman, nerede ve nasıl bir hizmette yapmış? Asker, subay, sınıfı.

Askerlik süresinde uyumu:

a) Üstleri ile olan ilişkileri (uyum, isyancılık, korku, saygı vb.).

b) Asker arkadaşları ile olan ilişkileri (samimiyet, yardımlaşma, üstünlük kurma eğilimi, bağımlılık, yalnızlık vb.).

c) Askerliğe karşı duygu ve davranışı: Askerliği sevmesi, benimsemesi, nefreti, zor, pis vb. buluşu (askerliğin başında ve sonunda).

d) Kaçma, raporlar, izinler, hastalık, ödüller, cezalar, üst dereceye yükselme ve bunların nedenleri.

e) Askerlikte öğrendiği şeyler: Okuma - yazma, sanat vb.

f) Terhis şekli: Normal, atılma, raporla.

E - Evlilik Öyküsü

a) Evlenme tarihi, biçimi (severek, tanışarak, görücü usulü, hiç tanımadan, aile baskısı ile, kendi isteği ve ısrarı ile....).

b) Daha önceki nişanlanmalar, evlilikler.

c) Eşinin kişiliği, eğitimi, işi, ilgileri ve başka özellikleri, karşılıklı sevgi ve anlayış durumu.

d) Cinsel ilişki sıklığı ve karşılıklılık derecesi; karı kocada cinsel bozukluk (güçsüzlük, soğukluk, erken boşalma, sapkınlık eğilimleri.....).

e) Karı koca arasında kıskançlık, anlaşamama olmuş mu? Hiç boşanmış ya da ayrı yaşamışlar mı? Birden fazla evlenme. Bunların özellikleri ve nedenleri.

f) Hastanın çocuklarını yaşları ile sıralayınız. Çocuklar isteyerek mi olmuş? Eğer çocuk olmamışsa nedenleri, koruyucu önlemler. Hastanın kendi çocuklarına karşı tutumunun temel özellikleri, duyguları ve onlarla olan iliş-

kinin ana çizgileri. Çocukların eğitimi bakımından ana-baba arasında görüş, davranış ve tutum ayrılıkları.

g) Hastanın bugünkü ev durumu. Evde kimlerle yaşıyor? Kaynana, kayınbaba, elti vb. Bunlarla ilişkilerinin özellikleri, geçim durumları. Evin fizik koşulları ve gelir durumu.

F - İş Yaşamı

a) Hasta ne gibi işlerle uğraşmış? Hastaneye gelmeden önce yaptığı iş. Tarihleri ile iş öyküsü. İşlerinde karşılaştığı güçlükler, uyum bozuklukları ve bunların açıklanması; bu işlerden sevdikleri, sevmedikleri, nedenleri.

b) İşi ile hastalığı arasında bir ilişki kuruyor mu? Nasıl?

c) İşi ile ilgili bir doyumsuzluk varsa, bu işin konusu ya da düzeni ile mi ilgilidir? Yoksa üstlerle, iş arkadaşları ile ilişkilerine mi bağlıdır?

d) Hasta yine önceki işine dönmek, yoksa yeniden başka bir işe mi başlamak istiyor? Dinlenme, başka bir yere gitme gibi istekler belirtiliyor mu?

e) İşini yitirmek ve yapamamak kaygıları var mı?

f) Hasta hiçbir iş yapmamışsa nedenleri.

g) Hasta bir işte çalışmıyorsa, günlük eylemleri, uğraşıları. Tipik bir gününü nasıl geçiriyor?

h) Hastanın iş bakımından geleceğe ilişkin düşünce ve planları.

G - Geçirdiği Hastalıklar

a) Tarihleri ile hastanın çocukluğundan beri geçirdiği hastalıklar, herhangi bir iz bırakmış mı? Hastanın hastalığa karşı tepkileri (korku, hastalığa sığınma, umutlu kabulleniş ve direnme.....).

b) Kazalar, fizik (özellikle kafa travmaları) ve ruhsal örselenmeler (önemli yitimler, hakaretler, vb.).

H - Ailede Ruhsal hastalık

Ailede ruhsal sorunlu, aşırı sinirli, sağaltım görmüş ya da görmekte olan hasta kişiler varsa tanımlanmalı. Birinci derecede akrabalarda ruhsal bozukluk soruşturulmalı. *Bir soy ağacı hazırlanmalıdır.*

I - Tutkunluk ve Alışkanlıkları

a) Sigara, içki içiyor mu? Ne zamandan beri? Sıklığı ve miktarı. Bunlara karşı duygu ve düşünceleri. İlaçlara ve keyif verici maddelere alışkanlığı var mı? Sıklığı, derecesi.

b) Uyuma alışkanlıkları: Geç, erken yatma ya da kalkma, uyuyabilmek için kullandığı yardımcı yollar; ilaç alıp almadığı, cinsi, miktarı; günlük uyku süresi; hastanın bunu yeterli bulup bulmadığı; uyku bozuklukları; bölünme, uykusuzluk, geç uyuma, çok erken kalkma, aşırı uyku, gece uyumayıp gündüz geç vakte kadar uyuma, korkulu rüyalar, uyumaktan korku vb.

c) Yemek ve dışkılama alışkanlıkları: Özellik gösteren noktalar belirtilecek. Örneğin: Oburluk, iştahsızlık, fazla yeme korkusu, aşırı yeme ya da yememe nöbetleri, aşırı seçicilik; tuvalette çok kalma, kabızlık vb.

d) Kumar, oyun, kahvehane, vb. gibi alanlara aşırı tutku.

İ - Sosyal Durumu

Aile bireylerine ve başka insanlara davranışlar. İlişkileri, arkadaşlığı (derecesi, sürekli kadın ya da erkek yeğlemesi; onlara karşı tutum ve davranışlarının ana özellikleri, duyguları)

Gezme, eğlenme, hobi ve uğraşları. Topluma karışıyor mu? (yardım kuruluşları, eğlence, entellektüel, siyasal topluluklar .....), yoksa çekinik yaşamı mı seçiyor?

Bulunduğu çevreye göre hastanın *sosyoekonomik düzeyi* (yüksek, orta, düşük vb.) kısaca açıklanmalı.

V. Hastalık-Öncesi (Premorbid) Kişilik ve Uyum

Bu bölümde özellikle göz önüne alınacak nokta şudur: Karşımızdaki insan hastalanmadan önce nasıl bir kişi imiş? Nasıl bir dünya görüşü varmış, nasıl yaşarmış? Kendisini ve başkalarını nasıl görür, kabul edermiş? Bu sorulara yanıtlar aranırken, elde edilen nesnel bilgilerle birlikte, gözlemi yapan hekimin kişisel izlenimleri de değer taşır. Hastanın hastalanmadan önceki kişilik özellikleri aşağıdaki noktalar göz önünde tutularak araştırılabilir ve hekim tarafından bir düzene sokulabilir.

a) Yaşam içinde genel tutumu ve yaşam görüşü: İyimserlik, karamsarlık, gerçekçilik ya da hayalcilik; çabuk umutsuzluğa kapılma; sorunları anlama, çözme yolları; ölüme karşı tepki. Geçmişe ve geleceğe bakış ve tepki biçimi.

b) Başka insanlarla ilişkileri: Aile bireyleri, iş arkadaşları, üstleri ile olan ilişkilerinin ana çizgileri; arkadaşlıkları; genel olarak insanlarla geçimi; içe dönüklük, dışa dönüklük, sorumluluk alma durumu.

c) Toplumsal ve kültürel ilgileri: Genel olarak toplumsal yaşam biçimi. Topluluklar, dernekler, partiler, geziler, eğlence yaşamına katılışı.) Sporla ilgi, ilginin etkin ya da edilgen oluşu; politika ile ilgisi ve eylemleri; sanata ilgi ve uğraşıları; okuma alışkanlıkları; dinsel ilgiler; meslek dışı başka ilgiler ve özel meraklar.

VI. Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları

Bu bölümde bütün sistem muayeneleri ve yapılan laboratuvar incelemeleri genel olarak hekimlikte kullanılan muayene sırasına göre yazılacaktır. Sinir sistemi muayenesine özel önem ve yer verilecektir.

VII. Ruhsal Durum Muayenesi

Ayrı bölüm olarak sunulmuştur. (Bkz. 12. Bölüm)

VIII. Psikolojik Değerlendirme

Ayrı bölüm olarak sunulacaktır. (Bkz 13. Bölüm)

IX. Başka Gözlemler

Hemşire gözlemleri. Klinikte yatan her hasta ile ilgili hemşire gözlemleri psikiyatrik değerlendirmenin önemli parçasıdır.

Sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı öğretmenlerinin, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin gözlemleri.

X. Tanı ve Sağaltım Planı

Ruhsal Durum Muayenesi bölümünün sonunda bu nokta ile ilgili temel ilkeler özetlenmiştir.

KAYNAKLAR

Ruhsal Durum Muayenesi bölümünün sonundadır.

BÖLÜM XII

RUHSAL DURUM MUAYENESİ

Ruhsal durum muayenesi hasta ile konuşmaya ve gözleme dayanır. Ancak, konuşma ve gözlemi yapabilmek için olumlu hasta hekim ilişkisi kurabilmek gerekir. Hasta-hekim ilişkisinin özellikleri daha önceki bölümde anlatılmıştır. Bunları göz önünde tutmayan bir görüşmeci ve gözlemcinin bilgileri yetersiz kalacaktır.

Ruhsal muayene hastanın görüşme odasına girmesiyle birlikte başlar. Hastanın odaya girişi, hekime ve muayeneye yönelik tutumu, çevreye ilgisi, giyim kuşamı, kendine bakımı, yürüyüşü gibi özellikler hastayla karşılaştığımız ilk andan başlayarak dikkat edilmesi gereken önemli noktalardır. Hastadan öykü alınırken ruhsal durum muayenesi de büyük oranda yapılmış olur. Hekim iyi bir gözlemci ise görüşme sırasında hastanın duygulanımı, düşünceleri ve davranışları, yani ruhsal durumunu tanımlamaya yarayacak birçok bilgiyi elde eder. Uygun yerlerde ek sorular sorularak ruhsal durum muayenesi tamamlanmaya çalışılır. Örneğin hasta unutkanlıktan yakınmışsa, hemen bellek muayenesine geçilmez; başka yakınmaları, yakınmalarının öyküsü dinlenir. Hastanın bunları anlatışına bellek özellikleri açısından da dikkat edilir. Görüşmede daha sonraki bir aşamada bellek muayenesi ile ilgili özgül sorular sorulur. Bazen ek sorular daha önce, hasta yakınmalarını anlatırken de sorulabilir. Örneğin hasta kulağına gelen seslerden yakınıyorsa, bu seslerin niteliği, içeriği, buna benzer başka türlü yakınmalarının olup olmadığı o sırada ayrıntılı olarak soruşturulur. Eğer bu konuda edinilen bilgi yeterli görülmezse, görüşmenin daha sonraki bir aşamasında hastanın bu yakınmasına yeniden gelinerek konuya açıklık getirecek başka sorular sorulabilir. Bütün bu sorgulama süreci bir önceki bölümde tartışılmış olan psikiyatrik görüşme tekniği ilkelerine göre yapılır.

Ruhsal durum muayenesinin nasıl yapılabileceğine ve yazılabileceğine ilişkin temel bilgiler aşağıda açıklanırken, gerektikçe, örneklerle özgül muayene soruları da verilecektir. Ancak, burada çok önemli bir nokta kalıplaşma-

lardan, kuramlara bağlı kalmaktan sakınmak, bilgi elde etmek çabası içinde hasta ile ilişkiyi bozmamaktır. Hasta kimi noktalarda bilgi vermekten kaçınıyorsa, bu noktaların belirlenmesi de muayenenin bir parçasıdır, hastayı zorlamamak gerekir.

I. TANITMA

1.1 Muayene durumu

Muayenenin yeri, tarihi, nedeni, süresi, nasıl ve kimin yaptığı belirtilmelidir. Bu muayene kaç görüşmede tamamlanmıştır? Kimlerden bilgi alınmıştır? Hastanın ve bilgi veren başka kişilerin güvenilirlikleri bakımından edinilen izlenim nedir? Hasta muayeneye kendi isteği ile mi, ailesinin, yakınlarının zorlamasıyla mı, yoksa mahkeme kanalıyla mı gelmiş belirtilmelidir. Başka ek muayeneler (psikolojik testler, hemşire gözlemleri gibi) yapıldıysa tanımlanmalıdır.

1.2. Genel Görünüm

a) Hastanın fizik yapısı ve görünümü hakkındaki gözlemler.

Örneğin "yaşında gösteren, uzun boylu, ince yapılı, kumral, yakışıklı bir erkek" gibi.

b) Hastanın giyim kuşamı: Örneğin "hasta, renkli ve gösterişli giysileri, aşırı makyajı ile dikkati çekiyordu" gibi.

c) Bedensel sakatlık ve anomalisinin olup olmadığı; örneğin, koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi bir yardımcı araç kullanıyorsa belirtilmelidir.

d) Hastanın bedeninde, bileklerinde kesi izleri, kollarında damar içi madde kullanımına bağlı iğne izleri varsa ya da dikkati çeken başka yara bere görüldüyse kaydedilmelidir.

d) Kendine bakımı: Örneğin "Hastanın kendine bakımı bozuk, saçları yağlı, uzun süredir taranmamış, traş olmamış, tırnakları uzamış ve kirli" gibi.

e) Muayene yerine geliş ve ilk davranışları hakkında genel gözlem. Örneğin "hasta yavaş adımlarla ve elemli bir yüz ile odaya girdi" gibi.

II. KONUŞMA VE İLİŞKİ KURMA

2.1. Normal özellikler

Göz ilişkisi kurma, konuşmanın miktarı, düzeni, açıklığı, sesin tonu, yöresel şive özellikleri, sorulan sorulara verilen yanıtların uygunluğu, ayrıntıcılık, gevezelik, konu dışı konuşmalar.

2.2. Anormal Özellikler

a) *Niceliksel bozukluk:* Konuşmanın aşırı hızlanması, aşırı yavaşlaması, hiç konuşmama (mütizm). Ses tonunun çok yüksek, bağırarak ya da çok alçak, fısıltı gibi oluşu.

b) *Niteliksel bozukluk:* Ruhsal muayenede düşüncenin değerlendirilmesi konuşma aracılığı ile olmaktadır. Dolayısıyla konuşmadaki düzensizlik, dağınıklık gibi özellikler düşünce bölümünde ele alınacaktır. Hekim bu bölümde sadece konuşmanın fiziksel özellikleri örneğin; konuşma tikleri, kekemelik, pelteklik, dil dolanması (slurred speech), çocuksuluk, ilaç yan etkisine bağlı konuşma zorluğu, nörolojik kaynaklı konuşma bozuklukları (dizartri, disfazi) gibi konuşmanın motor yanı ile ilgili belirtilere dikkat etmelidir. Bunun dışında konuşma ileride bilişsel işlevler arasında sınıflandırılan dil işlevlerindeki bozukluklar açısından da değerlendirilmelidir.

2.3. Hastanın muayene sırasında hekimle ilişki kurma yetisi üzerinde gözlem ve izlenimler

Hastanın muayeneye istekli olup olmadığı, göz ilişkisi kurmakta sıkıntı çekip çekmediği belirtilmelidir. Bazı şizofrenik hastalar ve sosyal fobik hastalar göz ilişkisi kurmaktan kaçınabilirler. Hastanın muayene sırasındaki genel tutumu "savunucu, saldırgan, eleştirel, çocuksu, abartılı, umursamaz olabilir. Mümkünse örneklerle tanımlanmalıdır. Örneğin: "Hasta muayene odasına eşinin desteğiyle, tüm bedenini ona yaslayarak girdi."

III. DUYGULANIM, DUYGUDURUM

Başka karmaşık tanımlamaları bir yana bırakırsak klinik uygulamada duygulanım (affect, affectivity) dıştan ve içten gelen uyaranlara duygularla tepki verebilme yetisidir. Dıştan gelen uyaranları, yani çevrede olup bitenleri ve içten gelen uyaranları (anılar, istekler, düşlemler) algılayıp değerlendirirken hoşlanma, sevinme, üzülme, bunaltı (anxiety), öfkelenme, korkma, tiksinme, şaşırma, utanma, suçlanma gibi yalın ya da karmaşık duygularımız olur. Bunların hepsi birden bizim duygusal tepkilerle dolu yaşamımızı, yani duygulanımımızı oluşturur.

Duygudurum (mizaç, mood) uzunca bir süre (günler, aylar) belli duyguların baskın olarak yaşanması durumudur. Örneğin çökkünlüklerdeki uzun süren üzüntü, sıkıntı, karamsarlık durumu *çökkün duygudurum (depressed ya da low mood)*; manideki aşırı neşeli ya da öfkeli coşkularla dolu durum *taşkın duygudurum* (high mood, elation) olarak belirtilir. Duygudurum konusu "Duygulanım Bozuklukları" bölümünde yeniden ele alınacaktır.

Aslında *zihinsel süreçlerin duygulanım (affect) ve biliş (cognition) olarak ayırımı yapaydır* ve bireyin gerçek yaşantısında bunların birbirlerinden tümden ayrılması olanaksızdır. Her bilişsel (cognitive) sürecin içinde bilinçli ya da bilinçdışı duygular da bulunur. Her duygusal sürecin içinde, arkasında ya da yanında bir algı, bir düşünce vardır. Algılama gibi temel bilişsel süreç olmaksızın duyguların, coşkuların (heyecanlar) ortaya çıkması düşünülemez. Ancak, muayene sırasında bu süreçlere dikkat edebilmek, değerlendirebilmek için böyle bir ayırım gereklidir. Duygudurumu değerlendirmek için hastaya

son zamanlarda kendisini nasıl hissettiği sorulabilir. Duygudurum muayenesinde dikkat edilecek özellikler aşağıda sıralanmıştır.

3.1. Normal Özellikler

Duygularını belli etme biçimi ve derecesi. Görüşme sırasında duygulanımda uygun değişiklikler; açılan konulara göre duygu gösterebilme, bunları anlatabilme. *Normal duygudurum (euthymia)* belli sınırlar içinde kişinin bulunduğu duruma göre dalgalanmalar gösterir. Örneğin bir piknikte çoğu insanın neşeli olması, bir başsağlığı buluşmasında üzüntülü olması gibi.

3.2. Anormal Özellikler

Bunlar niceliksel ve niteliksel değişiklikler olabilir.

3.2.1 Niceliksel Değişiklikler

Duygulanımda azalma: Ağır duygu noksanlığı, ilişki kurulmasını güçleştiren soğukluk, apati, duygu küntlüğü gibi belirtiler özellikle antisosyal kişilik, şizoid kişilik, şizofreni ve bunamalarda görülebilir.

Duygulanımda artma: Bir görüşme sırasında aşırı üzüntü, öfke, sevinç gibi normal duygular hasta tarafından tanımlanabilir ya da bu duygular gözlemlenebilir. Örneğin sevdiği bir kişiyle karşılaşma, bir ödül alma insanda coşku uyandırır; sevilen, değerli bir kişinin ya da şeyin yitimi büyük üzüntülere neden olur. Bu duygular gerçek durumun gerektirdiğinden *aşırı* ve *uzun süreli* olduğunda, hastada bir duygudurum bozukluğu olup olmadığı incelenir. Görüşme sırasında ortada önemli bir neden yokken hasta sürekli konuşuyor, konuştuklarına kahkahalar atıyorsa (euphoria) ya da sık sık öfkelenip bağırıyorsa ve bu durumun dışarıda da böyle olduğunu öğrenirsek, hastada *"taşkın duygudurum"* olduğunu görerek, bir mani nöbeti olup olmadığı incelenir. Taşkın duygudurum mani ve hipomani dönemleri dışında şizofrenide ya da madde kullanımına bağlı olarak da görülebilir. Hasta aşırı üzüntü, karamsarlık, suçluluk duyguları, bunaltı içinde ise ve bunlar bir süregenlik gösteriyorsa (*çökkün duygudurum*) bir çökkünlük (depresyon); hastada bunaltı, endişe, telaş, korku, panik duyguları "bunaltılı duygudurum" varsa bir bunaltı bozukluğu olabileceği düşünülür. Bazen bir duygunun çok baskın olması, başka duyguların yaşanmasını engelleyebilir. Örneğin ağır çökkünlüğü olan bir insan üzüntü, keder duygularının yoğunluğundan, sevgi, öfke gibi başka hiç bir duygu hissedemediğini söyleyebilir. Duygulanımda küntleşme ile karışabilen bu duruma dikkat etmek gerekir. Gene unutulmaması gereken bir nokta çökkün ya da bunaltılı duygudurumun sadece çökkünlük (depresyon) ve bunaltı bozukluklarına özgü olmadığı, şizofreni, deliryum, bunama gibi başka ruhsal bozukluklarda hatta karma duygudurum dönemlerinde de görülebileceğidir. Bu nedenle yalnızca duyguduruma dayanarak tanı koyamayız.

3.2.2. Niteliksel Değişiklikler

Duygulanımda uygunsuzluk (affective incongruity, disharmony of affect, inapropriate affect): Bireyin içinde bulunduğu duruma ya da düşünce içeriğine uymayan duygusal tepkiler göstermesidir. Örneğin dışardan bakılınca nedensiz, anlamsız gibi görünen kendi kendine gülme, ağlama; üzüntülü durumlarda sevinme, sevinilecek durumlarda üzülme gibi. Duygulanımda uygunsuzluk şizofreninin artı (pozitif) belirtilerinden biridir.

Duygulanımda oynaklık (labile affect): Görüşme sırasında duygunun yoğunluğunda ya da türünde çok hızlı ve çok sık olan değişiklikler duygulanımda oynaklık olarak adlandırılır. Örneğin: ağlayan bir hastanın kısa bir süre sonra kahkahalar atması ardından öfke nöbeti geçirmesi gibi. Manide ve karma duygudurum dönemlerinde, histrionik kişilik bozukluğunda ya da şizofrenide görülebilir.

Güzel aldırmazlık (la belle indifférence) Bedensel işlev kaybı olmasına karşın hastada bir kaygı belirtisi olmaması, aldırmazlık içinde bulunmasıdır. Konversiyon bozukluğunda görülebilir.

Patolojik gülme ve ağlama özellikle beynin damarsal ya da yozlaşma (degenerative) hastalıklarında görülür. Küçük bir uyaranla birden bire tetiklenen duygusal tepki çok abartılıdır. Bir gülümsemeyle karşılanabilecek bir durumda dakikalarca durdurulamayan gülme ya da daha sık olarak hastanın sıkıntısına yönelik bir empati sözü ile başlayan ağlama ya da abartılı ağlama ifadesi ortaya çıkar. Hasta kendisi de bu durumdan rahatsızlık hissedebilir.

İkili duygulanım (ambivalans): Aynı zamanda hem sevgi hem nefret gibi birbirine karşıt duyguların bir arada bulunması durumudur. Hafif derecede normalde de görülebilir. *Bleuler* şizofrenide temel belirtilerden biri olarak tanımlamıştı. Fakat kesin değerlendirme ölçütleri bulunamadığından DSM ve ICD dizgelerine alınmamıştır.

Duyguları tanıyamama / tanımlayamama (aleksitimi): Son yıllarda psikiyatrik yayınlarda sık karşılaşılan *aleksitimi* terimini burada açıklamak yerinde olur. Kimi kişiler duygularını anlatırlar, yakınları ile paylaşabilirler. Kimileri duygularını belli etmemeye, gizlemeye çalışırlar, fakat duygularının farkındadırlar. Kimi kişiler duygularını bir başka nesne ya da olaya aktarıp belli ederler. Kimi kişiler ise duygusal yönden yüklü olaylara karşı yalıtım düzeneği ile o olaylara karşı duygusuz gibi aktarabilirler (Bkz: Savunma Düzenekleri Bölümü). Bu farklı durumlar, bu kişilerin duygularını tanıyamadıkları anlamına gelmez. Ancak kimi kişiler duyguları anlatacak sözcük bulamazlar, anlatamazlar. *Duygulara sözcük bulamama anlamına gelen aleksitimi*, derecesine göre normal ya da anormal boyutlarda olabilir. Duygularını daha çok bedene yansıtarak bedensel yakınmalarla gelen ve somatizasyon bozukluğu, psikosomatik hastalık tanısı konan kişilerde sıklıkla duyguları tanıyamama gibi bir durum görülür. Örneğin, aleksitimik kişiler ruhsal çökkünlüğe (depresyon) girerlerse, çökkünlüğün duygularla ilgili yanlarını pek algılamazlar,

tanımlayamazlar; ama somatik yönlerini iyi anlatırlar. Kimi aleksitimik kişiler bunaltının duygusal ögesini tanıyamazlar, fakat otonom belirtilerini iyi fark ederler, anlatabilirler.

IV. BİLİŞSEL (Cognitive) YETİLER

Bilişsel terimi, bilinç, yönelim, bellek, dikkat, algılama, dil, yargılama, gerçeği değerlendirme, zekâ, düşünme yetilerini içerir.

Bilişsel yetilerin değerlendirilmesi psikiyatride özellikle araştırmalarda giderek artan önem kazanmaktadır (Bkz: Nöropsikolojik Değerlendirme Bölümü). Aşağıda genel bir psikiyatri kitabı için gerekli gördüğümüz temel bilgiler ve muayene yolları verilmiştir.

4.1. Bilinç

Bilinç açıklığı, kişinin uyanıkken kendisinin ve çevresinin farkında oluşu durumudur. Uykudaki insanın bilinci fizyolojik olarak kapalıdır, fakat bu, deliryum, stüpor ve komadaki kapanışa benzemez. Uykuda bilinç geçici bir süre dış uyaranlarla görece az etkilenebilecek, iç uyaranlarla az ya da çok etkilenebilecek (düşler gibi) bir nitelikte kapalı gibidir. Aslında buna gerçek bir kapanma da denemez.

Bilinç, daha çok toksik, organik etkenlerle değişik derecelerde bozulmalar gösterebilir. Ağır zorlanma koşullarında toksik-organik bir neden olmaksızın, kişide şaşkınlık, bilinç bulanıklığı ya da disosiyatif türden bayılma, uyuklama durumu görülebilir. *Dalgınlık, bilinç sislenmesi, uyuklama (stupor), yarı koma, koma ve derin koma hafif derecede bilinç değişiminden ağır bilinç yitimine kadar uzanan bilinç durumlarıdır.*

Hekimlikte bilincin muayenesi son derecede önemlidir. Genel olarak ruhsal hastalıklarda bilinç açıktır. Deliryum durumlarında gün boyu dalgalanmalar gösteren bilinç bulanıklığı olur. Hasta komaya girdiği takdirde artık ruhsal işlevlerin muayene edilebilmesi söz konusu değildir. Komadaki hastanın muayenesi nöroloji ve iç hastalıkları yönlerinden olacaktır.

4.2. Yönelim (Orientation)

Zamanı, yeri ve kişileri doğru olarak tanıma yetisidir. Yönelim bozukluğu (disorientation) sırasında hasta bulunduğu zamanı, yeri, ve çevresindeki tanıması gereken kişileri tanıyamaz. Gerçek yönelim bozukluğu deliryumda görülür.

Yönelim (orientation) muayenesi bütün hastalara yapılmaz. Bir hastaya daha görüşmenin hemen başında, ben kimim, şimdi neredesiniz, bugün günlerden ne, hangi aydayız, yıldayız gibi soruların sorulması hekimi çok basmakalıplaşmış, deneyimsiz bir kişi durumuna sokabilir. Hasta ile konuşurken, yakınmalarını öğrenirken, öyküsünü alırken çoğu kez hastanın yönelimiyle ilgili yeterli veriyi elde ederiz. Böyle bir durumda yukarıdaki sorular yersiz

kalabilir. Fakat deliryum olasılığı bulunan her hastada, bu soruları uygun bir dil ile sormakta yarar vardır.

Deliryumdaki bir hastada ilk önce zaman, sonra yer, en son olarak da kişi yönelimi bozulur. Bu nedenle deliryumda olduğu düşünülen bir hastada yönelim muayenesine ilk önce "Bugün günlerden ne?", "Günün aşağı yukarı hangi saati?", "Hangi aydayız?", "Hangi yıldayız?" gibi zaman yönelimini değerlendirmeye yönelik sorular sorulur. Daha sonra "Burası neresi?", "Hangi şehir?", "Hangi hastane?", "Hastanenin kaçıncı katındayız?" gibi sorularla yer yönelimi değerlendirilir. Çevresindeki insanların, refakatçisinin, üniformalı hemşire ya da doktorların kim olduğu sorusu kişi yönelimini değerlendirmek amacıyla en son sorulur.

4.3. Bellek (Hafıza)

İnsanoğlunun en önemli bilişsel yetilerinden olan *bellek* kişinin *hemen şimdiki anda, yakın ve uzak geçmişte* yaşadığı deneyimlerini, belleklerini doğru olarak yeniden aklına getirme, anımsayabilme yetisidir. Belleğin kayıt, depolama ve geri çağırma özellikleri vardır.

Bellek muayenesi de her hastaya yapılmayabilir. Düzgün, açık konuşan, parlak zekâlı nevrotik, hatta psikotik hastada doğrudan doğruya yönelim ve bellek muayenesi için sorular sorulmayabilir. Bu tür hastalar çoğu kez kendiliklerinden çevresindekileri, yeri, zamanı bildiklerini; anlık, yakın, uzak geçmiş ve kısa süreli işlem belleklerinin yerinde olduğunu gösterirler. Muayene eden hekim bunlara dikkat ettiğinde dolaylı bir bellek muayenesi yapmış olur.

Bellek, beyinde yalnızca yalın bir kaydetme, depolama ve yeniden çağırma yetisi olmayıp birçok karmaşık süreci içerir. Bu süreçler şöyle özetlenebilir:

a) Algılanan şeyleri ayıklayabilme, kimilerini dışlayabilme, seçici olarak algılananları anlamlandırma, kaydetme.

b) Öğrenme koşullarına (örneğin kişinin dikkat durumuna, gereksinimlerine) ve bellekte duran başka anıların konuya bulaşmasına göre seçici biçimde bunları kısa ya da uzun süre ile dar ya da geniş kapsamlı olarak saklayabilme (depolama); gereksiz bilgiyi de ayıklayarak bellekten söndürebilme.

c) Depolanmış bellek içeriğinin sınırlandırılmış ya da genişletilmiş biçimlerde, kimi durumlarda özel bir çaba göstermeksizin, kendiliğinden bilince gelmesi ya da istemli çaba ile bilince çağırılabilmesi.

İşlem Belleği: Son zamanlarda bilişsel araştırmalarda üzerinde durulan önemli bellek konularından biri işlem belleğidir (working memory). Buna "çalışma belleği" denmesinin uygun olmadığını aşağıdaki açıklama gösterecektir. Kısa süreli bellek (short term memory) olarak da bilinen *"işlem belleği"* bilinçli düşüncenin ve bilgi-işleme sürecinin yürütüldüğü 20-30 saniyelik etkin bilişsel durumdur. Bu bilişsel durum kısa süre için dıştan ya da içten gelen

uyaranlara aşırı duyarlı olup uçucudur; yerini hemen ardından gelen, bilgi sürecine bırakır. *İşlem belleği, öğrenme, us yürütme, kavrama gibi karmaşık bilişsel işlemleri yürütebilmek için gerekli olan bilgiyi geçici bir süre için zihinde tutma ve kullanabilme yetisi olarak tanımlanabilir.* Belli bir anda bir konuyu tartışırken, yazarken, düşünürken, öğrenirken sözcükleri, anlatmak istediğimiz konunun değişik yönlerini, öğrendiğimiz bilgileri bilincimizde kısa süre tutar, ardından yeni düşüncelerin gelmesine, yeni şeylerin algılanmasına, anımsanmasına olanak tanırız. Bu tür anlık öğrenmelerde, düşünme, us yürütme sırasında *işlem belleği* sürekli işlemektedir. Bu işlevin beyinde arka-yan (dorso-lateral) prefrontal korteks aracılığı ile yürütüldüğü kabul edilmektedir. Şizofreninin oluş nedenleri tartışılırken bu konuya yeniden değinilecektir.

Yönelim ve belleğin muayenesine her hekimin büyük önem vermesi gerekir. Çoğu kez organik beyin bozukluğunun varlığı, yalnızca bu yetilerin bozukluğu ile saptanabilir. Örneğin, Alzheimer tipi bunamada nörolojik belirti, hatta beyin görüntüleme incelemelerinde anormallik saptanamayabilir. Kimi durumlarda da gene herhangi bir nörolojik belirti bulunmasa bile yalnızca bellek bozukluğunun varlığına dayanarak yapılan incelemeler ile ağır beyin patolojilerinin saptanabildiği görülmüştür. Örneğin, nörolojik belirtiler henüz ortaya çıkmadan önce bellek bozukluğu belirtilerinin saptanmasına dayanarak yapılan beyin görüntüleme incelemeleri ile beyin uru saptanan olgularla karşılaşılabilmektedir. Bilişsel işlevleri değerlendirmenin bedensel hastalıkların izlenmesindeki önemine ilişkin bir örnek olarak karaciğer yetmezliği verilebilir. Bir karaciğer hastasında, bellek ve yönelim bozukluğunun saptanması hastanın komaya doğru ilerlemekte olduğunun ciddi göstergesi sayılabilir. Bu nedenlerle, özellikle aşağıdaki durumlarda özel bellek muayeneleri yapmak zorunluluğu vardır:

- Orta ve geç yaşta beklenmedik türden psikiyatrik belirtiler gösteren kişilerde;
- Kafa travması geçirmiş ya da toksik etkenler (örneğin karbon monoksit) altında kalmış her yaştaki kişide;
- Öykü açık olmasa bile, muayene sırasında hastanın eğitim ve zekâ durumuna ters düşen bilişsel (cognitive) bozukluk belirtileri izlenimi edinince.

Ancak, unutkanlıktan yakınan ya da unutkanlığı olmadığını söylese bile, hekimin bu durumdan emin olmak istediği hastalarda da bellek muayenesi gereklidir. Bellek muayenesi yapmadan önce hastanın unutkanlığı olup olmadığı sorulmalı, sonrasında sorulacak soruların belleğinin muayenesi için olduğu belirtilmelidir. Bellek muayenesinde yakın ve uzak bellek değerlendirilir.

Bunama hastalarında yakın bellek, uzak bellekten önce bozulur. Bu nedenle muayeneye yakın belleğin değerlendirilmesiyle başlamakta yarar vardır. Yakın bellek muayenesinde ya kısa süre önce (son bir kaç saat ya da bir

kaç gün içinde) yaşadığı bir olayın ayrıntıları sorulur ya da baştan belleğinde tutması istenen sözcükleri / rakamları hatırlaması istenir. Kısa süre önce yaşanan bir olayın bellekte kalıp kalmadığını değerlendirebilmek için, hekim, hastanın söylediklerini onaylatabileceği birisine gerek duyar. Örneğin, hastaneye neyle geldiği, sabah kahvaltıda ne yediği gibi soruların yanıtının doğruluğunu hekimin hasta yakınının onaylaması olmadan bilebilmesi mümkün değildir. Muayene sırasında, hasta yalnız ise bu tür kişisel bilgi içeren soruların anlamı olmaz. Yakın belleği değerlendirmek için uygulanan bir diğer yöntem de 3-5 rakam ve bir özel ad ya da 3-4 sözcük (örneğin, yumurta-ırmak-halı-mutfak) verilerek yinelemesini istemektir. Seçilecek sözcüklerin birbiriyle bağlantılı olmaması, bir sonrakini çağrıştırır nitelik taşımaması önemlidir. Önceden bu rakamları ve adı ya da dört sözcüğü unutmaması, 4-5 dakika sonra kendisine bunların yeniden sorulacağı belirtilir. Belleğin kayıt ve geri çağırma işlevlerini değerlendirebilmek amacıyla, dikkatini verilen işten uzaklaştırması için bu süre içinde başka konular üzerinde konuşulur. Daha sonra verilmiş olan sayı ve adı ya da 3-4 sözcüğü anımsaması istenir. Hasta eğer aklında tutması istenen sözcükleri 4-5 dakika sonra anımsayamazsa, ya da kısmen anımsayabildiyse bellekteki sorunun bilginin belleğe kayıt edilmesiyle mi yoksa geri çağırmayla mı bağlantılı olduğunu anlamak gerekir. Bu amaçla eline başta verilen sözcükleri de içeren 25-30 sözcüklük bir liste verilip, başta verilen sözcükleri tanıyıp tanıyamadığı değerlendirilir. Eğer hasta sözcükleri belleğine hiç kaydedemediyse verilen listeden de tanıyamaz. Tanıyabiliyorsa sorunun geri çağırmayla ilgili olduğu düşünülebilir. Alzheimer tipi bunamalarda kayıt belleğinde bozulma daha belirgin olduğu için hastanın listeden sözcükleri tanıması beklenmez.

Yakın bellek muayenesinden sonra uzak bellek değerlendirilir. Tıpkı yakın bellek için olduğu gibi uzak bellek değerlendirilirken de ya hastanın kişisel geçmişi ile ya da hastanın eğitim ve zekâ durumuna göre yanıtlaması beklenen, ülkenin genel tarihi ile ilgili sorular sorulur. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili çocuklarının, torunlarının adları, yaşları; askerliği nerede yaptığı; hangi yıl evlendiği gibi sorulara verdiği yanıtları, hasta yakınının yardımı olmadan değerlendirmek mümkün değildir. O nedenle cumhurbaşkanlarını sayması ya da İstanbul'u kimin fethettiği, Atatürk'ün Samsun'a ne zaman çıktığı gibi genel tarihimizle ilgili sorular yeğlenebilir. Özen gösterilmesi gereken nokta sorularımızın hastanın zekâ, kültür ve eğitim düzeyindeki bir insan için kolay yanıtlanabilir nitelikte olmasıdır.

Bellek muayenesine eşlik etmesi gereken bir soru da unutkanlığın günlük hayatını ne derecede ve nasıl etkilediğidir. Çünkü bunama tanısı ancak kayıpların günlük sosyal ve mesleki hayatını etkileyecek derecede olması durumunda konabilir.

Yönelim ve Bellek Muayenesi Sırasında Dikkat Edilecek Noktalar

Fiziksel ya da ruhsal bütün muayenelerde her hastanın bellek durumunu dolaylı ya da dolaysız olarak değerlendirmemiz gerekir. Bunu yaparken aşağıda belirtilen özel noktaları da göz önünde tutmanın yararlı olacağını vurgulamak isteriz.

- Bellek muayenesinde hastanın o andaki soruları, dikkati (anlık bellek-immediate memory), yakın geçmişe ilişkin soruları, olayları (yakın bellek-recent memory) ve uzak geçmişe ilişkin olayları (uzak bellek-remote memory) anımsayabilme yetisini ayrı ayrı değerlendirmek gerekir.
- *Belleğin geçerli muayenesi için hastanın bilinci açık, dikkati yerinde olmalıdır.* Fazla bunaltılı, çökkün, dalgın, dikkati kolayca dağılan, çevreye ilgisi az olan hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınırlar ya da unutkan görünürler. Bu gibi kişilerde bellek muayenesi yaparken onların dikkatlerini yoğunlaştırabilmelerine, sorulara ilgi gösterebilmelerine yardımcı olunmalıdır. Bazen ağır çökkünlüğü (depresyonu) olan hastalarda bunamayı düşündürecek denli bellek bozukluğu belirtileri bulunabilir. Bunlarda hastanın davranışlarının yakından gözlenmesi yanı sıra yinelenen dikkat ve bellek muayeneleri önemlidir.
- Muayeneyi yazarken hiç bir zaman hastada yönelim, bellek bozuktur gibi bir cümle olmamalı, bu bozukluğun nasıl bir yöntemle saptandığı, hastanın ne gibi şeyleri anımsayamadığı açıklanmalıdır.
- Yakın ve uzak bellek muayenesinde hastaya sorduğumuz soruların yanıtlarını doğrulama olanağımız bulunmalıdır. Yanıtların doğru ya da yanlış olduğunu bilemeyeceğimiz soruların bellek değerlendirmesine katkısı yoktur.
- *Bellek muayenesinde sorulacak soruları seçerken, hastanın eğitim düzeyini, görgüsünü, yaptığı işleri de göz önünde tutmak gerekir.*

Bellekteki niteliksel ve niceliksel bozukluklukluklar ve sık kullanılan terimler

Belleğin en önemli bozukluğu *bellek zayıflamasıdır.* Bellek zayıflığının başlıca nedeni organik ruhsal bozukluklar: bunama, deliryum ve amnestik bozukluktur. Bunun dışında görülen bellek bozuklukları şöyle özetlenebilir:

Bellekte artma-hipermnezi (mani, hipomani, nostaljik durumlar)

Azalma-hipomnezi (dikkat dağınıklığı, bunamalar, ağır çökkünlükler)

Bellek yitimi-amnezi (bunamalar, amnestik bozukluk, büyük ruhsal örselenmelere bağlı disosiyatif bozukluklar)

Geriye doğru bellek yitimi-retrograd amnezi [amnestik bozukluk, kafa travmaları, epilepsi nöbeti ardından (postiktal dönem)]

İleriye doğru bellek yitimi - anterograd amnezi (amnestik bozukuk, kafa travmalarında *yeni bilgi öğrenememe durumu*)

Bellek boşlukları-laküner amnezi (bunamaların başlangıç dönemi, alkolizm),

Masallama (confabulation) amnestik bozuklukta (Korsakov sendromu) ya da bazen bunamalarda hasta sorulan sorulara uydurma yanıtlar verebilir. Masallama adı verilen bu belirtinin amacı bellek boşluklarını doldurmaktır. Hastanın masallama yaptığından emin olmak için, bir süre sonra aynı soru yeniden sorulur. Yakın bellek bozukluğu ve yeni kayıt yapamama nedeniyle, hasta sorunun sorulmuş olduğunu ve ona ne yanıt verdiğini hatırlamaz ve başka bir uydurma yanıt verir.

Bellek bozukluğunun daha güvenilir ve ince değerlendirilmesi nöropsikolojik testler ile yapılır. Bunlar için "Nöropsikoloji: Bilişsel Değerlendirme Bölümü"ne bakınız. Klinik uygulamada "Kısa Bilişsel Muayene" ölçeği standart bir ölçüm sağladığı ve hastada zaman içinde olabilecek değişiklikleri değerlendirmekte yararlı olduğu için sıklıkla kullanılır.

4.4. Dikkat

Dikkat, belli bir anda, algı dizgesinin istemli olarak belirli uyaranlara yöneltilmesi ve orada tutulabilmesidir. Dikkati muayene ederken hastanın dikkatini bir konuya yönlendirip, yönlendiremediği, o konu üzerinde dikkatini tutmayı sürdürüp sürdüremediği ve bir konudan başka bir konuya geçerken zorlanıp zorlanmadığı değerlendirilir. Yönelim ve bellek muayenesinde olduğu gibi dikkatin de her hastada ayrıca incelenmesine gerek yoktur. Hastadan öykü alırken dikkatini değerlendirmek de genellikle mümkün olur.

Anlık bellek (immediate memory) adı verilen, söylenen sözcük ya da rakamların hemen yinelenmesi ile muayene edilen bilişsel işlev, belleğin depolama ve geri çağırma özelliklerini değerlendirmediği için, daha çok bir dikkat işlevi olarak kabul edilebilir. Muayene etmek için hastaya bir kaç rakam verilip bunları yinelemesi istenebilir. Dikkati normal bir insan 7-8 rakamı yineleyebilir. Verilen rakamları tersten sayması istenebilir; bu işlemi normal bir insan 4-5 rakama kadar yapabilir. Bir insan adı verilerek (Mehmet gibi) bunun harflerini geriye doğru (T-E-M-H-E-M) söylemesi istenebilir. Dikkati değerlendirmenin bir yolu da hastanın yüzden aşağı yedişer, üçer inmesini ya da haftanın günlerini tersten saymasını istemektir.

4.4.1. Normal Özellikler

Hastanın konulara, uyaranlara dikkatini yeterince verip vermediği kaydedilmelidir. Herhangi bir bilinç ve algılama bozukluğu olmadığı halde, çeşitli nedenlerle kişinin dikkati bozulabilir, dağılabilir. Bunların çoğu günlük yaşamın çeşitli uyaranları ile ilgili patolojik olmayan, geçici dikkat dağılmalarıdır. Örneğin açlık, susuzluk, aşırı yorgunluk, zihni uğraştıran başka düşünceler,

durumsal sıkıntılara bağlı dikkat dağılması gibi. İlgilendiğimiz konulara karşı dikkatimizi her zaman daha rahat yoğunlaştırabiliriz; sevmediğimiz, ilgilenmediğimiz konulara dikkatimizi verebilmemiz güç olur. İlginç uyaranlara karşı ve tehlike durumlarında dikkatimiz artabilir.

4.4.2. Anormal Özellikler

Niceliksel özellikler

Dikkatin en fazla bozulduğu durum deliryumdur. Deliryumdaki hasta dikkatini bir konuya odaklayamaz, odaklasa bile bunu sürdürmesi mümkün olmaz, dikkati çok çabuk dağılır, dikkatini bir konudan başka bir konuya geçirmekte zorlanır. Dikkat *azalması* ayrıca ruhsal çökkünlüklerde, bunaltılı hastalarda, şizofrenide, bunama durumlarında da görülür. Çökkünlükler ve bunaltı bozukluklarındaki bozukluk dikkati yoğunlaştırıp sürdürme zorluğuyla ilgilidir. Yaygın dikkat *artması* hipomani ve manide olur. Ancak, mani ya da hipomani sırasında, kendiliğinden olan, anlık (spontan) dikkat artar. Bu hastaların dikkatlerini bir konu üzerinde uzun süre yoğunlaştırabilmeleri güçtür. Patolojik derecede *seçici dikkat artması* paranoid hastalarda kuşkular doğrultusunda görülür. Dikkat, obsesif-kompulsif bozuklukta saplantı ve zorlantılara, hipokondriaziste bedene, anoreksiya nevrozada beden görünümüne, fobik hastada fobi nesnelerine yöneliktir.

4.5 Algılama (perception, idrak)

Uyaranların duyu organları aracılığı ile beyine iletilmesi, değerlendirilmesi ve tanınması algılamadır.

Niteliksel özellikler

Algı Sapmaları

Yanılsama (illusion): Varolan bir uyaranın yanlış algılanması ve yorumlanmasıdır. Yanılsamaların fazla klinik önemi yoktur. Çünkü normal kişilerde de sıklıkla görülür. Örneğin gece mezarlıktan geçerken bir gölgeyi hayvan, insan gibi görmek normal yanılsama sayılabilir. Deliryumda yanılsamaların niceliği çok artar ve genellikle korkutucu içerikli olurlar. Örneğin deliryumdaki bir hasta duvardaki lekeleri korkunç böcekler gibi algılayabilir.

Varsanı (hallucination): Bir uyaran bulunmadığı halde var gibi algılanmasıdır. Örneğin ortada bir konuşan olmadığı halde hastanın kulağına komut veren, suçlayan sesler gelebilir (işitme varsanısı). Hasta, ortamda bulunmayan nesneleri, kişileri görebilir (görme varsanısı). Beş duyuya (*işitme, görme, dokunma, tat, koku)* ilişkin *varsanılar olmakla birlikte en sık karşılaşılan algı bozuklukları işitme ve görme varsanılarıdır*. Varsanılar kimi zaman basit (ışık çakmaları, gürültü, tıkırtı sesi gibi) kimi zaman da daha karmaşık nitelikte olabilir. Varsanısı olan hastaların %90'ında sanrıların da bulunduğu, sanrısı olan hastaların ise %35'ine varsanıların eşlik ettiği bildirilmiştir [21].

Varsanıların sık görüldüğü bir durum da yas dönemleridir. Kısa süre önce eşini kaybeden insanların %50'sinde eşinin sesini duymak ya da varlığını algılamak gibi varsanılar olabilmektedir. Görme ve işitme duyusunu yitirmiş kişiler o duyuyla ilgili varsanılar bildirebilirler[19].

İşitme varsanıları daha çok şizofrenide olmakla birlikte, deliryumda, temoral lob epilepsisinde, hatta migrende de görülebilir. Kimi zaman muayene sırasında hastanın davranışlarından, anlatımlarından varsanılarının olduğu az çok belli olur. Ancak, çoğunlukla "ortalıkta kimse yok iken kulağınıza sesler geldiği olur mu?" ya da "başka kimsenin duymadığı sesler duyduğunuz oluyor mu?" diye sormak gerekir. Hasta evet derse, aşağıdaki bilgiler alınmalıdır.

- Duyduğu ses, ne sesi? İnsan sesi, hayvan sesi, makine gürültüsü vb. Eğer yanıt "insan sesi" ise:
- Tek bir ses mi, birden çok mu? Kadın sesi mi, erkek sesi mi? Kimin sesi? Tanıdık birine mi ait?
- Ne diyor? (işitme varsanılarının içerikleri aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.)
- Hasta sese nasıl tepki veriyor? Örneğin komut veren sesler varsa; komutlara uyuyor mu? Seslere yanıt veriyor, onlarla konuşuyor mu? Seslerin hastalığından kaynaklandığını anlıyor, geçmesini bekliyor mu?
- Sesler ne gibi durumlarda yoğunlaşıyor? Varsanılar genellikle hasta yalnız olduğu zaman, başka bir deyişle dış uyaranlar azalınca yoğunlaşır. Ancak, bazen örneğin insanlarla birlikte olmanın fazla bunaltı yarattığı durumlarda bulunmak varsanılarda artışa neden olabilir.

İşitme varsanılarının içerikleri:

- Komut veren sesler (atla, öldür, kes)
- Durum bildiren sesler (oturuyorsun, yürüyorsun)
- Yorum yapan sesler (bu yüzden ölmeyi hakediyorsun)
- Kendi düşüncelerinin sesli işitilmesi
- Hakaret eden, küfreden sesler
- Yardım eden, yol gösteren sesler

Görme varsanıları daha çok deliryum durumlarında olur. Ancak, şizofreni gibi başka ruhsal ve epilepsi gibi nörolojik bozukluklarda da görülebilir. "Uyanık iken görüntüler, hayaller gördüğünüz olur mu?" gibi sorularla ortaya çıkarılabilir. Görme varsanıları bazen basit varsanılar şeklinde örneğin, renk, ışık çakmaları; bazen de daha karmaşık nitelikte olabilir.

Uykuya tam dalarken ya da uyanırken olan *yarı uyku (hipnagojik ve hipnopompik) varsanılarının* fazla tanı değeri yoktur. Ruhsal ya da nörolojik bozukluğu olmayan kişilerde özellikle aşırı yorgunluk dönemlerinde olabileceği gibi disosiyatif bozukluklarda ve narkolepside de görülebilir[21].

Ortamda olmadığı halde yanmış lastik, çürük yumurta gibi hoş olmayan bir kokunun algılanması (*koku varsanısı*) hastada bir temporal lob epilepsisi

düşündürür. Ancak, koku varsanıları şizofrenide de görülebilir. Kimi zaman hasta vücudundan yayılan kötü bir kokuyu algılamaktan yakınabilir. Kimi zaman da koku varsanıları paranoid nitelikte sanrılara eşlik eder. Örneğin, birilerinin kendisini zehirleyeceklerini düşünen hastada, zehirli gaz kokusu alma şeklinde koku varsanıları, sanrılarına eşlik edebilir. Benzer şekilde kötülük görme sanrılarıyla birlikte nadiren *tat varsanıları* da görülebilir.

Dokunma varsanıları organik bozukluklarda görülebildiği gibi, şizofrenide de nadir olmayarak görülürler. Örneğin kokain zehirlenmesi sırasında "kokain böceği" adı verilen, kişinin cildinin altında bir böcek yürüyor algısı tipiktir. Şizofrenide ise kişi bedenine elektrik verildiği; kolunun, bacağının kesildiği şeklinde dokunma varsanıları tanımlayabilir. Daha sıklıkla cinsel içerikli dokunma varsanıları görülür. Hasta hareket etmediği halde hareket ediyormuş gibi algılama, iç organlarında nesnel olarak bulunmayan duyguların, devinimlerin algılanması *kinestetik varsanı* olarak bilinir; şizofrenide, epilepside görülebilir.

Varsanılarla ilgili iki farklı anlamda kullanılan tartışmalı bir kavram da *yalancı varsanı*dır (pseudohallucination). Bazı kaynaklarda seslerin kulağına değil, kafasının içinden geldiğini söyleyen hastaların varsanılarını adlandırmak için; bazı kaynaklarda ise hastanın varsanıların varlığından emin olmadığı, kuşku duyduğu durumlar için *yalancı varsanı* terimi kullanılmaktadır[21].

Gerçekdışılaşma (Derealization): Çevrenin değişmiş biçimde algılanmasıdır. Kişi çevresini bambaşka, tanımadık yabancı bir çevre imiş, çevredeki insanları gerçek, canlı insan değillermiş gibi algılar. Bu algı hastayı rahatsız eder, bunaltıya yol açar ve hasta bu algısının gerçek olmadığının farkındadır[16]. Gerçekdışılaşma hekimi belli bir tanıya yönlendiren bir belirti değildir. Çok farklı hastalıklarda, en sık bunaltı bozukluklarında, kimi zaman da ruhsal hastalığı bulunmayan kişilerde zorlanma (stres) ortamlarında görülebilir.

Belirgin bellek bozukluğu olmayan bir kişi daha önce hiç görmediği bir yeri *sanki görmüş gibi (gördüm-sanı, deja-vu)*, gördüğü bir yeri hiç görmemiş gibi (*hiç görmedim-sanı, jamais-vu)* algılayabilir. Bu belirtiler bellek bozukluğu sonucu da olabilir. *Gördüm-sanı, hiç görmedim-sanı algıları* çok sık olmasa da dissosiyatif türden nevrotik bozukluklarda ve epilepside görülebilir.

Öze yabancılaşma (Depersonalization): Bireyin kendisini, bedenini değişmiş, farklı algılamasıdır. Beden algılamasında bozukluk bazen bedenin tümünü ya da bölümlerini büyüyor, küçülüyor, parçalanıyor ya da değişiyor (örneğin erkekleşiyor, kadınlaşıyor gibi) biçiminde olabilir. Kişi aynaya bakınca sanki kendi yüzünü tanımıyormuş, kendisinin değilmiş gibi algılayabilir. Öze yabancılaşma da hekimi tanıya yönlendiren belli bir hastalığa özgü bir belirti değildir. Şizofrenide, organik beyin bozukluklarında, ağır bunaltı durumlarında, disosiyatif bozuklukta görülebilir.

Zaman akışını algılama bozukluğu: Zaman akışı algısının önemi üzerinde daha çok görüngüsel (fenomenolojik), varoluşsal psikiyatri ile ilgilenenler

durmuşlardır. Sıkıldığımız zamanlarda saatler zor geçer gibi olur; mutlu, neşeli, devingen dönemlerde zaman kısa sürede biter. Yapacak çok işi olan kişiler zamanın hızlı geçtiğini, yetmediğini, yapacak bir şey bulamayan insanlar zamanın bir türlü geçmek bilmediğini söylerler.

Zaman akışının çok yavaş, çok hızlı, bazen de durmuş gibi algılanması biçiminde bozukluklar görülebilir. Örneğin ruhsal *çökkünlüklerde zaman çok yavaşlamış, hatta durmuş; manide zaman çok hızlanmış algılanır*. Bu, zamana karşı yönelim bozukluğu olmayıp zamanın akıp gidişinin algılanması ile ilgilidir.

4.6. Dil Yetisi

Dil, konuşma ve düşünce süreci birbirini besleyen, birbirinden ayrılması güç yetilerdir. Düşünce süreci sözcüklerin, kavramların birbiri ardı sıra örgütleniş biçimidir. Dil ve konuşma (ya da yazma) olmadan değerlendirilemez. Dil ise insanların duygularını düşüncelerini iletmek amacıyla anlamlı sözcükler aracılığıyla anlaşmasıdır. Dolayısıyla, her konuşma dil değildir.

Dil işlevlerinde bozulma (söz yitimi / afazi) bunama tanısı koymak için gerekli temel belirtilerden biridir. Bu nedenle bunama olasılığı düşünüldüğü zaman hastanın dil yetileri ayrıntılı olarak muayene edilmelidir. Konuşmanın akıcılığı, anlama, tekrarlama, adlandırma, okuma ve yazma yetileri değerlendirilir. *Söz yitimi* muayenesinde ilk olarak hastanın konuşma akıcılığı izlenir. Açık uçlu sorularla hastanın bir süre konuşmasına izin vermek dil işlevlerini değerlendirebilmek için önemlidir. Söz yitimi olan birçok hastada konuşurken duraklamalar, aynı konu ya da sözcükleri kalıplaşmış biçimde yineleme (perseverasyon) görülebilir. Anlama hem yazılı, hem de sözlü olarak değerlendirilir. Basitten karmaşığa giden sözel ve yazılı komutları (örneğin "gözlerini kapat", " masanın üstündeki kağıdı sol elinle al, ikiye katla, sonra sağ ayağının yanına yere koy" gibi) yerine getirmesi beklenir. Kısa ve çok yaygın kullanılmayan bir atasözü tekrarlatılarak, tekrarlaması değerlendirilir. Adlandırma muayenesi için odadaki eşyaları ya da gösterilen nesneleri adlandırması istenir. Okuma ve yazma yetileri de dil işlevlerinin içindedir. Bu nedenle bunama şüphesiyle incelenen hastanın mutlaka okuma ve yazması muayene edilmelidir. Kısa bir paragraf okutularak, okumasında bozukluk (alexia) olup olmadığına bakılır. Yazma yetisini izlemek için ise hastadan öznesi ve yüklemi olan bir cümle yazması istenir.

4.7. Zekâ Düzeyi

Hastanın genel zekâ düzeyini tahmin etmek çok güç olmaz. Karşımızdaki kişinin konuşmasından, bilgi düzeyinden, sözcük dağarcığından, olayları sıralamasından, yargılamasından ve değerlendirmesinden zekâ düzeyi ile ilgili bir fikir edinebiliriz. Aileden alınan gelişimsel bilgiler, okul yaşamı ile ilgili veriler aydınlatıcı olabilir. Bir ruhsal muayene için tahmini bir zekâ düzeyi

yeterlidir. Ancak, belirgin bir zekâ geriliği ya da zekâ geriliğinden kuşku varsa, o zaman özel ölçekler ile zekâ katsayısını saptamak yerinde olur.

4.8. Soyut (Mücerret, Abstract) Düşünme Yetisi

Gelişme süresinde zekâ ve düşünme yetisi belirli aşamalardan geçer. Çocukluğun ilk yıllarında, düşünme daha çok somuttur. Giderek kavramlarla, genelleştirmelerle, genelden özele, özelden genele simgelerle düşünmeye doğru, yani soyut düşünmeye doğru bir gelişme olur. Örneğin 3 yaşlarında bir çocuk "ağır başlı insan" deyimini işitse bu insanın başının ağır olduğunu sanır. Bu, somut düşünceye örnektir. Zamanla, "ağır başlılık", başın ağır olması ile hiç bağlantısı olmayan simgesel soyut bir anlam kazanır. Çocukluk çağında masa, ağaç, insan deyince belli bir masa, belli bir ağaç, belli bir insan somut olarak düşünülür. Giderek masa deyince biçimi ve işlevi, simgesel yanları olan bir eşya kategorisi olarak anlaşılır. Böylece masa evimizdeki belli bir eşya değil, evrendeki tüm masaları temsil eden soyut bir kavram olur. Soyut düşünebilme bir çok beyin bölgesinin katılımını gerektiren karmaşık bir işlevdir.

Öncelikle bunamada, zekâ geriliğinde, ileri derecede eğitimsiz kişilerde ve şizofrenide soyutlama yetisi bozuk olabilir. Bu nedenle, muayene sırasında bu yetinin nasıl olduğuna dikkat etmek gerekir. Bu konuda şizofreni ve organik beyin bozukluğu bölümlerinde örnekler verilmiştir.

Öykü alma görüşmesi sırasında hastanın soyut düşünme yetisi hakkında bir bilgi edinilebilir. Örneğin yakın arkadaşı olup olmadığı sorulan bir hasta işyerinde masalarının bitişik olduğu bir arkadaşından söz etmişti. Ayrıca muayenesi gerekiyorsa (örneğin bunama şüphesi), bir atasözünün verilip yorumlaması istenebilir. Örneğin: "Damlaya damlaya göl olur" atasözünün "Musluk bozuksa, her yeri su basabilir" şeklinde yorumlanması düşüncenin somutlaştığını gösterir. Seçilecek atasözünde hastanın eğitim ve sosyokültürel düzeyini göz önüne almakta yarar vardır. Soyut düşünceyi muayene etmek için uygulanabilecek bir yöntem de hastanın benzer özellikleri olan iki nesnenin ortak noktalarını ya da farklılıklarını bulmasını istemektir. Örneğin gül ve karanfilin ortak özellikleri ikisinin de çiçek olmasıdır. Benzerlikler, farklılıklar üzerinden değerlendirme yapılacaksa hastaya önce bir örnek vererek ne istediğimizi açıklamamız önem taşır.

4.9. Yargılama (Muhakeme, Judgement)

Olaylar arasında neden-sonuç bağlantılarını kurabilmek, doğru ve yanlışı, bireysel ve sosyal değerleri ayırt edebilmek, bunlara göre davranabilmek yetisidir. Ağır ruhsal bozukluklarda (psikozlarda), bunama, deliryum gibi sendromlarda belirgin yargılama kusurları olabilir. Örneğin çok yaşlı, bunaması olan bir kişinin malını mülkünü satmaya, uygunsuz bağışlar yapmaya, kendi törelerine aykırı ilişkiler kurmaya kalkışması ağır yargılama bozukluğu belirtileridir.

4.10. Gerçeği Değerlendirme Yetisi (Reality Testing)

Bireyin kafasında (yani düşüncelerinde, duygularında, isteklerinde, düşlerinde) olup bitenlerle dıştaki olgular arasında ayırım yapabilmesidir. Neyin düşünce, neyin eylem ve olay; neyin düşlem, neyin olgu olduğunu ayırt edebilmektir.

Çocukluk çağında zihindeki istekler gerçek gibi algılanır. Örneğin, babası ile güreşen, ondan daha güçlü olmayı isteyen dört yaşındaki bir çocuk kendisini gerçekten çok güçlü algılar, babanın yenilme oyununu değerlendiremez. Zamanla çocuk, kafasındaki istekler, korkular ve düşüncelerle dış dünyadaki olup bitenleri ayırt edebilme yetisini kazanır. Herkes zengin, güzel, güçlü olma düşleri kurabilir. Fakat çıkıp "ben en güzelim, herkes bana aşık; ben çok güçlüyüm, bana kurşun işlemez, dünyayı yöneteceğim" derse kendi aşırı isteklerinin ve düşlerinin zihninde bulunan düşünceler, duygular olduğunu artık ayırt edemez duruma gelmiştir. Yani gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur. Varsanıların, sanrıların, gerçek-dışı yaşantıların tanımlanması bu yetinin bozukluğunu gösterir. Gerçeği değerlendirme algı ya da düşünce alanında bozulabilir; ortaya sanrı ve varsanılar çıkar. Gerçeği değerlendirmenin bozulması durumlarına ruh hekimliğinde *psikoz* adı verilmektedir.

V. DÜŞÜNME

Düşünme de bilişsel (cognitive) bir yetidir. Önemi ve genişliği nedeni ile bu kitapta ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

5.1. Düşüncenin Süreci / Biçimi (Thought Process / Form)

Sözcüklerin, kavramların birbiri ardı sıra örgütleniş biçimidir. Hasta, düşüncelerini sözlü ya da yazılı anlatıma döktüğünde anlaşılır. Hastanın konuşmaları ya da yazıları aracılığıyla düşüncenin hızı, kendiliğinden oluşu; düzenli ve amaca uygun oluşu değerlendirilir. Muayene edebilmek için açık uçlu sorular sorarak hastanın bir süre konuşmasına izin vermekte yarar vardır. Fazla yapılandırılmış görüşmelerde düşünce sürecindeki çok belirgin olmayan bozulma gözden kaçabilir. Düşünce sürecini değerlendirirken aşağıdaki özelliklere dikkat edilmelidir:

- Düşüncenin hızı
  - o Düşünce hızında azalma: Duraklama, yavaşlama, anlatım azlığı ve yoksulluğu; bloklar, düşünce durması.
  - o Düşünce hızında artma: Hızlanma, düşünce üretiminin artması, düşünce uçuşması (flight of ideas), ayrıntıcılık.
- Amaca uygunluğu:
  - o *Çevresel düşünce/konuşma* (circumstaniality): çok ayrıntıcıdır. Ancak amaca uygun yanıt alınır.

- *Teğetsel düşünce/konuşma* (tangentiality): konuyla ilgilidir ama bir türlü amaca ulaşamaz.

- Çağrışımların düzeni
  - *Düşünce uçuşması* (flight of ideas): Konuyla ilgili başlar. Cümleler gramer olarak düzgündür. Birbiriyle bağlantılıdır, ama giderek konudan uzaklaşır.
  - *Çağrışımlarda gevşeklik* (loosening of the associations): Cümleler gramer olarak düzgündür. Birbiriyle bağlantıları kopuktur. Konuşmayı anlamak genellikle mümkün olmaz
  - *Dağınık konuşma* (incoherence): Cümleler gramer olarak bozuk ve anlaşılmazdır, uydurma/yapma sözcükler bulunabilir. Aşırı durumlarda sözcük salatası (word salad) halini alabilir.
  - *Uyaklı (kafiyeli) konuşma* (clang associations) çağrışımların anlamsal olarak değil uyaklı olarak sıralanması. Örneğin: "zır deli, zırzır deli, hınzır deli, en deli, ben deli."
  - *Perseverasyon* aynı konu ya da sözcüklerin kalıplaşmış biçimde yerli yersiz yinelenmesidir.

- Uydurma/yapma sözcüklerin varlığı
  - *Yapma sözcükler* (neologism): Hiçbir dil ve sözlükte olmayan sözcükler yaratmak. Örnek: Pastaf
  - *Yoğunlaştırma* (condensation): İki ya da daha fazla sözcüğü birleştirerek yeni bir sözcük uydurmak. Örneğin: Mayıstan Ağustos'a kadar geçen süre anlamında Mayıstos; turuncu ve oranj'ı birleştirerek "Turanj"

Şizofreni Bölümünde düşünce bozukluğu örneklerine bakınız.

5.2. Düşüncenin İçeriği (Thought Content)

Anlatılanların içeriği, anlamı; anılar, istekler, planlar, yakınmalar vb.

a) Normal Özellikler: Bireyin düşüncesinde bulunan ana konular (Örneğin işleri, dersleri, aile sorunları, arkadaşlarla ilgili konular, ülke sorunları vb).

b) Aşırılık ve bozukluklar: Sanrılar, saplantılar (obsesyon), acayip düşünceler ve inançlar; mistik, metafizik, bedensel, dinsel ve başka konularda aşırı uğraşlar (preoccupation), özkıyım ya da öldürme düşünceleri. Örnekler için "Saplantı-Zorlantı Bozukluğu" ve "Şizofreni" bölümlerine bakınız.

Sanrı (hezeyan, delusion, délire): Bir kültür içinde paylaşılmayan, gerçeğe uymayan, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen, direnen bir inanış demektir. Özel durumlarda "gerçek", çağdan çağa toplumdan topluma değişebilir. Örneğin genç bir kız kendisinin ruhlar tarafından gebe bırakıldığına inansa, bu, bizim toplumumuzda bir sanrıdır. Oysa, bunu gerçek olarak kabul eden toplumlar vardır.

Sanrılar en çok sanrılı bozukluklar, şizofreni, psikotik özellikli mani ve çökkünlükler ve organik beyin bozukluklarında görülür. İlgili bölümlere bakınız.

Sanrılar niteliklerine ve içeriklerine göre iki şekilde sınıflandırılabilir. Niteliğine göre sınıflandırırken sanrının acayip, garip bir nitelik (bizarreness) taşıyıp taşımadığına bakılır. Örneğin: kişinin MİT tarafından izlendiği şeklinde bir sanrı acayip bir nitelik taşımaz. Böyle bir durum olası olmasa bile, hiç olamayacak, garip ve tuhaf bir düşünce de değildir. Oysa, arabasının vitesini değiştirerek tarihin akışını değiştirdiği sanrısı; ya da diş hekiminin dişine yerleştirmiş olduğu bilgisayar çipiyle kendi istenci dışında hareketler yaptığı, küfür ettiği sanrısı tuhaf, acayip nitelik taşıyan sanrılardır. Bir sanrının acayip nitelik taşıyıp taşımadığına karar vermek her zaman çok kolay olmayabilir.

İçeriğe Göre Sanrı Türleri

Büyüklük sanrıları: Peygamberdir, başbakanlığa adaydır, sonsuz bir gücü vardır, büyük bir buluş yapmıştır vb. Bir hastamız sabahın saat beşinde Cumhurbaşkanlığı köşküne giderek "görevi devralmaya geldim" demişti. Herkes kendisine âşıktır. Bir hastamız Kleopatra çağından beri en çekici kadın olduğuna ve her erkeğin kendisinin kocası olduğuna inanıyordu. Orta yaşlı bir erkek hasta işe gidip gelirken mahallede genç yaşlı bütün kadınların kendisini görmek için pencereden baktıklarına inanıyordu.

Kötülük görme (perseküsyon) sanrıları: "Hakkımda kötü düşünüyorlar, beni izliyorlar, komplo kurmuşlar, beni öldürecekler, zehirleyecekler" gibi.

Alınma sanrıları (referans sanrıları): "Radyo ve televizyondan bana laf atıyorlar", "İnsanlar öksürerek ya da arabalarının farlarını yakıp söndürerek bana eşcinsel olduğumu ima ediyorlar", vb.

Etkilenme sanrıları: "Kafamın içine bir elektronik aygıt konmuş, bana istediklerini yaptırıyorlar", "TV, radyo ile, lazer ışınları ile davranışlarıma yön veriyorlar" gibi.

Etkileme sanrıları: "Düşünce yolu ile, gizli güçlerle başkalarının davranışlarını yönetiyorum" gibi.

Düşünce sokulması: "Kafama bana ait olmayan düşünceler sokuyorlar", "Davranışlarımı yönetiyorlar", "Ben düşüncelerimi başkalarının kafasına aktarıyorum" gibi.

Düşünce okunması: "Düşüncelerimi olduğu gibi okuyorlar" veya "ben başkalarının düşüncelerini okuyorum"gibi.

Düşünce çalınması: "Zihnimden bana ait düşünceleri alıyorlar, çalıyorlar" gibi.

Düşünce yayınlanması: Düşüncelerinin radyo, televizyon ya da başka araçlarla çevreye, bütün dünyaya yayınlanması inancıdır.

Erotomanik sanrılar: Genellikle tanınmış, zengin, güçlü bir insanın kendisine âşık olduğu inancıdır.

Küçüklük sanrıları: "Ben bir işe yaramam, değersizim, tedavi edilmeye değmem" gibi.

Nihilistik sanrılar: "Ben yokum, ölmüşüm, kalbim, midem, bağırsaklarım çürümüş, erimiş yok olmuşlar" gibi.

Somatik sanrılar: "Bende kanser, AIDS var" gibi.

Öze yabancılaşma (Depersonalization) sanrıları: Bedenin ve çevrenin acayip biçimlerde değişmesine ilişkin algıların sanrılaşmış halidir. Depersonalizasyon bir algı bozukluğu olmakla birlikte kimi zaman düşünce boyutunu ayırmak mümkün olmaz, sanrısal bir nitelik kazanır. Örneğin "ben hem erkek, hem kadınım", "bedenimin alt yarısı karımın bedeninin alt yarısına dönüştü" gibi.

Gerçekdışılaşma (Derealization) sanrıları: Burada da çevre ve etraftaki insanlara yönelik farklı yabancı, gerçek dışı algılama, düşünce boyutunun da katılmasıyla sanrı haline dönüşür. Çevre başkalaşmış, burası benim kasabam değil, sahtesini yapmışlar, çevremdekiler değişmişler, annem babam değişmişler, onları tanımıyorum gibi. Yakınlarının, akrabalarının taklitleriyle yer değiştirdiğine inanma şeklindeki sanrılar Capgras sendromu olarak da adlandırılır.

Bütün bu düşünceler bir sanrı niteliğinde ve gücünde olabilir. Yani mantıksal bir tartışma ile sarsılmazlar, değişmezler. Bazen de gelip geçici düşünceler, kuşkular, sorular, yani *sanrı taslakları* olarak bilinir. Rahatsızlık ilerledikçe bunlar sanrı niteliği kazanabilirler.

Aşırı değer verilmiş düşünceler (overvalued ideas): Tanımında tam bir görüş birliği oluşmamış bir düşünce içeriği bozukluğudur. DSM-IV'de sanrıya göre daha hafif mantıksız ve uzun süreli inanç olarak (kişi bu inancının doğru olmayabileceğini belirtir) tanımlanmaktadır. Amerikalı araştırmacılara göre burada söz konusu olan inancın şiddetidir ve sanrılarla saplantılar (obsesyonlar) arasında yer alırlar. Başka bir deyişle kişinin bu düşüncenin doğru olmadığı konusunda tam bir içgörüsü varsa saplantı, hiç içgörüsü yoksa sanrı, ikisinin arasındaki durumlar ise aşırı değer verilmiş düşünce olarak adlandırılır.

Avrupa'da gelişen anlayışa göre ise aşırı değer verilmiş düşünceler inancın şiddeti ve anormalliği dışında farklı boyutlar da içerir. Buna göre aşırı değer verilmiş düşünceler, sanrısal düzeyde olmasa da güçlü inanışlardır; acayip bir nitelik taşımasa da alışılmadıktır; kişinin zihnini çok meşgul ederler; egoya yabancı değillerdir (ego-syntonic); genellikle bir kişilik anormalliği vardır; inanış hastanın geçmiş yaşantıları göz önüne alındığında anlaşılır bir nitelik taşır; ardından bir sanrı gelişebilir. Örnek olarak anoreksiya nervozadaki aşırı zayıflığa karşın kilolu olduğu inancı ya da beden dismorfik bozukluğundaki bedeninde bir fiziksel kusur olduğu inancı verilebilir[19].

Sanrısal algılama: Olağan bir algının sanrısal yorumlamasıdır. Örneğin, ağır suçluluk sanrıları nedeniyle güçlü bir cezalandırma beklentisi içinde olan psikotik bir çökkünlük sırasında hastanın koridordan gelen ayak seslerini kendisini asmaya gelen celladın ayak sesi olarak düşünmesi gibi.

Sanrıların Muayenesi: Varsanılar ve sanrılar çoğu zaman görüşmenin akışı içinde, hastanın yakınmalarını dinlerken belli olur. Düşünce ve davranışlarında biraz gariplik, anlaşılmazlık, belirsizlik (müphemlik) ve gizleme çabası bulunan her hastada *sanrılara, varsanılara* ilişkin sorular sorulmalıdır. Hastaya "sende peygamberlik düşünceleri var mı" diye bir soru doğrudan doğruya sorulmaz. Önce belki kuşkuculuk, alınganlık olup olmadığı, kuşkuculuğun nasıl, neye bağlı ortaya çıktığı, izlenme düşünceleri araştırılır. Sanrılarla ilgili sorular sorulurken, hekim sorularda bir yandan gerçekle bağlantıyı sürdürmelidir. Örnek vermek gerekirse "Sizi izleyen birisi var mı" yerine, aynı soruyu "Birilerinin sizi izlediğini düşünüyor musunuz?" biçiminde sormak daha uygundur. Hastaya, "herhangi bir dönemde düşüncelerinin başkaları tarafından okunuyor, denetleniyor, yönlendiriliyor gibi" düşünüp düşünmediği sorularak alınan yanıta göre sorular sürdürülür. Hastanın klinik belirtilerine göre sorular ayarlanır. Örneğin, varsanıların, sanrıların en çok görüldüğü şizofreni hastalığı genellikle genç yaşlarda görüldüğünden, bu yaşlarda ruhsal belirtilerle gelen gençlerin bu belirtiler doğrultusunda incelenmesi için özel çaba gösterilmesi gerekir.

Her hastaya sanrıların olup olmadığına ilişkin sorular sormak gerekmeyebilir. Kimi paranoid hastalar sanrılarını gizlemeyi başarabilirler. Bu hastalardaki sanrıların varlığı hasta yakınlarıyla yapılan görüşmede anlaşılabilir.

Saplantı / takıntı (obssession): Kişinin kendi zihninin ürünü olduğunu bildiği, *saçma, mantık dışı olduğunu düşündüğü* ancak *kendi istenci (iradesi) ile durduramadığı* uzun süreli ve *yineleyici düşünce, imge ya da dürtüler*dir. Bu düşünceler *rahatsız edici* (egoya yabancı) niteliktedir ve şiddetli bunaltıya yol açarlar. Örneğin: Çocuğuna çok düşkün bir annenin "Bebeğime bir zarar verir miyim?"; "Yıkarken ya onu boğarsam?" şeklinde saplantıları olabilir. Bir başka örnek olarak çok dindar bir insanın ibadet ederken aklına "Allah yok!" saplantısının takılmasını verebiliriz.

Saplantıların büyük çoğunluğu aşağıdaki konularla ilgilidir:

- Temizlik (kirlenme, mikrop, hastalık bulaşması)
- Düzen (simetri, kesinlik). Örneğin, gardrobundaki giysileri belli bir renk sırasına göre dizme.
- Dürtü denetimi: Cinsel ve saldırgan (öldürme, zarar verme) dürtülerini kontrol edememek. Örneğin: Ya kendimi kontrol edemez de bebeğimi öldürürsem gibi.
- Saplantı kuşkuları: Örneğin: Yaptım mı, yapmadım mı; düşürdüm mü, düşürmedim mi; söyledim mi, söylemedim mi şeklinde emin olamama kuşkuları paranoid türden kötülük görme kuşkularından farklıdır, ayırt edilmelidir.
- Metafizik konular (Dünyayı kim yarattı? Allah var mı, yok mu?); uğurlu, uğursuz sayı takıntıları

Fobi: Normalde korkulması beklenmeyen belli bir nesne ya da durumdan

aşırı derecede korkma durumudur. Korku abartılı olmakla birlikte sınırları oldukça kesindir.

Özkıyım (intihar) ya da öldürme düşünceleri: Düşünce içeriğini muayene ederken hastanın kendine ya da başkalarına yönelik öldürme ya da zarar verme düşünceleri soruşturulmalıdır. Özellikle çökkün duygudurumu olan hastada ölüm ve özkıyım düşünceleri mutlaka sorulmalıdır. Bu soruları sorarken kademeli olarak derinleştirmekte yarar vardır. Örneğin:

- Böyle durumlarda insanın aklına ölüm düşünceleri gelebilir, sizde oluyor mu? Nasıl?
- Sadece ölsem de kurtulsam düşüncesi mi oluyor, yoksa kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz de oluyor mu?
- Hiç plan yaptınız mı? Nasıl?
- Hiç denediniz mi? Nasıl?

Bazı paranoid hastaların sanrısal ya da gerçek düşmanlarına yönelik zarar verme düşünceleri, hatta öldürme düşünceleri, kimi zaman da planları olabilir Örneğin "Onu öldür, yaşatma" diye komut veren varsanıları olan bir hastanın acilen hastaneye yatırılması gerekir. Böyle durumlar hekime yasal sorumluluklar da yükler. (Bkz: *Türkiye'de Ruh Hekimliğinin Yasal Konuları* Bölümü).

c) Hastalığı ve sağaltımı konusundaki düşünceleri: Hastalığı kabul edip etmediği, nasıl bir hastalık olduğuna ilişkin görüşleri, sağaltım konusunda düşünceleri beklentileri hastalara sorulmalı ve düşünce içeriğinin bu yönlerini açıklamaları sağlanmalıdır. Klinik uygulamada bu özellik sıklıkla içgörü olarak adlandırılmaktadır. İçgörü tanımı için bakınız *Bölüm XXIX Psikoterapiler.*

VI. DAVRANIŞ

a) Normal özellikler: Canlılık ve enerji düzeyi; görüşme sırasında anlatıma yönelik hareketleri.

b) Azalma: Devinim azalması, durgunluk, eylemsizlik, donakalım (catatonia), uyuklama. Bakınız *"Şizofreni", "Duygulanım Bozuklukları"* bölümleri.

c) Artma: Tedirginlik, yerinde duramama, taşkınlık, saldırganlık. Devinimdeki artmanın amaçlı devinimlerde mi olduğu yoksa amaçsız devinimlerin mi arttığı önemli bir ayrımdır. *Psikomotor ajitasyon* adı verilen amaçsız hareketlerdeki artış madde kesilme sendromlarında, bazı bedensel hastalıklarda (hipertiroidi, hiperparatiroidi), bunamada, deliryumda, şizofrenide, mani ve hipomanide, çökkünlüklerde, bunaltı bozukluklarında görülebilir. Aşırı hareketlilik durumları ise mani ve hipomani, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda görülebilir. Bakınız: "Organik Ruhsal Bozukluklar", "Duygulanım bozuklukları", "Şizofreni" bölümleri.

d) Niteliksel bozukluklar:

Zorlantılar (compulsion): Saplantılar / takıntılar (obsession) kişiyi çok rahatsız ettikleri ve şiddetli bunaltıya neden oldukları için çeşitli eylem ya

da zihinsel eylemlerle bunaltı giderilmeye çalışılır. Bunaltıyı gidermeye yönelik olarak başlayan, ancak, aşırı ya da mantık dışı olan bu eyleme ya da zihinsel eyleme zorlantı (kompulsiyon) denir. Zorlantılar *rahatsız edici* (egoya yabancı) niteliktedir, yineleyicidir, törensel özellikleri vardır (her sefer aynı şekilde yapılır). Saplantılarla bağlantılı olarak yapılan amaçlı hareketlerdir. Zorlantılar başta saplantının yarattığı sıkıntıyı gidermek için yapılsa da giderek denetlenemez düzeye gelir. Örneğin: aşırı el yıkama, eşyaları aşırı yıkama, tekrar tekrar yapılan kontroller, dokunma, düzene koyma. Zihinsel eylem şeklinde olan zorlantılar belli bir imgeyi gözünde canlandırma, dua okuma, büyüsel anlamı olan bir cümleyi yineleme, tersten yineleme, sayma şeklinde olabilir. Zorlantılar dürtüsel davranışlardan (tırnak yeme, alışveriş yapma gibi) anlık haz almaya yönelik olmayışı ile ayrılır[20].

Tikler: İstemsiz, ani, yineleyici, ritmik olmayan, denetlenemeyen devinim ya da seslerdir. Basit ya da karmaşık olabilir.

Duruş (posture) bozuklukları: Robot yürüyüşü, titreme, yerinde duramama (akatizi), diskinezi, kasılma, donakalım (katatoni) belirtileri vb.

Donakalım (katatoni) belirtileri:

- Garip devinimler
  - o yüz devinimleri (mannierism, grimace),
  - o durumalış (garip duruşlar, posturing),
  - o garip, yineleyici devinimler (stereotypic movements),
- yüz yankılama: karşısındakinin yüz devinimlerini yineleme (ekomimi),
- devinim yankılama: karşısındakinin devinimlerini yineleme (ekopraksi),
- söz yankılama: karşısındakinin sözlerini yineleme (ekolali)
- balmumu esnekliği (bedenin telkinle ya da başka nedenlerle değişik duruşlar, biçimler alması, katalepsi)
- Uyurluk (stüpor)
- Kas katılığı (rijidite)
- Karşıtçılık (negativizm)

Bakınız: "Saplantı-Zorlantı Bozukluğu", "Şizofreni", "İlaç Yan Etkileri" bölümleri.

VII. ÖZBENLİK KAVRAMI (Self-concept)

Hasta kendisini nasıl bir kişi olarak tanımakta, tanımlamaktadır. Başkalarının kendisini nasıl değerlendirdikleri konusunda düşünceleri nelerdir? "Ben" kompozisyonu yazdırılabilir. Bunu yapmakta güçlük çekerse, emelleri, ilgileri, uğraşları, insanlara karşı tutumu, insanların kendisine karşı tutumu, kendisini iyi, kötü, güzel, çirkin ne şekilde gördüğünü örneklerle belirtmesi istenebilir.

VIII. İLİŞKİLER

Hastanın gözlem ve muayene döneminde kişilere, çevreye ve eşyaya karşı tutumu; bunlarla ilişkilerinin önemli özellikleri tanımlanır. Sağaltım birimlerindeki hekimler, hemşireler, yardımcılar, hastalar, ziyaretçilerle olan ilişkileri, kendine ve çevreye ait eşyaya karşı tutumu gözlenmeye çalışılmalıdır. Hastanın insanlarla ve eşya ile ilişkileri onun kişiliği, yaşam stili ve psikopatolojisi hakkında önemli bilgiler sağlayabilir.

IX. AKTARIM BELİRTİLERİ

Hastanın, çocukluğundaki önemli kişilerle yaşamış olduğu duygu ve davranışlarını hekimle olan ilişkisinde yeniden yaşama eğilimine ilişkin belirtilere dikkat edilmelidir. Aktarım konusu için "Psikoterapiler" bölümüne bakınız.

X. KLİNİK TANI

Gözlemler, görüşme ve ruhsal durum muayenesi ve fizik incelemeler tamamlandıktan sonra hastaya bir tanı koymak gerekir. Tanı, *çözümleyici (analitik)* ve *birleştirici* (sentezleyen) bir yaklaşımla, hastayı *biyopsikososyal* bir bütün içinde değerlendirmelidir. Tanı, hastanın sokulduğu bir kalıp, üzerine yapıştırılmış bir etiket olmamalıdır. Tanıda esneklik zorunludur ve uzun süre izleme ile gerekirse değiştirilebilir. "Ruhsal Bozukluklarda Tanı ve Sınıflandırma" bölümüne bakınız. Aşağıdaki ögeler ele alınarak anlamlı bir tanı tartışması yapılabilir:

1. Gelişim Özelliklerinin Tanısı

a) Kalıtımla geçen normal, normal olmayan özellikler
b) Başka organik nedenlere (travma, hastalık vb.) bağlı olarak gelişen özellikler.
c) Psikososyal gelişim özellikleri: Yetişme ve eğitim biçimi; engellenme ve çatışmalar; özdeşim özellikleri, *saplanma* (fixation) ve *gerileme* (regression) olayları.

a + b + c = yatkınlık (predisposing) etkenleridir.

Geçmişe ilişkin çatışma, engellenme, saplanma, gerileme ya da karmaşa (complex) gibi noktalardan sözederken "hastada oral fiksasyon var, Oedipus kompleksi saptandı" gibi kalıplaşmış, o hastayı açıklamayan genel kavramlardan kaçınılmalıdır. Herhangi bir çatışmanın, karmaşanın ya da saplanmanın o hastada ne biçimde var olduğunu açıklamak önemlidir.

2. Hastalık Öncesi Kişiliğin Tanısı

Biyolojik özellikler (beden yapısı, zekâ düzeyi, vb.); kişinin dürtüleyici (id), düzenleyici (ego), frenleyici (superego) dizgeler bakımından özellikleri; engellenmeye dayanma gücü; çatışmalara, bunalım doğurabilecek durumlara karşı yerleşmiş belli başlı savunma biçimlerinin nasıl geliştiği tanımlanmalı.

Burada hastanın yalnız patolojik savunmaları ve uyumsuzlukları değil, olumlu, umut verici uyum özellikleri de önemle incelenmeli, belirtilmelidir.

3. Tetikleyici Etkenlerin Tanısı

Tetikleyici etkenler (triggering, precipitating factors) gizli, açık, ivegen (akut), süregen (kronik), fiziksel, ruhsal, toplumsal, organizma içinden, dışından gelen zorlanmalar (stresler) olabilir. Burada da zorlanma denen etkenlerin bireyden bireye çok değişik anlamlar taşıyabileceğini kabul ederek genel ve kuramsal görüşlere saplanıp kalmamak gerekir. Ağır bir zorlanma bir kişiyi uyarıcı, yapıcı eylemlere iterken, bir başka kişide ciddi sıkıntılara, çökkünlüklere neden olabilir.

4. Zorlanma (Stres) ve Belirtiler Arasındaki Bağlantıların ve Savunmaların Tanısı

Hastanın zorlanmaya karşı tepki biçimlerinin, savunmalarının açıklanması. Zorlanma etkenlerinin önemi ve anlamı kişiden kişiye değişebildiğinden bu bağlantıyı öğrendiğimiz kuramlara göre değil hastadan aldığımız bilgilere göre yapmamız gerekir.

5. Klinik Tanı

Burada Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği ICD-10'a uygun bir tanı sınıflandırması ve kodlaması önerilmektedir. Bu kitapta bozukluklar anlatılırken DSM-IV'e de sıklıkla başvurulacaktır. DSM dizgesinin beş eksenli tanıları yukarda açıkladıklarımı içermekte ise de bu eksenlerin kategorik ve kalıplaşmış olduğunu, açıklamaya yatkın olmadıklarını gördüğümüz için yukardaki gibi bir açıklama çabasını hem eğitim hem klinik uygulama bakımından daha uygun buluyoruz.

6. Sağaltım Önerileri ve Planı

a. Genel ilkeler
b. Ilaçlar, somatik sağaltım
c. Psikososyal sağaltım
d. Resmi işlemler (rapor, okul dondurma, vb.)

7. Hastalığın Gidiş ve Sonlanışı Üzerinde Düşünceler

Her hastanın değerlendirmesinde gidiş (seyir, course) ve sonlanışı (prognoz), olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek durumların ve koşulların belirlenmesi ile birlikte açıklanarak gidiş ve sonlanış üzerinde bir izlenim belirtilmesi gerekir. Örneğin ailedeki, okuldaki, işteki olumlu, olumsuz etkenleri bilebilirsek, bunları destekleme ya da değiştirmek için öneriler yapma olanağını kazanabiliriz.

KAYNAKLAR

1. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association. Türkçe çevirisi: E. Köroğlu ve ark (1998) Ankara: Hekimler Yayın Birliği
2. **Andreasen, N.C., Black D.W. (2006)** Introductory Textbook of Psychiatry: Washington D.C. American Psychiatric Press.
3. **Bartlik BD, Rosenfeld S, Beaton C (2005)** Assessment of sexual functioning: sexual history taking for health care practitioners. Epilepsy & Behavior S15-S21
4. **Cansever G (1965)** "Psychological Effects of Circumcision". British Journal of Medical Psychology. 38:321-331.
5. **Dereboy IF (1990)** Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Uzmanlık Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
6. **Leon RI ve ark (1989)** The Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination. (1988) Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. HI Kaplan, BJ Sadock (eds), Baltimore: Williams and Wilkins.
7. **Manley MRS (2000)** Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII. (editörler) BJ Sadock, VA Sadock, Baltimore: Lippincott/Williams and Wilkins.
8. **Menninger K (1952)** A Manual for Psychiatric Case Study, New York: Grune and Stratton.
9. **Mueller J ve ark. (1992)** The Mental Status Examination. Review of General Psychiatry, (ed.) H.H. Goldman, Appleton-Lange
10. **Nicholi AM (1999)** The Therapist-Patient Relationship. The Harvard Guide to Psychiatry, 3. baskı (ed.) A.M. Nicholi, Jr. Cambridge, Mass: Belknap-Harvard.
11. **Nicholi AM (1999)** History and Mental Status. Aynı kitapta.
12. **Nurcombe B, Gwirtsman HE, Ebert MH (2000)** Psychiatric Interview. Current diagnosis and Treatment in Psychiatry. New York: Lange Medical Book/McGraw-Hill
13. **Öztürk MO (1964)** Sünnetin Psikolojik Etkileri Üzerine Bir Araştırma. Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
14. **Öztürk MO (1973)** Ritual Circumcision and Castration Anxiety. Psychiatry, Journal for the Study of Interpersonal Processes. 36:49-60.
15. **Reiser DE (1992)** The Psychiatric-Interview, Review of General Psychiatry (ed.) H.H. Goldman, Appleton- Lange.
16. **Robinson DJ (1997)** Brain Calipers A Guide to a Successful Mental Status Exam. Rapid Psychler Press, Canada
17. **Tomlinson J (1998)** ABC of sexual health: Taking a sexual history. BMJ 317:1573-1576
18. **World Health Organization (1992)** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization. (Türkçe çeviri: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, çevirenler: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, M. O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
19. **Veale D (2002)** Over-valued ideas: a conceptual analysis. Behav Res Ther 40: 383-400
20. **Veale D (2004)** Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. Psychiatry 3:65-68
21. **Yager J, Gitlin MJ (2005)** Clinical manifestations of psychiatric disorders. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry /VIII Cilt 1'de BJ Sadock. VA Sadock (eds). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. Sf 964-1002.

BÖLÜM XIII

I

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Işık SAVAŞIR*

Psikolojik değerlendirme, çeşitli psikolojik yöntemler kullanarak bireylerin yeteneklerini, davranışlarını, bireysel özelliklerini değerlendirme sürecine verilen isimdir. Psikolojik testler bu değerlendirmede önemli bir yer tutar. Birey hakkında bilgi toplamada psikiyatrik görüşme, geçmişle ilgili kayıtlar ve sosyal öykü, gözlemler diğer önemli kaynaklardır. Bu yazıda psikiyatride kullanılan psikolojik testlerin yanı sıra, yapılandırılmış görüşme çizelgeleri ve çeşitli derecelendirilmiş ölçekler tanıtılmaya çalışılacaktır.

PSİKOLOJİK TESTLER-TANIM

Bugün "Psikolojik Test" deyimi değişik anlamlarda kullanılmakta ve psikolojik testlerin tanımını yapmak güçleşmektedir. Anastasi'nin [2] tanımı kanımızca en uygun görünenidir. Bu tanıma göre psikolojik test, davranış örneklerinin standart ve nesnel (objektif) ölçümüdür. Test sonuçları bize bir insanın davranışlarından örnekler verir ve bunu başkalarının ya da aynı bireyin değişik zamanlardaki davranışlarıyla karşılaştırma olanağı sağlar. Kandaki şeker miktarı nasıl kandan bir örnek alınarak ölçülürse, bir psikolog da bir çocuğun sözcük dağarcığını, bir sekreterin daktilo yazış hızını, bir pilotun göz-el koordinasyonunu, temsili sözcük örnekleriyle, daktilo yazısıyla ve motor testleriyle ölçer. Bir testle ölçülmek istenilen özelliği temsil eden

* Ülkemizde klinik psikoloji bilim dalının yerleşmesinde ve gelişmesinde büyük katkısı olan Prof. Dr. Işık Savaşır Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümünde ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde Klinik Psikoloji bilimdalını kurdu, geliştirdi, çok öğrenci yetiştirdi. Değerli çalışmalarını sürdürürken O'nu 14 Mart 2000 tarihinde, en verimli çağında yitirdik. Bu kitabın ilk baskısından beri Prof. Dr. Işık Savaşır'ın "Psikolojik Değerlendirme" bölümü hem ruh hekimleri, hem psikologlar için değerli bir öğrenim kaynağı olmuştur. Bu baskıda, bu bölümü Dr. Işık Savaşır'ın öğrencisi Doç. Dr. Elif Kabakçı gözden geçirmiş ve gerekli eklemeleri yapmıştır. Kendisine teşekkür ederiz.

örneklerin yeterli ve nitelikli olması çok önemlidir. Örneğin, aritmetik işlemleri yapma yeteneğini ölçen bir testte yalnızca çıkartma işlemini gerektiren problemler varsa ve diğer üç işlem hiç kapsanmıyorsa, bu bir insanın bu yeteneğini ölçmek için yetersiz bir testtir. Aynı şekilde zekâ gibi karmaşık bir özellik yalnızca bir seri labirentle ölçülmek isteniyorsa bu, son derece yetersiz bir örneğe dayalı bir test olur.

Bir insanın davranışlarından örnekler almamızdaki amaç, yalnızca bu örneklemedeki davranışı ölçmek değil, bu örneğin temsil ettiği daha anlamlı davranışlar hakkında bilgi edinmektir. Buna testin *yordama gücü (predictive value)* diyoruz. Bir çocuğa 20 sözcüğün anlamını sorduğumuz zaman amacımız çocuğun bu 20 sözcükten kaç tanesini bildiğini öğrenmek değil, bu çocuğun sözcük haznesi ve dili nasıl kullandığı hakkında bilgi sahibi olmaktır. Aynı şekilde verilen bir kişilik testi sonucunda bir insanın belirgin bazı durumlarda nasıl davranacağı hakkında tahmin yapmamız sağlanabilir.

Görüldüğü gibi psikolojik testler ilgilenilen zihinsel, duygusal ya da davranışsal boyutlarla ilgili bir ölçüm yapmak amacıyla kullanılmaktadır. O halde iyi bir psikolojik testin diğer ölçüm araçlarında bulunması gereken özelliklere sahip olması gerekir. Aşağıda bu özellikler kısaca tartışılacaktır.

Nesnellik (objectivity): Bir testin verilmesi, puanlanması ve değerlendirilmesi testi uygulayanın öznel fikirlerinden bağımsız olduğu oranda nesneldir. Testi uygulayan kim olursa olsun bireye verilen testi aynı şekilde vermesi, aynı puanı elde etmesi ve aynı değerlendirmeyi yapması gerekir. Günlük yaşamımıza bakarsak öğrencilik sırasında aldığımız bazı testlerin nesnel, bazılarının ise daha öznel olduğunu görürüz. Örneğin, çoktan seçmeli soruları, daha önce belirlenmiş olan anahtarla kim puanlarsa puanlasın aynı sonucu alır. Psikolojik testlerin yapımında amaçlardan biri testin nesnel olmasıdır; fakat birçok psikolojik test ideal nesnelliğe erişememiştir.

Standardizasyon ve normlar: Standardize edilmiş test, verilişi, kullanılan materyeli ve puanlandırılması önceden saptanmış olandır. Böylece, aynı test değişik yerlerde ve zamanlarda aynı şekilde verilebilir. Bir testin geliştirilmesinde uygulama için standart talimatların hazırlanması önemli yer tutar. Bir testin standardize edilmesinde diğer önemli bir etken de normların toplanmasıdır. Normlar olmadan testin değerlendirmesini yapamayız. Normla, normal ya da ortalama performansı kastediyoruz. Normları bilmeden bir insanı diğer insanlarla karşılaştıramayız. Örneğin, 8 yaşındaki bir çocuğun zekâsını ölçersek aldığımız sonucu o kültürde yaşayan diğer 8 yaşındaki çocukların performansıyla karşılaştırarak değerlendirebiliriz.

Güvenilirlik (reliability): Bir testin standart bir ölçü aracı olduğunu söylemiştik. Her ölçü aracı gibi bir testin de güvenirliği olması gerekir. Bir ölçünün güvenirliğinden sözederken o ölçünün ne derece kesin, iyi ölçüldüğünü kastediyoruz. Metre bir uzunluk ölçüsüdür. On kişinin aynı masayı metreyle ölçtüğünü düşünsek, elde ettikleri sonuçların birbirine çok yakın olduğunu,

hata payının 1,2 milimetreyi geçmediğini görürüz. Demek ki metre uzunluk ölçmek için güvenilir bir ölçüdür. Psikolojik testlerin güvenirliği de test tekrarlandıkça puanların sabit kalmasıyla gösterilebilir. Örneğin, bir çocuğa 2 gün üstüste aynı zekâ testi verilir, çocuk birinden 130, diğerinden 80 zekâ bölümü alırsa bu güvenilir bir test değildir. Yani hata payı yüksektir. Bu puanlardan hangisinin çocuğun zekâsına daha yakın olduğunu bilmemiz, çocuğun başarısı hakkında tahmin yapmamız güçleşir. Bir psikolojik testin kullanılmaya başlanmadan önce güvenirliğinin belirlenmesi gerekir. Bir testin güvenilirliği çeşitli yöntemlerle elde edilebilir.

Geçerlik (validity): Bir testin ölçmek istediği özelliği ölçebilme derecesine o testin geçerliği denir. Geçerlik, testin yapılma amacını sağlayıp sağlayamadığını gösterir. Bir testin geçerli olup olmadığını anlamak için genellikle o test sonuçlarıyla dıştaki ölçütler arasında bağlantı kurmamız gerekir. Örneğin, tıp fakültesine öğrenci seçmek için geliştirilen bir testin geçerliği, bu testte alınan puanlarla öğrencilik sırasındaki başarı puanları arasındaki bağlantıyı göstererek bulunabilir. Eğer bu testin geçerlik kat sayısı (validity coefficient) yüksekse, testte yüksek puan alanların başarılı bir öğrenci olacağı, düşük puanlıların ise başarısız olacakları yordanabilir.

Bir test ne amaçla geliştirilmişse o amaç için kullanılmalıdır. Nasıl ki bir metreyi ağırlık ölçüsü olarak kullanmıyorsak, psikolojik testler de geliştirildikleri amaç için kullanılmıyorlarsa geçerlik derecesi azalır.

Özet olarak geçerlik bir testin işlevlerini ne derece yerine getirdiğini bildirir. Aynı zamanda bize testin neyi ölçtüğünü gösterir. Testin geçerliği de çeşitli yöntemlerle araştırılır.

TARİHÇE

19. yüzyılda psikoloji objektif bir bilim dalı olarak gelişmeye başladığı zaman insanlar arasındaki farklılıkları ölçmeye karşı olan ilgi artmıştır. Bireysel özellikleri ölçmede önder olan psikologlardan Sir Francis Galton, fiziksel özellikleri, duyu organlarının kuvvetini ölçmek için yöntemler geliştirdi. Modern psikolojinin babası sayılan Wundt, Leipzig'de ilk psikoloji laboratuvarını açtı ve çok basit işlevleri nesnel olarak ölçmeye başladı. 1890 yılında Amerikalı psikolog J. McKeen Cattell, Wundt'un ve Galton'un yöntemlerinden yararlanarak üniversite öğrencileri arasındaki duyusal keskinliği, acıya karşı duyarlılığı, bazı seslerin hatırlanması gibi işlevlerdeki ayrılıkları ölçtü ve bunlara ruhsal testler adını verdi. Bu testlerle üstün öğrencileri diğerlerinden ayırmak istiyordu; ancak daha sonra yapılan araştırmalar bireyler arasındaki duyusal-motor alandaki ayrılıkların gerek iyi öğrencilikle, gerekse yaşamdaki başarıyla ilişkisi olmadığını gösterdi.

Ilk defa uygulamada yararlı olan testlerin temelini Fransa'da Alfred Binet atmıştır. Binet, parlak ve donuk zekâlı çocuklar arasındaki ayrılıkları ölçmek isteğiyle çok çeşitli ölçümler yaparak, 1905 yılında Simon'la beraber ilk pratik

zekâ testi sayılabilecek testi geliştirdi. Birinci Dünya Savaşı Amerika'yı hazırlıksız ve ordusunu yetersiz yakalayınca ordu kadrolarını acele doldurmak zorunluluğu ortaya çıktı. Bunun üzerine psikolojik testlerin geliştirilmesine ve kullanılmasına hız verildi. Aynı şekilde İkinci Dünya Savaşı sırasında da psikolojik testler çok miktarda kullanıldı ve yalnız zekâ testlerine değil kişilik testlerine de önem verildi.

Bugün testler çok çeşitli amaçlar için ve değişik alanlarda kullanılmaktadır. Endüstride, eğitimde, klinik ve rehberlik merkezlerinde kullanılan çok sayıda çeşitli testler vardır.

Testlerin kullanıldığı önemli bir alan da psikolojik araştırmalardır. Testlerin yanı sıra derecelendirilmiş ölçeklerin ve yapılandırılmış görüşme çizelgelerinin araştırmalarda kullanılması ile araştırılan konunun daha nesnel, güvenilir ve geçerli bir şekilde değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Psikolojik testler çok değişik boyutlarda sınıflandırılmaktadır. Burada psikiyatride kullanılan testler konularına göre ayrılıp tartışılacaktır.

ZEKÂ TESTLERİ

Cronbach ilk zekâ testi geliştiricilerini ormana bilinmeyen bir hayvanı avlamaya giden avcılara benzetir [6]. Herkes, zekâ diye bir şeyin olduğuna inanır, fakat tanımını yapmak son derece güçtür. Binet ve arkadaşları zekânın ölçülmesine yönelen, yıllar süren araştırmalar yapmışlardır. Avuç içi çizgilerinden, fiziksel özelliklere kadar çok çeşitli şeyleri ölçmüşlerdir. Sonunda en iyi çareyi ayrı ayrı yetenekleri değil de karmaşık zihin fonksiyonlarını ölçmede bulmuşlardır. İşte Binet'nin getirdiği en önemli yeniliklerden biri zekânın ayrı ayrı fakültelerin toplamı yerine genel bir faktör olduğudur. Bugün Binet testlerinde zekâ kavramı soyut düşünme yeteneği olarak tanımlanmaktadır.

Bugün zekâ testleri terimi yerine *Genel Zihin Yetenekleri Testleri veya Genel Akademik Yetenekler* denilmektedir. Çünkü "zekâ" terimi çoğu zaman doğuştan olan zihinsel üstünlüğü akla getirmektedir. Oysa bu testlerdeki başarı bu çeşit "zekâ" kavramına girmeyen birçok etken tarafından etkilenmektedir. Batı toplumlarında gelişen bilgi, beceri ve tutumlar test sonuçlarını etkilemektedir. "Zeki" saydığımız bir insan eğer testin gerekli saydığı koşullarda yetişmemişse bu testte başarı sağlayamayacaktır. Her insan gelişen veya gelişmeyen bir potansiyelle doğar. Binet testleri bu potansiyel hakkında ancak çok dolaylı bilgi verebilir. Potansiyeli ancak eylem, davranış şeklinde gözleyebilir ve ölçebiliriz.

Binet Testleri

İlk Binet-Simon ölçeği 1905 tarihinde hazırlandı. Bu test zorluk sırasına göre dizilmiş 30 problemden oluşmuştu. 1908'de test genişletildi ve problemler ilk defa yaşlara göre ayrıldı. Binet parlak ve donuk çocukları incelerken zihinsel yeteneklerin yaşla arttığını gözlemişti. Yaşça büyük bir çocuk küçük

bir çocuğa oranla yargılamada, uygulamada, diğerlerinin fikirlerini tartmada daha üstündür. İyi bir zekâ testindeki maddeler yaş gruplarına göre uygun soruları içermelidir. Böylece Binet test problemlerini yaşlara göre ayırdı. Binet testleri Amerika'da ilgi ile karşılandı. Binet testinin Amerika'daki ilk uyarlaması (adaptasyon) Stanford Üniversitesi'nde 1916'da yapılmış; daha sonraları 1927, 1960, 1972 ve en son 1986 revizyonları yapılmıştır. Halen en fazla kullanılan zekâ testlerinden biri olan Stanford-Binet testi 2 yaştan yetişkine kadar yaşları içine alan testlerden meydana gelmiştir. Testlerin yaş düzeylerine göre ayrılması ortaya *zekâ yaşı* kavramını atmıştır. *Zekâ yaşı* çocuğun hangi yaştaki çocuklar düzeyinde fonksiyon gösterdiğini anlatır. Eğer bir çocuk altı yaşındaki "ortalama" çocuklar kadar başarı gösteriyorsa o çocuğun zekâ yaşı (ZY) altıdır deriz. Eğer çocuğun takvim yaşı (TY) 5 ise çocuk kendi yaşıtlarına göre bir yıl daha üstündür. TY 7 ise yaşıtlarından bir yıl geridir diyebiliriz. İşte *zekâ bölümü* (ZB) *ZY'nin TY'ye bölünüp 100'le çarpılmasıyla elde edilir:*

$$ZB = \frac{ZY}{TY} \times 100$$

Stanford-Binet Testlerinde anlaşılmasındaki kolaylıktan dolayı zekâ yaşı kavramı halen kullanılmakta, ancak zekâ normal eğrideki dağılıma göre hesaplanmaktadır.

Wechsler Testleri

Stanford-Binet gibi Wechsler Testleri de bireysel zekâ testlerindendir. Amerika'da Wechsler tarafından geliştirilmiştir. Wechsler de Binet gibi zekâyı genel bir faktör olarak algılamışsa da bazı noktalarda Binet'den ayrılmaktadır. Yaşlara göre ayrılma yerine testleri çeşitli alt testlere, ayrıca *performans ve sözel* olmak üzere iki bölüme ayırmıştır.

Wechsler Testlerinin ilki 1939'da Wechsler-Bellevue adı altında basıldı. Wechsler'in amaçlarından biri de yetişkinler için uygun bir test geliştirmekti. Bu zamana kadar zekâ testleri çocuklar için geliştirilmiş, ancak sonradan daha zor sorular eklenerek yetişkinlere de uygulanmıştı. Bu nedenle içindekiler yetişkinlerin ilgisini çekmiyordu.

Bugün uygulanan üç ayrı Wechsler testi vardır.

- Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği (WAIS-Wechsler Adult Intelligence Scale),
- Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-Wechsler Intelligence Scale for Children),
- Wechsler Okul Öncesi Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WPPSI-Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence).

1955'de daha da geliştirilip yayınlanan Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması vardır; ancak testin Türk normları mevcut değildir.

Üniversite örnekleriyle yapılan bir araştırma [11] Amerikan normlarının üniversite örnekleminde oldukça uygun olduğunu göstermiştir. Ancak eğitim düzeyi daha düşük kişilerin değerlendirilmesinde çok dikkatli davranılması, eğitimi hiç olmayanlara ise bu testin uygulanmaması gerekmektedir. Aşağıda Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği'nin ana bölümleri ve 11 alt testi kısaca tanıtılacaktır.

Sözel Testler

Genel bilgi: En kolaydan en zora doğru sıralanan 29 sorudan meydana gelir. Amerikan kültüründe yetişmiş bir insanın öğrenme fırsatı bulabileceği çok çeşitli genel bilgi soruları bulunmaktadır.

Yargılama: Günlük yaşamda karşılaşılabilecek problem durumlarında ne yapılmasını soran, atasözlerinin açıklanması istenilen 14 sorudan meydana gelmiştir. Pratik yargılamayı ve sosyal yaşama uyumu ölçmeye yönelmiştir.

Aritmetik: İlkokul aritmetiğine benzer 14 problemden meydana gelmiştir. Her problem okunur, problemin akıldan çözülmesi istenir. Zaman sınırlı testlerdendir.

Benzerlikler: İki kavramın arasındaki benzerliği soran 13 sorudan meydana gelmiştir.

Sayı dizisi: Üç haneden 9 haneye kadar okunan rakamların tekrarını isteyen bir testtir. İkinci kısmında rakamların tersten tekrarı istenir.

Sözcük haznesi: Zorluk sırasına göre dizilmiş 40 sözcüğün anlamı sorulur.

Performans Testleri

Performans testlerinin hepsi zaman sınırlıdır.

Şifre: Sayıların altında boş bırakılan kutulara, her bir sayıya karşılık gelen işaretin yazılması istenir. Sayılara hangi işaretlerin karşılık geldiği bir çizelgede yer almaktadır. Kişinin bu çizelgeye bakarak sayılara karşılık gelen işaretleri (şifre) yazması istenir.

Resim tamamlama: Önemli bir kısmı eksik olan resimlerdeki eksikliklerin bulunması istenir.

Küplerle desen: Beyaz, kırmızı ve yarısı beyaz yarısı kırmızıya boyanmış küplerle oluşturulmuş şekillerin resimleri kişiye gösterilir ve aynı deseni küplerle oluşturması istenir.

Resim düzenleme: Sırası karışık resimlerin anlamlı bir hikaye yapacak şekilde düzenlenmesini öngören sekiz takımı resimden meydana gelmiştir.

Parça birleştirme: Doğru olarak birleştirildiğinde ortaya anlamlı bir şekil çıkacak parçalardan oluşur. Dört ayrı resim için kişiden bu parçaları doğru olarak birleştirmesi istenir.

Wechsler Testlerinin değerlendirilmesi sonucunda üç ayrı puan elde edilir.

- Sözel Zekâ Bölümü,
- Performans Zekâ Bölümü
- Tüm Zekâ Bölümü.

Bu puanlar kendi yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında bireyin başarı düzeyini gösterir.

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği'nin 1974 yılında Amerika'da yeniden uyarlaması ve standardizasyonu yapılmıştır [40]. Testin bu yeniden düzenlenen formu Türkçe'ye uyarlanmış [31, 32] ve Türkiye'nin çeşitli şehirlerinden seçilen 6-16 yaş arası 1600 çocuğa uygulanarak standardizasyon çalışması tamamlanmıştır [33].

Zeka testlerinin zaman içinde çağın gerekliliklerine göre değiştirilmesi, yenilenmesi ve geliştirilmesi gerekir. Örneğin Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği'nin yenilenmiş formu olan WAIS III' ün geliştirilmesindeki amaçlardan en önemlisi uzayan yaşam süresini dikkate alarak, yaş üst sınırını yukarı çekip, 16-89 yaş aralığındaki normları belirlemektir. Ayrıca teste güncel maddelerin ve üç alt testin daha eklenmesiyle günümüz insanı ve çağın gerekliliklerine daha uygun hale getirilmiştir [25]. Benzer şekilde çocuklar için zekâ testinin üçüncü formu 1991 yılında, dördüncü formu ise 2003 yıllarında geliştirilmiştir. Zekâ kavramındaki teorik gelişmelere paralel ve günümüz çocuklarına daha uygun maddelerin eklenmesi/değiştirilmesiyle WISC IV son halini almıştır . WPSSI de 1989 ve 2002 yıllarında olmak üzere Amerika Birleşik Devletleri'nde iki kez yeniden uyarlanmış ve standardizasyonu yapılmıştır. Wechsler testlerinin son formlarının Türkçe'ye uyarlanma ve standardizasyon çalışmaları Türk Psikologlar Derneği tarafından kapsamlı bir proje çerçevesinde başlatılmıştır.

Yukarıda kısaca anlatılan Stanford-Binet ve Wechsler testleri bireysel testlerdir. Sorular test uygulayıcısı tarafından bireye okunur ve cevapları kaydedilir. Uygulanmaları bir saat kadar alır. Bireysel testler özellikle kliniklerde kullanılır; çünkü testin sonucunda elde edilen puanlardan başka birey hakkında bir saatlik gözleme dayanan bilgi sağlayabilirler. Örneğin, bir insanın problem çözme tarzı, zaman sınırlanmadığında telaşlanıp telaşlanmaması, başarısızlıklarını nasıl karşıladığı ve bunlara benzer durumlar hakkında gözlemler yapılabilir ve bu gibi bilgiler hasta hakkında verilecek kararlarda kullanılabilir.

Bireysel olan yukarıdaki testlerden başka birçok insana birden uygulanabilen grup zekâ testleri de vardır.

KİŞİLİK DEĞERLENDİRMESİ

Bugün elimizde çok çeşitli kişilik testleri olmasına rağmen, yukarıda sözünü ettiğimiz test özellikleri (objektiflik, güvenilirlik, geçerlik vs.) yönünden kişilik testleri zekâ testlerinin eriştiği düzeye çıkmamıştır. Kişilik kavramının çok karmaşık olması bu alanda karşılaşılan zorluklardan biri olabilir. Kişilik testlerinin pek çok çeşidi ve sınıflandırılması vardır.

Anketler ve Soru Listeleri

Soru listesi (envanter) bireyin fikirleri, zevkleri, duyguları, ilgileri ve belli durumlardaki olası reaksiyonlarını araştıran sorulara bizzat yazarak cevap verdiği cetvellerdir. Sorular, çoğunlukla "evet", "hayır", "bilmiyorum" şeklinde cevaplandırılır. Bu çeşit listelere "kağıt-kalem" testleri de denmektedir. Bu testlerin uygulanışı standart ve puanlanması objektiftir. Uygulama ve puanlama kolaylığı yanında soruların değişik kimseler tarafından farklı algılanabileceği ve bireyin saklamak istediği bazı şeyler varsa kolaylıkla gizleyebileceği gibi sakıncaları vardır.

Bu testlerden bazıları kişiliğin yalnızca bir yönünü incelemek, bazıları ise birçok yönü hakkında bilgi vermek üzere düzenlenmiştir. Çok yönlü kişilik testlerine bir örnek kliniklerde sıklıkla kullanılan "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" *Minessota Çok Yönlü Kişilik Envanteridir.*

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)

Geçerliği ampirik olarak saptanmış, 556 sorudan oluşan, bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde en çok kullanılan ve çeşitli Avrupa ülkelerinde de standardizasyonu yapılmış olan bir testtir. Test yapıcıları Hathaway ve Mckinley soru gruplarını 10 temel alt testte gruplaştırmışlardır. [8]

Alt testler psikiyatrik tanı sınıflarına göre ayrılmış ve sorular normal bireylerle bazı psikiyatrik tanı grubuna giren hastaları birbirinden ayırt etme gücüne göre alt testlere bölünmüştür. Aşağıda 10 temel alt testin isimlerini ve kısa açıklamaları ve bu alt testteki sorulardan birer örnek bulacaksınız.

Alt Test 1. (Hs) *Hipokondriazis:*

Beden fonksiyonlarıyla ve mevcut olmayan hastalıklarla aşırı ilgilenme. Soru örneği: "Sık sık doktora giderim".

Alt Test 2. (D) *Depresyon:*

Genel karamsarlık, ümitsizlik duyguları, hareketlerde ağırlaşma. "Başkalarının mutlu göründüğü kadar mutlu olmayı isterdim".

Alt Test 3. (Hy) *Histeri:*

Halledilmeyen engellenme ve çatışma sonucu ortaya çıkan fonksiyonel fiziksel bozukluklar. "Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur".

Alt Test 4. (Pd) Psikopatik Sapma:

Toplumsal kural ve yasakları umursamama. "Diğerleri uygun görmese de istediğimi yaparım".

Alt Test 5. (Mf) Erkeklik-Dişilik (masculinity-femininity):

Erkek veya kadın rollerinin temel özellikleri. "Güzel elbiseleri severim".

Alt Test 6. (Pa) *Paranoya:*

Bireyin zekâsına uymayan bir veya bir seri yanlış inanç. "Kimse beni anlamıyor".

Alt Test 7. (Pt) *Psikasteni:*

Tekrar eden düşünceler ve kompülsiyonları içine alan suçlanmayla karakterize edilen obsesif-kompülsif sendrom. "Yoldaki çatlakların üzerine basmaktan çekinirim".

Alt Test 8. (Sc) *Şizofreni:*

Genel durgunluk, ilgisizlik, düşünce bozukluğu, "Sevgi fikri zayıf insanlar içindir".

Alt Test 9. (Ma) *Hipomani:*

Duygusal faaliyetlerde bozukluk, eksitasyon ve fikir uçuşmaları. "Cumartesi gecesini çılgın bir partide geçirmeyi severim".

Alt Test 10. (Si) Sosyal İçedönüklük:

Sosyal durumlarda ve insan ilişkilerinde huzursuzluk. "Fikrimce insanlar dert kaynağından başka bir şey değildir".

Temel alt testlere ek olarak testin kullanılabilirliği hakkında bilgi veren üç geçerlik alt testi vardır. Bu üç alt test puanları incelenerek cevapların içtenliği ve doğruluğu hakkında yargıya varılır. Eğer bu üç puandan herhangi biri belli bir puanın üstünde ise test geçersiz sayılır. Geçerlik alt testleri aşağıda kısaca özetlenmiştir.

Alt Test L: Yalan söylemek. Bu cümleler hemen hemen herkesin yaptığı fakat topluma hoş görülmeyen, kibar sayılmayan davranışları içine alır. "Bazan anneme, babama sinirlendiğim olur".

Alt Test F: Normal bireyler tarafından nadiren seçilen cümlelerdir. Belirtileri abartma ve kendini kötü gösterme eğilimini ölçer. "Geceleri çalışabilirim, ama gündüzleri çalışmam".

Alt Test K: Test cevaplandırmadaki savunucu olma tutumuyla ilgilidir. Bireyin zayıf yönlerini reddetme derecesini ölçer. "Sonucu ne olursa olsun fikrimi söylerim".

Alt test puanları, standart puanlara çevrildikten sonra her alt testten elde edilmiş puanlar bir çizgi ile birleştirilerek bir profil elde edilir. Yorumlar bu profilin dağılımı; eğimi ve yüksekliği gözönüne alınarak yapılır. Tek tek alt testler puanlarına göre yorumlanamaz. Örneğin şizofreni alt testinden yüksek puan almış biri şizofrenidir tarzında yorum yapılamaz; bu puanın diğer alt test puanları içindeki göreceli yeri önem kazanır.

MMPI Türkçeye uyarlanmış ve standardizasyon çalışması tamamlanmıştır [28]. Profiller Türk normlarına göre yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca testin geçerlik çalışmaları da yapılmıştır. [10]

MMPI basıldığı tarihten bu yana yaygın olarak kullanılmıştır. Ancak toplumlar, alışkanlıklar, günlük yaşam koşulları, inançlar ve hatta kullanılan dil zaman içerisinde değişmektedir. Bu nedenle test maddelerinin yeniden gözden geçirilmesi ve yeni normların belirlenmesi gerekmiştir. MMPI-2 adı verilen yenilenmiş form 1989 yılında basılmıştır [15]. MMPI dan farklı olarak MMPI-2'de geçerlik alt testlerinin sayısı arttırılmış ve içerik alt testleri eklen-

miştir. MMPI-2 için uyarlama ve standardizasyon çalışmaları tamamlanmıştır [29]. Halen Türkiye'de araştırma amacıyla kullanılmakta olan MMPI-2'nin psikiyatri kliniklerinde de kullanımı başlatılacaktır.

Çok yönlü kişilik envanterleri yanında kişilikte ya da psikopatolojide tek bir boyutu ölçen testler de geliştirilmiştir. Bireyin değerlerini (örn. değerlerin araştırılması), ilgilerini (örn. Kuder İlgi Envanteri), tutumlarını araştıran testlerin yanısıra depresyon, anksiyete, korku, duygudurum (mood) gibi psikopatolojik boyutları ölçen çok sayıda test vardır. Aşağıda psikolojik ve psikofarmakolojik tedavilerin değerlendirilmesi ve diğer araştırmalarda sıklıkla kullanılan testlerden örnekler verilecektir.

Beck Depresyon Envanteri

(Beck Depression Inventory; Beck, 1967)[4]

Depresif belirti ve tutumu değerlendiren 21 maddeden oluşur. Depresyonun şiddetiyle ilgili bilgi verir. Epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Türkçeye uyarlaması, çeşitli örneklemler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları vardır [17,18,38].

Zung Depresyon Ölçeği

(Zung Self-Rating Depression Scales; Zung, 1965) [42]

Belirti şiddetinin 4 derecede değerlendirildiği 20 maddelik soru listesidir. Depresyonun afektif, psikolojik ve somatik özelliklerini değerlendirmeye yöneliktir. Dr. Acar Baltaş tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

SCL-90-R

(Symptom Distress Check List; Derogatis, Lipman ve Covi, 1973)[9]

Psikiyatrik belirtileri içeren 90 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirmede 5 dereceli bir derecelendirilmiş ölçek kullanılmaktadır. Dokuz belirti grubunu içermektedir. Bunlar somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde huzursuzluk, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizmdir. Türkiye'de çeşitli araştırmalarda kullanılmıştır.[5,7,13,14]

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

(State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch ve Lushene, 1970) [34]

Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramına dayanarak geliştirilmiş 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin, belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini gözönüne alarak cevaplandırdığı bir ölçektir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiği dikkate alınarak doldurulur.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlamış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları tamamlanmıştır [24].

Derecelendirilmiş Ölçekler

Doğal gözlem, görüşme, vaka öyküsü, hasta yakını gibi çeşitli kaynaklardan alınan bilgilerin derecelendirildiği ölçeklerdir. Aşağıda sıklıkla kullanılan derecelendirilmiş ölçeklerden örnekler verilmiştir.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

(Hamilton Depression Rating Scale; Hamilton, 1960) [16]

Hamilton ölçeği görüşmeye dayanan gözlemlerin sistematik olarak kayıt edildiği bir çizelgedir. Suçluluk duyguları, intihar, anksiyete gibi 17 madde 5 dereceli bir ölçekte değerlendirilerek, toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Akdemir, Örsel, Dağ, Türkçapar, İşcan ve Özbay [1] tarafından yapılmıştır.

Genel Değerlendirme Ölçeği

(The Global Assessment Scale-GAS; Spitzer, Gibbon ve Endicott, 1973) [37]

Psikiyatrik hastaların sağlık-hastalık düzeyini içeren yargıların kayıt edildiği tek bir derecelendirilmiş ölçektir. Derecelendirme görüşmeye, vaka hikayesine, hasta yakınıyla görüşmeye dayanarak yapılabilir. Ölçeğin ranjı 1 ile 100 arasında değişmektedir. 1 hipotetik olarak en hasta kişiyi, 100 ise en sağlıklı insanı temsil etmektedir.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

(Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS; Overall ve Gorham, 1962) [23]

Onsekiz maddelik bu ölçek şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler şiddetlerine göre 7 dereceli bir ölçekte değerlendirilirler. Maddelerden bazıları şunlardır; somatik ilgi, anksiyete, duygusal geri-çekilme, suçluluk duyguları, kuşkuculuk, hostilite.

Yapılandırılmış Görüşme Çizelgeleri

Ruh hastalıklarının sınıflandırılmasında psikiyatrik görüşmenin kullanılması güvenirlik açısından bir çok yazarca eleştirilmiştir. Özellikle araştırma gruplarının belli tanılara göre daha güvenilir bir biçimde ayrılması amacıyla çeşitli yapılandırılmış görüşme çizelgeleri geliştirilmiştir. Bu görüşme çizelgelerinde hangi belirtilerin ne şekilde araştırılacağı örnek, standart sorularla belirlenmiştir. Bu çizelgelerden bazıları belirli bir tanı grubunu, bazıları ise tüm psikopatolojik boyutları tanımlamaya yönelik olarak geliştirilmiştir.

Aşağıda bu çizelgelerden sıklıkla kullanılanlardan bazı örnekler verilmiştir.

Şimdiki Durum Muayenesi-ŞDM

(Present State Examination-PSE; Wing, Cooper ve Sartorius, 1974) [41]

Nevrotik ve psikotik hastaların şimdiki ruhsal belirtilerini değerlendir-

me amacına yönelik yapılandırılmış bir görüşme rehberidir. ŞDM'nin çeşitli aşamalardan geçerek son duruma gelmesi, uygulanması ile ilgili ayrıntılı yönerge ve belirtileri açıklayan sözlük kitap halinde yayınlanmıştır [41].

ŞDM'de nevrotik ve psikotik nitelikte 140 belirtinin değerlendirilmesi yapılmaktadır. İlk önce uygun sorular sorularak belli bir belirtinin son bir ayda hastada olup olmadığına karar verilmekte, eğer belirti varsa belirtinin şiddeti tanımlanmış ölçütlere göre 1 ya da 2 olarak puanlanmaktadır. Böylece şu anda hastada var olan belirtiler oldukça objektif, güvenilir ve sayısal biçimde saptanabilmektedir.

Birçok uluslararası ve kültürlerarası araştırmada kullanılmış ve şimdiye kadar 12 dile çevrilmiş olan ŞDM'nin Türkçe çevirisi de vardır [30]. Hakemlerarası güvenirliği yüksektir. Ancak güvenirliğin yüksekliğini koruyabilmesi için uygulayıcıların belirli bir eğitim programından geçmeleri gerekmektedir.

DSM Tanıları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders/SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders/SCID-II)

SCID, DSM tanıları için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış klinik görüşme aracıdır. I. eksen psikiyatri tanıları ve II. eksen (Kişilik Bozuklukları) tanıları için geliştirilmiş formları bulunmaktadır. Modüler yapısı sayesinde, gerektiğinde tek bir tanıya ait bölümü de kullanılabilir. Uygulama sonucunda değerlendirilen ruhsal bozukluğun, kişinin son bir ay ve yaşam boyu öyküsünde var olup olmadığına dair bilgi edinilir. SCID, uygulama için eğitim almış ruh sağlığı çalışanları tarafından kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Farklı dillere çevrilmiş ve çok sayıdaki araştırmada standart tanı aracı olarak kullanılmıştır. Türkçe çevirisi ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Afektif Bozukluklar ve Şizofreni Çizelgesi

(Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-SADS; Spitzer ve Endicott, 1973) [35]

Bu çizelge hastanın işlevleri ve belirtileriyle ilgili bilgilerin kayıt edilmesini amaçlamaktadır. İçinde oldukça belirgin, yapılandırılmış soruların bulunduğu bu çizelgenin birinci bölümünde şimdiki epizodla ilgili sorular, ikinci bölümünde ise geçmiş öyküyle ilgili sorular bulunmaktadır. Derecelendirilmeler sadece hastadan alınan bilgiye dayanmamakta, diğer kaynaklardan alınan bilgiler de kullanılmaktadır.

SADS'ın Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır [27, 39].

Tanı İçin Görüşme Çizelgesi

(Diagnostic Interview Schedule (DIS); Robins, Helzer, Croughan ve Ratcliff, 1981) [26].

Robins ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu çizelge hemen hemen tümüyle yapılandırılmıştır. Bu nedenle psikiyatrist ve klinik psikolog olma-

yanlar tarafından da uygulanabilmektedir. ŞDM gibi yalnızca şimdiki belirtileri değil, yaşam boyu geçirilmiş bozuklukları da kapsamaktadır. Bir belirtiyi psikiyatrik belirti olarak puanlamadan önce, onun alışkanlık yapan madde kullanımına, fiziksel hastalığa ya da sakatlığa bağlı olup olmadığını araştıran soruları da içermektedir. Tanı için Görüşme Çizelgesi ile DSM-III kriterlerine, Feighner kriterlerine [12] ve Araştırma Tanı kriterlerine (Research Diagnostic Criteria) [36] göre tanı konulabilmektedir. Geçerliği ve güvenirliği kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Tanı için Görüşme Çizelgesi Hacettepe Üniversitesinde Türkçeye çevrilmiştir [20].

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

(Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS); Kay, Fiszbein ve Opler, 1987) [19].

Şizofrenide artı (pozitif) ve eksi (negatif) belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşan ölçekte, her bir madde için 7 puanlı şiddet değerlendirmesi yapılmaktadır. Tüm maddeler için tanımlar ve şiddet değerlendirmesi için detaylı ölçütler verilmiştir. İzleyen yıllarda Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale/SCI-PANSS) geliştirilmiştir [22]. Bu yapılandırılmış klinik görüşme formu Türkçe için uyarlanmıştır. [3, 21]

Projektif Teknikler

Projektif teknikler Freud'un dinamik formülasyonuna dayanır. Yansıtma (projeksiyon) rahatsız edici düşünceleri, kabul edilmesi güç fikirleri, duyguları dışa yansıtarak dış algılamayı etkileyen ego savunma mekanizmasıdır. *Projektif testler terimi ilk defa 1939'da L.K. Frank tarafından ortaya atılmıştır. Projektif testlerin amacı bireye belirsiz bir uyarıcı vererek onun duygularını, düşüncelerini, fikirlerini cevaplarında yansıtmasını sağlamaktır.* Projektif testlerin genel olarak özellikleri şunlardır:

- Dolaylı bir yöntemdir. Birey verdiği cevapların önemini bilmez.
- Cevap özgürlüğü vardır. Objektif testlerin tersine "evet", "hayır" şeklinde kısıtlı cevaplar yerine projektif testlerde tam bir özgürlük vardır. Birey uyarıcıları kendine göre cevaplandırır. Cevaplar hiçbir şekilde kısıtlanmamıştır.
- Projektif testlerde uyarıcı tam olarak belirlenmemiştir. Böylece bireyin tam belirli olmayan uyarıcıyı kendine göre değerlendirip, kendi duygu ve düşüncelerini yansıtacağı düşünülmüştür.
- Kişiliği bütün olarak değerlendirmeye yönelmiştir.
- Projektif testlerin, uyarıcılara değişik ve çok sayıda özgür cevap verme özelliği cevapların istatistik değerlendirmesini, güvenilirliğinin saptanmasını, nesnel olmayı güçleştirir.

Projektif testler uyarıcının çeşidine, testin fonksiyonuna, değerlendirme şekline göre çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Burada örnek olarak birkaç projektif testten söz edip herhangi bir sınıflandırılmaya gidilmeyecektir.

Rorschach Testi

Bu teknik İsviçre'li psikiyatrist Herman Rorschach tarafından geliştirilmiştir. Mürekkep lekelerini algılamayı incelemek için kullanırken birçok değişik tanılı hastaların değişik cevaplar verdiğini görmüş ve lekeleri tanı ve kişilik dinamiğini açıklamak için kullanmaya başlamıştır. Rorschach testi 10 kart üzerine basılmış simetrik mürekkep lekelerinden meydana gelir. 1, 4, 5, 6 ve 7'nci kartlar siyah mürekkepten; 2 ve 3'ncü kartlar siyah ve kırmızı; 8, 9 ve 10'uncu kartlar ise çeşitli renkli mürekkepten basılmışlardır.

Rorschach testi bu işte yetiştirilmiş tecrübeli bir psikolog tarafından verilmelidir. Bireyle gerekli ilişki kurulduktan sonra kartlar birer birer gösterilip, mürekkep lekelerinde neler görüldüğü, nelere benzettiği sorulur. Böylece bireyin her karta olan çağrışımları alındıktan sonra testin ikinci, yani sorgu kısmına geçilir. Bu kısımda gördüğü şeyler tek tek kendisine okunarak bunları lekenin neresinde gördüğü, resmin hangi özelliğinin algısını etkilediği sorulur. Böylece elde edilen Rorschach protokolü aşağıdaki kategorilere göre puanlandırılır:

Yer (Nerede?): Lekenin neresinde görüldüğünü bildirir. Algı lekenin bütününü, büyük bir parçasını, önemsiz bir detayı ya da beyaz alanları kapsayabilir.

Belirleyici (Nasıl?): Resim ne bakımdan verilen cevaba benziyor? Bunlar şekil, renk, hareket veya gölge olabilir.

İçerik (Ne?): Cevaplar, resmin kapsamına göre sınıflandırılır. Hayvan, insan, anatomi, bitki, cinsiyet, ateş, kan, benzeri gibi.

Orijinallik: Verilen cevap orijinal olup olmamasına göre puanlandırılır. Cevaplar herkes tarafından verilen cevaplar mı, yoksa nadiren rastlanan cevaplar mıdır?

Rorschach protokülünün değerlendirilmesi yukarıda sözü edilen kategorilerdeki cevapların oranları, cevapların niteliği gözönüne alınarak yapılır.

Tematik Algı Testi (TAT)

H.A. Murray ve C.D. Morgan tarafından geliştirilen bu test, üzerlerinde hikâye anlatmaya elverişli resimler bulunan 30 karttan meydana gelir. Bireye daha önceden seçilmiş on kart teker teker gösterilerek kendisinden her kart için konusu olan bir hikâye anlatması istenir.

TAT'nin sayıltılarından biri, bireyin hikâye anlatırken hikâyedeki kahramanla özdeşim yapacağı ve kahramana atfettiği duyguların, düşüncelerin kendi duygu ve düşüncelerini yansıtacağıdır. TAT hikâyelerinin hepsi gözönüne alınarak sonunda bireyin genel tutumları (örneğin, annesine babasına, otorite figürlerine, başarıya karşı, vb.), değerleri (örneğin, dine karşı, insanlara karşı vb.) ve duyguları hakkında bilgi edinilebilir.

TAT'nin çocuklara uygulanan formu L. ve S. Bellack tarafından geliştirilmiştir. CAT *(Children's Apperception Test)* adı verilen bu test üzerlerinde insan yerine hayvan figürleri bulunan 10 karttan meydana gelmiştir. Psikanalitik kuramın etkisiyle resimler psikoseksüel dönemlerdeki temel çatışmaları yansıtacak şekilde seçilmiştir.

TAT ve Rorschach kliniklerde en fazla kullanılan projektif testlerdir. Bunlardan başka, uygulanması görece daha kolay olan *cümle tamamlama testleri* de kullanılır. Cümle tamamlama testlerinin en bilinenlerinden biri *Rotter Cümle Tamamlama Testi*'dir. Bu test sadece bir iki kelimesi yazılmış, gerisi doldurulması için boş bırakılmış maddelerden meydana gelmiştir. Örneğin: "Hoşlandığım şey...", Erkekler ....." gibi.

Çok sayıda ve çok çeşitli projektif teknikler geliştirilmiştir. Biz burada sadece çok kullanılan birkaç tanesinden örnek verdik. Test geliştirenler arasında genel eğilim yeni teknikler ortaya çıkartmak olmuştur. Testlerin geçerliliği ve güvenilirliğini arttıracak yöntemler bulmak ve eldeki teknikleri ilerletmekle kişilik testlerinin zekâ testleri düzeyine erişmesi umut edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H** (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4(4):251-259.
2. **Anastasi A (1982)** Psychological Testing. (5. Ed.) New York: Macmillan.
3. **Anıl Yağcıoğlu AE, Ertuğrul A, Başar K, Ayhan Y, Ulusoy S. (2004)** Çeviri, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği için Yapılandırılmış Klinik Görüşme: SCI-PANSS. Telif hakkı© 1992, 1999 Multi-Health Systems Inc.Tüm hakları saklı. ABD'de P.O.Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003. Kanada'da 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, 1-800-268-6011. Uluslararası +1-416-492-2627.Fax +1-416-492-3343. İzin ile çoğaltılabilir.
4. **Beck AT (1967)** Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York: Harper and Row.
5. **Birsöz S (1980)** Hastalık Öncesi Yaşam Değişimleri ve Ruhsal Sonuçları Üzerine Bir İnceleme. Hacettepe Üniv. Doçentlik Tezi, Ankara.
6. **Cronbach JJ (1960)** Essentials of Psychological Testing. (3. Ed.). New York: Harper and Row.
7. **Dağ İ (1991)** Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin güvenirliği ve Geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2 (1): 5-12.
8. **Dahlstrom WE, Welsh GS, Dahlstrom LF (1972)** An MMPI Handbook, Clinical Interpretation, Vol. 1., Minneapolis: Univ. of Minnesota Press.
9. **Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973)** SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. Psychopharmacological Bulletin, 9:13.
10. **Erol N (1982)** Ülkemizdeki Psikiyatrik Hastalarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin Geçerlik Araştırması. Doktora Tezi. A.Ü. Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi.
11. **Epir S, İskit Ü (1972)** Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği Türkçe çevisinin ön analizi ve üniversite danışmanlık merkezlerindeki uygulama potansiyeli. Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 4:, 198-205
12. **Feighner JP ve ark (1972)** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry, 26:57-63.
13. **Fidaner H, Fidaner C (1984)** SCL-90 Ruh Sağlığı Testinin Uygulanması ve Metodolojik Sorunlar. XX. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde sunulmuş bildiri, Bursa.

14. **Gökler B (1978)** Nevrotik Kadın Hastaların İlkokul Çağındaki Çocuklarının Ruhsal Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniv., Uzmanlık Tezi. Ankara.
15. **Graham JR (1993)** MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology. (2. Ed.). New York: Oxford University Press.
16. **Hamilton M (1960)** A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 23:56.
17. **Hisli N (1989)** Beck Depresyon Envanteri'nin Psikiyatri Hastası ile İlgili Geçerliliği. Psikoloji Dergisi, 21: 118-126.
18. **Hisli N (1989)** Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 23: 3-13.
19. **Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987)** The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bull, 13(2):261-276.
20. **Kayatekin S, Öztürk MO (1978)** Tanı İçin Görüşme Çizelgesi (Basılmamış).
21. **Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A (1999)** Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 14(44):23-32.
22. **Opler LA, Kay A, Lindenmayer JP, Fiszbein A. (1992)** Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS). Telif hakkı© 1992, 1999 Multi-Health Systems Inc.Tüm hakları saklı. ABD'de P.O.Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003 Kanada'da 3770 Victoria Park Ave.. Toronto, ON M2H 3M6, 1-800-268-6011. Uluslararası +1-416-492-2627.Fax +1-416-492-3343. İzin ile çoğaltılabilir.
23. **Overall JE, Gorham DR (1962)** The Brief Psychiatric Rating Scale. Psyhological Reports, 10:799.
24. **Öner N, ve Le Compte A (1983)** Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
25. **Psychological Corporation (1997)** WAIS III. (12 Temmuz 2006) http://harcourtassessment.com/hai/Images/resource/library/ppt/waispres.
26. **Robins LN, Helzer JE ve ark (1981)** National Institute of Mental Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. Arch. Gen. Psy-chiatry, 38:381-389.
27. **Saka MC., Uluşahin A, Batur S ve ark (1998)** Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi Türkçe formu güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 9:4, 265-68
28. **Savaşır I (1981)** Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı. Ankara: Sevinç Matbaası.
29. **Savaşır I, Çulha M (1996)** Development of the MMPI-2 in Turkey . In JN Butcher, (Ed.), International Adaptations of the MMPI-2 (448-460). Minneapolis:University of Minnesota Press.
30. **Savaşır I, Öztürk MO, Göğüş A (1978)** Şimdiki Durum Muayenesi (Basılmamış).
31. **Savaşır I, Şahin N (1978)** WISC uyarlama çalışmaları, Ön Rapor-I. Psikoloji Dergisi, 1:33-37.
32. **Savaşır I, Şahin N, (1979)** WISC uyarama çalışmaları, Ön Rapor-II. Psikoloji Dergisi, 1:16-22.
33. **Savaşır I, Şahin N (1988)** Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Testi (WISC-R). Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
34. **Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970)** Manual for State-Trait Anxiety Invenory. California: Consulting Psychologist Press.
35. **Spitzer RL, Endicott J (1973)** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. New York State Department of Mental Hygiene, New York.
36. **Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978)** Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. Arch. Gen. Psychiatry, 35:773-782.
37. **Spitzer RL, Gibbon M, Endicott J (1973)** Global Assessment Scale. New York State Department of Mental Hygiene, New York.
38. **Tegin B (1980)** Depresyonda Bilişsel Şemalar, Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü Doktora tezi.
39. **Uluşahin A, Kara S, Batur S ve ark (2000)** Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması). Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Der gisi 8:100-105
40. **Wechsler D (1974)** WISC-R Manual. New York: The Psychological Corp.
41. **Wing JK, Cooper JF, Sartorius N (1974)** The Measurement and classification of Psychiatric Symtoms. An Instruction Manual for the PSE and Catego Program. London: Cambridge University Press.
42. **Zung WW (1965)** A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiatry, 12:63.

BÖLÜM XIII

II

KLİNİK NÖROPSİKOLOJİ-BİLİŞSEL YETİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Psik. Doç. Dr. Ayda Kılıç*, Uzm. Psik. Banu Elmastaş-Dikeç**

Klinik nöropsikoloji uygulamalı psikolojinin doktora ve doktora sonrası eğitimi gerektiren bir uzmanlık alanıdır. Klinik nöropsikologların birincil görevi beyin hasarları tespit edilmiş (CT, MRI, EEG v.b.) hastaların ya da yapısal bir bozukluğun ortaya konulamadığı ancak bilişsel süreçlerde problemi olan bireylerin bilişsel işlevlerini nöropsikolojik testler, davranış gözlemleri ve ölçekler ile değerlendirmek ve bu değerlendirmenin sonuçlarını tanıya ve/ya da tedaviye yardımcı olacak şekilde rapor haline getirmektir. Klinik nöropsikolojide ölçme ve değerlendirmenin ele alındığı bu yazı dört bölümden oluşmaktadır. İlk iki bölümde nöropsikolojinin farklı alanları, diğer disiplinlerle ilişkileri ile klinik nöropsikolojik değerlendirmenin amaçlarına kısaca değinilmiştir. Nöropsikolojik testlerin kullanımı, test performanslarının değerlendirilmesi ve yorumu gibi nöropsikolojik değerlendirmenin önemli bileşenlerine farklı bakış açılarından yaklaşan değişik yönelimlere ise üçüncü bölümde yer verilmiştir. Nöropsikolojik değerlendirme sürecinde, hastanın problemli olduğu düşünülen bilişsel yetilerinin ölçülmesine ağırlık verilmekle birlikte, olabildiğince çok bilişsel işlevin bir profilini ortaya koyabilmek önemlidir. Özellikle Batı ülkelerinde bu amaçla geliştirilmiş, normatif çalışmaları yapılmış ve standart kullanıma sunulmuş birçok test bulunmaktadır [59]. Bu nedenle yazının dördüncü bölümünde bellek, konuşma ve dil, dikkat, görsel-mekansal işlevler ile planlama, kavram oluşturma, akıl yürütme gibi işlevle-

*Buffalo Univeristesi, Nöroloji Bölümü.Bilişsel ve Davranışsal Nörobilimler Laboratuvarı

**Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü

rin oluşturduğu yönetici işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden örnek verilirken Batı normlarıyla oluşturulmuş testlerden söz edilecektir. Bu testlerden çok kısıtlı bir bölümü Türkçe'ye çevrilmiş daha da az sayıda testin psikometrik çalışmaları yapılmıştır [39, 62] Nöropsikolojik testlerin klinik psikolojinin temel araçları olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde bu alanın tanımlanması, kaliteli eğitim verebilmesi ve bu alanda hizmet veren klinisyenlerin doğru değerlendirmeler yapabilmeleri için daha fazla geç kalınmadan ekolojik geçerliği yüksek, eğitim, yaş, cinsiyet ve yaşam alanı gibi önemli demografik faktörlerin dikkate alınarak geliştirildiği testlere gereksinim vardır.

Bu yazıda ele alınan her bölüm başlı başına bir kitap konusu olacak nitelikte kapsamlıdır. Yazarların amaçladığı klinisyen, araştırmacı, tıp ve psikoloji öğrencileri ile klinik nöropsikoloji alanına ilgi duyan okur kitlesine giriş niteliğinde bir kaynak sunmaktır.

I. NÖROPSİKOLOJİ VE ALT ALANLARI

Nöropsikoloji, beyin ve davranış arasındaki ilişkinin değişik düzeylerde çalışıldığı temel sinirbilimlerin bir alt alanıdır. Amaçları davranışı beynin işlevi olarak bilimsel bir çerçeve içerisinde araştırmak olan nöropsikologlar, nöroanatomi, biyoloji, biyofizik, fizyoloji, farmakoloji, nörokimya gibi temel bilimler ile nöroloji, psikiyatri, klinik psikoloji, bilişsel psikoloji, bilgisayar mühendisliği gibi uygulamalı ve deneysel alanlarla yakın işbirliği içerisindedirler.

Nöropsikolojiyi temelde *deneysel* ve *klinik nöropsikoloji* olarak iki alt alana ayırabiliriz. *Klinik nöropsikoloji* özellikle Batı ülkelerinde sınırları görece olarak daha belirli, doktora düzeyinde bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikologlar Derneğinin Klinik Nöropsikoloji Bölümü (Bölüm 40) klinik nöropsikoloğu bir dizi kriterle tanımlamıştır [24]. Buna göre *klinik nöropsikolog* görevi merkezi sinir sisteminin yapısal ve işlevsel bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkan biliş ve davranış bozukluklarının değerlendirilmesi olan doktora düzeyinde bir meslek psikoloğudur. Klinik nöropsikoloji uzmanlığı, temel psikoloji, temel klinik psikoloji (psikopatoloji, ölçme ve değerlendirme), temel sinirbilimler (fizyoloji, nörobiyoloji, farmakoloji, nöroanatomi), bilişsel psikoloji ve klinik nöropsikoloji (klinik nöroloji ve nöropatoloji, ölçme, değerlendirme ve uygulama) programlarından oluşan kapsamlı bir eğitimi gerektirir. Ancak özellikle klinik psikoloji ve temel sinirbilimler alanlarından doktoralı uzmanlar gerekli altyapıya sahipseler bir ya da iki senelik doktora sonrası eğitim ile klinik nöropsikoloji uzmanı olabilirler [12, 61]. Ülkemizde ise üniversitelerimizde birçok nöropsikolojik testin Türkçe'ye çevrilme ve bu testlerin Türk kültürüne uyarlama çalışmaları yapılmasına karşın [39, 62], henüz yukarıda anılan kriterler çerçevesinde değerlendirilebilecek klinik nöropsikoloji doktora ve doktora sonrası eğitimi bulunmamaktadır.

Deneysel nöropsikoloji, temel ve uygulamalı sinirbilim alanlarından uzman ve araştırmacıların değişik analiz düzeylerinde davranış ve beyin ilişkisini çalıştıkları geniş bir araştırma alanını oluşturmaktadır. Örneğin değişik bellek sistemlerinin yapısı, organizasyonu, işleyişi ve bozuklukları genetik düzeyde, sinaps düzeyinde, yerel devreler, yaygın sistemler ya da bilişsel ve davranışsal düzeyde incelenebilir. Temel sinirbilimlerin ve deneysel nöropsikolojinin en önemli görevlerinden bir tanesi, değişik düzeylerden elde edilen araştırma bulgularını, açıklanmak istenen davranışı ya da bilişsel işlevi kapsayacak şekilde kuramsal temeller üzerine oturtmaktır.

II. KLİNİK NÖROPSİKOLOJİNİN KAPSAMI VE AMACI

Klinik nöropsikolojik değerlendirmede amaçlanan, bireyin değişik alanlardaki bilişsel yetilerinin, gözlem, mülakat ve nöropsikolojik testlerle saptanmasıdır. Bu amaç doğrultusunda hastanelerin nöroloji ve psikiyatri birimleri başta olmak üzere birçok değişik bölümlerinden (kardiyoloji, onkoloji, endokrinoloji vb.) okullardan, iş yerlerinden ve adli olgularda karar verebilmek amacıyla mahkemelerden nöropsikolojik değerlendirme istemi gelebilir. Yakın bir döneme kadar nöropsikolojik değerlendirme özellikle beyin lezyonun yerini tespit etmek ve yaptığı hasarın boyutlarını saptayabilmek için uygulanmaktayken, beyin görüntüleme tekniklerindeki hızlı gelişme, nörolojik muayene ve tanıya yönelik laboratuar testleri nöropsikolojinin farklı bir yöne kaymasına neden olmuştur. Hastada beyin hasarının görüntüleme teknikleriyle saptanmış olması, bu hasarın oluşturabileceği bilişsel bozukluklara ilişkin ipuçları vermesine karşılık, işleve yönelik açıklayıcı bilgi çoğu kez detaylı bir nöropsikolojik değerlendirme ile elde edilebilir. Dolayısıyla birçok olguda nöropsikolojik değerlendirme sonucunda hastanın yeti kayıplarıyla birlikte sağlam olan bilişsel süreçleri de tanımlanır. Değerlendirmede sağlam yetilerin de ortaya konması, bu yetilerin ileride nöropsikolojik rehabilitasyon alanında problemli süreçlerin telafisinde kullanılabilmesine yarayacağından oldukça önemlidir. Lezak, Howieson ve Loring [44] nöropsikolojik değerlendirmenin amacını (a) tanı koyma (b) hasta bakımı (c) tedavi ve tedavi değerlendirmesi (d) adli olgularda bilirkişi olarak yer almak olarak tanımlamaktadırlar. Iowa-Benton nöropsikoloji yöneliminden olan Tranel ise nöropsikolojik değerlendirmenin oldukça sık kullanıldığı durumları şu şekilde özetlemektedir [64]:

(a) Beyin hasarlı hastalarda bilişsel yetilerin, rehabilitasyon gereksinimlerinin ve işe/okula dönme kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla ortaya konması

(b) Tedavi (ilaç ya da ameliyat) öncesi bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi ve taban ölçümlerinin alınması. İlaç tedavisi ve ameliyat (örn. beyin tümörleri, açık kalp ameliyatları, epilepsi cerrahisi) sonrası hastaların nöropsikolojik durumlarının değerlendirilmesi ve taban ölçümlerle karşılaştırılması. Tedavi süresinde (her zaman mümkün olmayabilir), sonunda ve hastanın iyileşme

döneminde nöropsikolojik değerlendirmenin belirli aralıklarla tekrarlanması ve sonuçların tedavi bağlamında karşılaştırılması.

(c) Dikkat bozuklukları, disleksi gibi gelişimsel temelli olduğu düşünülen, bireyin kişisel, sosyal ve eğitim durumunu etkileyebilen problemlerin tanımlanması ve bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi.

(d) Standart nörolojik ve beyin görüntüleme yöntemleriyle saptanamamış ancak nörolojik olduğu düşünülen hafif kafa travması, erken dönem bunama sendromları gibi bireylerin bazı özgül davranış ve bilişsel bozukluklar sergilediği durumlarda nöropsikolojik değerlendirme hastanın beyin işlevleri ile ilgili duyarlı sonuçlar vermektedir.

(e) Özellikle bunamadan şüphelenilen olgularda, bilişsel işlevlerin zaman içerisinde değerlendirilmesi

(f) Bilişsel süreçlerinde bozukluk saptanmış hastaların mümkün olduğunca yaşamlarını başkalarına en az düzeyde gereksinim duyacak derecede devam ettirebilmelerini sağlamak, eğer işlerini yapacak kapasiteyi yitirmişlerse onlara uygun yeni uğraşlar bulabilmek amacıyla rehabilitasyona yönelik nöropsikolojik değerlendirme.

(g) Adli olguların değerlendirilmesi.

Tranel, nöropsikolojik değerlendirmenin bir başka amacının da organik bozuklukların psikiyatrik (işlevsel) bozukluklardan ayrıştırılması olduğunu ifade etmektedir. Ancak organik-işlevsel ayırımı son yıllarda oldukça tartışmalı bir ayırım olarak kabul edilmektedir [35]. Dolayısıyla günümüzde beyin yapılarıyla işlevlerinin ayrı tutulamayacağı görüşünü savunan birçok nöropsikolog, klinik değerlendirmede organik ve işlevsel ayırımını kabul etmemektedir. Bununla birlikte bunaltı, duygu-durum bozukluğu ve şizofreni gibi olgularda saptanan bilgi-işlem problemleri ile örneğin, bunama süreci içinde bulunan bir hastanın sergilediği bilişsel bozuklukların benzerlikleri ve farklılıkları açısından ortaya konması, hastalığın tanısı, tedavisi ve prognozu açısından önemlidir. Bu yönüyle ayrıntılı bir nöropsikolojik değerlendirme bilgi verici olmaktadır.

III. NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMEDE FARKLI YAKLAŞIMLAR

Her alanda olduğu gibi nöropsikolojik değerlendirmede de farklı yönelimler vardır. Her ne kadar bütün yaklaşımların ortak amacı hastanın bilişsel yetilerinin bir profilini çıkartmak ise de her birinin veri toplama yöntemi (test kayıt), kuramsal yaklaşımı, test performanslarının değerlendirilmesi ve yorumu gibi alanlara farklı bakış açıları vardır. Alanda en çok uygulanan üç yaklaşım *sabit batarya*, *esnek batarya* ve *süreç yaklaşımı*dır.

1. Sabit Batarya Yaklaşımı: Bu yönelimdeki birincil amaç hastanın olabildiğince çok bilişsel kapasitesinin psikometrik özellikleri sağlam standardize testlerle değerlendirilmesidir. Bu amaçla bilişsel yetiyi ölçen birçok

test geliştirilmiş olup genellikle hastanın problemi ne olursa olsun hastaya bataryanın tüm testleri uygulanır. *Halstead-Reitan Bataryası* sabit batarya yaklaşımına örnek verilebilir [51]. Klinik gözlemleri ve niteliksel yorumları göz ardı etmemekle beraber hastanın performansının en tarafsız ve yetkin bir biçimde değerlendirilmesinin ancak test sonuçlarının yorumlanması ile gerçekleşebileceğini öne sürer. İlk kez Halstead tarafından frontal lob hasarlarını diğer beyin hasarlarından ve normallerden ayrıştırabilmek için geliştirilen yedi ana testten oluşan bataryada zaman içerisinde değişiklikler yapılmış, beş teste (kategori testi, dokunma-performans testi, ritim testi, konuşma-ses algısı testi, parmak vurma testi) indirgenen esas test grubunun yanı sıra başka testler de bataryanın kapsamına alınmıştır (iz-sürme testleri, wechsler zekâ ölçekleri, afazi tarama testi, el dinamometresi). Halstead-Reitan bataryası beyin hasarının olup olmadığını, varsa hasarın yerini ve özelliklerini ortaya çıkarmayı amaçlamasına karşın bu konudaki araştırmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Bunun yanı sıra bataryanın tümünün uygulanmasının uzun zaman alması yorgunluğun performans verilerini etkilemesine neden olmaktadır. Bununla birlikte bu batarya kapsamında geliştirilmiş birçok test (örneğin iz sürme testleri) nöropsikolojik yetilerin değerlendirilmesi amacıyla farklı yönelimden klinisyenler ve araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır.

2 . Esnek Batarya Yaklaşımı: Her hastanın değerlendirilmek için gönderilme nedenine, klinik öyküsüne, görüşmeye ve ön değerlendirmede yansıttığı duruma göre testlerin seçildiği daha bireysel ve özgül bir yönelimdir. Esnek batarya yaklaşımına örnek olarak *Iowa-Benton Nöropsikolojik Değerlendirme* yönelimi verilebilir. Bu yaklaşımın öncüsü olan Benton [7], nöropsikolojik değerlendirmeyi klinik gözlemin bir uzantısı olarak görür. Klinik gözlem süresince ve sonunda ulaşılan sayıltılar nesnel yöntemlerle incelendiğinde hastanın performansı daha kesin ve güvenilir (psikometrik anlamda) olarak değerlendirilebilir. Iowa-Benton yaklaşımında Halstead-Reitan'da olduğu gibi birçok bilişsel alanın ölçüldüğü bir asıl batarya tanımlanmıştır [64]. Bu testlerin birçoğu öncelikle ampirik olarak kullanılmış, zaman içerisinde yaş, cinsiyet, eğitim gibi değişkenlere bağlı olarak norm verileri saptanmış ve klinik değerlendirmede kullanılmak üzere test olarak geliştirilmişlerdir [9]. Iowa-Benton bataryasını oluşturan esas testler *(1) Zamana, kişiye ve yere yönelim, (2) Başkanlar testi, (3) Wechsler Yetişkinler için Zekâ testinin sözel ve performans alt testlerinden bazıları (4) Karmaşık Şekil Testi, (5) İşitsel- Sözel Öğrenme Testi,(6) Saat Çizme Testi (7) İz Sürme, A ve B Formları (8) Sayı-Sembol Testi (9) Kontrollü Sözcük Çağrışım Testi (10) Benton Görsel Hatırlama Testi, (11) Benton Yüz Tanıma Testi* olarak saptanmıştır. Sabit batarya yaklaşımından farklı olarak Iowa-Benton bataryasının hepsinin uygulanıp uygulanmamasına hastanın gereksinimlerine göre karar verilir. Bu ana bataryada bulunan testlere eklemeler ve çıkarmalar yapılabilir.

3. Boston-Süreç Yaklaşımı: Kaplan'ın öncülüğünü yaptığı bu yöntem, kuramsal olarak bir problemin birbirinden farklı işlemlerle sonuçlandırılabileceğini, dolayısıyla çözümün merkezi sinir sisteminin farklı yapılarının işlevlerinden kaynaklanabileceği görüşünü temel almaktadır [36, 47]. Bu yönelime göre, bilişsel kapasiteleri ölçmek için düzenlenmiş birçok testin birden fazla bileşeni (örneğin motor, algılama-duyu işlevleri, bellek, dikkat) vardır. Dolayısıyla bir testin başarılamamasının ya da karşılaştırılan norm grubuna göre düşük puanlanmasının (ya da tam tersi de olabilir) bu bileşenlerden hangisi ya da hangilerine bağlı olduğu, sadece sonuca bakılarak anlaşılamaz. Kısaca bir testin değerlendirilmesinde *yalnızca* genel başarıya odaklanmanın, bireyin doğru ya da yanlış bir sonuca varırken kullandığı yöntemleri ortaya koyamayacağını savunur. Bununla birlikte uygulanılan testlerin psikometrik özellikleri tanımlanmış testler olması gerçeğini de göz ardı etmez. Uygulamada kullanılan birçok testin standart kullanımlarının yanı sıra sınırların incelendiği değişik bölümler de eklenebilir. Tüm bu değişikliklerin puanlanabilmesi amacıyla işlemsel tanımlarının yapılabilir olmasına da özen gösterilir. Süreç yaklaşımıyla değerlendirilen birçok nöropsikolojik testte sağ ve sol hemisfer hastalarının birbirlerinden farklı çözüm yolları kullandıkları gösterilmiştir [47]. Bu bağlamda Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği nöropsikolojik bir araç olarak geliştirilmiş ve bataryanın birçok alt testine standart yönergeler aynı kalmak koşulu ile çok sayıda farklılık getirilmiştir [59, 44, 47]. Kaplan'ın versiyonunda alt testlere devam edilmemesi ile ilgili yönergeler ile zaman sınırlamaları uygulanmamakta ancak testi veren kişi standart yönergeler gereği testin asıl zamanlarını kayıt etmek zorundadır. Örneğin *Bloklarla Şekil Yapma* testinde hastanın blokları düzenlerken gerçekleştirdiği her hareket için akış şeması kayıt edilir. *Resim Düzenleme* alt testinde ise hastadan resimlerin dizilişi ile ilgili bir hikaye anlatması istenir. *Aritmetik testinde* zaman sınırlaması ve arka arkaya dört yanlış cevaptan sonra teste devam edilmemesini öngören yönerge uygulanmaz. Doğru cevap verilemeyen sorular için hastaya önce problemin yazılı bir gösterimi sunulur, buna da cevap verilemez ise kağıt kalem kullanarak çözüm istenir. Eğer burada da hasta başaramıyorsa işlemlerin gösterildiği bir form verilerek hastanın bu işlemleri tamamlaması beklenir. Bu yaklaşımda özetle psikometrik yöntemlerle değerlendirilen davranışın niteliksel bileşenlerini anlayabilmek, betimsel analiz ile güvenirlik ve geçerlik bilgilerini birleştirebilmek ve değerlendirilen davranışı deneysel nöropsikolojinin kuramsal çerçevesiyle bağdaştırabilmek amaçlanmaktadır. Bu yöntemin gelecek vadeden bir yöntem olmakla birlikte, ancak alanda çok deneyimli nöropsikologların uygulayabilir olması, bireysel ölçütlerin etkisi, değerlendirmenin çok uzun sürmesi ve bu değişimlerle ilgili yeterli norm çalışmalarının henüz tamamlanmamış olması çözüm bekleyen problemler olarak ortaya çıkmaktadır.

IV. BİLİŞSEL İŞLEVLER VE DEĞERLENDİRME

Nöropsikolojik değerlendirme (a) hastalık öyküsünün alınması, (b) klinik görüşme ve bilişsel durum muayenesi (c) test uygulaması ve (d) rapor yazma aşamalarından oluşur. Değerlendirme süresi hastanın ayaktan ya da yatan hasta olmasına, motivasyonuna, nöropsikologla ya da testi yapanla kurduğu ilişkiye ve uygulanan testlerin uzunluğuna göre değişir. Genellikle ayırıcı tanının gerektiği durumlar, adli olgular ve ameliyat öncesi değerlendirmeler hastanın işbirliğine bağlı olarak daha ayrıntılı olur. Yatak başı değerlendirmeler ise konsültasyon sorusuna göre değişmekle birlikte hastanın genel durumu ve motivasyonu değerlendirme sürecinde belirleyici etkenlerdir.

Kapsamlı bir nöropsikolojik değerlendirme hastanın öyküsünü almakla başlar. Öykü hasta ile ilgili alınabilecek tüm gerekli bilgileri içermelidir. Eğer hastadan çeşitli nedenlerle öykü alınamıyorsa, hasta yakınlarından ya da hastayı tanıyanlardan bilgi istemek yerinde olur. Öyküde, hasta ile ilgili demografik bilgiler, yakınmanın tanımı (nedir, ne zaman başladı) hastanın diğer sağlık sorunları, aile, eğitim, iş hayatı, hastalığın bunlara bir etkisinin olup olmadığı, hastanın gelişim öyküsü alınmalıdır. Aynı zamanda hastaya bir bozukluk tanısı konmasının hastaya bir kazanç getirip getirmeyeceği de (örneğin adli durum) soruşturulmalıdır. Bununla birlikte öykü alınırken hastanın davranışlarına dikkat etmek ve bunları kayıt etmek önemlidir. Bu gözlemlerin içerisine hastanın tavrı, duygu durumu, fiziksel görüntüsü, uygulamaya karşı tutumu, motor etkinliği, konuşması (konuşma hızı, akıcılığı, içeriği, ses tonu, konuşulanı anlama yetisi) kayıt edilmelidir. Ayrıntılı bilgi ve gözlem, test sonuçlarının rapor haline getirilme aşamasında klinisyene hastalığın ayırıcı tanısı, test puanlarının yorumu ve rehabilitasyon önerileri için önemli ek bilgiyi oluşturur.

Nöropsikolojik değerlendirmede genel bilişsel yetiler (zekâ), dil ve konuşma, algı, dikkat, duyu-motor işlemler, bellek ve yönetici işlevler olarak gruplandırılan planlama, organizasyon, bilişsel esneklik, geribildirimlerin amaca uygun kullanılabilmesi gibi işlevler birçok testle değerlendirilir. Genelde, öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite ve zekâ geriliği gibi tanı değerlendirmelerinin dışında tüm zekâ testinin ya da başarı testlerinin uygulanması gerekmez. Bunun yerine premorbid zekâ düzeyini saptamak üzere geliştirilmiş bazı endeksler (örneğin Barona endeksi), Wechsler kısaltılmış zekâ ölçeği (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence-WASI) ve eğer tanıya yardımcı olacaksa başarı testlerinin alt testleri uygulanabilir (örneğin Wide Range Achievement Test-WRAT). Klinik değerlendirmede kullanılan testlerin psikometrik çalışmaları yapılmış, geçerli ve güvenilir testler olmalarının yanı sıra normatif değerlerinin de bulunması gerekmektedir.

Klinik değerlendirmede yorum aşamasında ham puanlar kullanılmazlar. Standardizasyonu gerçekleştirilmiş bir çok testin ham puanları standart puanlar, ölçek puanları (bakınız Wechsler zekâ ölçekleri) ya da T puanlarına

çevrilir. Ancak bazı testlerin sadece grup (yaş, eğitim, cinsiyet) ortalama ve standart sapma değerleri bulunmaktadır. Bu durumda hastanın performans değerlendirmesi z puanına ya da standart puana çevrilip norm grubuyla karşılaştırılabilir. Bu dönüşümler yapılırken uygulamacıların dikkat etmesi gereken nokta birçok test performansının normal dağılım göstermediğidir.

1. Genel Bilişsel Kapasitenin Değerlendirilmesi

Barona Endeksi ve Okuma Testi: Bir nöropsikolojik değerlendirmede zekâ düzeyinin ya da genel bilişsel kapasitenin belirlenmesi iki açıdan önemlidir. Birincisi, birçok nöropsikolojik test performansının bireyin zekâ puanı ve genel bilişsel kapasitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [18]. İkinci olarak bilişsel yeteneklerin bireyler arasında farklılık göstermesi nedeniyle bireyin test performansının sadece genel normlarla karşılaştırılması klinik anlamda kısıtlı bilgi verir. Örneğin bir test puanı bir hasta için normal değerde kabul edildiği halde aynı puan bir başka hastada zaman içerisinde yeti kaybını gösteriyor olabilir [21]. Değerlendirmenin klinik olarak anlamlı olabilmesi için hastanın şu andaki test performansının geçmiş test performanslarıyla karşılaştırılması önemlidir. Ancak birçok durumda hastanın daha önceki test performanslarına ulaşmak mümkün değildir. Bu iki nedenden ötürü hastanın hastalık öncesi (premorbid) zekâ ve genel yetenek düzeyini tespit etmek gerekir. Bu amaçla geliştirilmiş birçok yaklaşım olmakla beraber değerlendirmelerde Barona Endeksi ve Ulusal Yetişkin Okuma Testi (National Adult Reading Test) sıklıkla kullanılmaktadır. *Barona Endeksi* [4] yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, gibi demografik değişkenlerin kullanıldığı bir regresyon formülüdür.

Ulusal Yetişkin Okuma Testinde [17] ise hastadan kolaydan zora doğru sıralanmış 50 sözcüğü okuması istenir. Bu testteki toplam hata sayısının farklı kat sayılarla çarpımı sözel, performans ve genel zekâ yaklaşım puanını verir.

Wechsler Kısaltılmış Zekâ Ölçeği: Klinik değerlendirmede ve araştırmada zekâ düzeyini daha az testle geçerli ve güvenilir olarak tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir [63]. İki sözel (sözcük dağarcığı, benzerlikler) ve iki performans (bloklarla desen ve matrisler) olmak üzere toplam dört alt-testten oluşmaktadır. Wechsler Yetişkin Zekâ Testi ile paralel olarak sözel, performans ve genel zekâ puanları elde edilir. Ancak sadece iki alt test verilerek de zekâ bölümü elde edilebilir (sözcük dağarcığı ve matrisler). Altı yaştan 89 yaşa kadar normlandırılılan bu test, Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-3. Formu ve Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği-3. Formu ile istatistiksel olarak ilişkilendirilmiştir.

2. Duyu-Motor Yetiler

Duyu-motor yetiler bir uyaranın algılanmasında ve yorumlanmasında, bir uyarana bağlı ya da bu uyarandan bağımsız olarak istemli hareketlerin

koordinasyonunda temel oluştururlar [33]. Bu nedenle duyu-motor yetiler beyin ve sinir sisteminin işlevselliğini doğrudan gösterir [52]. Aynı zamanda araştırmalar duyu-motor yetilerin yüksek bilişsel işlemlemeyi ve okuma, yazma, matematik gibi akademik becerileri yordadığını göstermektedir [43] . Bir nöropsikolojik değerlendirmede duyu-motor yetilerin değerlendirilmesi hastanın yönergeleri anlama kapasitesini, anlamlı cevaplar üretebilme yetisini ve daha karmaşık bilişsel test performansları için gerekli olan dikkat düzeyinin sürdürülüp sürdürülemeyeceğinin anlaşılması açısından da oldukça önemlidir. Bununla birlikte klinik uygulamalardaki genel eğilim, eğer hastanın problemi ile doğrudan ilişkili değilse duyu-motor yetilerin bir iki test verilerek değerlendirilmesi yönündedir (örn. kavrama gücünü ölçmek için el dinamometresi). Ancak son yıllarda duyu-motor testlerin standart bataryalar kapsamında yeniden normlandırılma çalışmalarına önem verildiği gözlenmektedir.

Duyu-Motor Testler

Purdue Çubuk Tahtası: Bu test ilk kez 1948 endüstride işçi seçiminde kullanılmak amacıyla geliştirilmiş [42], daha sonra nöropsikolojik değerlendirmede ince-motor becerileri ve koordinasyonu ölçmek için kullanılmaya başlanmıştır. Bu test iki yönde birbirine paralel konumda 25'er tane delik olan dikdörtgen bir tahta ve 3 farklı boyutta metal çubuk ve halkalardan oluşmuştur. Birinci alt testte denek baskın el ile dizebildiği kadar çok uzun çubuğu deliklere alt alta yerleştirir. İkinci alt testte ise aynı işlemi baskın olmayan el ile tekrar eder. Üçüncü alt testte bu kez her iki elini kullanarak uzun çubukları deliklere dizer. İlk üç aşamada her bir uygulama için 30 saniye süre verilir. Dördüncü ve son aşamada ise denekten bir uzun çubuk, bir halka, bir delikli çubuk ve bir diğer halkadan oluşan dörtlü diziden 60 saniye içinde olabildiği kadar çok sayıda yapması istenir.

El Dinamometresi [41]**:** Kavrama gücü klinik nöropsikolojik uygulamalarda kaba ve belirgin olmayan motor problemlerin değerlendirilmesine yönelik olarak kullanılır. El dinamometresi elle kavrama gücünün ölçülmesinin yanı sıra, baskın el-baskın olmayan el güçlerinin karşılaştırılabilmesini olanaklı kılmaktadır.

Parmak Bulma Testi -Benton Formu [9]**:** Bu testin amacı, somatosensoriyel algının ölçümü olarak parmakları tanıma ve isimlendirme becerisini değerlendirebilmektir. Testi uygulayan kişi hastanın tek ve iki parmağına dokunarak bu parmakları isimlendirmesini ister. Her el için 10 deneme yapılır. Testin son aşamasında hastanın ellerini göremeyeceği bir düzenek içerisinde iken (örneğin bir perde kullanılabilir) parmaklarına hafifçe dokunulur ve hangi parmağa dokunulduğunu söylemesi beklenir.

Yukarıda sözü edilen üç testin (Çubuk Tahtası, El Dinamometresi ve Parmak bulma) 5-17 yaş arası Türk çocuklarında norm geliştirme ve standardizasyon çalışmaları tamamlanmıştır [39].

Dean-Woodcock Duyu-Motor Bataryası: Bu batarya Dean-Woodcock Nöropsikoloji Bataryasının içerisinde geliştirilmiştir [20]. Sekiz duyu testi (görsel, işitsel, dokunma algısı) ve on motor testten oluşan bataryanın tamamı yaklaşık bir saat içinde uygulanabilir. Batarya Duyu testleri, *dokunma testleri* ve *motor testler* olmak üzere üç bölümden oluşmuştur. Yapılan çalışmalar bataryanın beyin hasarlarını tespit etmekteki duyarlılığını ve geçerli-güvenilir bir değerlendirme sistemi olduğunu göstermiştir [66, 19].

3. Dikkat

Dikkat bilişsel kaynakların bir uyaranın seçiminde ve o uyarana odaklanılmasında kullanılan süreçlerdir. Araştırmalar farklı beyin yapılarının ve bu yapılar arasındaki sinir ağlarının dikkat işlevlerinde rol oynadığını ortaya koymaktadır [46, 50]. Bilgi işlem araştırmacıları dikkat işlevlerini *seçici dikkat*, *odaklanmış dikkat*, *sürekli dikkat* ve *uyanıklık* gibi farklı işlemlere ayırırlar. Klinik alanda bu ayırımlar görevin niteliğince belirlenirler ve bilişsel kaynakların kullanımını tanımlarlar [65]. *Odaklanmış dikkat* bireyin belirlenmiş göreve ilişkin uygun uyaranları uygun olmayan uyaranlar arasından seçmesi ve bunlara yanıt vermesidir. Dolayısıyla algıda ve yanıtlamada seçiciliği gerektirir. *Bölünmüş dikkat* birden fazla görevin aynı anda yapılmasını gerektiren durumlarda sınırlı olan kaynakların bu görevlere bölünmesidir. *Sürekli Dikkat* bireyin genellikle uzun bir süre içinde gösterilen uyaranlar arasından tanımlanan hedefi yakalaması ve buna yanıt vermesi ile ölçülür. Devamlı bir uyanıklık ve yoğunlaşma düzeyinin gerekliliği sürekli dikkat yetisinin birçok bilişsel sürecin temelinde yatan işlevlerden biri olarak kabul edilmesine yol açmıştır.

Dikkat testleri

Kısa Dikkat Testi (Brief Test of Attention): İşitsel bölünmüş dikkati ölçen bu testin normları 17-82 yaş aralığında toplanmıştır [31]. Hastaya bir kasetçalardan her biri harf ve sayılardan oluşan 10 dizi tek tek söylenir. Birinci bölümde hastadan her dizide kaç tane sayı olduğunu söylemesi istenir. İkinci bölümde ise bu kez dizilerdeki harf sayısı sorulur. Örneğin 7-A-N-3-1 dizisinde toplam '3' sayı vardır. Eğer aynı dizide hastadan sadece harflere dikkat etmesi istenmişse hastanın cevabı '2' olacaktır. Kısa dikkat testi 10 dakikanın altında bir sürede verilebilen, yatakbaşı değerlendirmelerde de kullanılabilecek bir testtir. Ayrıca iki paralel formu olduğu için izleme çalışmalarında uygulamaya elverişlidir.

İz Sürme Testleri (A ve B formları)[1]: Dikkat, yanıtlama hızı, motor kapasiteler, zihinsel esneklik ve görsel tarama yetilerini ölçen bu testler iki bölümden oluşmaktadır. *A formunda* bir sayfa üzerine rasgele çizilmiş ve içlerinde 1'den 25'e kadar sayılar olan dairelerin sıra izleyerek çizgiyle birleştirilmesi istenir. *B formunda* ise 25 adet dairenin içinde sayılar (1-13) ve

(A-L) harfler bulunmaktadır. Denek bu diziyi bir sayı bir harf olacak şekilde (1-A-2-B) çizgilerle birleştirir. Her iki form için diziyi tamamlama zamanı performans puanı olarak saptanır. Yapılan araştırmalar özellikle B formunun dikkatin yanı sıra hızlı görsel tarama, görsel-mekansal sıralama ve bilişsel esneklik işlevlerini ölçtüğünü göstermektedir.

Hızlandırılmış İşitsel Seri Toplama Testi (Paced Auditory Serial Addition Task): Gronwall [28] tarafından geliştirilmiş bu test bilgi işlemenin kapasitesini ve hızını aynı zamanda odaklanmış ve sürekli dikkati ölçmede kullanılır. Bir kasetçalardan belirli aralıklarla 1 ile 10 arasında sayılar tek tek söylenir. Bireyin yapması gereken söylenen her sayıyı bir önceki söylenmiş sayıyla toplayıp sonucu testi uygulayan kişiye yüksek sesle söylemektir. Örneğin, arka arkaya söylenen iki sayının 3 ve 7 olduğunu varsayalım. Bireyin cevabı bu iki sayının toplamı olan 10 olacaktır. Daha sonra 4 sayısı gelmişse birey en son söylenmiş olan 7 sayısı ile 4 sayısının toplamı olan 11 sayısını vermek zorundadır. Bu testin performans ölçütlerine yönelik yapılan çalışmalar sadece toplam doğrunun yeterli bilgi vermediğini bireylerin doğru yanıtı bulurken farklı stratejiler uyguladıklarını göstermiştir [3]. Bu stratejilerden bir tanesi yanıt verirken birer sayı atlayarak yanıtlamak (kümeleme) şeklindedir. Bu cevap verme biçiminin yetersiz çalışma belleği kapasitesi ve işlemleme hızı ile ilişkili olduğu değişik hasta gruplarında gösterilmiştir [48, 58].

Conners Sürekli Performans Testi-II (SPT): Sürekli dikkatin klinik ve deneysel alanda çalışılmasında sıklıkla kullanılan testlerden birisi *Sürekli Performans Testi*dir (SPT). Bu test ilk kez beyin hasarlı yetişkin ve çocuk hastalarda bilişsel işlevleri, özellikle dikkati ölçmek için geliştirilmiştir [53]. Şimdi *Standart SPT* olarak tanımlanan bu ilk testin iki alt testi bulunmaktadır. Bunlardan *X alt testi*nde hastaya birbiri ardına bazı harfler gösterilir. Hastadan sadece X harfini gördüğünde cevap vermesi (yanıt düğmesine basması) istenir. SPT'nin *AX alt testi*nde ise bu kez hastadan X harfine ancak A harfini takip ediyorsa cevap vermesi istenir. Dolayısıyla bu alt testte A-X dizisine cevap verilmiş diğer harf dizileri göz ardı edilmiş olacaktır. SPT'nin değişik versiyonları dikkat problemi gösteren hiperaktivite bozukluklarında, şizofreni riski taşıyan çocuklarda, şizofreni hastalarında, öğrenme bozukluğu olan çocuklarda ve epileptik yetişkinlerde kullanılmıştır [16, 26, 29, 60]. 1995 yılında *Conners* tarafından standardize edilen ve bilgisayar programlı bir test olarak geliştirilen *SPT'nin Conners versiyonunda* bireyin X hariç diğer harfleri gördüğünde cevap vermesi istenir. Toplam doğru, atlanan hedef, hatalı yanıt, yanıt hızı, dikkatlilik endeksi (d'), risk endeksi (β) gibi davranış puanlarının hesaplandığı bu test için 4-70 yaş arası normal bireyler ile dikkat bozukluğu gösteren 4-61 yaş hastaların normları bulunmaktadır [15]. Yaş, cinsiyet, genel zekâ puanı, ilaç etkileri ve kaygının SPT'nin bazı performans değerlerini etkilediği araştırmalarla ortaya konmuştur.

4. Bellek

Bellek bilginin kayıtlanması, depolanması ve geri çağrılması süreçlerini içeren işlevlerdir. Dikkat işlevleri gibi bellek de birçok beyin yapısının ve bu yapılar arasındaki iletişimlerin sonucu oluşur. Bu yüzden tek bir bellekten söz edilemez. Mayes [45] bellek bozukluklarının değerlendirilmesinde belli başlı şu problemlerle karşılaşılacağından söz eder; (a) anlık bellek bozuklukları (b) iyi yapılandırılmış ve öğrenilmiş materyalin hatırlanmasında (semantik bellek) problemler (c) materyalin kodlanmasında görülen planlama bozuklukları (bu özellikle prefrontal korteks bellek ağlarının işlev bozukluğundan kaynaklanmaktadır) (d) bellek kayıpları (Geçmişe ve geleceğe yönelik) (e) beceri öğrenme ve örtük bellek problemleri (bu yetiler aynı zamanda klasik koşullanma, duyarsızlaşma gibi öğrenme biçimlerini kapsamaktadır). Dolayısıyla klinik uygulamalarda, bellek testleri; yakın bellek, uzak bellek, işlem belleği, açık ve örtük bellek gibi değişik bellek türlerini değerlendirmek üzere seçilmelidir. Bunun yanı sıra serbest hatırlama ve tanıma gibi bellek işlemlerinin de test edilmesi gerekir. Örneğin serbest hatırlama problemi olan bir hasta tanıma testi verildiğinde uyaranları hatırlayabilir. Aynı zamanda verilen materyal değişik duyu sistemlerini de test edebilir nitelikte olmalıdır (Görsel, işitsel, sözel ve sözel olmayan).

Bellek Testleri

Wechsler Bellek Ölçeği-III (WMS-III): Açık bellek sistemlerini ölçmek için geliştirilmiş kapsamlı bir bellek bataryasıdır. 1945 yılında Wechsler tarafından alana kazandırılan test 1987 yılında yine Wechsler tarafından değiştirilmiştir [68]. Ölçek son olarak 1997 yılında kapsamlı bir değişiklikten geçirilmiş [69] ve Wechsler Yetişkin Zekâ Ölçeği ile birlikte yeniden normlandırılmıştır [67]. Wechsler Bellek Ölçeği'nin Zekâ Ölçeği ile eş normlandırmanın yanı sıra bellek ölçeğin bu son formunda özellikle çalışma belleği değerlendirmesine önem verilmiştir. Ölçekte uyaranlar işitsel-sözel ve görsel-mekansal olarak sunulmaktadır. Bellek anlık ve gecikmeli olarak serbest çağrışım–ipuçlu çağrışım hatırlama ve tanıma modlarında uygulanmaktadır. Test altı esas ve beş seçmeli alt testten oluşmaktadır.

California Sözel Öğrenme Testi-II (CVLT-II): Episodik sözel öğrenme ve sözel belleği ölçmek üzere geliştirilmiş bu test 4 kategoriden 16 nesne isminin bulunduğu (her kategori için 4 isim) iki listeden oluşur (örneğin meyve, sebze, giysi, baharat isimleri) [23]. Bu testte birçok sözel öğrenme testinden farklı olarak belleğin ve öğrenmenin temelinde yatan bileşenlerin ayırt edilmesi ve ölçülmesi amaçlanmaktadır. İlk ve son sunum etkisi, öne ve geriye ket vurma gibi değişkenlerin yanı sıra, kategori isminin verildiği ipuçlu hatırlama performansı da ölçülür (Örneğin "Bana birinci listedeki meyve isimlerini söyler misiniz" gibi). Serbest hatırlama her liste sunumundan hemen sonra ve uzun süreli gecikmeli hatırlama olarak değerlendirilir. Tanıma performansı

ise testin bitiminde hastaya her iki listede bulunan bazı nesne isimleri ve daha önce hiç sunulmamış sözcüklerden oluşturulmuş bir listeden, birinci listeye ait sözcüklerin seçilmesiyle ölçülür. Ayrıca testte hastanın yaptığı farklı türdeki hatalar da ayrıştırılır. Örneğin tanıma testinde ilk listede olmayan ancak hasta tarafından olumlu cevap verilen maddeler *yanlış pozitif hatalarıdır*. Bir listenin serbest hatırlanışında aynı maddenin birden fazla verilmesi ise *tekrar hatası (perseverasyon)* olarak puanlanır. Testin izleme çalışmalarında ve araştırmalarda kullanılmak üzere hazırlanmış paralel iki biçimi vardır [71].

***Hopkins Sözel Öğrenme Testi – Geliştirilmiş Formu (Hopkins Verbal Learning Test-R)*:** Sözcük listesi öğrenme ve bellek süreçlerini değerlendirmek Brandt tarafından geliştirilmiştir [13, 14]. Test toplam 12 sözcükten oluşmuştur. Her bir semantik kategoriden dört sözcüğün bulunduğu üç kategoriden toplam 12 sözcükten oluşan bu testin altı paralel formu geliştirilmiştir. Liste hastaya üç kez okunur her okunmadan sonra hastanın listeyi herhangi bir sırada tekrar etmesi istenir. 20-25 dakikalık bir aradan sonra hastadan listeyi hatırlaması istenir Hatırlamanın hemen arkasından hastaya 24 sözcüklük bir tanıma testi verilir. Test 16-80 ve üst yaş grubu için normlandırılmıştır.

***Kısa Görsel Bellek Testi –Geliştirilmiş Formu (Brief Visual Attention Test, BVMT-R)*:** Görsel-mekasal öğrenme, hatırlama ve tanımayı ölçen bu test bir sayfaya yerleştirilmiş altı geometrik şekilden oluşmuştur [5]. Şekiller hastaya üç kez onar saniye süreyle gösterilir. Her gösterimin arkasından hastanın boş bir kağıt üzerine şekilleri hatırladığı kadarıyla ve bulundukları yerde çizmesi istenir. 20-25 dakikalık bir aradan sonra hastadan bu şekilleri yeniden çizmesi (serbest hatırlama) ve hemen arkasından da 12 şekil arasından tanıması istenir.

Hopkins sözel öğrenme testi ve kısa görsel bellek testinin eş-normlandırma ve değerlendirme çalışması yapılmıştır [6]. Buna göre bu iki test ile ölçülen işitsel sözel ve görsel mekansal öğrenme ve bellek performanslarını birlikte değerlendirmek ve performans profili çıkarmak mümkün olmaktadır

5. Konuşma ve dil becerileri

Normal dil becerisi, duyumlar arası bütünlük, sembolik çağrışım, motor beceriler, söz dizimi yapıları ve sözel bellek işlevlerini kapsayan karmaşık bir yetidir. Afazi, konuşma, yazma, okuma gibi dil işlevlerinin beynin bu işlevlerinden sorumlu alanlarının hasar görmesi sonucu oluşan bir bozukluktur. Kolb ve Whishaw, afazilerde görülen bozuklukları anlama ve üretme bozuklukları olarak gruplandırmışlardır. Anlama bozuklukları işitsel ve görsel anlama düzeyinde olabilir. Üretme bozuklukları ise artikülasyon bozukluğu, sözcük bulma güçlüğü, istemsiz hece-sözcük-cümle üretimi, gramer ve söz dizimi bozuklukları, duyduğunu tekrar etmede güçlük, sözel akışta güçlük, yaz-

ma problemleri ve konuşma tonlamasındaki bozukluklardır [40]. Dolayısıyla dilin değerlendirilmesinde konuşmanın, duyarak ve görerek anlamanın, tekrarlamanın, isimlendirmenin, yazma ve sayısal işlem yeteneklerinin değerlendirilmesi gerekir. Bunun için geliştirilmiş bataryaların yanı sıra (örneğin; Boston Tanısal Afazi Değerlendirmesi, Çok Yönlü Afazi Testi), dil işlevlerinin bir ya da birkaç bileşenini ölçmeye yönelik testler de bulunmaktadır (örneğin, Boston İsimlendirme Testi, Jeton Testi, Sözcük Akıcılığı Testleri). Sözcük akıcılığı testleri aynı zamanda yönetici işlev bozukluklarının değerlendirilmesinde de kullanıldığından bu testlerden ileriki bölümlerde söz edilmiştir.

Dil Testleri

***Boston İsimlendirme Testi*:** Basit çizimlerle resimlendirilmiş 60 nesne şeklinden oluşan bu testte resimler hastaya tek tek gösterilir ve hastadan bu resimleri isimlendirmesi istenir [37]. Hastanın nesneyi tanıyamamasından doğan yanlış isimlendirmeler için hastaya nesnenin ne olduğunu belirten uyaran ip ucu verilir. Örneğin hasta maske resmine canavar derse önce uyarıcı ipucu verilir 'yüze takmak için kullanılır'. Nesne tanınmış, ancak yanlış yanıt verilmiş ise ipucu olarak sözcüğün ilk hecesi söylenir (hece ipucu). Puanlama için toplam doğru sayısı, toplam hece ipucu, toplam uyarıcı ipucu ve bu ipuçlarından sonra verilen doğru yanıtların toplamı hesaplanır. Afazilerde isimlendirme problemlerinin tespitinde ve bunama bozukluklarında en sık uygulanan testlerdendir [59]. Süreç yaklaşımını benimseyen klinisyenler tarafından sağ hemisfer lezyonlarının değerlendirilmesinde de kullanılır. Kaplan sağ frontal lezyonların algı bütünlüğünde bozulmalara neden olduğunu ve bu testte kullanılan çizimlerin bu probleme tanı koymada güvenilir bir araç olduğunu vurgulamaktadır [18, 47].

6. Görsel-Mekansal İşlevler/Yapılandırma ve Algı

Yapılandırma işlevleri, görsel-algısal işlevler, mekan ilişkisi ve motor işlevlerin bütünüdür. Klinik değerlendirmede iki ya da üç boyutlu şekilleri kopyalama, nesnelerin yerini belirleme, karmaşık şekiller arasındaki farklılıkları ortaya koyabilme, mekanda yön belirleme gibi çeşitli yöntemlerle değerlendirilir. Yüksek bilişsel düzeyde geçekleşen bu görsel-algısal yetiler genellikle temel duyu-motor problemlerinden farklı olarak ele alınırlar [72]. Çoğunlukla sağ hemisfer işlevleri olan bu yetileri Benton ve Tranel *görsel-algısal, görsel-mekansal ve görsel-yapılandırma* olarak üç grupta toplamışlardır. Görsel-algısal işlevler görsel nesneyi tanıma, görsel analiz ve sentez, yüz tanıma, renk ayrıştırma olarak belirtilmiştir. Mekanda yerleştirme, yön ve uzaklık algıları, tek taraflı görsel ihmal ise görsel-mekansal işlevler sınıflamasına girerler. Görsel-Yapısal zorluk parçaların bir araya getirilmesinde ve nesnelerin çiziminde gözlenen zorluklar olarak tanımlanmışlardır [8].

Görsel-Mekansal/Yapılandırma Testleri

***Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi*:** Öncelikle görsel-mekansal yapılandırmayı ve görsel belleği ölçmek için kullanılan bu test planlama, organizasyon yeteneği, problem çözme stratejileri ile algı ve motor işlevleri de değerlendirmekte kullanılır [59]. Bir dikdörtgen kart üzerine çizilmiş birçok ayrıntısı olan karmaşık bir şekil hastaya önce kopya ettirilir. Daha sonra hastanın aynı şekli hatırladığı kadarıyla çizmesi istenir. 30 dakikalık gecikmeli hatırlama testi uzun süreli bellek depolamasını ölçmek için verilir. Tanımanın ölçülmesi için de test şekline benzeyen birçok şekil içerisinden esas şeklin seçilmesi istenir. Karmaşık Şekil Testinin farklı araştırmacılar tarafından geliştirilmiş değişik formları bulunmaktadır. Bu test her ne kadar söze bağlı olmayan bellek işlevlerini değerlendirmek için kullanılıyorsa da şeklin bazı ayıntıları sözel olarak ifade edilebilmektedir.

Yüz Tanıma Testi: Benton yüz tanıma probleminin iki farklı şekilde olabileceğini, bunlardan bir tanesinin tanıdık yüzleri tanıma zorluğu olan *prosopagnosia,* diğerinin ise tanıdık olmayan yüzleri tanımadaki zorluk olduğunu söylemektedir. Bu iki yetinin birbirinden farklı ve aynı zamanda bağımsız olabileceğine dikkati çeker [30]. Yüz tanıma ve ayrıştırma işlevlerini ölçmek amacıyla geliştirilen yüz tanıma testinin kısa (13 fotoğraf) ve uzun (22 fotoğraf) biçimi bulunmaktadır [9]. Test değişik açılardan ve değişik ışık durumlarında çekilmiş kadın ve erkek yüzlerinin fotoğraflarından oluşur. Deneğe asıl uyaran gösterilerek bu resmin aynısı olan resmi ya da resimleri 6 resim içerisinden seçmesi ve göstermesi istenir. ("Bu fotoğrafı görüyor musun? Şimdi bana bu resimlerden hangisinin bu kişinin resmi olduğunu söyler misiniz"). Bazı resimler için üç aynı resim vardır ve üçünü de göstermesi istenir. Sağ posterior lezyonlu hastalar ile sol hemisfer lezyonlu afazik ve dili anlamada problemi olan hastaların bu testte başarısız olduğu gözlenmektedir. Bunun yanı sıra prosopagnostik hastalar çoğunlukla bu testte yeterli performans göstermektedirler [38].

Saat Çizme Testi: Görsel-algısal ve görsel -yapılandırma yeteneklerini ölçen bu testin aynı zamanda yönetici işlevlere duyarlı olduğu da düşünülmektedir [1]. Farklı uygulamaları bulunan saat çizme testinin *Freedman, Leach, Kaplan, Winocur, Shulman, Denis* tarafından geliştirilen versiyonu için 20-90 yaş arası normalizasyon değerleri bulunmaktadır [25]. Test, *serbest çizim, yarı-yapılandırılmış* ve *yapılandırılmış çizim* olmak üzere üç farklı yönerge altında verilir. *Serbest çizim* yönergesinde deneklere boş bir kağıt verilerek belirlenmiş bir zamanı göstermek üzere bir saat çizmeleri istenir. *Yarı-yapılandırılmış çizim* yönergesinde ise saatin dairesinin bulunduğu bir kağıt verilerek deneklerin saatin sayılarını içine yerleştirmeleri ve deneyci tarafından belirlenen zamanı gösterecek biçimde saatin kollarını çizmeleri istenir. *Yapılandırılmış* yönergede içinde sayıları olan bir saat çizimi verilir ve denekten söylenen zamanı gösterecek biçimde saatin kollarını çizmesi istenir. Bu form

için değişik performans ölçütleri kullanılarak puanlama sistemi oluşturulmuştur. Test performansı Rey karmaşık şekil, bloklarla desen ve Wisconsin tekrar (perseverasyon) puanlarıyla aynı faktör altında toplanmıştır. Yapılan çalışmalar saat çizme performansının yaştan etkilendiğini göstermekte ve özellikle bunamaya duyarlı olduğunu işaret etmektedir [59]. Saat çizim testleri sağ pariyetal korteks hasarlarından oluşan tek taraflı görsel ihmal problemlerini değerlendirmek için de kullanılır.

Üç Boyutlu Blok Yapımı: Görsel yapılandırma yetilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, standardizasyon ve norm çalışmaları yapılmıştır [9]. Birbirine paralel iki biçimi bulunan bu testte hastadan kendisine örnek olarak gösterilen üç boyutlu şekilleri farklı ölçülerden oluşmuş tahta bloklarla yapması istenir. Şekiller kolaydan zora doğru verilir ve her şekil için artan miktarda blok kullanılır (6, 8 ve 15 blok). Arka pariyetal lezyonlardan etkilenen test performansının bazı durumlarda frontal lob patolojilerine de duyarlı olduğu vurgulanmıştır[38]. Bunun nedeni görsel yapılandırma testlerinin mekansal düzenlemenin yanı sıra planlamayı da gerektirmesi ve frontal lob hasarlarının planlama yetilerini etkilemesi olabilir.

Hooper Görsel Düzenleme (organizasyon) Testi: Bu test görsel uyaranları düzenleme yetisini ölçmek amacıyla tarama testi olarak geliştirilmiştir [34]. Parçalara bölünmüş 30 basit nesne çizimi (örneğin;ayakkabı, çaydanlık,ütü gibi) basitten zora doğru, tek tek bireye gösterilir ve bu parçalar bir araya geldiğinde ortaya çıkacak nesnenin ne olduğu sorulur. Bu testte başarılı performans görsel analiz ve sentez yeteneğine olduğu kadar nesneleri isimlendirebilmeye, kavram oluşturmaya, uzun ve kısa süreli bellek işlevlerine de bağlıdır.

Benton Çizgi Yönü Belirleme Testi: Görsel-mekansal işlevin ölçülmesinde sıklıkla kullanılan Çizgi Yönü Belirleme testi özelikle sağ arka hemisfer hasarlarına duyarlıdır [10, 31]. Hastaya yaklaşık 4 cm uzunluğunda birbirleriyle 18 derecelik açılar yapan bir yarımdaire düzeneğinde sıralanmış çizgiler gösterilir. Test kitapçığının üst kısmında ise bu çizgilerden alınmış ancak kısaltılmış iki çizgi gösterilerek hastaya bu iki çizginin esas şekilde hangi iki çizgiyi gösterdiği sorulur. Test 30 denemeden oluşmaktadır. Puanlar yaşa ve cinsiyete göre düzeltilir.

7. Yönetici İşlevler

Bu işlevler bilginin düzenlenmesi, öğrenilmiş bilginin kullanıma hazır hale getirilmesi, hazırlanmış bir davranışın durdurulması, aynı anda iki ya da daha fazla zihinsel işlevin yürütülebilmesi, yürütülen işlevlerin amaca uygunluğunun kontrol edilmesi gibi birçok işlemi içerir. Çoğunlukla bu işlevlerin başarılı olarak yürütülmesi, etkin işlem hızını, zamanda ve mekan boyutunda sıralamayı, planlamayı ve alternatif üretmeye yarayan bilişsel esnekliği de gerektirir. Klinik çalışmalar ve temel sinirbilimsel araştırmalar bu çoklu

işlevlerin frontal ve prefrontal korteks yapılarının işlevleri olduğuna işaret etmekle birlikte [27] Phillips, yönetici işlevler altında birden çok bilişsel kapasitenin bulunması dolayısıyla böyle bir tanımlamanın çevresel ve problemli olduğuna dikkati çekmektedir [49]. Bununla birlikte klinik değerlendirmede yönetici işlevlerin ölçümüne yönelik birçok test ve batarya bulunmaktadır.

Yürütücü İşlev Testleri

Wisconsin Kart Eşleme Testi: Soyut düşünebilme, zihinsel esneklik, ortamın öngördüğü değişimlere göre davranışı değiştirebilmek gibi yetilerin ölçüldüğü bu testte hastadan üzerinde farklı renklerde (kırmızı, yeşil, mavi, sarı) ve sayılarda (1,2,3,4,) şekiller (üçgen, yıldız, artı, daire) bulunan bir kart destesinden bu kartları bir kural dahilinde tek tek sınıflandırması istenmektedir. Kural, testi alan kişi tarafından bilinmemekte, ancak testi verenin geribildiriminden (doğru, yanlış) anlaşılabilmektedir. Kartların önce renk, sonra şekil ve daha sonra sayıya göre sınıflandırılması gerekmektedir. Her kategoriden 10 yanlışsız deneme tamamlandıktan sonra diğer kategoriye geçilir. Sınıflandırma kuralının değiştiği bireye bildirilmez [11, 32]. Bazı araştırmalar alanda genellikle 'frontal lob' testi olarak bilinen Wisconsin Kart Eşleme Testinin frontal-lob dışı beyin hasarlarından da etkilendiğini göstermektedir [2].

Kategori Testi: Halstead-Reitan bataryasının ana testlerinden biri olan kategori testi genel olarak beyin hasarlarına duyarlı bir test olarak kabul edilmektedir [51, 59]. Frontal lob testi olarak bilinmesine karşılık birçok araştırma frontal lob dışı hasarların da performansı etkilediğini ve testin hemisfer farklarına duyarlı olmadığını göstermiştir [57]. Bu test soyut kavramı üretebilme, problem çözümü, dikkatte süreklilik ve görsel-mekansal yetilerle ilişkilendirilmiştir. Wetzel ve Boll tarafından uyarlanan versiyonu klinik ve deneysel çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır [70].

Delis-Kaplan Yürütücü İşlevler Ölçeği (Delis-Kaplan Executive Functions Scale): Yüksek düzey bilişsel süreçlerin öncülü olan temel süreçleri (dikkat, ketleme v.b) ve yüksek bilişsel yetileri ölçmekte kullanılan sözel ve sözel olmayan bir dizi standart testin bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur [22]. Ölçek 9 testten oluşmaktadır. Her test ayrı verilebileceği gibi ölçeğin diğer testleri ile birlikte de uygulanabilir. Sözel ve sözel olmayan yürütücü işlevleri ölçen 9 testten oluşmaktadır. Bu ölçek içerisinde uygulama ve uyaran açısından farklılaştırılmış ancak alanda var olan testlerle benzeşen testler vardır. Örneğin şekil akıcılık testi, iz sürme alt testi gibi. Her bir test kendi başına ya da batarya kapsamında uygulanabilir [22].

Sözcük Akıcılığı Testleri: Bu testlerde hastadan kendisine verilen harf ile başlayan sözcükleri kısa bir zaman süresi içerisinde (1 dakika) olabildiğince hızlı üretmesi istenir. Bunun için geliştirilen testlerden biri kontrollü sözel çağrışım testidir [44, 59]. Bu testte sırasıyla F-A-S harfleri verilerek hastanın belirli kurallar içerisinde bu harflerle olabildiğince çok sözcük üretmesi

istenir. Puanlamada farklı hata tipleri ve toplam sözcük sayısı hesaplanır. Sözcük akıcılığı testleri birçok araştırmacı tarafından frontal lob ve yürütücü işlevleri ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ancak bilişsel psikoloji alanında yapılan çalışmalar bu testlerin temelinde birden fazla sürecin bulunduğuna dikkati çekmektedir [49]. Performans puanları özellikle sözel bilginin depolanması (semantik bellek kapasitesi), bilgi işlem hızı, bilginin geri çağrılmasında kullanılan stratejiler gibi bilişsel süreçlerden etkilenmektedirler.

Ruff Şekil Akıcılık Testi: Sözel kapasitelere bağlı olmayan ve yönetici işlevleri ölçmeye yönelik akıcılık testleri de geliştirilmiştir. Bu testlerde deneklerden belli bir süre içerisinde olabildiğince çok birbirinden farklı şekil üretmeleri istenir. Ruff şekil akıcılığı [55] testinde deneklere içinde simetrik olarak yerleştirilmiş beş nokta bulunan karelerle dolu bir sayfa verilir. Deneklerden en az iki noktayı çizgilerle birleştirerek birbirinden farklı şekiller üretmesi istenir. Testin farklı zorluk düzeylerinde düzenlenmiş beş bölümü bulunmaktadır. Puanlar, toplam üretilen şekil ve tekrar hataları olarak hesaplanır. Phillips'e göre bu test sözcük akıcılığı testinin etkilendiği, semantik bellek süreçlerinden ve geri çağırma stratejilerinden etkilenmemekte, dolayısıyla yönetici işlevleri daha güvenilir ölçmektedir [49]. Ruff bu testin özellikle sağ frontal lob hasarlarına duyarlı olduğunu, genelde frontal lob hasarlı hastaların daha az şekil ürettiklerini ve şekil üretirken herhangi bir strateji kullanmadıklarını belirtmiştir [54]. Bununla birlikte tüm çizim testlerinde olduğu gibi bu testin de önemli bir motor bileşeni olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Klinik nöropsikolojide uzmanların görüş birliğinde oldukları önemli bir nokta kullanılan testlerin genelde beyin hasarlarında duyarlı olmakla beraber özgüllüklerinin sınırlı olduğudur. Dolayısıyla tek bir test sonucuna bakarak bilişsel kapasitelerin değerlendirilmesi yeterli olamaz. Nöropsikolojik değerlendirme gözlem ve tetkikler ile birlikte kullanıldığında en anlamlı sonuçları vermektedir.

KAYNAKLAR

1. **Albert MS, Kaplan E (1980)** Organic implications of neuropsychological deficits in the elderly. L.W. Poon, L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg, & L.W. Thompson (Eds). New directions in memory and aging. New Jersey: Erlbaum.
2. **Anderson SW, Damasio H, Jones RD ve ark (1991)** Wisconsin Card Sorting Test performance as a measure of frontal lobe damage. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13, 909-922.
3. **Archibald CJ, Fisk JD (2000)** Information processing efficiency in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 22, 686-701.
4. **Barona A, Reynolds CR, Chastain R (1984)** A Demographically based index of premorbid intelligence for the WAIS-R. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5, 885-887.
5. **Benedict RHB (1998)** Brief Visualspatial Memory Test-Revised. Professional Manual. Psychological Assessment Resources Inc. Odessa-Florida

6. **Benedict RHB, Brandt JB (2007).** Hopkins Verbal Learning Test-Revised/Brief Visuospatial Memory Test-Revised. Professional Manual Psychological Assessment Resources Inc. Odessa-Florida
7. **Benton A (1991)** Basic Approaches to Neuropsychological Assessment: S.R. Steinhauer, J.H. Gruzelier & J. Zubin, (Ed.). Handbook of Schizophrenia, Vol.5., (s.505-523), Amsterdam: Elsevier.
8. **Benton A, Tranel D (1993)** Visuoperceptual, visuospatial and visuoconstructive disorders. K.M. Heilman & E. Valenstein, (Eds.). Clinical Neuropsychology (3rd. ed)(pp.165-201). New York: Oxford University Press.
9. **Benton AL, Sivan AB, Hamsher K ve ark (1994)** Contributions to Neuropsychological Assessment: A Clinical Manual. (2. Baskı). New York: Oxford University Press.
10. **Benton AL, Varney NR, Hamsher K deS. (1978)** Visuospatial judgement: A clinical test. Archives of Neurology, 35, 364-367.
11. **Berg EA (1948)** A simple objective test for measuring flexibility in thinking. Journal of General Psychology, 39, 15-22.
12. **Bornstein RA (1988)** Entry into Clinical Neuropsychology Graduate, undergraduate: and beyond. The Clinical Neuropsychologist , 2: 213-220.
13. **Brandt JB (1991)** The Hopkins Verbal Learning Test: Development of New memory test with six equivalent forms. Clinical Neuropsychologist. 5, 125-142.
14. **Brandt JB, Benedict RHB (2001)** Hopkins Verbal Learning Test-Revised: Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa-Florida
15. **Conners CK (1992)** Conners' Continuous Performance Test –II (CPT). Toronto. Multisystems.
16. **Cornblatt BA, Lenzenweger MF, Erlenmeyer-Kimling L (1989)** The Continuous Performance Task, Identical Pairs Version.II. Contrasting Attentional Profiles in Schizophrenic and Depressed Patients, Psychiatry Research, 29, 65-85.
17. **Crawford JR, Deary IJ, Starr J ve ark (2001)** The NART as an indwex of prior intellectual functioning: a retrospective validity study covering a 66 year interval, Psychological Medicine, 31, 451-458.
18. **Crawford JR, Millar J, Milne AB (2001)** Estimating premorbid IQ from demographic variables:A comparison of regression equation vs. clinical judgement. British Journal of Clinical Psychology, 40, 97-105.
19. **Davis AS, Finch HW, Dean RS ve ark (2006)** Cortical and subcortical constructs of the Dean-Woodcock sensory motor battery: A construct validity study. Inaternational Journal of Neuroscience, 116, 1157-1171.
20. **Dean RS, Woodcock RW (2003)** The Dean-Woodcock sensory-motor battery. Itasca, IL: Riverside Publishing
21. **Deary IJ (1995)** Age-associated memory impairment :A suitable case for treatment. Ageing and Society, 15, 393-406.
22. **Delis DC, Kaplan E, Kramer JH (2001)** Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS). San Antonio, TX: TX: The Psychological Corporation.
23. **Delis DC, Kramer JH, Kaplan E ve ark (2000)** California verbal learning test-2nd edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
24. **Editorial (1989)** Definition of a Clinical Neuropsychologist. The Clinical Neuropsychologist, 3: 22.
25. **Freedman M, Leach L, Kaplan E ve ark (1994)** Clock drawing: A neuropsychological analysis. New York: Oxford University Press.
26. **Garmezy N (1978)** Attentional Processes in Adult Schizophrenia and Children at Risk, Journal of Psychiatry, 14, 3-34
27. **Godlberg E, Bilder RM (1987)** The frontal lobes and hierarchical organization of cognitive control. In E. Perecman (Ed). The Frontal Lobes Revisited. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, sf: 159-187
28. **Gronwall D (1977)** Paced Auditory Serial Addition Task: A measure of recovery from concussion. Perceptual and Motor Skills, 44, 367-373.
29. **Halperin JM, O'Brian JD, Newcorn JH ve ark (1990)** Validation of Hyperactive, Aggressive and Mixed Hyperactive Aggressive Childhood disorders: A Research Note, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31: 455-459.

30. **Hamsher K de S, Levin H, Benton AL (1979)** Facial recognition in patients with focal brain lesions. Archives of Neurology,36, 837-839.
31. **Hamsher K deS, Capruso DX, Benton AL (1992)** Visuospatial judgement and right hemisphere disease. Cortex, 28, 493-495.
32. **Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL ve ark (1993)** Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and Extended. Psychological Assessment Resources.
33. **Hill SK, Lewis MN, Dean RS (2000)** Constructs underlying measures of sensory-motor functions. Archives of Clinical Neuropsychology, 631-641.
34. **Hooper Visual Organization Test (VOT) Manual (1983)** Los Angeles: Western Psychological Services.
35. **Kandel E (1998)** A New Intellectual Framework for Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 155, 457-469.
36. **Kaplan E (1991)** A Process Approach to Neuropsychological assessment. T.Boll & B.K. Bryant (Ed.), Clinical Neuropsychology: Research, Measurement, and Practice. (s.129-167). Washington DC : American Psychological Association.
37. **Kaplan E, Goodglass H, Weintraub S ve ark (1983)** Boston Naming Test. Philadelphia: Lea & Febiger.
38. **Kapruso DX, Hamsher K deS & Benton AL (1995)** Asssessment of Visuocognitive Processes. In R.L. Mapou,& J. Spector (Eds.). Clinical Neuropsychological assessment: A cognitive approach,(pp.137-182), New York: Plenum Press .
39. **Karakaş S, Eski R, Başar E (1996)** Türk Kültürü için Standardizasyonu Yapılmış Nöropsikolojik Testler Topluluğu: Bilnot Bataryası, 32. Ulusal Nöroloji Kongresi, Kongre kitabı. (43-70).
40. **Kolb B, Whishaw IQ. (1996).** Fundamentals of Human Neuropsychology. (4. Baskı.). New York: W.H. Freeman and Company.
41. **Lafayette Instrument Company (LIC) (1986).** Instruction and normative data for model 78010 and 78011, Hand Dynamometer. Lafeyette, IN: LIC.
42. **Lafayette Instrument Company (LIC) (1999)** *Quick Reference Guide For The Purdue Pegboard test for model Model 32020.* Administrator's Manual Revised Edition.
43. **Leslie SC, Davidson RJ, Batey OB (1985)** Purdue Pegboard performance of disabled and normal readers: Unimanual versus bimanual differences. Brain and Language 24, 359-369.
44. **Lezak MD, Howieson DB, Loring DW (2004)** Neuropsychological Assessment (4. baskı). Oxford: Oxford University Press.
45. **Mayes AR (1995)** The Assessment of Memory Disorders. In A.D. Baddeley, B.A. Wilson, & F.N. Watts (Eds.), Handbook of Memory Disorders.(pp.367-391), New York: Wiley.
46. **Mesulam MM (1981)** A Cortical Network for Directed Attention and Unilateral Neglect. Annals of Neurology, 10, 309-325
47. **Milberg WP, Hebben N, Kaplan E (1996)** The Boston Process Approach to Neuropsychological Assessment. I. Grant & K.M. Adams (Ed.). Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders (2. baskı) (s.58-80) New York: Oxford University Press.
48. **Parmenter BA, Shucard JL, Benedict RHB ve ark (2006)** Working memory deficits in multiple sclerosis: Comparison between the n-back task and the Paced Auditory Addition Test Journal of the International Neuropsychological Society, 10, 35-45
49. **Phillips L (1997)** Do 'Frontal tests' measure executive function? Issues of Assessment and evidence from fluency tests.In P. Rabbitt (Ed.) Methodology of frontal and executive function. (pp. 191-210) East Sussex. Psychology Press.
50. **Posner MI, Peterson SE (1990)** The Attention system of the Human Brain. Annual Review of Neurosciences, 13, 182-196.
51. **Reitan RM , Wolfson D (1996)** Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. I. Grant & K.M. Adams (Ed.). Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders (2. Baskı) (s.3-42) New York: Oxford University Press.
52. **Reitan, RM, Wolfson D (2003)** The significance of sensory – motor functions as indicators of brain dysfunction in children. Archives of Clinical Neuropsychology, 18,11-18.
53. **Rosvold HE, Mirsky AF, Sarason I ve ark (1956)** A Continuous Performance Test of Brain Damage. Journal of Consulting Psychology, 205, 343-350.
54. **Ruff RM (1989)** Ruff Figural Fluency Test Administration Manual. San Diego. Neuropsychological Resources.

55. **Ruff RM, Light RH, Evans RW (1987).** The Ruff figural fluency test: A normative study with adults. Developmental Neuropsychology, 3, 37-52.
56. **Schretlen D (1997)** Brief Test of Attention. Professional Manual. PAR: Odessa Florida
57. **Shallice T (1982)** Specific impairments of planning. Phil Trans Royal Soc London, 298, 199-209.
58. **Shucard JL, Parrish J, Shucard DW ve ark (2004)** Working memory and processing speed deficits in systemic lupus erythematosus as measured by the paced auditory serial addition test. Journal of the International Neuropsychological Society, 10, 35-45.
59. **Strauss E, Sherman EMS, Spreen O (2006).** A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary. (3. Baskı). New York: Oxford University Press.
60. **Swanson HL (1983)** A Developmental Study of Vigilance in Learning Disabled and Nondisabled Children, Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 361-378.
61. **Task force on education, accreditation, and credentialing (1987)** Reports of the INS-Division 40 The Clinical Neuropsychologist , 1: 29-34.
62. **Tekok-Kılıç A, Elmastaş-Dikeç B (2005).** 5-17 yaş çocuklarda dikket bellek yönetici fonksiyonlar ile duyu-motor işlevleri değerlendiren testlerin Türk toplumuna uyarlama çalışması-Pilot çalışma (proje no: DPT 2001-3).
63. **The Psychological Corporation (1999)** WASI:Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence. San Antonio, TX.
64. **Tranel D (1996)** The Iowa-Benton School of Neuropsychological Assessment, I.Grant & K.M. Adams (Ed.). Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders (s: 81-102), New York. Oxford University Press
65. **Van Zomeren AH, Brouwer WH (1994)** Clinical Neuropsychology of Attention. New York: Oxford University Press.
66. **Volpe AG, Davis AS, Dean RS (2006)** Predicting global and specific neurological impairment with sensory-motor functioning. Archives of Clinical Neuropsychology, 21, 203-210.
67. **WAIS-III WMS-III Technical Manual (1997)** The Psychological Corporation: San Antonio
68. **Wechsler D (1987)** Wechsler Memory Scale-Revised Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
69. **Wechsler D (1997)** Wechsler Memory Scale-Third Edition: Administration and Scorin Manual. The Psychological Corporation: San Antonio
70. **Wetzel L, Boll TJ (1987).** Short Category Test: Booklet Format. Los Angeles: Western Psychological Services.
71. **Woods SP, Delis DC, Scott JC ve ark (2006)** The California Verbal Learning Test-second edition: Test-retest reliability, practice effect, and reliable change indices for the standard and alternate forms. Archives of Clinical Neuropsychology 21, 413-420
72. **Young A (1996)** Assessment of visual perceptual impairment. In L. Harding, & J.R. Beech (Eds.). (pp.97-110).Assessment in Neuropsychology, London: Routledge Assessment Library

BÖLÜM XIV

RUHSAL BOZUKLUKLARDA TANI VE SINIFLANDIRMA

Hastaların sağaltımı ve hastalıkların önlenebilmesi için en başta iyi bir tanımlama, tanı koyma, sınıflandırma dizgesinin elde olması gerekir. İyi tanımlanmamış ve sınıflandırılamamış rahatsızlıklar üzerinde düzenli bir araştırma yapılamaz; bu tür rahatsızlıkların sıklık ve yaygınlıkları saptanamaz, oluş nedenleri araştırılamaz, sağaltım yöntemleri belirlenemez. Psikiyatri artık öznel izlenimler ve tanımlamalardan uzaklaşmış; belli tanı ölçütleri ve sınıflandırmaları olan sağlam temellere oturma yolunda büyük gelişmeler göstermiştir. Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve dizgeli biçimde sınıflandırılmasında ilk önemli adım Alman ruh hekimi *Emil Kraepelin* (1986) tarafından atılmıştır. Kraepelin'in koyduğu tanımlamalar birçok yönden bugün de geçerlidir. Psikiyatrinin temeli olan *tanımlayıcı (descriptive) psikiyatri*nin kurucusu *Kraepelin*'dir. Kraepelin'in dementia praecox ve manik depresif psikoz arasında yaptığı kategorik ayrım, günümüzde yaygın olarak kullanılan tanı dizgelerinin de temelini oluşturmaktadır.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısına doğru öncelikle A.B.D.'de tanımlayıcı psikiyatrinin ağırlığı azaldı. Bunda II. Dünya Savaşı sırasında askeri ruh hekimlerinin ruhsal belirtiler ile savaşın yol açtığı çevresel zorlanmalar (stres) arasındaki ilişkiyi göstermelerinin önemli katkısı oldu. Her ne kadar savaş öncesi dönemde de ruhsal hastalıkların gelişiminde sosyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmekteydiyse de, II. Dünya Savaşını izleyen yıllarda ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık Adolf Meyer'in psikobiyoloji yaklaşımı bağlamında bir yelpaze içine oturtuldu. Bunda psikanalizin getirdiği dinamik ilkelerin de büyük rolü vardır. Böylece Kraepelinci hastalık anlayışı reddedildi. Ruhsal hastalık kavramının sınırları belirsizleşti. Yeni çalışmalarla tanıdan bağımsız olarak işlev bozukluğu düzeyinin ölçülmesi ve etiyolojide sosyal etkenlerin aranması eğilimi başladı[5]. Öyle ki 1952'de çıkan DSM-I'de (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ruhsal bozukluklar birer tepki (reaction) olarak sınıflandırıldı. Örneğin bunaltı tepkisi (anxiety reaction), şizofrenik tepkiler (schizophrenic reactions) gibi.

Öte yandan 1950'lerde psikofarmakoloji alanında yapılan büyük buluşlardan sonra tanımlayıcı psikiyatriye ilgi yeniden arttı. Farmakoterapi alnındaki buluşlar ve klinik ilaç çalışmaları her hastaya en uygun sağaltımın bulunması amacı ile hastaların daha homojen gruplar oluşturmalarına yönelik bir arayış ortaya çıkardı ve bu gereksinim ile psikiyatrik tanı dizgeleri geliştirilmeye başlandı.

Bu dönemde Amerikan psikiyatrisindeki tanımlamalar ve tanı ölçütleri ile Avrupa'daki tanımlamalar ve ölçütler arasında önemli ayrılıklar bulunmaktaydı. Örneğin A.B.D'de şizofrenik reaksiyon tanısı İngiltere ve öbür Avrupa ülkelerindeki psikiyatri merkezlerine göre daha kolay ve sık konuyordu. Buna karşılık manik-depresif reaksiyon tanısı A.B.D.'de çok az konurken, bu tanı Avrupa'da daha kolay ve sık kullanılıyordu. Ruhsal bozuklukları tanımlamada ve sınıflandırmada hem ülkeler içinde, hem de ülkeler arasında bir dil ve tanı birliği olmadığı için yapılan araştırmaların büyük bir güvenilirliği olmuyordu. Açık işevuruk (operasyonel) tanı ölçütleri kullanılsa bile güvenirliği düşük değerlendirme yöntemleri kullanıldığı sürece tanıdaki tutarsızlık değişmemekteydi[5].

Ancak, şunu da vurgulamak gerekir ki hem psikanalizin, hem Adolf Meyer'in etkisi ile ruhsal bozukluklara bakış biçimi önemli oranda değişmiş; hastaların muayene, değerlendirilme ve hasta-hekim ilişkilerinde önemli gelişmeler sağlanmıştı. 1940'lardan 1980'lerin başlarına kadar uzanan bu dönemde hastaların özyaşam ve aile öykülerine, psikososyal etkenlerin araştırılmasına büyük önem veriliyordu. Bu akım, hastaların değerlendirilmelerinde yeni ufuklar açtı; psikiyatriyi dar bir tanımlayıcı çerçeveden kurtardı. Fakat bu akımın yaygınlaşması ile ruhsal bozukluklarda görülen belirtilerin ayrıntılı biçimde incelenmesi ve tanımlanması önemli bir ağırlık taşımaz oldu. Tanı sorunları tartışılırken öznel tanımlamalara, izlenimlere fazla yer verilmesi psikiyatrik tanıyı bilimsellikten uzaklaştırıyordu[5].

1960'lardan sonra öncellikle yeni bulunan ilaçların etkilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla psikiyatrik tanı ve sınıflandırmayı öznellikten kurtarmak, bilimsel çerçeveye oturtmak için çabalar yaygınlaştı. Sonunda 1968'de A.B.D.'de çıkan DSM-II ile sarkaç yeniden *Kraepelin*'in egemen olduğu Avrupa psikiyatrisine kayarak "reaksiyon" terimi bırakıldı. DSM-II bir adım olmakla birlikte yeterli tanımlamalar ve tanı ölçütleri getirmediği için çok eksik kalıyordu. DSM-I ve DSM-II'de yer alan sendromlar az çok tanımlanmaktaysa da bu tanımlamalar yeterli değildi. Ayrıca DSM'nin bu ilk iki baskısında kullanılan terimlerin seçimleri etiyolojik göndermeler içermekteydi. 1980'de DSM-III ve 1987'de DSM-III-R (DSM-III-Revised) psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında etiyolojik önermelerin yerini kuram-dışı (ateorik) bir yaklaşımla yapılan, kısmen araştırmalara dayanan tanı ölçütleri aldı. Böylece standartlaştırma yolunda önemli bir adım atılmış oldu ve kullanımı çok yaygınlaştı[1, 2, 6].

Bu süre içinde daha çok Avrupa psikiyatrisinin etkisi ile Dünya Sağlık Örgütü de sırasıyla ICD-8 (1968), ICD-9 (1979) yayınları ile uluslararası tanı dizgeleri geliştirdi. Hekimlikteki bütün hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasını içeren ICD'nin (International Classification of Diseases) beşinci bölümü ruhsal bozuklukları tanımlar ve sınıflandırır [8]. ICD-10'un hazırlanmasında dünyanın değişik yörelerinden uzmanlar ve araştırma merkezleri yer aldılar. Aralarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünün de bulunduğu değişik merkezlerde denemelerden geçirilerek eleştiriler yapıldı ve 1992'de Dünya Sağlık Örgütü ICD-10'u yayınladı.

1994'te DSM dizgesinin günümüzde kullanılan en son geliştirilmiş kitabı olan DSM-IV yayınlanarak bütün dünyada kullanılır oldu. DSM-IV'ün DSM-III ve DSM-III-R'den en önemli farkı temel dayanağının uzman görüşlerinden çok, geniş kapsamlı kaynak taramasına ve araştırma verilerine dayandırılma çabasıydı[6].

Bunların hepsi psikiyatride ortak dilin ve tanımlama-sınıflandırma alanında uluslararası bir dizgenin oluşturulması bakımından önemli adımlar olmuştur. A.B.D.'deki ve Avrupa'daki çalışmaların sürekli olarak birbirlerini etkilediğini, DSM-III'ün ICD-9'dan, ICD-10'un DSM-III-R'den, DSM-IV'ün ICD-10'dan etkilendiklerini, standart bir dizgeye doğru yaklaşıldığını vurgulamak gerekir. Bu tanı dizgelerinde herhangi bir kuramsal okula bağlı kalınmamaya, yalnızca araştırma verilerine dayanan tanı ölçütlerinin belirlenmesine çalışılmıştır. Ancak, her iki dizgenin de kendilerine göre eleştirilebilecek yanları vardır ve uluslararası uygulamalarda tam kabul edilebilir bir dil ve sınıflandırma düzeyine ulaşıldığı söylenemez. Zaten, her iki tanı dizgesi de artık değiştirmeye gerek kalmayacak son bir noktaya ulaştıklarını savunmamakta, yeni gelişmelere açık olduklarını ileri sürmektedirler. Nitekim DSM-V ve ICD-11 çalışmaları sürmektedir.

DSM dizgesinin (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) önemli özellikleri şunlardır:

Her bozukluk için tanımlama, eşlik eden özellikler, başlangıç yaşı, yaygınlık (prevalans), gidiş, neden olduğu bozukluğun derecesi (impairment), komplikasyonları, oluş nedenleri, ayırıcı tanı ve tanı ölçütleri sırasıyla özetlenerek verilmektedir. Hastalıklar hakkında yalnızca tanı koymak için değil, yukarıda sıralanan özellikler için de kısa bilgi veren büyük bir kılavuz olduğu gerçektir. *DSM-III* Türkçe'ye çevrilmiş ve yayınlanmıştır[1]. DSM-III'ün ve DSM-III'ün gözden geçirilerek, ekleme ve çıkarmalarla yenilenmiş şekli olan DSM-III-R'nin kısaltılmış başvuru elkitabı da (*Quick Reference Guide to the DSM-III-R Türkçeye* çevrilmiştir [2]. 1994'de yayınlanan DSM-IV de aynı ekip tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir[3].

DSM-III ve DSM-III-R ile DSM-III-R ve DSM-IV'ün yayınlanmaları arasında yedişer sene bulunmaktadır. Geçerli sınıflandırma dizgelerinin sık değişmesi aynı alanda yapılan araştırmaların farklı tanı ölçütleri kullanmaları nedeniyle ortak bir sonuca varmalarını güçleştirmektedir. Bu nedenle Amerikan

Psikiyatri Birliği DSM-V'in yayınlanması için bir süre beklemeye, 2010'dan önce yayınlamamaya karar vermiştir. Ancak, 2000 yılında DSM-IV tanı ölçütlerinin değil, metin kısmının gözden geçirilmiş biçimiyle DSM-IV-TR (Text Revision) yeniden yayınlandı. DSM-IV'ün yayınlanmasıyla DSM-V'in arasında on beş yıl gibi bir sürenin olacağı göz önüne alınarak, bu dönemde olan yeniliklerin tanı ölçütlerine katılmasa da metin olarak eklenmesi gerekli görüldü [6, 7].

Hastaların değişik özelliklerini, hastalıklarını, uyum düzeylerini belli bir tanı dizgesi içinde belirtebilmek için DSM dizgesi *çok-eksenli (multi-axial)* tanı yöntemini getirmiştir. Buna göre her hastaya şu beş eksen üzerinden tanı değerlendirmesi yapılmaktadır:

I. Eksen: Klinik bozukluklar
Klinik olarak önem taşıyan başka bozukluklar

Bu eksende, klinik görünüme egemen olan asıl hastalığın (kişilik bozukluğu ve zekâ geriliği dışındaki) tanısı başa konur. Hastada başka ruhsal bozukluklar varsa bunlar da bu eksende, asıl hastalığın altında sıralanırlar.

II. Eksen: Kişilik Bozuklukları
Zekâ geriliği

Bu eksende hastada saptanan kişilik bozukluğunun tanısı ya da baskın olan kişilik bozukluğu belirtisi konur. Zekâ gerilikleri de 2. eksen tanısı altında yazılır.

III. Eksen: Psikiyatri Dışı Bozukluklar ("Genel Tıbbi Durumlar")

Bu eksen hastada görülebilecek psikiyatri dışı hastalıkların tanıları içindir.

IV. Eksen: Psikososyal ve Çevresel Sorunlar

Bu eksende ruhsal bozukluğun oluşunda, gidişinde ve sağaltımında etkisi olabilen çeşitli psikososyal etkenler belirtilmektedir. Örneğin, önemli bir yakının yitimi, işsiz kalmak, ağır bedensel ya da ruhsal travmalar....

V. Eksen: Uyum İşlevlerinin Toplu Değerlendirilmesi

Bu eksende gözlemlere dayanarak ya da *Genel Uyumu Değerlendirme (Global Assessment of Functioning)* ölçeği ile elde edilen uyum değerlendirmesi yazılır.

DSM sisteminde zihinsel ve ruhsal bir durumun psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilmesi için ya düzenli olarak kişiye öznel bir rahatsızlık vermesi ya da mesleki ve sosyal işlev düzeyini bozacak şiddette olması beklenmektedir.

DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV Amerikan psikiyatrisinde olduğu kadar, bütün dünyada büyük ilgi görmüş, genel ruh hekimliği uygulamasını çok etkilemiştir. DSM dizgesi kuşkusuz ruhsal hastalıkların net tanım ve açıklamasını sağlayarak kullanım kolaylığı taşır ve meslek çalışanları arasında bir dil birliği oluşturmuştur. 1994'te çıkan DSM-IV, daha önceki DSM-III ve DSM-

III-R'nin eksikliklerinin saptanmasına, çok sayıda yeni araştırma verilerine, alan uygulamalarına dayanarak ve ondan iki yıl önce çıkmış olan ICD-10 bilgilerinden de yararlanarak hazırlanmıştır. Büyük bir ders kitabını da aşan bu kılavuz dizgesinin en arkasında tanı koymayı kolaylaştıracak ek çizelgeler bulunmaktadır. Arkada ayrıca, kitapta tanımlanmış ve sınıflandırılmış olan tanıların ICD-10'a göre kodları da ek olarak verilmiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-III'den beri geliştirdiği bu tanı dizgesinin kitapları, kasetleri, uygulama rehberleri, kursları büyük bir sanayi oluşturmaktadır. Bu dizgenin büyük bir psikiyatri kitabı gibi hazırlanması ile hemen bütün olgular bunlarda yazılan tanımlamalara, ölçütlere göre değerlendirilir olmuş, kimi çevrelerde kitap bütün klinik tartışmalara son noktayı koyabilecek bir yetke kazanmıştır. Böylece yalnız ruh hekimlerinin uygulamalarını etkilemekle kalmamış, asistanlar ve öğrencilerin de giderek DSM dizgesindeki tanılar ve ölçütleri öğrenmenin dışındaki konulara ilgileri azalmıştır. Bu dizgenin psikiyatrik tanı-bilimine önemli bir katkı olduğu, buna dayanarak tanılarda daha nesnelliğe yaklaşılabildiği yadsınamaz. Ayrıca, bu dizgedeki tanımlara uyan görüşme çizelgeleri klinik araştırmalarda olguların standart değerlendirilmesi yapılarak, başka araştırmalarla karşılaştırma olanakları sağlamıştır.

Bu olumlu katkılarına karşın DSM dizgesi, psikiyatride klinik olgulara fazla kalıplaşmış ölçütler kümesi ile yaklaşması, esneklik tanımaması, birçok yerde ölçülmesi güç olan kimi noktalara kesin değerler vermesi (örneğin kimi bozuklukların tanısı için en az üç hafta, en az üç ay, altı ay gibi kesin süreler verilmesi) yanı sıra, ekonomik kazanca yönelik bir sanayi oluşturması gibi nedenlerle eleştirilebilir. Katkılarının yanı sıra psikiyatride özgün bakış açılarını, yaratıcı görüşleri dışlaması ile eğitimi ve uygulamayı kısırlaştırdığı da düşünülebilir. DSM-IV'teki hastalık sayısı DSM-I'de tanımlanan hastalık sayısının üç katıdır. Artan tanı sayısının, ruhsal bozukluk kavramında da genişlemeyi gösterdiği düşünülebilir. Daha önce patolojik olarak değerlendirilmeyen davranış, biliş, duygu kalıpları artık bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nce hazırlanarak 1992 yılında yayınlanmış olan ICD-10'un (Classification of Mental and Behavioral Disorders-Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması) Türkçe'ye çevirisi Dünya Sağlık Örgütü'nün izni ile yapılmış ve bir kitap olarak basılmıştır. Bu kitap ruhsal bozuklukları F00'dan F99'a kadar uzanan kategorilere ayırarak düzenli bir kodlama yöntemi (alphanumeric) getirmektedir.

ICD-10'da her bir bozukluk için:

1. Tanı ölçütlerini de içeren bir tanı kılavuzu
2. Bu tanının içerdiği ve içermediği benzer bozukluklar
3. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bozukluklar
4. Tanıların alt grupları verilmektedir.

Bu da hastalıkları tanıtan ayrıntılı bir elkitabı sayılabilir.

ICD-10'un DSM-IV'ten temel farkları şöyle sıralanabilir:

- Çok-eksenli olmayışı,
- Belirti sayıları ile sınırlanan katı tanı ölçütlerine fazla bağlı olmayışı,
- Başlangıç yaşı, yaygınlık, gidiş, neden olduğu yetmezlik derecesi (impairment), komplikasyonları, oluş nedenleri gibi hastalık özelliklerini tanımlayan ayrı ayrı başlıklar bulunmayışıdır.

ICD-10'un da psikiyatrideki bütün tanı sorunlarını tümüyle çözdüğü ileri sürülemez. Kimi yerlerde Avrupa psikiyatrisine özgü çelişkilerin bulunduğu da söylenebilir. Örneğin, kuramsallıktan kaçınmak için psikanalitik bir kavram olan "konversiyon" sözcüğü atılmış, yerine aynı derecede kuramsal yanı olan "disosiyatif" terimi yeğlenmiştir. Bunda, ICD-10 çalışmalarında Fransız grubunun etkisinin rolü olmuştur. Bir başka örnek de şudur: DSM dizgesi haklı olarak nevrasteni terimini bırakmışken, ICD-10 büyük olasılıkla Rus ve Çin psikiyatrisinin hatırına uyarak bu tanı kategorisini korumuştur. Buna benzer türden politik denebilecek yaklaşımların tek tük de olsa ICD-10'da bulunuşu psikiyatrinin henüz kimi yerel ya da ulusal önyargılardan, kaygılardan tam arındırılmamış olduğu izlenimini vermektedir.

Hekimliğin her dalında olduğu gibi, psikiyatride de (belki biraz daha fazla) tanı ölçütlerine uymayan, tanı sınıflarına sığmayan ya da sınıflar arasında kalan sendromlar vardır. Klinikte tanı tartışmaları en çok bu sendromlar üzerinde olmaktadır. Klinik uygulamada birçok psikiyatrik bozukluk tamamen bir tanının sınırları içinde kalmamakta, sıklıkla iki tanı kategorisi arasında yer almaktadır.

Şu noktayı da önemle vurgulamak gerekir: Son yıllarda psikiyatri artık sanki tümden bir tanı bilimi (nozoloji) olmuştur. Hastaları değerlendirmek için kullanılan yapılandırılmış görüşme çizelgeleri yaygınlaşmış; belirtilerin tanınması, tanımlanması, sınıflandırılması kılı kırk yararcasına ruh hekimliğinin her yönüne egemen olmuştur. Bu da belirti ağırlıklı görüşmelerin daha çok kullanılır olmasına yol açmıştır. *Bir yandan nörobiyolojik alanda yeni yeni buluşlar ve kuramlar, bir yandan bu tanı dizgelerinin getirdiği somut, kolay tanı ölçütleri hastalarla ilgilenme biçimini de etkilemiştir. Hasta-hekim ilişkileri ve hastaları tanımak için gerekli olan psikodinamik yaklaşımlar az ya da çok bırakılmış gibi görünmektedir. Bize doğruyu, geçerli olanı veren bir tanı ve sınıflandırma dizgesi zorunlu olmakla birlikte, hastaların psikodinamik değerlendirmelerini, hasta-hekim ilişkilerini ihmal eden bir değerlendirme akımı psikiyatriyi çok kısırlaştırmaktadır.*

Türkiye'de psikiyatri eğitimi yapan merkezlerde hem DSM, hem de Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 dizgeleri tanıtılmalıdır. Fakat uygulamada, hastalıkların sınıflandırılmasında ve kodlanmasında uluslararası dizgeye uymak gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile yapılmış olan ve devletleri bağlayan anlaşmalara göre ICD dizgesine uyulması zorunludur.

KAYNAKLAR

1. **American Psychiatric Association (1980)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, D.C. American Psychiatric Association. (Türkçe'ye Çevirisi: S. Sorias ve ark. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1990).
2. **American Psychiatric Association (1987)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R). Washington DC: American Psychiatric Association. (Quick Reference Guide to DSM-III-R Türkçe çeviri: E. Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1989).
3. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association, (Türkçe'ye çeviri: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4.Baskı (DSM-IV), Çeviri editörü: E Köroğlu. Çevirenler: Ö Aydemir, E Köroğlu, L Sevinçok, Ş Şener, S Şenol, N Yüksel. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1995)
4. **American Psychiatric Association (2000)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision, Fourth Edition, DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association
5. **Dohrenwent BP (1995)** "The problem of validity in field studies of psychological disorders" revisited. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Ed. MT Tsuang, M Tohen, GEP Zahner. Wiley-Liss, Inc NewYork , sf 3-20
6. **First MB, Pincus HA (2002)** The DSM-IV Text Revision: Rationale and potential impact on clinical practice. Psychiatric Services 53:288-292
7. **First MB (2002)** DSM-IV and psychiatric epidemiology. Textbook in Psychiatric Epidemiology. 2. Ed., Ed. MT Tsuang, M Tohen. Wiley-Liss, Inc NewYork , sf 333-342
8. **World Health Organization (1992)** The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçe'ye çeviri: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması, Çevirenler: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk O, Rezaki M, Uluğ B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1993).

BÖLÜM XV

RUHSAL BOZUKLUKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ(*)

"Yetiyitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı-YUYY ya da kısaca Yetiyitimi Yılı-YY (Disability Adjusted Life Year-DALY) ölçümlerine göre 1998'de dünyada toplam yetiyitimi (disability) kayıplarının %12'si ruhsal bozukluklar yüzünden olmaktadır. Bütün dünyada global hastalık yükünün ilk 10 nedeni arasında ***majör depresyon*** *beşinci sırayı almaktadır. Bütün dünyada yetiyitimine en çok neden olan 10 hastalıktan beşi ruhsal bozukluklardır (majör depresyon, şizofreni, ikiuçlu bozukluklar, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk). Bu oranlar yüksek gelirli ülkeler kadar gelişmekte olan ülkeler için de geçerlidir. İleriye dönük yordama çalışmaları gelecekte ruhsal sorunların katlanarak artacağını göstermektedir. Bunun önemli nedenleri arasında yaşlı nüfusun artması, hızla çoğalan sosyal sorunlar ve kargaşalar, şiddet, iç savaşlar, afetler ve hızla büyüyen göç toplumları sayılabilir"*[4].

Dr. G.H. BRUNDTLAND (DSÖ Eski Genel Direktörü 2000)

Epidemiyoloji artık sağlık ve hastalığı, yaşam boyu, etiyolojik etkenler, hastalık belirtileri, ektanılar, klinik bakımın yararı ve sonlanışını içeren bir nüfus yaklaşımı ile ele alan bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatrik epidemiyoloji ise bu bağlamda hem ruhsal hastalıklar hem de ruh sağlığı ile ilgili etkenlerin farklı insan topluluklarındaki dağılımını ve risk etkenlerini incelemektedir[31]. Epidemiyolojinin başka tanımları, amaçları, yöntemleri ve içerdiği kavramlar epidemiyoloji ve toplum hekimliği kitaplarında yeterince açıklandığı için bunlar bu bölümde ele alınmayacaktır.

Ruh sağlığı alanında etkin programların geliştirilebilmesi için ruhsal bozuklukların yaygınlığı, sıklığı, demografik özellikleri, oluş nedenleri ve kay-

* Bu bölüme yaptığı katkılardan dolayı Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a teşekkür ederiz.

nakları üzerinde güvenilir bilgiler gerekir. Bunu da bize ancak epidemiyolojik araştırmalar verebilir. Son yıllara dek psikiyatrik epidemiyolojik araştırmaların verileri birbirlerinden çok ayrı ve çelişkili bulunmuştu. Bunun ana nedenleri şunlardır:

a) Ruhsal bozuklukların çoğunun yavaş, sinsi başlangıçlı olması ve somatik yakınmalarla başlamasından kaynaklanan *tanı güçlükleri*. Ruhsal bozukluk alanında normal anormal ayırımının güçlüğü, bazen de olanaksızlığı.

b) Özellikle eski çalışmalarda *uluslararası geçerliği ve güvenilirliği* olan değerlendirme ölçeklerinin kullanılmamış olması.

c) *Örneklem seçimi*nde büyük farklılıkların olması.

d) Geniş toplum taramalarında toplumu temsil edebilecek örneklem alınsa bile katılımcıların bireysel görüşmelerle değerlendirilmelerinin çok *güç ve pahalı oluşu*.

e) Bazı araştırmalarda belirgin *ruhsal hastalık*, bazılarında da *belirti taramaları*nın yapılması ve elde edilen sonuçlardan hastalık sıklığına ilişkin sonuçlara varılması.

f) Değişik kültürel ortamlarda ruh hastalarına karşı değişik *tutumlar ve önyargılar* yüzünden ruhsal belirtilerin ve hastalıkların saklanmasından kaynaklanan güçlükler.

Bu nedenlerle son yıllara dek yapılmış olan ve psikiyatri kitaplarında yer alan birçok araştırmanın ne denli geçerli olduğunu değerlendirmek güçtür. Geçerliği (validity) ve güvenilirliği (reliability) denenmemiş araçlarla yapılmış araştırmalar üzerinde burada fazla durulmayacak, değişik kaynaklardan elde edilen verilere dayanılarak bir tablo verilecektir.

Ruh sağlığı programlarının epidemiyolojik araştırmalara dayandırılması zorunluluğu vardır. Geçerli epidemiyolojik verilere dayanmadan yapılan programlar gelişmiş ülkelerde gereksiz yere çok fazla sayıda sağaltım ve bakım kurumlarının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Yirminci yüzyılın başında Batı ülkelerinde binlerce hastayı barındıran çok sayıda hastane açılmış ve bunların çoğu az ya da çok sefalet yuvalarına dönüşmüşlerdir.

Epidemiyolojik araştırmalar toplumda ruhsal sorunu olan kişilerin ne kadarının sağaltım yardımı almak için başvuracağı, ne kadarının hastanede ya da ayaktan sağaltım gerektireceği konularına ışık tutabilir. Ayrıca, ruhsal bozuklukların oluş nedenlerinin ve risk gruplarının saptanmasında ve bunlara dayanarak alınması gereken koruyucu önlemler hakkında bilgi verebilir.

Epidemiyolojik çalışmalar dört tarihsel dönem içinde ya da kuşak olarak ele alınmaktadır [10, 31]:

Birinci kuşak psikiyatrik alan çalışmaları 20. yüzyılın başından II. Dünya savaşına kadar süren dönemde yapılan 16 çalışmayı kapsamaktadır. Bu çalışmaların çoğunda doğrudan muayene yapılmamıştır. Tanılar bilgi veren bir kişiden ve kurum kayıtlarından alınan bilgilere dayanmaktadır. Doğrudan hastaların muayenesine dayandırılan 6 çalışmada hastalık oranları diğer

çalışmalardan yüksek bulunmakla birlikte ikinci kuşak çalışmalardan çok daha düşüktür. Bu çalışmalar daha sonra yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığı zaman "olgu" değerlendirmelerinin yetersiz olduğu, tanıların güvenilir olmadığı söylenebilir. Ancak, bu çalışmalar sonraki araştırmalar için yol gösterici olmuştur.

II. Dünya Savaşı sırasında asker seçmek için ve savaşta ortaya çıkan acil durumların çokluğu üzerine savaş sonrasında toplum taramaları yapılmaya başlandı. *İkinci kuşak psikiyatrik alan çalışmaları* II. Dünya savaşı sonrası ile DSM-III'ün yayınlandığı 1980 yılı arasındaki dönemi kapsamaktadır.

II. Dünya Savaşı sırasında askeri ruh hekimleri savaş yorgunluğu ve stres reaksiyonları üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu dönemde yapılan çalışmalarda örneklem seçimi ve tarama yöntemleri gelişmiştir. Toplum taramaları denekle doğrudan görüşülerek yapılmıştır. Amerika'da ve Avrupa'da savaş öncesinde yapılan taramalarda sağlam görünen bazı kişilerde savaş sırasında beklenmedik ruhsal hastalıkların ortaya çıkması o dönemin psikiyatri anlayışına önemli bir katkıda bulunmuştur. Savaş öncesi dönemde de ruhsal hastalıkların oluşunda toplumsal etkenlerin rol oynadığı görüşü bulunmaktaydı. Savaşla birlikte, ruhsal belirtiler ile savaşın yol açtığı çevresel zorlanmalar (stres) arasındaki ilişkinin ortaya çıkması, kişisel yatkınlık dışında, zorlanmanın da ruhsal hastalıklar açısından önemli bir tetikleyici etken olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların bir başka önemli katkısı da askere alma seçmeleri sırasında yapılan ruhsal değerlendirmeler sonucu çok sayıda asker adayının askere alınmaması ile kamuoyuna ruhsal hastalıkların yüksek oranda görüldüğü bilgisinin yansıması oldu. Böylece ruhsal sorunlara verilen toplumsal önem arttı ve savaş sonunda ruhsal hastalıkların epidemiyolojisine yönelik çalışmaları devletler desteklemeye başladı.

Savaş dönemindeki deneyimlerin etkisi ile savaşı izleyen yıllarda yapılan çalışmalar askeri toplum taramalarında kullanılan doğrudan muayene yöntemini kullandılar. Ayrıca bu dönemdeki ruhsal bozukluk anlayışına zorlanma (stres) kavramı yerleşti. A.B.D.'de ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık Adolf Meyer'in psikobiyoloji kuramı bağlamında bir yelpaze (spektrum) içine oturtuldu. Böylece Kraepelinci hastalık anlayışı reddedildi. Ruhsal hastalık kavramının sınırları belirsizleşti, normalle aynı yelpaze içine yerleşti. Yeni çalışmalarla tanıdan bağımsız olarak işlev bozukluğu düzeyinin ölçülmesi ve etiyolojide toplumsal etkenlerin aranması eğilimi başladı. Bu anlayışla yapılan büyük toplum taramalarına örnek olarak Stirling County Çalışması, Baltimore Morbidite Taraması verilebilir. Bu çalışmaların bir kısmında inanılmaz derecede yüksek oranlarda işlev yitimi saptandı (örn: Midtown Manhattan Çalışması, 1962). Düşük toplumsal sınıf ve şizofreni arasında bağlantılar gösterildi. Yöntembilimdeki gelişmelerin ve psikososyal değişkenlere önem verilmesinin ruhsal hastalıkları anlamamıza çok önemli katkıları oldu. Ancak, bu yöntemle belli ruhsal hastalıkların görülme sıklıklarının belirlenememesi

nedeniyle 1970'den sonra yeniden hız kazanan psikofarmakoloji, genetik, nöropsikiyatri gibi alanlarda bu çalışmalar kullanılamadı.

Öte yandan 1950'lerden sonra psikofarmakoloji alanında büyük buluşların gerçekleşmesiyle tanımlayıcı psikiyatriye ilgi artmış ve tanı dizgeleri geliştirme çalışmaları hız kazanmıştı. Farmakoterapi alanındaki buluşlar ve klinik ilaç çalışmaları her hastaya en uygun sağaltımın bulunmasını amaçladığı için araştırmalarda hastaların daha homojen gruplar oluşturmalarına yönelik bir arayış başlamıştır.

Yapılandırılmış görüşme ölçekleri ve standart tanı ölçütleri kullanılmaması nedeniyle 1980 öncesinde yapılan çalışmaların çoğunun güvenilir bir yorumu yapılamamaktadır. 1972'de psikotik hastalarda ABD ile Ingiltere arasındaki tanı farklılıklarını gösteren çalışma [5] psikiyatride epidemiyolojik çalışmalar için bir dönüm noktası oldu. Bu çalışma açık işevuruk (operasyonel) tanı ölçütleri kullanılmadığı zaman manik depresif hastalıkla şizofreni ayırıcı tanısının zor olduğunu gösterdi. Açık, işevuruk tanı ölçütleri kullanılsa bile güvenirliği düşük değerlendirme yöntemleri kullanıldığı sürece tanıdaki tutarsızlık değişmemekteydi.

Üçüncü kuşak psikiyatrik alan çalışmaları 1980'de DSM-III'ün yayınlanması ile başladığı söylenebilir. Bu dönemde yapılan çalışmalarda tanı sınıflamaları ve bu sınıflamalara uygun tanı araçları kullanıldı. Bu dönemde kullanılan tanı dizgeleri ve onlara uygun tanı araçlarına örnekler aşağıda verilmektedir:

- *Araştırma Tanı Ölçütleri (Research Diagnostic Criteria / RDC)* için *Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Tanı Çizelgesi (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia / SADS)* [47];
- *Uluslararası Tanı Sınıflandırması (International Classification for Diseases / ICD)* ölçütlerini kullanan *Şimdiki Durum Muayenesi (Present State Examination / PSE)* [54] ve *Nöropsikiyatrik Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Değerlendirme (Structured Clinical Assessment for Neuropsychiatric Disorders / SCAN)* [53];
- *DSM-III-R* ölçütleri için ise *Tanı Görüşmesi Çizelgesi (Diagnostic Interview Schedule / DIS)* [43] ve *DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-III-R / SCID)* [46].
- Hem DSM-IV hem ICD-10 tanı ölçütlerine göre tanı koyabilmek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen *Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi-UBTG (Composite International Diagnostic Interview / CIDI)* [57, 58]

Bu döneme ilişkin A.B.D.'de yapılmış önemli iki araştırmadan biri 1980-1984 arasında Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından düzenlenerek tamamlanmış olan ECA (Epidemiologic Catchment Area) araştırması belli bölgelerde ruhsal bozukluğu olanları saptama amacı ile yapılmış geniş bir araştırmadır [11,40]. Yayınlarda hastalıkların yaygınlık oranları sıklıkla bu

araştırmanın verilerine dayandırılmaktadır. İkincisi de "Ulusal Ektanı Çalışması" (National Comorbidity Survey) olup ulusal düzeyde bir örneklem üzerinde belli ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve madde bağımlılığı ektanısını saptamayı amaçlamıştır[24].

Avrupa'da yapılan ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasından da burada kısaca söz etmek istiyoruz. Bu çalışma, kısa zaman önce Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, İspanya ve Hollanda'da toplam 21,425 erişkin üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya sonradan Türkiye dahil 6 ülke daha katılmıştır. Çalışmanın verileri henüz tamamen değerlendirilmemiş ve yayınlanmamıştır. Ancak, yayınlanan verilere göre hem duygudurum ve bunaltı bozukluklarının toplumdaki yaygınlığını ve neden olduğu işgücü yitimi ile getirdiği yükü göstermesi, hem de bu hastaların yeterli bakımı alamadığını ortaya koyması bakımından önemlidir [1,23, 34,39].

Dördüncü kuşak epidemiyolojik çalışmalarda ise yeni epidemiyoloji anlayışı geçerlidir. Bu yaklaşım ruhsal hastalıkları ve ruh sağlığını anlam, kültür ve başka yorumsal analizler ile daha geniş bir bakış açısıyla ele almaktadır. Şimdiye kadar bu anlayışla yapılan 3 büyük çalışma *(Brezilya Çok Merkezli Psikiyatrik Morbidite Çalışması, Avusturalya Ulusal Ruh Sağlığı ve İyilik Hali Çalışması, Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Ruh Sağlığı Çalışması)* bulunmaktadır[31].

PSİKİYATRİDE EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA ARAÇLARI

Çağdaş psikiyatrik epidemiyolojik araştırmalarda geçerliği (validity) ve güvenilirliği (reliability) denenmiş değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Bu araçların bir kısmı deneğin kendi doldurduğu sormaca biçiminde (örn: Genel Sağlık Anketi / GSA) iken, bir kısmı görüşmeci tarafından doldurulmaktadır. Tarama ve görüşme araçlarının birbirlerine göre üstünlükleri ve zayıflıkları Tablo I'de verilmektedir. Görüşme ile doldurulan değerlendirme araçlarının bir kısmı yarı yapılandırılmış olduğu ve psikiyatri bilgisi gerektirdiği için ruh sağlığı alanında çalışan görüşmeciler tarafından doldurulması gerekmektedir. Bazı değerlendirme araçları ise tam yapılandırılmış olmakta ve eğitim alan meslek dışı görüşmeciler tarafından da doldurulabilmektedir.

TABLO I
Tarama ve görüşme araçlarının birbirlerine göre üstünlükleri ve zayıflıkları

	Olumlu	Olumsuz
Tarama için kullanılan var-yok listeleri	Maliyeti az	
	Uygulama kolayca öğretilebilir	Güvenilirlik düşük
	Kısa zamanda çok kişi taranabilir	Zaman içinde tutarlılık az
	Öznel algılama da değerlendirilebilir	Hakemlerarası tutarlılık az
	Kimlik belirtilmediği durumlarda bazı konuları "itiraf" etmek daha kolay olabilir	Hatırlama yanlılığı çok etkili
Görüşme ölçekleri	Hatırlama yanlılığı daha az	Çok uzun sürer
	Daha "nesnel" ölçüm	Pahalıdır
	Tanı koyulabilir	Uzmanlaşmış görüşmeci(ler) gerektirir
		Çok sayıda olguya ulaşmak zordur
		Bazı konularda görüşmeciye bilgi vermek tercih edilmeyebilir

Prof. Dr. Işık Savaşır tarafından yazılmış olan *Bölüm XIII: Psikolojik Değerlendirme*'de bu tür araçların önemli bir kesimi açıklanmıştır. Burada son zamanlarda en sık kullanılan görüşme ve soru araçlarından önemlileri kısaca tanımlanacaktır:

Genel Sağlık Anketi-GSA (General Health Questionnaire / GHQ)[16]**:** Bu araç, kişide ruhsal rahatsızlık olup olmadığını saptayabilecek sorular içeren ve hastaların kendilerinin doldurdukları bir sormacadır (anket). Geniş örneklemler GSA ile taranabilmekte ve ayıklanan kişiler daha özgül değerlendirme araçları ile incelemeye alınabilmektedir. Bu araç başlangıçta 60 soru ile hazırlanmış ise de sonradan bu 60 sorudan seçilen 30, 28 ve 12 soruluk biçimlerinin de kullanılabileceği görülmüştür[16]. 12 ve 28 soruluk biçimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde güvenilir biçimde uygulanabilmektedir. Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları vardır[26].

Sosyal Yetiyitimi Ölçeği-SYÖ (Social Disability Schedule / SDS): *Groningen Sosyal Yetiyitimi Ölçeği-II'nin (Groningen Social Disability Schedule-GSDS)* DSÖ "*Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar*" araştırması için uyarlanmış şeklinin ülkemizde güvenilirlik çalışması yapılmıştır[22]. Bu ölçek kişinin ilişkilerini ve iş verimliliğini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir.

Kısa Yetiyitimi Anketi-KYA (Brief Disability Questionnaire / BDQ): Dünya Sağlık Örgütü tarafından bedensel ve sosyal yetiyitimini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş kısa bir sormacadır. Bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır[22].

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOl-100) [51]**:** Kişinin kendi doldurduğu 100 soruluk bir sormacadır (anket). Yaşam kalitesini 6 alanda değerlendirmektedir. Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları bulunmaktadır[14].

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve dört alanı kapsayan bir sormacadır[52]. Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları bulunmaktadır[14].

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi-UBTG (Composite International Diagnostic Interview /CIDI): Dünya Sağlık Örgütü için hazırlanmış tam yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Bu aracın verileri ile tanılar DSM-IV ve ICD-10'a göre konabilmektedir. Değişik kültürlerde karşılaştırmalı epidemiyolojik araştırmalarda kullanılabilme amacı ile geliştirilmiştir[57].

Temel sağlık hizmetlerinde kullanılabilecek kısaltılmış şekli *UBTG-Temel Sağlık Hizmetleri Uyarlaması (CIDI-Primary Health Care Version)* da bulunmaktadır[56]. UBTG'nin Türkçe de dahil olmak üzere birçok dilde güvenilirlik çalışması yapılmıştır [55]. Son yıllarda epidemiyolojik araştırmalarda birçok ülkede en yaygın kullanılan araçlardan biridir. Aşağıda bu değerlendirme aracının kullanıldığı iki araştırmanın ülkemize ilişkin bulguları verilecektir.

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders / SCID-I). DSM-IV Eksen I Bozuklukları tanılarını koymak üzere geliştirilen bir görüşme çizelgesidir. Bu yapılandırılmış görüşme çizelgesi DSM-IV'teki bilgilere göre veri toplamak ve tanı koymak için hazırlanmış soruları ve puanlama cetvelini içermektedir[3]. Türkçe çevirisi ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır[36].

Tanı İçin Görüşme Çizelgesi (Diagnostic Interview Schedule / DIS): DSM-III tanılarını koymaya yönelik bir görüşme çizelgesidir. Bu çizelge A.B.D.'de *Epidemiyolojk Alan Çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area Study)* kullanılmıştır. Tablo III'deki verilerin bir bölüğü bu araştırmaya dayanmaktadır[11,32,40].

Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgeleri (The Schedules for Clinical Assessment in Neuro-Psychiatry / SCAN): Dünya Sağlık

Örgütü tarafından hazırlanmış olup *Şimdiki Durum Muayenesi'nin (Present State Examination / PSE)* geliştirilmiş şeklidir. Türkçe çevirisi yapılmış ancak basılmamıştır[60].

Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Tanı Çizelgesi (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia / SADS) [47]. SADS'ın Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır [45, 48].

TÜRKİYE'DE YAPILAN EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA ÖRNEKLERİ

1. 1979-1980 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü işbirliği ile Ankara Gölbaşında üzerinde 20-49 yaş arasındaki 4837 kişilik evrenden alınan 300 kişilik bir örneklemde ruhsal belirti taraması yapılmış ve ICD-9 ölçütlerine uyan kesin ruhsal belirti oranı %6 olarak saptanmıştır [8,9].

2. Dünya Sağlık Örgütü ve Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü işbirliği ile ***"Uluslararası Şizofreni İzleme Çalışması"*** [56], ***"Şizofrenide Yetiyitiminin Değerlendirilmesi ve Önlenmesi"*** [58] çalışmaları yapılmıştır. Yedi farklı ülkede yapılan bu çalışmanın sonuçları merkezler arasında büyük benzerlikler ortaya koymuştur.

3. ***Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerinde Uluslararası Araştırma:*** Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunların epidemiyolojisi üzerinde yapılan araştırmalar artmaktadır. Bu araştırmalardan biri 1989-1993 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan uluslararası bir çalışmadır. Bu çalışmanın 14 merkeze ilişkin verilerini ve tartışmalarını içeren bir kitap *"Mental Illness in Primary Care"* Dünya Sağlık Örgütü'nce yayınlanmıştır[50]. Bu araştırmanın Ankara, Gölbaşı verilerinin bir kısmı bu kitapta bulunabilir. Ayrıca *"Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar"* başlığı ile bir kitap olarak da yayınlanmıştır[49]. DSÖ'nün ruh sağlığı alanında yürüttüğü bu büyük araştırmada değişik ülkelerden 14 araştırma merkezinde toplam 25.916 hasta Genel Sağlık Anketi ile taranmış, bunlardan 5.438'i UBTG (CIDI) ve yetiyitimi anketleri ile değerlendirilmiş, 3.063'ü üç ay, 2.705'i de 1 yıl izleme çalışması ile yeniden incelenmiştir. Bu çalışmanın bulguları şunları göstermektedir[41,42,50]:

- Temel sağlık hizmeti veren sağlık birimlerine başvuran hastalarda ICD-10 tanı dizgesine göre açıkça tanı konabilen ruhsal sorunlar yaygındır. *14 ülkeden elde edilen verilerin ortalamasına göre ruhsal bozukluk tanısı konanlar % 24, ruhsal sorunu olup tanı eşiğinin altında kalanlar % 9, yalnız bir ya da birkaç ruhsal belirtisi olanlar % 31, hiç ruhsal belirtisi olmayanlar % 36 olarak bulunmuştur.*
- ICD-10 tanılarına göre en sık görülen rahatsızlıklar Tablo II'de gösterilmiştir:

TABLO II
Temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen ruhsal rahatsızlıklar[50]

Tanılar	Yüzde
Çökkünlük	% 10.4
Yaygın bunaltı bozukluğu	% 7.9
Nevrasteni	% 5.4
Alkol zararlı kullanımı	% 3.3
Alkol bağımlılığı	% 2.0
Somatoform bozukluk	% 2.7
Distimi	% 2.1
Panik bozukluğu	% 1.1
Panik nöbetli agorafobi	% 1.0
Hipokondriyazis	% 0.8
Panik nöbetsiz agorafobi	% 0.5

4. Bu araştırmada Hacettepe grubunun Gölbaşı Merkez Sağlık Ocağına 1991 yılında başvuran hastalarda yürütülen çalışmanın verileri bir kitap olarak yayınlanmıştır[49]. Bu çalışmadan birkaç önemli bulgu aşağıda verilmektedir:

- Standart görüşme ölçeklerinden elde edilen verilere dayanarak hastaların %17.6'sında ICD-10'a göre bir tanı konmuştur.
- En sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar sırasıyla ruhsal çökkünlük (%11.6), nevrasteni (4.1) ve somatizasyon bozukluğudur (%1.9). Başka bozukluklar % 1 dolayında ya da altında kalmaktadır.
- Türkiye'deki merkezde ruhsal çökkünlüğün, % 11.6 oranı ile üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra gelen en yaygın hastalık olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir.
- Ruhsal çökkünlüğü olan hastaların bedensel yakınmalarla başvurma oranı yüksektir (%91.5).
- Merkezde çalışan pratisyen hekimler ICD-10'a göre ruhsal bozukluğu olan hastaların ancak %24.1'ini tanıyabilmişlerdir.

5. ***Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması:*** Ulusal çapta bir örneklem alınarak yapılmış tek araştırma olması bakımından önem taşıyan bir çalışma Sağlık Bakanlığı şemsiyesi altında yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Türkiye nüfusunu temsil edebileceği bildirilen bir yöntemle saptanan 7479 kişilik bir örneklem üzerinde 1995-1996 yıllarında yapılmıştır. Görülme oranı daha az olduğu ve katılması ile örneklem sayısının çok genişletilmesi gerektiği için psikotik bozukluklar bu çalışmaya katılmamıştır.

Bakanlığa bağlı sağlık ocaklarında çalışan 200 pratisyen hekim araştırmada kullanılan değerlendirme araçları üzerinde eğitim görmüş ve veriler bu hekimler tarafından toplanmıştır. Bu araştırmanın yöntem ve bulguları bir ön rapor halinde "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" adı ile Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanmıştır. Yetişkinler üzerindeki bulgular Cengiz Kılıç[27], çocuklar ve ergenler üzerindeki bulgular da Neşe Erol, Zeynep Şimşek[13] tarafından hazırlanan bölümlerde bulunmaktadır.

Araştırmada 2-18 yaşına dek olan nüfus için yapılan değerlendirmelerde çocuğun yaşına uygun değerlendirme ölçekleri annelere, öğretmenlere ve çocuklara uygulanmıştır. Araştırmaya 2-3 yaş grubunda 635 çocuk, 4-18 yaş grubunda 4488 çocuk ve genç alınmıştır. Bu araştırmanın sonuçları ülkemizdeki çocukların sorunları üzerinde geniş bilgiler içermektedir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir[13, 27]:

- Yetişkin nüfusta ICD-10 ölçütlerine göre ruhsal rahatsızlık (psikotik bozukluklar dışında) yaygınlığı 17.2'dir. Bakınız Tablo III
- Alkol bağımlılığı dışında kalan bütün ruhsal rahatsızlıklar kadınlarda daha çoktur.
- Çökkünlük ve bunaltı bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır.
- Ruhsal sorunlar nedeniyle hekime başvurma oranı düşüktür. Örneğin depresyon tanısı almış kişilerden son bir yıl içinde ruhsal nedenle sağaltım için başvurma oranı %20 dolayındadır. Aynı oran herhangi bir ruhsal hastalığı olanlar için hesaplandığında % 14 olarak bulunmuştur.
- Ruhsal rahatsızlık nedeniyle işe gidememe oranı (son 1 ayda 6.3 gün), bedensel hastalık yüzünden işe gidememe oranından (son 1 ayda 5.34 gün) daha yüksektir.
- Annelerden elde edilen bilgilere göre "Toplam Problem" görülme sıklığı 2-3 yaş grubu çocuklarda %10.9, 4-18 yaş grubu çocuklarda ise %10.7'dir. Öğretmenlerden elde edilen bilgilere göre "Toplam Problemin" görülme sıklığı %10.3, gençlerin kendilerinden elde edilen bilgilere göre %10.2'dir.

6. ***Ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yolları*** konusunda 15 yıl önce yapılan iki çalışma bulunmaktadır. Bu iki çalışmada bir ay içinde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran hastaların ruhsal sorunları nedeniyle ilk başvurularını kime yaptığı araştırılmıştır. Ankara'da yapılan çalışmada hastaların %50'sinin doğrudan ruh sağlığı uzmanına, %42'sinin başka bir uzmana, %1'inin ise hocaya başvurdukları bildirilmiştir[29]. Erzurum'daki çalışmada ise en yüksek oranın (%43.2) psikiyatri dışı bir uzman hekim başvurusu olduğu, hastaların %23,5'unun pratisyen hekime başvurduğu, doğrudan ruh sağlığı hizmetlerine başvuranların oranının %18.6, hocalara başvuranların ise %14.7 olduğu bildirilmiştir[30]. Marmara depremi bölgesinde yapılan çalışmada da Türkiye geneline benzer sonuçlar elde edilmiştir[28]. Yakın zamanda Bolu'da yapılan çalışma da ruh sağlığı hizmetleri için başvurunun çoğunluğunun doğrudan ruh hekimine olduğunu bildirmiştir[25]. [27]

TABLO III

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Yetişkin Örneklem Verileri
Son 12 aydaki ICD-10 Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	(sütun %)	Sayı	(sütun %)	Sayı	(sütun %)
Panik Bozukluğu	22	(0.5)	7	(0.2)	29	(0.4)
Agorafobi	38	(0.9)	10	(0.3)	48	(0.6)
Yaygın Bunaltı Bozukluğu	33	(0.8)	17	(0.5)	50	(0.7)
Depresif Nöbet	221	(5.4)	76	(2.3)	297	(4.0)
Distimi	90	(2.2)	26	(0.8)	116	(1.6)
Kısa Yineleyici Depresyon	91	(2.2)	28	(0.8)	119	(1.6)
Hipokondriyazis	31	(0.8)	11	(0.3)	42	(0.6)
Nevrasteni	150	(3.7)	33	(1.0)	183	(2.4)
Alkol Bağımlılığı	4	(0.1)	57	(1.7)	61	(0.8)
Obsesif Kompülsif Bozukluk	26	(0.6)	8	(0.2)	34	(0.5)
Anoreksiya Nervoza	0		0		0	
Bulimiya Nervoza	15	(0.4)	2	(0.1)	17	(0.2)
Sosyal Fobi	96	(2.3)	38	(1.1)	134	(1.8)
Özgül Fobi	157	(3.8)	46	(1.4)	203	(2.7)
Ağrı Bozukluğu	464	(11.3)	161	(4.8)	625	(8.4)
Somatizasyon Bozukluğu	15	(0.4)	1	(0)	16	(0.2)
Herhangi bir ruhsal bozukluk	919	(22.4)	369	(10.9)	1288	(17.2)

7. Hıfzısıhha Mektebinin 2004'te yaptığı ***Türkiye'de Hastalık Yükü Çalışması***'na göre Türkiye'de hastalık yükünü (YUYY/DALY) oluşturan ilk on hastalık arasında tekuçlu (unipolar) depresif hastalıklar toplam YUYY'nin %3.9'u ile dördüncü sırada gelmektedir. Nöropsikiyatrik hastalıklar ilk 10 hastalığın yol açtığı YUYY'nin kadınlarda %15'ini, erkeklerde %12'sini oluşturmaktadır. İlk 20 hastalığın içine şizofreni ve erkeklerde alkol madde kullanım

bozuklukları da girmektedir. Aynı çalışmada yetiyitimiyle geçen yaşam yılı açısından nöropsikiyatrik hastalıklar %27,8 ile birinci sırada yer almaktadır[21].

Bir fikir vermek amacı ile sık görülen ruhsal bozukluklara ilişkin yaygınlık (prevalans) değerleri bir tablo halinde aşağıda gösterilmiştir (Tablo IV). Bu değerler genellikle iyi düzenlenmiş araştırma verilerine dayanmaktadır [4,6,15,19,24,33,35,40,44,49,50] ancak, verilerin bütün dünya ülkelerine genelleştirilmesi olanaksızdır.

TABLO IV

Sık Görülen Ruhsal Bozukluklarda Yaşam Boyu Yaygınlık Oranı

Hastalık Adı	Araştırmanın Yapıldığı Ülke	Yaşam Boyu Yaygınlık Oranı %
Şizofreni / Şizofreniform Bozukluk	Avrupa, Asya A.B.D.	0.2 - 1 05 - 0.7
Paranoid Bozukluklar	A.B.D.	0.05 - 0.1
Majör Depresyon	Avrupa, A.B.D	10 - 25 (Kadın) 5 - 12 (Erkek)
İkiuçlu Bozukluk	Avrupa, A.B.D.	0.4 - 1.6
Yaygın Bunaltı (anxiety)	A.B.D.	5
Basit Fobiler A.B.D.	10 - 11	
Panik Bozukluğu	A.B.D.	1.5 - 3.5
Obsesif - Kompulsif Bozukluk	A.B.D.	2 - 3
Somatizasyon		0.2 - 2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	A.B.D.	1 - 14
Kişilik Bozuklukları Antisosyal Kişilik	A.B.D.	? 4 - 5 (Erkek) 0.5 - 1 (Kadın)
Alkolizm	A.B.D.	14 - 15
İlaç Bağımlılığı	A.B.D.	5.5
Anoreksia Nervoza Bulimia Nervoza	A.B.D. A.B.D.	0.5 - 1 1 - 3
Bunamalar 65 yaşın üstü 75 yaşın üstü	A.B.D. A.B.D.	2 - 4 20
Zeka Geriliği	A.B.D., Avrupa	1

GENEL EPİDEMİYOLOJİK BULGULAR

1. Şizofreni ve ikiuçlu duygudurum bozukluğu genellikle ülkeler ve toplumlar arasında çok büyük yaygınlık farkı göstermemektedir.

2. CIDI kullanılarak yapılan genel toplum taramalarında *herhangi bir ruhsal hastalığın* yaşam boyu yaygınlığı çeşitli ülkelerde büyük farklar göstermektedir: A.B.D.'de %40, Hollanda'da %20, Türkiye'de %12[31].

3. Benzer bir şekilde temel sağlık hizmetine başvuran hastalar arasında *herhangi bir ruhsal hastalığın* görülme sıklığı da çeşitli ülkelerde farklı sonuçlar vermiştir: Şili %52.5, Türkiye %16.4, Çin %7.3[31].

4. Çocuklarda ve ergenlerde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı da çeşitli ülkelerde farklılıklar göstermektedir: İsviçre'de %23, Hindistan'da %13[31].

5. Şizofreni, ikiuçlu bozukluk, major depresyonlar, bunaltı bozuklukları, konversiyon bozuklukları her ülkede bilinen, tanı konulabilen bozukluklardır. Yalnız klinik görünüme egemen olan kimi belirtiler toplumdan topluma az çok değişiklikler gösterebilmektedir. Örneğin gelişmekte olan ülkelerde çökkünlük ve bunaltı bozukluklarında bedensel yakınmalar batı ülkelerine oranla daha fazla görülmektedir.

6. Bütün araştırmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ruhsal bozukluk yaygınlığının sosyoekonomik bakımdan yüksek kesimlere kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu bulguyu açıklamak için her ikisi de birlikte geçerli olabilecek iki varsayım ortaya atılmıştır.

a- Düşük sosyoekonomik düzeyde kişiler fiziksel (örneğin doğum travmaları, beslenme bozuklukları, enfeksiyonlar) ve ruhsal-toplumsal zorlanmalarla (örneğin, fakirlik, göçler, sosyoekonomik güvensizlikler) daha sık ve uzun sürelerle karşılaşmaktadırlar.

b- Ruhsal bozukluğu olanlar, bu bozuklukların yarattığı güçsüzlükler, yetersizlikler ve yetiyitimi nedeni ile giderek daha düşük sosyo-ekonomik kesimlere doğru kaymakta ve o kesimlerin nüfusuna katılmaktadır *(kayma varsayımı)*.

7. Birçok araştırmada düşük eğitim düzeyi olan kesimde ruhsal bozukluğun daha çok olduğu bildirilmiştir. A.B.D.'de yapılan geniş Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) da bunu desteklemektedir.

8. Çökkünlükler, bunaltı bozuklukları (yaygın bunaltı, fobiler, panik bozukluğu), konversiyon bozuklukları kadınlarda; alkol ve madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu erkeklerde daha sık görülmektedir.

9. Çağımızda ruhsal bozukluklardan bir bölüğünün (alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal kişilik, bunamalar) arttığı, bir bölüğünün ise azaldığı (konversiyon bozuklukları) düşünülmektedir. Şizofreni, ikiuçlu bozukluk ve bunaltı bozuklukları genellikle fazla değişme göstermemektedir. Tanınmış epidemiyolojik bir çalışma olan Stirling County (1952) araştırmasının 18 yıl sonra yinelenmesinde büyük sosyal değişmelere karşın, psikiyatrik hastalıkların türü ve yaygınlığında fazla bir değişme olmadığı görülmüştür[17].

10. Ruhsal bozuklukların genel olarak en sık görülme çağı 25-44 yaşları arasıdır[31].

11. Gelişmiş ya da gelişmekte olan, sanayileşmiş ya da sanayi-öncesi toplumlarda ruhsal bozukluk sıklığının çok büyük fark göstermediği artık bilinmektedir. Ruhsal bozuklukların uygarlık ilerledikçe arttığı görüşü geçersizdir. Ancak, sanayileşmiş gelişmiş toplumlardaki kimi ruhsal bozuklukların sıklığı gelişmemiş toplumlardan ayrılıklar gösterebilir. Kırsal bölgelerde ruh hastalığı oranının kentlere göre daha düşük olduğunu gösteren kesin bir bulgu yoktur. A.B.D.'de yapılan büyük epidemiyolojik araştırmada kentlerin merkezlerindeki ruhsal bozukluk yaygınlığı kırsal, kent-dışı bölgelere göre daha yüksek bulunmuşsa da [12], A.B.D.'deki kentlerin ve kırsal toplumun özellikleri gelişmekte olan ülkelerdekinden çok farklıdır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sosyo-kültürel, ekonomik, konutsal, hijyenik açılardan en olumsuz koşullar kentlerin çevrelerinde ve kırsal bölgelerde iken, A.B.D.'de kentlerin merkez bölgelerindedir.

12. Nöropsikiyatrik bozukluklara bağlı Yetiyitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı-YUYY ya da kısaca Yetiyitimi Yılı-YY (Disability Adjusted Life Year-DALY) ölçümlerine göre 1998'de dünyada toplam yetiyitimi (disability) kayıplarının %12'si ruhsal bozukluklar yüzünden olmaktadır. Bütün dünyada global hastalık yükünün ilk 10 nedeni arasında *majör depresyon* beşinci sırayı almaktadır ve bu sıra gelişmekte olan ülkeler için de geçerlidir. Bütün dünyada yetiyitimine en çok neden olan 10 hastalıktan beşi ruhsal bozukluklardır (majör depresyon, şizofreni, ikiuçlu bozukluk, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk). Bu oranlar yüksek gelirli ülkeler kadar gelişmekte olan ülkeler için de geçerlidir. Bütün yordamalar göstermektedir ki gelecekte ruhsal sorunlar katlanarak artacaktır. Bunun önemli nedenleri arasında yaşlı nüfusun artması, hızla çoğalan sosyal sorunlar ve kargaşalar, şiddet, iç savaşlar, afetler ve hızla büyüyen göç toplumları sayılabilir"[4].

13. Avusturalya'da yapılan *Ulusal Ruh Sağlığı ve İyilik Hali Çalışması*'nda (*The National Survey of Mental Health and Well-being*) ruhsal iyilik hali *Yaşamdan Hoşnutluk Ölçeği* ile değerlendirilmiştir. "0"ın en kötü, "100"ün en iyi durumu gösterdiği bu çalışmada erişkin Avusturalyalıların yaşamdan hoşnutluğu %70.4 olarak bulunmuştur. Kadınlarla erkekler arasında yaşam doyumu açısından fark bulunmamıştır. Yaşamdan hoşnutluğu en düşük olan kesim ise bedensel ya da ruhsal hastalığı (özellikle çökkünlük) olanlarda saptanmıştır [7].

14. Türkiye'de 100.000 nüfusa düşen ruh hekimi sayısı 1.85'tir. Ruhsal hastalıklara ayrılan yatak sayısı oranı ise 100.000 nüfusa 14.3'tür [20]. Avrupa ülkelerinde ortalama olarak 100.000 nüfusa ruh sağlığı hizmetlerine ayrılmış 93 yatak düşmektedir.[31].

KAYNAKLAR

1. **Alonso J, Codony M, Kovess V ve ark (2007)** Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. Br J Psychiatry 190:299-306
2. **American Psychiatric Association (1987)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R). Washington, D.C. American Psychiatric Assoc. (Quick Reference Guide to the DSM-III-R'ın Türkçeye çevirisi: E. Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1989).
3. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. Washington DC American Psychiatric Association, Türkçeye çeviri editörü E Köroğlu, çevirenler: Ö.Aydemir, E. Köroğlu, L. Sevinçok, Ş. Şener, S. Şenol, N. Yüksel. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1998.
4. **Brundtland GH (2000)** Mental Health in the 21st Century. Bull World Health Organization. The Int J Public Health 78(4):41.
5. **Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ ve ark (1972)** "Psychiatric morbidity in New York and London." London: Oxford University Press.
6. **Costa E Silva JA (2000)** World Aspects of Psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VII'de. Editörler: BJ Sadock, VA Sadock. Baltimore: Lippincott/ Williams &Wilkins.
7. **Dear K, Henderson S, Korten A (2002)** Well-being in Australia--findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37:503-9.
8. **Demiriz E (1980)** Yarı Kırsal Kesimde Depresyon Epidemiyolojisi ve Ruhsal Bozuklukların Sıklığı Üzerine Bir Araştırma. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü.
9. **Demiriz E, Arpaz A, Atakan Z, Öztürk MO (1980)** Yarı kırsal bir bölgede uygulanan psikiyatrik epidemiyolojik bir araştırmaya göre ruhsal hastalık sıklığı ve uluslararası karşılaştırma. 16. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Side, 1980.
10. **Dohrenwent BP (1995)** "The problem of validity in field studies of psychological disorders" revisited. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Ed. MT Tsuang, M Tohen, GEP Zahner. Wiley-Liss, Inc NewYork , sf 3-20
11. **Duncan-Jones P, Henderson S (1978)** The Use of a Two-Phase Design in a Prevalence Survey. Social Psychiatry, 13:231-237.
12. **Eaton WW, Holzer CE ve ark (1984)** The design of the epidemiologic catchment area surveys. Arch. Gen. Psychiatry, 41: 942-948.
13. **Erol N, Şimşek Z (1997)** Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı: Yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı
14. **Eser E, Fidaner H, Fidaner C ve ark (1999)** WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 7:23-40
15. **Fisher RB, Blazer DG (2000)** Psychiatric Epidemiology. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry'de. Editörler: MH Ebert, PT Loosen, B Nurcombe. Lange Medical Book/McGraw-Hill.
16. **Goldberg DP, Williams P (1988)** A User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, İngiltere: Nfer-Nelson
17. **Goldman HH (1992)** Psychiatric Epidemiology and Mental Health Services Research. Review of General Psychiatry (ed.) H.H. Goldman, Appleton-Lange Medical Publications.
18. **Goodwin DW, Guze SB (1979)** Psychiatric Diagnosis. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
19. **Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S ve ark (2005)** The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. Eur Neuropsychopharmacol 15:435-443
20. **Gökalp P, Karadağ F, Keser V (2006)** Mental Health Services in Turkey: Past and Future. WPA International Congress 2006, İstanbul. Türk Psikiyatri Derg 17, Suppl 1 sf:147
21. **Hıfzısıhha Mektebi (2006)** Hastalık Yükü Çalışması 2004. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü , Ankara
22. **Kaplan İ (1995)** Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yetiyitimi ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 6(3):169-179.
23. **Kessler RC (2007)** The global burden of anxiety and mood disorders: putting ESEMeD findings into perspective. J Clin Psychiatry 68(Suppl 2):10-19

24. **Kessler RC ve ark (1994)** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidiy Study. Arch Gen Psychiatry 51:8.
25. **Kılıç B, Çiftçi Ç, Güney E ve ark (2007)** Ayaktan psikiyatri hastalarında doğrudan başvurunun yordayıcıları. Türkiye Psikiyatri Derneği 11. Yıllık Toplantısı Poster Bildiri.
26. **Kılıç C (1996)** Genel Sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7(1):3-10.
27. **Kılıç C (1998)** Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
28. **Kılıç C (2007)** Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 Marmara depremlerinin sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi baskıda
29. **Kılıç C, Rezaki M, Üstün B (1992)** Ankara'da Ruh Sağlığı Hizmetine Ulaşım Yolları Türk Psikiyatri Derg 3:190-198
30. **Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M (1994)** Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. Türk Psikiyatri Derg 5:175-181
31. **Mezzich JE, Üstün TB (2005)** Quantative and experimental methods in psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII'de. (Ed) BJ Sadock, VA Sadock. Baltimore: Lippincott/ Williams & Wilkins, sf 656-672
32. **Murphy JM ve ark (1984)** Stability of prevalence. Depression and anxiety disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 41: 980-1000
33. **Myers JK, Weissman MM ve ark (1984)** Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch. Gen. Psychiatry, 41: 950-959.
34. **Nutt DJ, Kessler RC, Alonso J ve ark (2007)** Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) survey data on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 68 Suppl 2:42-8
35. **Orly JDM, Wing JK (1979)** Psychiatric disorder in two African Villages. Arch. Gen. Psychiatry, 36: 513-520.
36. **Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999)** DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye uyarlaması ve Güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 12:233-236
37. **Öztürk MO (1987)** Türkiye'de Ruh Sağlığı Sorunlarına Genel bir Bakış. Toplum ve Hekim, 44:5-10.
38. **Öztürk OM, Arpaz A, Atakan Z, Demiriz E (1980)** An epidemiological Study of psychiatric symptoms in a Semi-rural setting in Turkey. Mediterranean Congress of Social Psychiatry'de sunulan bildiri. Dubrovnik, 1980.
39. **Paykel ES, Brugha T, Fryers T (2005)** Size and burden of depressive disorders in Europe. Eur Neuropsychopharmacol 15:411-423
40. **Regier DA , Myers JK ve ark (1984)** The NIMH epidemiologic catchment area program. Arch Gen. Psychiatry, 41: 934-941.
41. **Rezaki BG, Rezaki M (1996)** Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal sorunlar. Türk Psikiyatri Dergisi 7(2):83-91.
42. **Rezaki M, Özgen G, Kaplan İ ve ark (1995)** Results From the Ankara Center, The WHO Study of Psychological Problems in General Health Care. Mental Illness in General Health Care'de. (Ed) Üstün TB, Sartorius N. New York: John Wiley & Sons.
43. **Robins LN, Helzer JE, Weissman MM ve ark. (1981)** National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. Arch Gen Psychiatry 38: 381-389
44. **Robins LN, Helzer JE ve ark (1984)** Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch. Gen. Psychiatry, 41: 950-959.
45. **Saka MC, Uluşahin A, Batur S ve ark. (1998)** Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi Türkçe formu güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg 9:265-68
46. **Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1990)** "Structured Clinical Interview for DSM-III." New York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute.
47. **Spitzer RL., Endicott J (1978)** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. New York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute.

48. **Uluşahin A, Kara S, Batur S ve ark**. (2000) Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması). Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 8:100-105
49. **Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M (1997)** Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar. Uluslararası DSÖ Çalışması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı-DSÖ İşbirliği Merkezi.
50. **Üstün TB, Sartorius N (1995)** Mental Illness in General Health Care. New York: John Wiley & Sons.
51. **WHOQOL Group (1995)** The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 41:1403-1409
52. **WHOQOL Group (1998)** Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med 28:551-558
53. **Wing JK, Babor T, Brugha T ve ark (1990)** SCAN: schedules for clinical assessments in neuropsychiatry. Arch Gen Psychiatry 47:589-593
54. **Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974)** "Measure and classification of psychiatric symptoms: An instructional Manual for the PSE and CATEGO programs." Cambridge: Cambridge University Press.
55. **Wittchen HU (1994)** Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research, 28*, 57-84.
56. **World Health Organization (1979)** Schizophrenia. An International Follow-up Study. Chichester: John Wiley & Sons.
57. **World Health Organization (1990)** Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Geneva: WHO.
58. **World Health Organization (1991)** Composite International Diagnostic Interview (CIDI)-Primary Health Care Version. Geneva: WHO,Türkçesi: M Rezaki, İ Kaplan, G Özgen, O Öztürk, Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü.
59. **World Health Organization (1992)** ICD-10 Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçe'ye çeviri: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması, Çevirenler: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, O Öztürk, M Rezaki, B Uluğ. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1993).
60. **World Health Organization (1992)** The Schedules for Clinical Assessment in Neuro-Psychiatry-SCAN. Geneva: WHO. Türkçe çevirisi: *Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgeleri, Çevirenler:* A Uluşahin, C Kılıç 1993 (basılmamış).

BÖLÜM XVI

ŞİZOFRENİ

Şizofreni, geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur. 19. yüzyıldan kalma bir etki ile halk arasında korku uyandıran bu hastalık genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur.

Yüzyılı aşkın bir süredir yapılan bütün çalışmalara ve bilgilerimizin çok artmış olmasına karşın, hastalığın adı ve tanımlanması üzerinde bile tam bir anlaşmaya varılmış değildir. Gerçekten böyle bir hastalık var mıdır? Yoksa değişik hastalıklar mı söz konusudur? Etiyolojisi nedir? Gidişi nasıldır? Nasıl sonuçlanır? Sağaltım yöntemleri nelerdir? Bu sorular yüzyıl önce tartışmalı idi, günümüzde de tartışmalıdır.

TARİHÇE

Eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirtiler gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta Çağ Avrupa'sında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölüğü kuşkusuz şizofrenisi olan hastalardı. 17. yüzyılda Willis'in, 18. yüzyılda Pinel'in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin yazılar vardır. 18. yüzyılın başında İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden ve bir ad veremedikleri içkökenli (endojen) bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir.

"Démence précoce" (erken bunama) deyimini ilk olarak *Morel* 1860'da kullandı. 1871'de *Hecker "hebefreni"*yi ve 1874'de *Kahlbaum "katatoni"*yi tanımladıktan sonra, 1896'da tanınmış Alman Ruh hekimi *Kraepelin* bu iki hastalık tipine *paranoid ve basit* tipleri de ekleyerek, hepsini *"dementia praecox"* tanısı altında topladı. Bu terime göre hastalıkta (1) erken başlama, (2) bunama olması gerekiyordu.

1911' de yayınladığı *"Dementia Praecox ya da Şizofreniler Grubu"* adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan İsviçreli *Eugen Bleuler*, Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını gösterdi. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki *yarılmaya (schisme)* önem vererek *"schizophrenia"*, yani zihin bölünmesi, yarılması adını önerdi ve zamanla bu terim tutundu. Artık zamanımızda dementia praecox (erken bunama) terimi kullanılmamaktadır.

Günümüzde şizofreni tek bir hastalık olarak görülmemektedir. Kanserde olduğu gibi çok değişik etiyolojiler, klinik türler, gidiş ve sonlanış gösteren; değişik sağaltım yolları olabilen bir bozukluklar kümesi olarak kabul edilmektedir.

SIKLIK VE YAYGINLIK

Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Fakat gerçek sıklığı ve yaygınlığı üzerine veriler oldukça değişiktir. Bunun birçok nedeni vardır: a) Şizofreni hastalarının önemli bir bölüğü hekime, hastaneye gitmemekte; aşırı bir durum olmadıkça aile ve toplum içinde garip, içine-kapanık, uyumsuz kişiler olarak yaşamaktadırlar. b) Tanı ölçütleri uzun yıllar çeşitli ülkelerde değişik olmuştur. c) Araştırma yöntemlerinde farklılıklar vardır. Kimi araştırmalar hastanede yatan hastalar ile kimileri geniş nüfus taramaları ile yapılmıştır. d) Şizofreni sağaltım yöntemlerinde önemli değişmeler olmaktadır. Eskiden uzun süren hastane sağaltımı zorunlu görülürken, günümüzde çok daha esnek tutumlar gelişmekte; yalnız akut hastalar için hastanede sağaltım önerilmektedir.

Şizofreninin sıklığı (insidans) üzerine yapılan birçok araştırmanın sonuçları ‰ 0.4 - 0.7 arasında değişmektedir. 15 yaşın üzerinde nüfus için sıklık % 0.30 - 1.20 arasında bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre de Avrupa ve Asya'da hastalık sıklığı *% 0.85* dir[67, 154, 162].

Yaşam boyu hastalanma riski (morbidity risk), yani 15-45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni olasılığı % 1 dolayındadır. *Yaygınlık (prevalans)* oranları da ülkeden ülkeye, araştırmadan araştırmaya büyük ayrımlar göstermektedir. A.B.D.'de yapılan geniş bir epidemiyolojik araştırmaya göre *yaşam boyu yaygınlık oranı % 0.6 - 1.9* arasında bulunmuştur. Amiş topluluğunda % 0.3, İrlanda'da ortalama % 3.3, Finlandiya'da % 1.3, İsveçte % 1.7 oranları bildirilmiştir[13, 67, 154]. Bütün dünyada yılda 1.5 - 3 milyon şizofreni hastasının bulunduğu bildirilmektedir[162]. Ortalama %1 olarak kabul edilen yaygınlık oranı, şizofreni yelpazesindeki başka hastalıklar da katılırsa %5'e kadar çıkmaktadır[26].

Kadın erkek arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı bakımından önemli fark görülmemektedir. Ancak, kadınlarda başlangıç yaşı daha geç olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir gidiş göstermektedir[13, 67, 90].

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülmektedir. Sosyo-ekonomik yönden düşüklük ya da düzensizlik gösteren kesimlerde

daha sık görüldüğüne ilişkin bulgular vardır. Düşük sosyo-kültürel düzeydeki toplum kesiminde daha çok stres ve yoksunluk etkenleri mi bu oranı yükseltmektedir? Yoksa, ağır ruhsal bozukluk nedeni ile bu tür hastalar düşük sosyo-ekonomik kesimlere mi kaymaktadırlar? (kayma varsayımı) Bu soruların kesin yanıtı verilememişse de *kayma varsayımı* yeterince destek bulamamıştır. Ancak şizofreninin gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ülkelere göre daha kötü gidiş özellikleri gösterdiği bilinmektedir[26, 162].

Şizofreni hastalarının yaşam süresi genel toplumdan %20 oranında daha kısa bulunmaktadır. Şizofrenideki özkıyım dışı nedenlerle erken ölümlerin en önemli kaynağı olarak kalp damar hastalıkları gösterilmektedir. Bu durumun şizofreni hastalarının kullandıkları antipsikotik ilaçlara bağlı olmadığı, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşüklüğü, hekim önerilerine ve ilaçlara daha az uyum göstermeleriyle ilgili olabileceği öne sürülmektedir[63].

Başlangıç Yaşı

Kraepelin bu hastalığın genellikle ergenlik-delikanlılık ya da ilk gençlik çağında başladığını belirtmek üzere hastalığa "erken bunama-dementia praecox" adını vermişti. Bleuler 1911'de yayınlanmış büyük yapıtında hastalık belirtilerinin 30-40 yaşlarında, hatta daha geç çıkabileceğini açıklamıştır. Her ne kadar çok geç başlangıçlı şizofreniler görülmekteyse de, hastalık çoğu zaman gençlik çağında başlar.

Hastalığın başlangıcı erkeklerde en sık 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarındadır. Kadınlarda başlangıç yaşı ortalama olarak 3.4 yıl daha geç olarak saptanmıştır. Ancak bu oranlar şizofreni hastalığının yoğun olduğu aileler için geçerli değildir[8]. Erkek hastaların %61.6'sında, kadın hastaların % 47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına dek ortaya çıkmaktadır[67]. Kadınlarda görülme sıklığı 40-45 yaşlarında, tam yaş dönümü (menapoz) öncesi ikinci bir zirve yapar[8].

Erkeklerde hastalık kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı gibi, daha kötü gidiş özellikleri gösterir ve beyinin yapısal anormallikleri de erkeklerde daha fazla görülmektedir. Kadınlarda başlangıç yaşı ortalama 3-4 yaş daha geç olup, bunun östrojen hormonlarının merkezi D_2 reseptörlerinde duyarlığı azaltıcı etkisine bağlı olduğu sanılmaktadır[60].

DSM-III-R hastalığın 40 yaşından önce başlamasını bir tanı ölçütü olarak koymuş iken, DSM-IV'de bu ölçüt kaldırılmış ve hastalığın 45 yaşından sonra da başlayabileceği kabul edilmiştir. Erken başlangıçlı hastalarda kalıtımın görece daha önemli bir etken olduğu sanılmaktadır[143]. Geç ya da çok geç başlayan şizofreniler üzerinde araştırmalar yapan uluslararası bir grubun görüşlerini aktardıkları rapora göre 45 yaşından sonra başlayan şizofreni hastalığının *"geç-başlangıçlı şizofreni"*; 60 yaşından sonra başlayanların ise *"çok geç-başlangıçlı şizofreni-benzeri psikoz"* olarak tanımlanması önerilmektedir[67].

Şizofreni çocukluk çağında da başlayabilir. Ancak, çocukluk çağında başlayan ve yetişkin yaşamda da süren şizofreniyi, ayrı bir hastalık türü olan çocukluk şizofrenisinden ayırt etmek gerekir. Hastalık on yaşından önce çok ender olarak ortaya çıkar. 18 yaş öncesi başlayan şizofrenilere *erken başlangıçlı*; 13 yaşından önce başlayan şizofrenilere ise *çok erken başlangıçlı şizofreni* adı verilir.

Çocukluk dönemindeki psikotik belirtiler ileri dönemdeki şizofreni riskini arttırmaktadır. Bir doğum-izlem (birth cohort) çalışması 11 yaşında kesin psikotik belirtisi bulunan çocukların 26 yaşında şizofreniform bozukluk tanısı konma olasılığının, hiç psikotik belirtisi olmayan çocuklardan 16 kat yüksek olduğunu göstermektedir[33].

Başlangıç

Şizofreni genellikle 15-40 yaş sınırları arasında, çoğunlukta 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik zorlanmayla (stres) başlayabilir. Kişinin benliğine darbeler, delikanlılık çağında dürtülerin aşırı şiddet kazanması, cinsel ya da saldırgan dürtülere karşı denetim zayıflığı gibi durumlara psikozun başlamasından önce sık rastlanır. Fakat bazen de hastalığın ilk belirtileri kamçılayıcı etkenler gibi görülerek yanlış değerlendirmeler yapılabilir. Örneğin ergenlik ya da delikanlılık çağında bir gencin birden sık sık özdoyurum (mastürbasyon) yapması ve arkasından içine kapanması durumunda hastalığı kamçılayan etkenin özdoyurum olduğu sanılabilir. Oysa bu, büyük olasılıkla bir başlangıç belirtisidir. Yani hasta içine kapandığı, iç dünyasına yöneldiği, dürtülerini denetleyemediği için özdoyurumu aşırı yapmaktadır.

Enfeksiyonların ve lohusalığın şizofrenide kamçılayıcı etken olup olmadığı kesin olarak belirlenmemiştir. Lohusalık psikozlarının % 37'sinin şizofreni olduğu kabul edilirse de doğrudan lohusalığın etkisi henüz aydınlatılmamıştır[52].

İlk nöbetlerin yarısında hiçbir kamçılayıcı etken bulunmayabilir. Yani psikoza geçiş yavaş yavaş olabilir. Tipik bir başlangıç biçimi yoktur. Belirtiler kısa bir zaman içinde çok renkli sanrılar, varsanılar, acayip davranışlarla, taşkınlıklarla gelişebileceği gibi, çok sinsi, yavaş olarak da gelişebilir. Bu yüzden belirtileri farkedilemeyen hasta uzun süre hekime getirilmez.

Belirtilerin konusu bakımından da başlangıçta kesin bir şey söylenemez. Ruhsal bozukluk çeşitli obsesyonlar, metafizik, dinsel uğraşlar, korkular ve zorlantılarla (kompülsiyon) belirli bir obsesif-kompülsif nevroz gibi ya da genel yorgunluk, halsizlik, çeşitli somatik şikayetlerle başlayabilir. Bazen de bir çökkünlük ya da ileri derecede taşkınlık (mani) gibi ortaya çıkabilir. *Sık görülen başlama biçimi ilgi azalması, dikkat dağınıklığı, kendi bedeni, kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma, zamanın akışına aldırmazlık gibi belirtilerle olur*. Bazı akut türlerde algı bozuklukları, düşüncede dağınıklık ve bulanıklıkla başlayabilir.

Bu çok çeşitli başlangıç belirtileri arasında bozukluğun gerçek bir tanısına varabilmek ancak bir süre izlemekle olabilir. Özellikle çok genç hastalarda tanıyı hemen koymamakta, hastayı yakından izlemekte büyük yararlar vardır.

Hastalık Öncesi Kişilik ve Uyum

Şizofrenisi olan kişiler hastalık öncesinde genellikle içe-dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı yeğleyen, garip, ilgileri sınırlı, güvensiz kişilerdir. Şizoid, şizotipal, paranoid ve sınır kişilik yapısı özellikleri gösterirler. Ayırıcı tanıda bu nokta çok önemlidir. Alınan öyküde canlı, uyumlu, dışa dönük, ilgili kişilik özellikleri olduğu öğrenilirse, bir kural olmasa bile ya geçici şizofreniform psikoz ya da duygudurum bozukluğu olasılığı düşünülmelidir. Aileler sıklıkla çocuklarının hastalık başlamadan önce hep çalışan, sessiz, uyumlu, içe-dönük, arkadaşsız olduğunu anlatırlar. Çocukluk ve ergenlikte zekâ düzeyinin akranlarından hafif derecede daha düşük olması ileri dönemde şizofreni ya da şizofreni yelpazesi bozukluklar açısından risk oluşturduğu, bunun öncü bir belirti olmadığı bilinmektedir[131].

KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR*

Şizofreninin klinik belirtilerini bugün de yeterli sayılacak biçimde ilk tanımlayanlar *Kraepelin*, daha sonra *Bleuler* olmuştur. DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ve ICD-10 şizofreni tanısı koyabilmek için belirli tanımlamalar ve ölçütler getirmiştir. Bu açıdan uluslararası bir dil birliğine az çok yaklaşılmıştır.

Şizofeni için tanı koydurucu tek bir belirti yoktur; kişinin algılamasını, düşünmesini, duygularını, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkileyen bir hastalıktır. Öğrenme, kendine bakım, çalışma, insan ilişkileri ve yaşam becerileri gibi birçok işlev alanında yetersizliklere neden olarak, iş ve toplumsal yaşamında sorunlara yol açabilir. Ancak, unutulmaması gereken nokta bu belirti ve işlev alanlarında kişiden kişiye büyük farklar olabildiği gibi, aynı hastada da zaman içinde büyük değişiklikler görülebileceğidir.

Aşağıda bir ruhsal muayene biçimi içinde şizofrenide görülen belirtiler tanımlanacaktır. Ayrıca, *Bleuler*'in klasik 4A'sını içeren belirtiler özetlenecek, ICD-10 ve DSM-IV tanı ölçütleri verilecektir. Şizofreni belirtileri artı/eksi (pozitif/negatif) olarak da tanımlandığından, bu nokta ayrıca açıklanacaktır.

I. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreni çok değişik belirtiler gösteren bir bozukluk olduğundan tipik bir genel görünüm tanımlanamaz. Hastaların çoğunda belirgin *vurdumduymaz-*

*Tıp kitaplarında geleneksel olarak bir hastalığın oluş nedenleri (etiyoloji) konusu, belirtiler ve bulgular konusundan önce verilir. Biz bu kitapta oluş nedenlerine ilişkin bilgilerin hastalığın klinik özelliklerinden sonra verilmesinin daha uygun olduğunu düşündük.

lık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen görünüm vardır. Çok süregen hastalar bakımsız, dağınık görünebilirler. Yıkanmama nedeni ile hasta kokabilir. Kimi hastada devinim bozuklukları dikkati çeker; bunlar özel başlık altında ayrıca tanımlanacaktır.

II. Konuşma ve İlişki Kurma

Şizofrenik bozukluğun türüne, ağırlığına, dönemine göre konuşma ve ilişki kurmada çok değişiklikler görülür. Ses tonu tekdüze olabilir ve duygularını belli etmeyebilir. Hasta antipsikotik alıyorsa ilaç yan etkisine bağlı konuşma güçlükleri olabilir. Hastanın ilgi ve dikkatinde azalma, konuşma bozuklukları ve aşağıda anlatılacak başka belirtiler nedeniyle ilişki kurmak genellikle zordur. Hastanın düşünce içeriğindeki bozukluklukluklar, sanrılar, acayiplikler konuşmasına yansır. Hastanın ayrı bir dünyada olduğunu, tam anlayamadığımızı, ilişki kurmakta güçlük çektiğimizi farkedebiliriz. Birinci kuşak antipsikotik alan hastalar sıklıkla sözcükleri yuvarlayarak, bazen eklemlemede güçlük çekerek konuşabilirler.

Ruhsal muayenede konuşma, ruh hekiminin düşünceyi muayene etme aracıdır. Şizofrenisi olan hastada kendiliğinden konuşma belirgin olarak azalmış olabilir, konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, abuk sabukluk, kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi), konuşma yankılaması (ekolali), çocuksuluk, çok konuşma, hiç konuşmama (mutizm) gibi değişik düşünce bozukluğu belirtileri olabilir. Sorulara yandan ve uygunsuz yanıtlar verebilir. Bu belirtiler ileride düşünce başlığı altında yeniden ele alınacaktır.

III. Duygulanım (Affect)

Şizofrenide klasik olarak bir *duygu azalmasından ve küntlüğünden* söz edilir. Olaylara duygusal tepkisi az ya da yoktur, hastalar vurdumduymaz, aldırmaz, duygusuz gibi görünebilirler. Hastaların soğuk, ilişki kurulması güç olduğu sıklıkla görülür. Ancak, bütün bu belirtiler onların tümden duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini, sıkıntılarının olmadığını göstermez. Birçok şizofreni hastasında öncelikle başlangıç dönemlerinde aşırı *bunaltı (anxiety)* görülür. Hatta, Arieti hastalığın başlangıcında ağır bunaltının psikodinamik yönden önemli bir etken olduğunu vurgulamıştı[17]. Kimi hastalarda paniğe benzer bir sıkıntılı durum vardır. Dünya yıkılıyormuş, benliği parçalanıyormuş gibi düşüncelere kapılan hastanın bunaltısı tarifsiz derecede olabilir. *Zamanla duygularda küntleşme, sığlık, yüzeyelleşme belirginleşir.* Kimi olgularda da acayip, yersiz anlamsız gibi görünen gülme, ağlama, taşkınlık ve *duygulanımda uygunsuzluk (affective disharmony)* görülür. Duygulanımda uygunsuzluk kişinin verdiği duygusal tepkilerin içinde bulunduğu duruma ya da düşünce içeriğine uygun olmamasıdır. Kimi zaman iyi tanımadığımız bir hastanın duygusal tepkisi dışardan bize, hastanın içinde bulunduğu duruma

uygun görülmese de düşünce içeriği ile uyumlu olabilir. Bu nedenle uygunsuz duygulanımın varlığı konusunda kesin yargıya varmak konusunda acele etmemekte yarar vardır, düşüncenin ayrıntılı muayenesi zorunludur.

Şizofreni hastalarında çökkün ya da taşkın duygudurum belirtilerinin görülmesi nadir değildir. Birçok hastada bir psikoz nöbetinin ardından psikozsonrası çökkünlük (post-psikotik çökkünlük) görülebilir. Bu durum bazen duygulanım bozukluğundan ayırım yapmakta güçlük doğurabilir. Benzer biçimde bazen ortaya çıkan taşkınlık belirtileri bir mani nöbeti ile karıştırılabilir.

IV. Bilişsel (Cognitive) Yetiler

Bilinç, Yönelim, Bellek: Şizofrenide bilinç ve yönelim genellikle yerindedir. Birçok hastada görüldüğü gibi ileri derecede ilgisizlik, vurdumduymazlık varsa, kolay yönelim sorularına hasta kimi zaman yandan ya da yanlış yanıtlar verebilir. Hatta, ağır düşünce ve davranış dağılmasıyla giden akut, taşkın, dağınık (dezorganize) şizofreni türlerinde, seyrek de olsa, deliriyuma benzer bir klinik görünüm olabilir.

> Bir zamanlar ayrı görüşme odaları bulunmayan bir psikiyatri kliniğinde kapalı koğuşta yatan genç bir erkek hastayı asistanlarla birlikte laboratuvarda görmüştük. Hasta ileri derecede dağınık, abuk sabuk konuşmalar yapıyor, Zeki Müren olduğunu söylüyor, garip, anlaşılması güç hareketler sergiliyordu. Çevresini ve çevresindekileri tanımıyor gibi görünüyordu. Çılgınca konuşmalarını, davranışlarını gözlerken hasta birden kendini yere attı, yerde debelendi, süründü. Yardımcılar hastayı koğuşuna götürdüler. Aradan bir ay geçmişti. Hastanın düzelmiş olduğunu asistanlardan öğrenmiştim. Koğuşta vizit yapmakta olan kalabalık bir hekim kümesi arasında beni gören hasta benimle görüşmek istediğini söyledi. Olur dediğimde, "Laboratuvarda görüşelim" diyerek hastaneye ilk yattığı günlerdeki durumunu anımsadığını iletmek istemişti. Laboratuvarda konuştuğumuzda anlatımları oldukça dengeli ve tutarlı idi; açık psikoz belirtisi göstermiyordu. (M.O.Ö.)

Sabırlı bir gözlem ile ve hastanın dikkatini toplamasına değişik yollarla yardımcı olunarak, genellikle bilinç ve yönelimde bozukluk olmadığı saptanabilir.

Zekâda belirgin bir gerileme olmazsa da soyutlama yetisinde zayıflamanın ve belirgin yıkımın (deterioration) görüldüğü kimi süregen hastalarda zekâda eksilme, gerilik izlenimi edinilebilir. Bunun genel bir yetiyitimine (disability), ilgilerde azalmaya ya da vurdumduymazlığa bağlı bir yanıtsızlık olup olmadığını saptamak kolay değildir. Nitekim, nöropsikolojik araştırmalar şizofrenisi olan hastaların ortalama zekâ katsayılarının akranlarından düşük olduğunu göstermektedir[131].

Kaba bellek muayenesinde de, hastanın sorularımızla ilgilenmesini sağlayabilirsek, çoğu kez belirgin yetersizlik bulunmaz. Ancak, hastanın ilgisi kolayca dağılabilir, sorularımıza yanıtları geç ya da yanlış olabilir.

Son yıllarda şizofreni hastalarında *nöropsikolojik testlerle* yapılan araştırmalara dayanarak önemli bilişsel bozukluklar olduğuna ilişkin bulgular saptanmaktadır. Bu bulgular görüntüleme tekniklerine dayanan araştırmalardan

elde edilen bulgularla ilişkilendirilmeye çalışılmaktadır. Klinik muayene ile temelde var olan eksi (negatif) belirtilerin baskın olduğu şizofreni türlerinde bir *"eksiklik (deficit) sendromu"*ndan söz edilmekte ve bunlardaki beyin patolojisinin incelenmesine ağırlık verilmektedir. *Eksiklik sendromu* yukarıda da tanımlandığı gibi bazı bilişsel yetilerdeki (soyut düşünme, dikkat, uyaranları süzme, değerlendirme, sınırlandırma, düzenleme ve istemli eyleme geçme gibi) eksikliklerdir[14, 36]. Eksiklik sendromu konusu ileride yeniden açıklanacaktır.

Eksiklik sendromu olsun olmasın şizofrenide *"işlem belleği-working memory"* denilen bilişsel işlevde bozukluk olduğuna ilişkin yayınlar son yıllarda artmıştır. Gerçekten dikkatli gözlemle şizofrenisi olan kişilerin birçoğunda dikkati toparlayabilme, akıl yürütme, sorun çözme, öğrenme ve karmaşık düşünsel işlemleri anlamlandırabilme gibi bilişsel işlevlerde yetersizlikler sık görülür. Psikiyatrik Muayene Bölümünde tanımlanmış olan *"işlem belleği"* aynı zamanda *"kısa süreli bellek-short term memory"* olarak da bilinir. Bu bilişsel işlev günlük bilinçli yaşamda akıl yürütme, sorun çözme, öğrenme ve karmaşık düşünsel işlemleri toparlayabilme amacı ile kullanılan kısa süreli bellek çalışmasıdır; *bir başka deyişle bu, bilgi-işlemeye yarayan bellektir*. İşlem belleğindeki yetersizlik konusu son yıllarda şizofrenideki *bilgi-işleme (information processing)* bozukluğu kuramlarının odak noktalarından birini oluşturmaktadır.

Algılama (perception, idrak): Şizofrenide önemli algı bozuklukları olur. Dikkat çabuk dağılır. Çevredekilere ilgi azalır ve bu nedenle algılama da azalmış gibidir. Bazen de, özellikle taşkın ya da paranoid özellikler gösteren hastalarda, algı artması, keskin algılama olabilir. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları *varsanılar (halüsinasyon) ve yansılsamalardır (illüzyon).*

Varsanı (halüsinasyon) ortada bir uyaran yok iken bir algının olmasıdır. Örneğin, sesler işitmek, hayaller görmek gibi. Duyu organları kadar varsanı çeşitleri sayılabilir: *İşitme, görme, dokunma, koku, tat varsanıları* gibi. *Şizofrenide en çok işitme varsanıları* olur. Bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler; yön verici komutlar; kendi aralarında konuşarak, hastadan üçüncü şahıs olarak söz eden sesler; kendi düşüncelerinin ses olarak kulağına gelmesi ve yaptığı eylemleri tanımlayıcı seslerdir. *"Sen eşcinselsin, kendini as, şimdi yürüyorsun, gülüyorsun..."* gibi. Şizofreni hastalarında görülen bir işitme varsanısı da kendi düşüncelerinin kulağına ses olarak gelmesidir. İleride tanımlanan Schneider'in ilk sıra belirtileri arasında yer alan bu tür varsanılar, DSM'de *düşünce yankılanması* olarak adlandırılmıştır. Bazen uğultu, haykırmalar, gülmeler biçiminde sesler de işitilebilir.

> Genç bir erkek hasta, çıplak kadınların gelip bedenine yapıştığını algılıyordu. Bunları kovmaya çalıştıkça *"sen bunları kovamazsın, kamışını kesersen giderler, rahat edersin"* gibi sesleri işite işite, bir gün keseri alıp penisini kökünden kesmişti.

Bu, nadir bir olgu örneğidir. Şizofrenisi olan bütün hastalar varsanılarına göre davranmaz. Fakat seslerle, görüntülerle ilgilenir; onlara yanıt vererek kendi kendine konuşuyor gibi görünebilirler.

Dokunma varsanıları bedenine elektrik veriliyor, kolu bacağı kesiliyor şeklinde olabildiği gibi cinsel algılar, görünmeyen yaratıkların kendisiyle cinsel ilişkiye girdiği algıları şeklinde de olabilir. Hasta bazen garip, ürkütücü görüntüler görebilir. Görme varsanıları şizofrenide seyrek, deliriyum durumlarında sık görülür.

Normalde de görülebilen *yansılsamalarda* (ilüzyon) ise dıştan gelen bir uyaran yanlış algılanır. Örneğin, gece karanlıkta mezarlıktan geçerken korkan biri ağaç gölgelerini, insan ya da başka bir yaratık gibi algılayabilir. Şizofrenisi olan hastalarda yansılsamalar sık görülür ve bunlar genellikle acayip niteliktedir. Hasta bir yakınını garip bir hayvan, değişik bir kişi gibi algılayabilir.

Şizofrenisi olan hasta, varsanı ve yanılsamalarını çoğu zaman gerçek olarak kabul eder. Varsanıları hastanın davranışlarını, tutumlarını etkiler. Örneğin komut veren seslere uyabilir. Hasta sesler yüzünden kendini savunmaya kalkabilir; bir işitsel varsanıya, yüksek sesle yanıt verebilir. Bu bakımdan şizofrenik varsanıların her zaman olmasa bile sıklıkla benliğe-uyumlu (ego-syntonic) olduğu söylenebilir.

Şizofrenide ayrıca kimi zaman öze yabancılaşma (depersonalizasyon) ve gerçekdışılaşma (derealizasyon) algıları da görülebilir.

> Bir genç kız uzun süren şizofrenik rahatsızlığının başında yüzünün erkekleşmekte olduğunu algılıyor; bir başkası da yüzünün yarısının erkek, yarısının kız yüzü olarak değişmekte olduğunu söylüyordu.

V. Düşünce

(a) Düşüncenin süreci/biçiminde bozukluk: Düşüncenin hızında, amaca uygunluğunda, çağrışımların düzeninde bozukluklar gözlenebilir; hastanın kendine özgü dil kullanımına bağlı uydurma sözcükler olabilir.

Düşüncenin hızında azalma ya da artma bulunabilir. *Düşünce içeriğinde fakirleşme* görülebilir. Bu, konuşmanın miktarının azalması şeklinde olabilir; bazı hastalarda da çok ve hızlı konuşmasına karşın, konuşmasının ve kullandığı kavramların içeriğinde boşalma olduğu; konuşmasının açık, anlaşılır bir anlam oluşturmadığı fark edilir. Bu belirtiye *düşünce içeriğinde fakirleşme* denildiği halde bir *düşünce biçim bozukluğu*dur.

Kimi zaman da konuşma miktarı toplumsal olarak kabul edilen ortalamanın üzerine çıkabilir. Hastanın dakikada kullandığı sözcük sayısı 150'nin üzerindedir. *Basınçlı ya da baskılı konuşma* (pressured speech) adı verilen bu tarz konuşmada kişinin sözünü kesip araya girmek zordur. Daha ağır durumlarda, hasta, kendisini dinleyen kimse olmasa bile, şiddetli bir basınçla konuşmayı sürdürür[107].

Düşünceyi oluşturan sözcükler, simgeler arasındaki mantıksal zincir kopar ya da bozulur. Düşüncede zaman zaman *durma (blok)*, bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına *kayma*, *sapma (derailment, skidding)*; düşünce-

lerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi ile oluşan *düşünce basıncı, sıkışması*, düşüncenin *dağılması*, parçalanması olur. Hasta, düşüncede anlamdan çok seslerin ve sözcüklerin akımına, ahengine, uyağına (kafiye) kendisini kaptırır (*clang association)*. Kimi zaman karşısındakinin sözcüklerini aynen yineleyebilir (*ekolali*). Bazen birkaç sözcükten parçalar ya da birkaç kavram bir araya getirilerek (*yoğunlaştırma-condensation)* yeni sözcükler, kavramlar türetilir (*sözcük uydurma-neolojizm)*. İleri derecede süregenleşmiş durumlarda aynı sözcük ya da tümcenin sürekli olarak yinelenmesi (*verbijerasyon)* görülebilir.

Yavaş yavaş düşünce soyutluktan çıkarak *somutlaşır*. Yani kavramsal düşünceden çok, somut yaşantıları, somut eşyayı temsil eden bir düşünce biçimi gelişir. Ağır hastalarda konuşma *dağınık (incoherent)* anlamsız gibi görünen bir "*sözcük salatası*" haline gelebilir. Bu tarz konuşmada tümce yapısı da bozulmuştur. Bilinçdışının içeriği dağınık, bağlantısız biçimde bilinç yüzeyine çıkmış gibidir. *Düşünce yer, zaman, nedensellik kavramlarını tanımayabilir; birbirine karşıt duygu ve düşünceler yan yana bulunabilir. Düşünce büyüsel, canlıcı (animistik), mantık-dışı nitelik kazanır. Böylelikle açık olmayan, acayip, anlaşılması güç bir düşünce biçimi olur.* Kalıplaşmış (stereotipik) sözler, anlatımlar sık görülür. Düşünce çocuklaşır (*regresif düşünce*). Mantık bağları çocuktaki gibi bireyin iç dünyasından, korkularından, dürtülerinden, ilkel çağrışımlardan kaynaklanır. Bir bütünün parçası, bütün ile eşanlam taşıyabilir. Benzerlikler, yer ve zaman yakınlıkları özdeşleştirmelere yol açar. Bu düşünce biçimine Arieti "*paleolojik düşünce*" adını vermişti[16].

Ancak, şu iki noktayı vurgulamak gerekir: a) Şizofrenisi olan hastalarla konuşurken bu bozukluklar her zaman görülmez; çoğu kez düzgün, anlamlı konuşurlar. b) Hastanın düşüncesi çok dağılmış, parçalanmış göründüğü zamanlarda bile, bu düşünce tümüyle parçalanmış, anlaşılmaz, saçma değildir. Dikkatli izlenirse, ilgilenilirse çoğu kez şizofrenisi olan hastanın dağınık düşünce ve davranışlarında anlamlı bağlantılar bulunabilir*.

Yukarıda tanımlanılan türden bozulmuş düşünce biçimine *dereistik* ya da *otistik* düşünce de denir. Düşüncede çağrışım kopukluğu, neolojizm, yoğunlaştırma, bloklar, somutlaşma, regresyon, büyüsel ve animistik özelliklere örnekler:

> 35 yaşında, evli, şizofreni tanısıyla hastanede yatan kadın hasta "*..... yanıma yöreme korkular düşüyor ondan sonra sanki bu korkuları yenmek, başarmak için sigara telkini düşüyor üzerine sigara iç diyor. Ben sigarayı aslında hiç sevmem sigarayı. Sigara iç diyor bana. Yani böyle bir pastaf pastafının dışarda ben sigarayı hiç aramam".* Pastaf ne demek sorusuna: *"Pastaf, bilin bilmediğin konuyu dışından uzaklaş demek. Yani bilmediğin konularla başbaşa kalmak demek..."* Hastanede nasılsınız, nelerle ilgileniyorsunuz sorusuna: *"iyi zor konuştuğum laflar biraz teskin yönünden biraz daha rahatım şimdi çok şükür sanki konu o değilmiş deminki konuştuğum konular, laflar sözler o değilmiş, başka laflarmış gibi telkinin davranışımı yuvarlamak isti-*

*Bu konuda daha geniş bilgi ve örnekler için, Dr. Levent Mete'nin Şizofreni En Uzak Ülke (2006) kitabını öneririz.

yordu... Yani annenin babanın dışındaki emirvaki emir kul durumu dışında daha yaşının geçtiği evlat adını unutmayacak bir telkin halidir..." [Çağrışım bozukluğu, neolojizm, mantık dışılık, yoğunlaştırma, bloklar, düşüncede dağınıklık (enkoherans)].

37 yaşında, bekâr, şizofreni tanısıyla hastanede yatan erkek hasta görüşmede durup dururken: "*Siz dünyanın ayakta alkışlayacağı insansınız, o halde bana yarın bir kokomilk getiriniz*" dedi. Ertesi gün kendisine çokomilk getirmeyi unuttuğumu söyleyince, "*gerek kalmadı, annem izin vermiyor*" dedi. (Bağlantısız, regresif, çocuksu düşünce).

18 yaşında şizofreni tanısı ile izlenen bir genç kız sokaktan geçen yoğurtçu "*yoğurtçu*" diye bağırdıkça yüzünde sivilceler oluştuğunu söylüyordu (büyüsel, animistik düşünce).

35 yaşında, şizofreni tanısı ile izlenen, kadın öğretmen ağır hasta olduğu halde iyi olduğunu, öğretmenlik yapmak istediğini söylüyordu. Kendisine hasta olduğu, öğretmenlik yapacak durumda olmadığı söylenince, "*ama, yapabilirim, evimiz okula çok yakın*" dedi (somut ve regresif düşünce).

Doktoru ile aynı soyadı taşıyan bir hasta, daha ilk görüşmede doktorun kendisinin babası olabileceğini söylemişti (benzerliklerden özdeşleştirme).

Şizofreni tanısı ile izlenen genç bir kız görüşme sırasında, bakışları doktorun ayaklarına yönelerek, susar. Ne olduğu sorulunca, doktorun ayakkabılarından "*ölümü*" düşündüğünü, nedeni sorulduğunda bir kayığa benzediklerini söyler [acayip (bizarre) düşünce].

b) Düşünce içeriği: Şizofrenide görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu *sanrılardır (delusion, dèlire, hezeyan)*. Sanrıların dışında şizofrenide hipokondriyak, mistik, metafizik uğraşlar, çeşitli saplantılar (obsesyonlar), çocukluk çağına ilişkin garip anılar da sıklıkla görülür.

Sanrı, belli bir çağ ve toplum içinde gerçeğe uymayan, mantıklı tartışma ile değiştirilemeyen düşünce demektir. Özel durumlarda "gerçek" çağdan çağa, toplumdan topluma değişebilir. Örneğin genç bir kız kendisinin ruhlar tarafından gebe bırakıldığına inansa bu, çağdaş toplumda bir sanrıdır. Oysa, bunu bir gerçek gibi kabul eden ilkel toplumlar vardır. Bir toplumda yaygın olarak benimsenen inançlar (örneğin, batıl inançlar), gerçeğe uymasalar da sanrı sayılmazlar.

Şizofrenide sanrılar genellikle düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayiptir. Sanrının *acayip nitelik* taşıması, sanrısal inancın gerçekleşmesinin olanaksızlığı ile açıklanabilir. Örneğin: polisin evine dinleme aygıtları yerleştirdiğini, peşine ajanlar taktığını söyleyen bir hastanın sanrısı acayip nitelik taşımaz. Çünkü böyle bir durum olası olmamakla birlikte, hiç olamayacak nitelikte, saçma değildir. Oysa, uzaylıların uyurken dişine yerleştirdikleri bir çip aracılığı ile başkalarının düşüncelerini okuyabildiğini savunan bir hastanın, sanrısının olabilme olasılığı yoktur ve *acayip nitelikte*dir.

Sanrılar konularına göre de kümelere ayrılabilir:

Etkilenme sanrıları (delusions of being influenced): Düşünce yolu ile, gizli güçlerle, telepati ile başkaları davranışlarını etkiliyor, yönetiyor.

Düşünce sokulması (thought insertion): Kafasına düşünceler sokuluyor. Kendisi düşüncelerini başkalarının kafasına aktarıyor.

Düşünce okunması (thought reading): Başkaları düşüncelerini olduğu gibi okuyor; kendisi başkalarının düşüncelerini okuyabiliyor.

Düşüncenin yayınlanması (thought broadcasting): Beyni bir radyo, TV vericisi gibi yayın yapıyor.

Düşünce çalınması (thought withdrawal): Düşünceleri başkaları tarafından zihninden çalınıyor, kaçırılıyor.

Burada sıralanan *etkilenme, düşünce okunması, sokulması, yayınlanması, çalınması* gibi sanrılar ileride açıklanacak olan *Schneider belirtileri* arasındadır. Şizofreni hastalarında ayrıca sıklıkla erotomanik, büyüklük, küçüklük, nihilistik, somatik, alınma ve kötülük görme (perseküsyon) sanrıları da bulunabilir.

> Anne babası ile gelen ve hastalığı tümden reddeden 18 yaşında üniversite öğrencisi kız şöyle konuşmuştu: *"İki kere iki dört eder gibi biliyorum, evimize, odama dinleme, gözetleme araçlarını yerleştirmişler, sınıftan beni toplu halde izliyorlar; isterseniz açın hocalarıma sorun, bu kesin...."*. Yıllarca sağaltım gören bu hasta hastalığının zaman zaman depreşmesine karşın üniversiteyi bitirmiş, iş ve evlilik yaşamını oldukça uyumlu biçimde sürdürebilir duruma gelmişti.

Bu düşünceler her zaman bir sanrı niteliğinde ve gücünde, yani mantıklı tartışma ile sarsılmaz, değişmez olmayabilirler. Bazen geçici düşünceler, kuşkular, sorular biçiminde, sanrı taslakları derecesinde olabilirler. Bu sanrı taslakları rahatsızlık ilerledikçe, kimi zaman sanrı niteliği kazanabilirler.

Şizofrenide düşünce süreci (dağınıklık, sözcük uydurma, sözcük salatası, bağlantısızlık, çocuksuluk, acayiplik, somutluk) ve içeriği (düşünce okunması, düşünce sokulması gibi sanrılar) ile ilgili bozukluklara, yani dereistik düşünceye örnek olarak 20 yaşında bir erkek hasta ile görüşmeden alıntılar:

Düşünce okunması, düşünce yolu ile konuşma, fikir uçuşması:

> *" ..... Kenan Evren ile düşüncelerle konuşmuştuk. Acaba içimi mi dinliyorlar diyorum? Benim hakkımda konuştukları zaman içime doğar. Boğa burcundanız, boğazı çok severiz. Küfür etmem, git lan karı, hasss.. derim sadece. Geceleri düşünmek neye yarar. Bir gün yaptığını düşünüyorsun..... Başkalarının düşüncelerini okuyabiliyorum, zihin okunmaz, yüzünden okunur düşünceler."*

Somatik edilginlik, etkilenme sanrıları, yeni sözcük uydurma (neolojizm) ve çağrışım kopukluğu:

> *"Yeter artık Allah belanızı versin derim. Vücudumu halsiz bırakıyorlar. İnsanoğlu, insanlar yapıyor, kim yapacak? Üşüyorum, donuyorum kime ne. O ilaçlarda da var. Aslında gülmüyorum, burnum tıkalı. Gülmeden nasıl nefes alabilirim. Büyüyle neşelendirdiler beni. İnsanoğlu yapıyor bunu. Domuz yağı, bok, sidikten yapılan bir büyü bu. O insana geçiyor. Üzerine sürüyorlar. Taun hastalığı büyüyle geçti bana. Hiç Allah kuluna zarar verir mi? Bizim Dergahımız herkese açık. Okulda gülme, evde gülme, biz insan değiliz de hayvan mıyız? Mafyaları adam etmek için, alnımın karasını silmek için mafyalıktan kurtulmak için dua ederdim... Zorla oynattılar, zorla güldürdüler beni. Dinimizde büyünün yeri var mı? Çocukluğumuzda doğarken yemişim o darbeyi..."*

Siz kaç kardeşsiniz sorusuna: *"Babamın dediğine göre üç kız bir oğlanız. Babama göre ise ben oğlanım. Kız olan insanlığı öğretir. Erkeklerle gezip tozmaca yok. Kelimeler yetersiz.* (Ağlamaklı olarak) *Gökteki melekler dahi ağlıyor halime. Yağan karlar ağlıyor. Aslan yanağımdan öpüyor. Kuşlar alkışlıyor. Doğayı sevdiğim nasıl belli oluyor değil mi? 20 yıldır hastayım. AİDS hastalığı. Hazreti Adem-Hazreti Havva'dan beri var. Cennetten neden kovulmuşlar sanıyorsunuz. Dağdan dağa atılmışlardır..."*

Gün boyu nelerle uğraşıyorsunuz sorusuna: *"Sürekli düşünmektir benim hayatım. Gece düşünmek, gündüz düşünmek. TV nadir seyrederim, elektrik pahalı. Hayat pahalı, aldı başını gidiyor, hükümetin başı gibi....."*

Düşünce bozukluğu her şizofreni hastasında bu denli ağır olmaz. Çoğunda bozukluk dikkatli dinlenince belli olur. Şizofrenisi olan hastalar günlük yaşamla ilgili sorunların çoğuna oldukça tutarlı, anlamlı yanıt verirler ve bir konuşmayı düzenli biçimde yürütebilirler. Bu nedenle muayene sırasında hastanın bir süre serbest konuşmasına izin vermek önemli ve gereklidir. Sanrılar ise, çoğu zaman, ancak sanrılarla ilgili sorular sorulunca anlaşılabilir.

Kırk sekiz yaşında, yüksek eğitimli emekli bir öğretmen hanım, uzun yıllardan beri rahatsız. Paranoid şizofrenisi olan bu hastanın mektubunda yazdıkları onun iç dünyasında ne denli yalnız ve otistik olduğunu; sanrılarının ve algılarının yaşamındaki bütün eksikliği, doyumsuzluğu, yalnızlığı nasıl hafifletmeye yönelik olarak işlediğini gösteren güzel bir örnektir. (Yazım yanlışlıkları ve noktalamalar olduğu gibi bırakılmıştır):

"Sayın Doktor bey,

Söylerken şikayetlerimi unuttuğum için yazmayı daha uygun buldum. Şiddetli başım ağrıyor, hafif unutkanlık var, okuduğumu zor anlıyorum. Hem çabuk unutuyorum, hem de anlıyamıyorum. Uykularım iyi değil sparin almak suretiyle uyuyabiliyorum. Bitip tükenmeyen bir yorgunluk var kendimi hep halsiz hissediyorum. Sonra hayatımda garip şeyler oluyor. Ben her zaman banyo yapmaya başlayınca hep kapının zili ve telefonun zili çalıyor. Sanki benim banyo yaptığımı dışardan bilenler var. 27 Mayıs kız talebe yurdunda kalırken yurt başkanı bana dedi ki sen yalnız bir yere gitme, senin gözlerin çok çabuk boyanıyor. Gözlerini kötü niyetle boyuyorlar. Sanki bilincimden yakın çevrem haberdar. Şuur içi işleyen kişiliğin yanında şuur dışı işleyen bir kişilik daha var. Onun benim bilincimden haberi var, benim onun bilincinden haberim yok. Emekli öğretmenim, 48 yaşındayım, hiç evlenmedim, bekarım. Ankara..... yüksek okulunu bitirdim. Sesler işitiyorum. Mesela Aydın Menderes'in beni takip ettirdiğini. Alt kattaki .... bey şöyle dedi geçen sene, Deniz Baykal hoca hanımı yiyecek. Karşı komşu.... bey de hanımına şöyle diyordu George buş diyorki ben onunla evlenecem o giysilerini hep çöpe attıracam yeniden giysi alacam yürüyüşü iyi değil. Kaddafi diyorki o kuran okurken yanlış okuyor. Gorbaçov onu vurduracak sonradan Gorbaçov hoca hanımı istiyor yalnız Halil Şıvgında Gorbaçovda diyorki geç banyo yapıyor. Kalitesiz yiyecekleri yiyip şişmanlıyor. Hamit Kolt (Helmuth Kohl olsa gerek) da diyorki yazık yüksek tahsilli kız leğende çamaşır yıkıyor. Daha sayamadığım Dünya çapında liderlerin benim hakkında söylediklerini komşumuz ..... ve .....ın merdivenlerdeki konuşmalarından işitiyordum. Ben de Komşumuz ..... Hanıma böyle konuşuluyor ama ben yalnız kalıyorum hastayım . Korkuyorum dedim. O da ..... hanıma korkuyor söyleme dedi dediğini işittim. Artık söylemiyorlar. Öğretmenken evdeki bütün uğraşlarımı davranışlarımı öğretmen

arkadaşlar hep birbirine söylüyorlardı. Sonra E.....'ye gittim. Yeğenim bir arkadaşına şöyle diyordu. Dayım, Halamın ırzına geçiyor fakat Halam duymuyor. Herhaldeki Hayalim gidiyormuş hayalimle uğraşıyorlarmış. Mesela Ramazanda oruç tutuyorum birgün grip oldum çok hastaydım. O akşamısı 4 numara oğluyla iftara geldi sabahleyin para kağırdını almam için getirdiler, iki numara bu gün kömür almaya gidecem sende gelmelisin çünkü ben sana geldim. Hep sanki o gün hasta olduğumu bildikleri için hep o güne tesadüf ettiler ....lisesinde öğretmendim ben her motorlu trene bindiğimde tren tehirli kalıyordu. (Hasta bunun için sıkı yönetim komutanına gitmiş ve ondan sonra tehirler durmuş). Böyle pek çok garip şeylerle karşılaşıyorum. Köpekten, asansörden, yüksek yerlerden korkuyorum. Saygılarımla (ad ve imza). (M.O.Ö.)

Şizofreni hastalarında ayrıca obsesif belirtiler de sık görülür. Şizofrenisi olan hastalarda görülen obsesif kompülsif bozukluğun klinik özellikler açısından şizofrenisi olmayan obsesif kompulsif hastalardakinden belirgin derecede farklı olmadığı bildirilmiştir[125].

Gerçeği Değerlendirme Yetisi (reality testing): Bireyin kendi zihninde olup bitenlerle dış dünyada olup bitenleri ayırt edebilme yetisidir. Hiç gerçekleşemeyecek isteklerimiz, hayallerimiz olabilir. Bunların yalnızca bir istek, bir hayal olduklarını biliriz. Şizofrenisi olan hastalarda sıklıkla, zihindeki istekler, eğilimler, korkular somut bir nitelik, gerçeklik kazanabilirler. Örneğin aşırı alınganlık ve eşcinsellik korkuları, *"sen eşcinselsin"* türünden seslere, *"beni eşcinsel sanıyorlar"* gibi sanrılara dönüşebilir. Gerçeğin yadsınması, saptırılması, değişik algılanması ve yorumlanması biçiminde ortaya çıkan belirtiler gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ile ortaya çıkar; psikoz tanısı için önemli bir belirtidir.

VI. Devinim (Hareket)

Genel davranış ve devinimde en sık ve önemli belirti ağır ilgisizlik, istekli eylemin azlığı (avolition) ve toplumdan çekilmedir. Bu belirtilerin yanı sıra kimi hastalar, kendisine komut verildiğinde hemen yerine getirirler (*otomatik boyun eğme; automatic obedience*). Örneğin: bütün günü koltukta oturup sigara içerek geçiren bir hastaya giyinmesi ve yatağını toplaması söylenince, bu komutları hemen yerine getirmesi gibi.

Şizofrenide devinim bozuklukları çok çeşitlidir. Ağır durgunluk, ilgisizlikten, aşırı kamçılanma, taşkınlık durumuna dek değişik derecelerde niceliksel bozukluklar olabileceği gibi, önemli niteliksel devinim bozuklukları da görülebilir. Garip yüz, göz devinimleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden devinimleri (stereotipi), hastanede koridor arşınlama, ikide bir pencereye, kapıya gidip gelme, sık sık elini yüzüne götürme, saçını tutma gibi tike benzer devinimler olabilir. Bazen çılgınca taşkınlık, saldırganlık görülebilir. Bazen de belli bir durumda donmuş gibi kalabilir (*donakalım, katatoni*). *Donakalım durumunda* bir hasta *birden atak ve taşkın davranışlar* (*katatonik eksitasyon*) gösterebilir. Kimi hastalar dış görünüşlerine bakmazlar, dağınık ve pis olabilirler. Garip cinsel davranışlar, ortalıkta özdoyurum, sık sık tükürme, burun

karıştırma, elini ağzına götürme görülebilir. İlerlemiş ya da kimi akut durumlarda çırılçıplak soyunma, dışkısını, sidiğini ortaya bırakma, dışkı yeme olabilir. Bazı hastalarda ağır karşıtçılık (negativizm), konuşmama görülebilir.

> Yurt dışında tanınmış bir tıp fakültesinde birkaç yıl okumuş, hastalanınca yurda dönmüş, evinde dünya ile bağlantısını koparmış ağır süregen bir erkek hasta yemeyi, içmeyi reddettiği için hastaneye yatırılmıştı. Çırılçıplak soyunuyor, verilen sütü, ayranı reddediyordu. Hemşireler birkaç kez, alafranga tuvaletteki kuburdan su içmeye çalıştığını görmüşlerdi. Hastalığını ve her türlü sağaltımı reddeden hastaya, onu değiştirmek için zorlamayacağımızı, ancak, hayatta kalması için burnundan midesine hortum sokarak besleyeceğimizi, söyledikten sonra yemeye, içmeye başlamıştı. (M.O.Ö.)

Hareket bozuklukları en çok katatonik ve dezorganize (hebefrenik) türde görülür.

VII. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Başka bir hastalık yoksa fizik muayene bulguları normaldir.

Kimi hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir.

Şizofrenide *uykusuzluk* sıklıkla bulunmakla birlikte, hastalar bu konuda pek yakınmazlar. Özellikle belirtilerin alevlendiği dönemlerde uykusuzluk daha belirginleşir. Sıklıkla uykusuzluk başka belirtilerin alevlenmesinden hemen önce artar. İlaç kullanmayan hastalarda uykuyla ilgili en önemli sorun uykuya dalma güçlüğü ve sık uyanmadır[110]. Uyku-uyanıklık düzeni çok bozulabilir, gündüz uyuyup, gece uyumama gibi durumlar bazen alışkanlık derecesinde olabilir. Bu durum, hastadan çok ailelerin yakınma konusudur ve çoğu zaman, hasta ile aile arasındaki önemli çatışma alanlarından biridir.

Cinsel isteksizlik ve güçsüzlük sık görülen bir belirtidir. Bazen de aşırı cinsel kamçılanış, aşırı sıklıkta özdoyurum eylemleri olabilir. Cinsel isteksizlik, soğukluk ya da erkekte sertleşme zorluğu ilaç etkisine bağlı olarak da görülebilir.

Hasta ilaç kullanmakta ise, ilaçların yan etkilerine bağlı olarak, şişmanlama, hareketlerde yavaşlık, uykululuk, kan basıncında düşme ve ekstrapiramidal belirtiler sık görülür. İlaç etkisine bağlı olmasa bile kimi hastalarda eylem ve devinim azlığı nedeniyle hantal görünüm vardır. İlaç etkisi olmayan bazı silik nörolojik belirtiler çok dikkatli muayenelerle kimi hastalarda saptanabilir. İlaç yan etkileri "İlaçlarla Sağaltım" bölümünde açıklanacaktır.

Şizofrenide Artı (Pozitif), Eksi (Negatif) Belirtiler

İlk olarak geçen yüzyılda bazı nörolojik sendromlardaki belirtiler için Hughling Jackson tarafından ortaya atılmış olan bu tanımlama, şizofreni kliniğinde çok sık kullanılmaktadır. *Artı belirtiler* normalin dışında fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan belirtilerdir. *Eksi belirtiler* ise normal işlevlerde azalma, eksiklik ya da yokluk belirtileridir.

Bu tanımlamaya göre, *artı belirtiler* sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranışlarda dağınıklık belirtileri ve dikkat bozukluğudur.

Eksi belirtiler ise duygusal tepkilerde azalma ya da küntlük, düşünce ve konuşmada fakirleşme (alogia), istemli eylem ve istenç azlığı (avolition), yani istekle yapılan eylemlerde azalma, toplumdan çekilme gibi belirtilerdir. Eksi belirtiler, kimi zaman artı belirtilere, ilaç yan etkilerine ya da çökkünlüğe ikincil olarak ortaya çıkabilir. Toplumdan çekilmeye bağlı uyaran yoksunluğu ile artabilir.

Şizofreninin aktif döneminde, depreşmelerde ya da akut başlayan bozukluklarda *artı belirtiler*; depreşmelerin yatıştığı fakat bozukluğun süregenleştiği hastalarda *eksi belirtiler* baskındır. *Eksi belirtilerin baskın* olduğu hastalarda beyinde karıncıklarda (ventriküllerde) genişlemenin olduğu, pre-frontal işlevleri değerlendiren nöropsikolojik testlerde bozuklukların daha çok görüldüğü, ilaçlardan daha az yararlandığı, hastalığın gidiş özelliklerinin daha kötü olduğu; *artı belirtilerin baskın* olduğu hastalarda karıncıkların normal olduğu, ilaçlara oldukça iyi yanıt alındığı ve gidişin daha iyi olduğu bildirilmektedir[9, 13].

A.B.D'de Maryland Üniversitesi Psikiyatri Araştırma merkezinden Carpenter ve arkadaşları[35] eksi (negatif) belirtilerin bir kesiminin hastalığın etkisine ve ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan geçici *ikincil eksi belirtiler* olduğunu vurgulayarak, şizofrenide daha başlangıçta, temelde var olan *"birincil eksiklik (defisit) sendromu"*nu tanımlamışlar; hastalığın gerçek psikopatolojisini açıklayabilmek için *birincil eksiklik sendromunu* ikincil eksi belirtilerden ayırdetmek gerektiğini savunmuşlardır[5, 24, 25, 83].

Bilindiği gibi antipsikotikler *artı belirtilerin* sağaltımında oldukça etkili iken, hastaların büyük çoğunluğunda *eksi belirtilerde* değişiklik yapmamakta, hatta bunları artırabilmekte, yeni eksi belirtilere neden olabilmektedir. Bu nedenle *"birincil eksiklik (defisit) sendromu"nun* tanınması hem şizofrenideki temel patolojinin aydınlatılması, hem sağaltım açısından önem kazanmaktadır. Gene bu nedenle son yıllarda eksi belirtilere de etkisi olduğu ileri sürülen yeni ilaçların satışa sürülmesi artmıştır. *İkincil eksi belirtiler* genellikle uzun süren bir hastalığın yarattığı yetiyitimine, çökkünlük belirtilerine ya da antipsikotiklerin yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar kötülük görme sanrılarına bağlı olarak toplumdan kaçınma, hastalığın uzun sürmesine bağlı olarak çaresizlik duyguları ve başka çökkünlük belirtileri, ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilen güçsüzlük, devinim azlığı, reflekslerde hantallık, donukluk, dikkatin eksilmesi gibi belirtilerdir.

Birincil eksiklik sendromunda temel olarak şunlar bulunur: *duygulanımda kısıtlanma, duygusal tepkilerde azalma, konuşmada fakirleşme (alogia); istenç ve istekli eylem eksikliği (avolition), topluma girme güdüsünde azalma, günlük etkinliklerden zevk alamama (anhedonia).*

Birincil belirtileri klinik olarak ikincil eksi belirtilerden ayırmak güçtür. Araştırmalar bunların daha hastalığın başında ayırt edilebileceğini göstermektedir[72, 127].

TANI

Bleuler'in Şizofreni Tanımlaması[22]

İsviçre'li ruh hekimi *Eugene Bleuler* 1911'de yayınladığı *"Erken Bunama ve Şizofreniler Grubu"* adlı çalışması ile bu alanda yeni bir bakış açısı getirmiş; önerdiği *şizofreni* terimi bütün dünyada kullanılır olmuştur. *Bleuler*, Zürih yakınındaki *Burgholzi* hastanesinde yıllarca çok sayıda şizofreni hastasını neredeyse onlarla birlikte yaşayarak tanımaya çalışmış ve şizofreni belirtilerini ayrıntılı biçimde tanımlamıştır. Kitabının sonundaki sağaltım bölümündeki psikososyal öneriler bugün de geçerli olan son derece ileri ve ilginç görüşlerdir.

Bleuler, hastalığın belirtilerini iki ana kümeye ayırarak açıklamıştır: *Temel belirtiler (fundamental symptoms)* her şizofreni hastasında bulunması gereken ve temel patoloji ile ilgili olan belirtilerdir. *Ek ya da ikincil belirtiler (accessory symptoms)* ise bu temel belirtilerin üstüne eklenen belirtilerdir. İkincil belirtilerin birçoğu onarım, düzelme ve uyum yapma amacı ile ikincil olarak eklenen ve başka ruhsal bozukluklarda da görülebilen belirtilerdir. Bunlar şizofrenide çok sık görülen ve klinik tabloda egemen olan belirtiler olmakla birlikte yalnızca şizofreniye özgü değildirler. Bleuler'in temel belirtileri klasik psikiyatride *4A belirtisi* olarak bilinir.

Aslında bu dört temel belirtinin *açık bir bilinçlilik* durumunda görülmesi de *beşinci temel koşuldur*. Yani Bleuler'in aşağıda sıralanan dört temel belirtisi yanı sıra temelde bilinç, yönelim ve belleğin yerinde olması, hastanın deliryumda bulunmaması gerekir. Hatta Bleuler şizofrenideki varsanıları (halusinasyonları) bile temel belirti olarak görmemişti. Bu varsanıların organik beyin bozukluğunda görülen algı bozukluklarından farklı olduğunu vurgulayarak, bunları *ikincil belirtiler* olarak tanımlamıştı.

Bleuler şöyle yazmaktadır [22]: *"Organik psikozların tersine, şizofrenide biz, en azından şimdiki muayene yöntemlerimizle, duyular, bellek, bilinç ve devinimin doğrudan bozulmadığını görüyoruz."*

A- Temel Belirtiler

1. Duygulanımda (affect) bozukluk: Aşırı aldırmazlık, ilgisizlik; duygusal tepkilerde küntleşme, uygunsuzluk, dengesizlik.

2. Çağrışımlarda (association) bozukluk: Çağrışımlarda düzen ve sürekliliğin bozulması. Düşüncede bloklar, duraklamalar, kaymalar, yoğunlaşma (kondansasyon), çağrışım sıkıştırması, sözcük salatası, garip, anlaşılmayan düşünce (dereism).

3. Ambivalans: Kişide birbirine karşıt duygu ve eğilimlerin aynı anda bulunuşu.

4. Otizm (autism): Gerçek dünya ile ilişkiyi azaltarak ya da keserek kendisine göre bir iç-dünya kurmak ve o iç-dünyanın gereksinimlerine, kurallarına göre düşünmek, davranmak.

5. Bilinç, yönelim (oryantasyon) ve bellekte temel bozuklukların olmayışı. (Yukarıdaki açıklamaya bakınız).

B- İkincil Belirtiler

1. Düşünce içeriğinde sanrılar, kalıplaşmış, yineleyici (stereotipik) fikirler ve uğraşlar.
2. Varsanılar (halüsinasyon), yanılsamalar (illüzyonlar).
3. Devinim bozuklukları; donakalım (katatoni) belirtileri, katalepsi, balmumu esnekliği (flexibilitas cerea), garip duruşlar, yüz oynatmalar (mimikler) kalıplaşmış-yineleyici hareketler, telkine yatkınlık, karşıtçılık (negativizm).

İki-değerlilik (Ambivalans)

Bleuler'in şizofreninin temel belirtileri arasında saydığı duygu, düşünce ve eylemde *iki değerlilik (ambivalans)* kişide birbirine karşıt duygu, düşünce ve eğilimlerin aynı zamanda birlikte bulunuşudur. Hafif derecelerde normal insanlarda da görülebilir. Şizofreni hastalığında belirgin derecededir. Sevgi-nefret, inanma-inanmama, yapmak isteme-istememe belirtileri çok değişik davranış örneklerinde görülebilir. Hasta annesine bir an sarılabilir, bir an ona vurabilir. İlaç almayı kabul edebilir, hemen reddedebilir.

İçe-kapanım (Otizm)

Bleuler içe-kapanımı şizofreninin en önemli belirtisi olarak görmüştü. Otizm, dış dünyanın gerçeklerini ve gereklerini bir yana iterek, yadsıyarak, hastanın kendine özgü bir iç-dünya yaratması, kendi iç dünyasına kapanması durumu olarak bilinir. Otizm yalnızca, hastanın bir köşeye çekilerek durgun kalması demek değildir. Ağır dağınık davranışları olan, kendi dürtü, algı ya da korkularından kaynaklanan acayip düşüncelerle konuşan bir şizofreni hastası da otizm içindedir. Düşünce bozukluğu olarak yukarıda verdiğimiz olgu örneklerindeki düşünce biçimi otistik düşüncedir.

Bleuler'in tanımladığı temel ve ikincil belirtiler ayrımının ve ayrıca, *otizm ve ambivalans kavramlarınınn* klinik uygulamada ya da araştırma amacı ile yeterince nesnel değerlendirilmesi yapılamadığı için ICD-10, DSM III ve IV tanı ölçütleri arasına katılmamışlardır.

Schneider Belirtileri

Bleuler'den sonra şizofreni klinik tanısına önemli katkıyı Alman ruh hekimi *Kurt Schneider* yapmıştır. Şizofrenide *ilk sıra belirtiler (first rank symptoms)* olarak bilinen *Schneider belirtileri* hem DSM-IV, hem ICD-10 tanı ölçütleri arasında ağırlık taşımaktadır. Bu nedenle aşağıda bunlar da ayrıca sıralanmıştır.

K. Schneider'e göre Birinci Sıra (first rank) Belirtileri (10, 13)

- Durum bildiren, yorum yapan sesler biçiminde işitme varsanıları
- Kendi aralarında tartışan sesler şeklinde işitme varsanıları

- Kendi düşüncelerinin sesle söylendiğini işitme
- Bedensel edilginlik olgusu (somatik pasivite) yani dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi
- Düşünce çalınması, düşünce sokulması, düşüncenin etki altına alınması
- Düşüncelerin başkalarınca okunması, çevreye yayılması
- *Sanrısal algılama* (olağan bir algının sanrısal yorumlaması)
- Duygu, istenç (irade) ve dürtülerin dış güçlerce etkilenip denetlendiği duygusu.

ICD-10 Tanı Ölçütleri

ICD-10'a [163] göre şizofreni tanısı koyabilmek için aşağıdaki (a) dan (d) ye kadar olan belirtilerden çok açık olarak en az birinin, çok açık değilse genellikle iki ya da fazlasının, ya da (e) den (h) ye kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay ya da daha uzun süre ile bulunması gerekir.

(a) Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayınlanması;

(b) Kontrol edilme, etkilenme ya da edilginlik sanrıları (beden, kol bacak hareketleri ile ya da özgül düşünce, eylem ve duyularla ilgili olarak);

(c) Hastanın davranışları üzerinde hastaya açıklama yapan ya da kendi aralarında tartışan sesler işitme ya da bedeninin bir yerinden geldiği algılanan işitme varsanıları (hallucination);

(d) Kültürel olarak uymayan, gerçekleşme olanağı bulunmayan başka türlü direngen (inatçı) sanrılar -dinsel, politik kimlik ya da insanüstü güce, yeteneğe sahip olma gibi (örneğin yağmur yağdırma, güneş açtırma, başka bir dünyadaki yabancılarla iletişim kurabilme);

(e) Herhangi türden direngen varsanılar - haftalarca, aylarca süren, açık bir duygulanım yükü olmayan yarı oluşmuş ya da çabuk sönen sanrılarla birlikte olan.

(f) Düşüncenin akışında konuşma dağınıklığı (incoherence), tutarsız konuşma ve sözcük uydurmalarına yol açan kopmalar ya da kaymalar.

(g) Taşkınlık, durum-alış (posturing), balmumu esnekliği, karşıtçılık (negativism), konuşmama (mutism), stüpör gibi katatonik davranışlar.

(h) Sıklıkla toplumdan çekilme ve toplumsal becerilerde düşmeye yol açan belirgin aldırmazlık (apati), konuşma fakirliği ve duygusal tepkilerde küntlük ya da uygunsuzluk gibi "eksi" belirtiler; bu belirtilerin çökkünlüğe ya da antipsikotik ilaçlara bağlı olmaması gerekir.

(i) Hastanın davranışlarının genel niteliğinde ilgi yitimi, amaçsızlık, aylaklık, yalnız kendiyle olma, toplumdan çekilme şeklinde görülen, süreklilik gösteren belirgin bir değişme olur.

DSM IV'e Göre Tanımlama

DSM dizgesinin 1950'lerde şizofreniye yaklaşımı Adolf Meyer'den çok etkilenmişti. 1950'lerin ortalarında çıkan DSM-I'de şizofreni yerleşik bir hastalık olarak değil, yaşamın zorlanmalarına (stres) karşı bir tepki (reaksiyon) türü olarak tanımlanmıştı. Örneğin şizofrenik reaksiyon, paranoid tür gibi tanılar konurdu. 1968'de çıkan DSM-II ile reaksiyon kavramı bırakıldı. 1980'de çıkan DSM-III ile şizofreni -kuramlardan sıyrılmış bir yaklaşımla- tümüyle belirtiler, gidiş ve sonlanış açılarından ele alınarak tanı ölçütleri kondu. Ardından gelen DSM-III-R[6] ve DSM-IV[7] tanı ölçütlerine daha açıklık, kesinlik getirmeye çalıştı. Bu kesinlikler kimi yerlerde (örneğin süre koşulu gibi) kuşku uyandırabilecek katılıkta olabilmektedir.

DSM-IV'e göre şizofreni tanı ölçütleri:
A. Ayırdedici (karakteristik) belirtiler:
sanrılar
varsanılar
konuşmada düzen bozukluğu (sapmalar, sözcük salatası gibi)
çok dağınık ya da katatonik davranış
duygulanımda küntleşme
konuşmanın ve istencin azalması gibi eksi (negatif) belirtiler

Bunlardan iki ya da daha fazlasının hastada bulunması koşulu konmuştur. Bu belirtiler en az bir ay sürmüş olmalıdır. Ancak, eğer belirtiler sağaltımla bir aydan önce düzelmişse en az bir ay koşulu geçerli olmayabilir.

B. Toplumsal ve iş uyumunda bozukluk: Kişinin iş yaşamında ya da kişiler arası uyumunda bozukluk, dengesizlik olmalıdır.

C. Süre: Hastalık belirtileri en az 6 ay sürmelidir ve bu altı ayın en az bir ayında belirtiler A ölçütüne de uymalıdır.

D ve E ölçütlerine göre şizo-afektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır. Belirtiler bir ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.

F. Hastanın öyküsünde yaygın gelişimsel hastalık ya da otistik bozukluk varsa en az bir ay süre ile sanrıların ve varsanıların bulunması gerekir.

Şizofreni hastalarının öyküsünde geriye doğru bakıldığında psikozun başlamasından haftalar, aylar hatta birkaç yıl önceki dönemde çalışmaya, sosyal etkinliklere, kişisel görünüm ve hijyene karşı ilgi azalması ile birlikte yaygın bunaltı, hafif çökkünlük belirtileri, kuruntular olduğu anlaşılır. Şizofrenide asıl hastalık belirtilerinin görülmesinden bir süre önce böyle bir öncül (prodromal) dönem DSM-III-R'de daha geniş tanımlanmış olmakla birlikte öncül dönemin oluşu rahatsızlık tanısını kesin koyduramayacağı gibi; olmayışı, yani hastalığın birden patlaması da şizofreni tanısını kaldıracak bir durum olamaz. DSM-IV'de böyle bir öncül dönemin bulunması zorunluğu kaldırılmıştır.

DSM-III-R ve DSM-IV tanı koyabilmek için *hastalığın en az 6 ay sürmesi* gerektiğini belirtiyor [6, 7]. ICD-10'da ise daha esnek bir süre tanınıyor. Ka-

nımıza göre DSM-IV'deki ölçütler araştırma için uygun olsa bile, ICD-10'un esnekliği klinik uygulamada daha geçerli görünüyor.

ŞİZOFRENİ TÜRLERİ

Şizofrenide alttürler hastanın son değerlendirmesinde baskın olan belirtilerine göre yapılır ve zaman içinde değişiklik gösterebilirler.

Paranoid Tür

Bu türde düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. Başlangıç genellikle yavaş ve daha geç yaştadır. *Kötülük görme (perseküsyon) sanrıları* (beni izliyorlar, bana komplo kurmuşlar, beni zehirleyecekler, üst kattakiler yukarıdan delikler açarak geceleri tavandan aşağı yatağımın üzerine zehir akıtıyorlar gibi), *büyüklük sanrıları* (ben peygamberim, Tanrı ile ilişki kuruyorum), *etkilenme fikir ve sanrıları* (ışınlarla beni etki altında bırakıyorlar, hareketlerimi, konuşmalarımı denetliyorlar gibi), *alınganlık, kuşkuculuk* (benim hakkımda konuşuyorlar, bana eşcinsel gözüyle bakıyorlar, bana eşcinsel diyorlar, araba farlarını söndürüp yakıyorlar, yanıma gelince öksürüyorlar, evimize gizli dinleme aygıtları yerleştirmişler, her söylediğimi kaydediyorlar gibi) paranoid tür şizofrenide sık görülen düşünce bozukluklarındandır.

Başlangıçta hastanın konuşması mantıklı, düzenli imiş gibi bir izlenim bırakabilir. Dikkatle izleyince düşünce kopuklukları, gerçeğe uygunsuzluk ve hastanın sanrılarındaki tutarsızlık belli olur.

> Sabahın erken saatinde Cumhurbaşkanlığı Köşkünün polis noktasına giderek "*görevi teslim almaya*" geldiğini söyleyen bir hasta, bir başka gün sokaktaki bir asfalt dökme aracının değişik vites kollarını ve düğmelerini oynatarak Türkiye'nin düzenini değiştirebileceğine inanıyordu.

Bazen dine aşırı düşkünlük, metafizik, filozofik ya da cinsel uğraşlar görülür. Hasta, sanrıları yüzünden kendisini savunma davranışlarına geçer, toplumdan kaçar, öfkeli, sert, kavgacı olabilir. Bu hastalar sıklıkla rahatsızlığı kabul etmezler, belirtileri gizlemeye çalışabilirler.

Dağınık (Dezorganize / Hebefrenik) Tür

Bu türde düşünce biçimi ve devinim bozuklukları baskındır. Genç yaşta akut, renkli artı belirtilerle başlar. Kısa zamanda duygusal tepkilerde oynamalar (labilite), yüzeyellik, uygunsuzluk, acayiplik ortaya çıkar (örneğin yersiz sırıtmalar vb.). Düşünce çok bozuktur. Dağınık, düzensiz bir düşünce akımı içinde tutarsızlıklarla dolu sanrılar, sözcük uydurma (neolojizm), düşüncede bloklar, yineleyici basmakalıp (stereotipik) konuşmalar görülür. Varsanılar daha sonra ortaya çıkabilir. Kişilikte dağılma ve yıkım hızlıdır. Hasta kendi özel dünyasında yaşar. Dış dünya ile ilişki kopuktur. Davranışlar ilkel ve çocuksudur. Çırılçıplak soyunma, acayip duruşlar, garip çılgınca davranışlar, oyunlar, aşırı hareketlilik, başkalarının söylediklerini aynı biçimde yineleme

(söz-yankılama, ekolali), hareketlerini yankılama (ekopraksi) gibi belirtiler görülür. Gidiş özellikleri bakımından en ağır türüdür.

Katatonik Tür

Bu türde *devinim bozuklukları baskındır. Katatoni (donakalım)* kişinin belli bir durumda uzun süre kıpırdamadan kalması demektir. Çoğunlukla hasta, dışarıdan yapılan ilişki kurma girişimlerine tepkisiz gibi kalır. Yemez içmez, uyumaz, konuşmaz, verilen öğütlere uymaz (karşıtçılık, negativizm). Bazen birden atak, aşırı hareketli bir durumu olabilir (katatonik taşkınlık-catatonic excitation). Bazen yatağında kıpırdamadan, komada imiş gibi yatar (katatonik dalgınlık-catatonic stupor). Hasta dış çevre ile ilişkisini kesmiş gibi görünürse de, gerçekte çevrede olup bitenleri tanır ve kaydeder; fakat tepkisiz görünür. Başlangıç, çoğunlukla 15-25 yaş arasındadır ve birden olur. Donakalım durumunda bazen eğindirime (telkine) aşırı yatkınlık görülebilir ve hastaya istenilen duruş verilebilir *(mum esnekliği, waxy flexibility, flexibilitas cerea).* Kalıplaşmış devinimler (stereotipik jestler), denetimsiz, ani, atak davranışlar da görülebilir.

Ayrışmamış (Undifferentiated) Tür

Bunda şizofreni tanısını koyduracak belirtiler bulunur; fakat bu belirtiler paranoid, dağınık (hebefrenik), katatonik türlerden birinin tanısını koyduracak biçimde ayrışmış değildir.

Şizofreni-ardı Çökkünlük

Bir şizofrenik depreşmenin ardından hasta çok belirgin çökkünlüğe girebilir. Hastada karamsarlık, kendini suçlama, sabah uykusuzluğu ve bunaltısı varsa *şizofreni-ardı çökkünlük* tanısı konabilir. Fakat aynı zamanda şizofreninin daha çok eksi (negatif), bazen de artı (pozitif) belirtileri bulunur. Bu hastalar genellikle antipsikotik de aldıklarından hastalardaki durgunluğun, isteksizliğin, ilgisizliğin ve sıkıntının psikoz-ardı çökkünlükten mi, antipsikotiklere bağlı yan etkilerden mi ya da eksi belirtilerle yüklü kalıntı (rezidüel) şizofreniye gidişten mi olduğunu değerlendirmek çok güç olabilir. Bu durumun çökkünlükten ayırımı ayrıca şizofrenik belirtilerin ya da yakında geçirilmiş şizofrenik dönemin bulunuşu ile yapılabilir.

Kalıntı (Rezidüel) Şizofreni

Bir ya da birkaç şizofrenik depreşmeden sonra *daha çok eksi (negatif) belirtilerin baskın olduğu* süregen şizofrenik bozukluktur. Duygu küntlüğü, vurdumduymazlık, ilgisizlik, girişim ve eylem azlığı, toplumdan kopukluk, düşüncede somutlaşma ve fakirleşme, kendine iyi bakmama belirtileri vardır. Hasta acayip, kendine özgü, içe-kapanık, toplumdan uzak bir yaşam biçimini seçmiş gibidir. Değişmeye karşı istek ve ilgisi azdır. Bir bakıma hastalık bir karakter yapısına, yaşam biçimine dönmüştür.

Basit Şizofreni

Kraepelin çağından beri varlığı kabul edilen bu şizofreni türü belirli tanı ölçütleri olmadığı için DSM dizgesine konmamıştır. ICD-10'da[163] bu tanı vardır ve birçok ülkede kullanılmaktadır. .

Basit şizofreni, sinsi ve yavaş başlayan, ilerleyici olan ve daha çok eksi belirtilerin baskın olduğu şizofreni türüdür. Genç yaşta yavaş yavaş başlayan ilgisizlik, isteksizlik, aldırmazlık, duygulanımda küntlük, düşüncede fakirleşme, toplumdan çekilme ile belirlidir. Ailenin ve toplumun beklentilerine, değerlerine karşı vurdumduymazlık görülür. Zamanla hastanın bu durumu ağırlaşır; sorumsuz, kaygısız, içe-kapanık olur. Bazen yabancı bir çevreye kendini kaptırır, aileden kaçar; amaçsız, aylak dolaşır, toplumdan kopuk eylemleri olabilir. Genellikle sanrılar, varsanılar, hareket bozuklukları görülmez.

Bu tür şizofreninin kalıntı (rezidüel) şizofreniden ayrımı ancak öykü ile olur. Kalıntı şizofreni bir ya da birkaç alevli şizofrenik depreşmenin ardından gelişen süregen bir bozukluktur. Basit şizofrenide ise alevlenme dönemleri yoktur; daha başlangıçtan beri süregen, renksiz, eksi belirtiler bulunur.

Şizoafektif Bozukluk

Şizoafektif bozukluk ruh hekimliğinin en tartışmalı konularından biridir. Hem farklı sınıflandırma dizgelerinde farklı tanımlanmıştır, hem de klinisyenler arasında tanı tutarlılığı çok düşük bulunmaktadır.

Sınıflandırma sistemlerinde şizofreni ve başka psikotik bozukluklarla aynı grupta yer alır. ICD-10'daki [163] şizoafektif bozukluk eskiden siklоid psikoz olarak tanımlanan klinik tabloya karşılık gelmektedir. Bu tanıma göre hastanın geçirdiği hastalık dönemlerinin hepsinde hem şizofreni hem de duygudurum bozukluğu belirtileri bir arada bulunuyorsa tanı şizoafektif bozukluktur. ICD-10'a göre tipik mani ve çökkünlük dönemleri arasında birkaç şizoafektif özellik taşıyan hastalık dönemi geçiren bir hastada tanı ikiuçlu duygudurum bozukluğu olmaktadır. Ancak bütün hastalık dönemleri aynı şizoafektif özellikleri taşıyorsa, şizoafektif bozukluk tanısı konur. ICD-10 şizoafektif bozukluğu manik tip, depresif tip ve karma tip olarak ayırmaktadır. Bu tiplendirme ya o sıradaki hastalık dönemine ya da çoğunlukla geçirdiği hastalık dönemine göre yapılır.

DSM-IV[7] ise farklı bir şizoafektif bozukluk tanımlamıştır. DSM-IV'e göre duygudurum dönemleri sırasında duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz her türlü psikotik belirti olabilir. Eğer duygudurum bozukluğu dönemleriyle giden bir hastalık sırasında bu dönemlerin dışında sanrı ya da varsanılar sürüyorsa DSM-IV'e göre tanı şizoafektif bozukluktur. DSM-IV şizoafektif bozukluğun iki özgül türünü tanımlamıştır: *ikiuçlu tür, depresif tür.* Bu tanımlarla ICD-10'nun şizoafektif bozukluk tanısı DSM-IV'de duygudurumla uyumsuz psikotik belirtileri olan ikiuçlu bozukluktur. Öte yandan, DSM-IV

ile şizoafektif bozukluk tanısı konulan hastalara ICD-10 ile şizofreni tanısı konulmaktadır.

Şizoafektif bozukluğun psikotik duygudurum bozukluğundan farklı olmadığını öne süren çalışmalar bulunmaktadır[87]. Öte yandan, şizoafektif bozukluğun şizofreninin bir biçimi olduğunu öne süren araştırmalar da vardır[48].

Şizoafektif bozukluğun depresif türünde, çökkünlük belirtileri ile birlikte şizofrenide görülen sanrılar, varsanılar ve başka belirtiler olur. Bazen çökkünlük belirtileri o denli ağır ve şizofrenik belirtiler siliktir ki çökkünlükten ayırmak çok güç olur.

Şizoafektif bozukluğun manik türünde mani belirtileri ile birlikte şizofrenide görülen sanrılar, varsanılar, acayip düşünce belirtileri bulunur. Tipik bir maniden ayırdetmek çok güç olabilir. Rahatsızlık dönem dönem gelir. Bu nedenle ikiuçlu duygulanım bozukluğuna çok benzer bir öykü alınır. Uzun süre izlenince kalıntı (rezidüel) şizofreni belirtileri yerleşince şizofreni tanısı kesinleşebilir. Lityuma iyi yanıt veren hastalarda tanı büyük olasılıkla bipolar duygulanım bozukluğudur.

Şizoafektif bozukluğu olan hastaların %32'sinin hastalık dönemlerinin en az birinde karma dönem yaşadıkları bildirilmektedir. Ancak, bütün şizoafekif tür hastalık dönemleri içinde karma dönemlerin oranı düşüktür. Ayrıca, tanı ölçütlerinin de net olmaması şizoafektif bozukluk karma dönem tanısını çok güçleştirmektedir[97].

ICD-10'a göre daha çok manik belirtilerle giden şizoafektif bozukluğu olan hastaların genellikle tam olarak iyileştiği ve iyileşme dönemlerinde nadiren hastalık izi görüldüğü bildirilmiştir[96].

Şizotipal Durumlar

Şizotipal bozukluk gizli şizofreni, sınır şizofreni, psödonevrotik şizofreni, prepsikotik şizofreni tanımları ile tartışılmıştır. Şizotipal kişilik bozukluğu Kişilik Bozuklukları bölümünde açıklanmıştır. ICD-10'a göre şizotipal bozuklukta[163]:

(a) davranış ve görünümde bir başkalık, ayrıksılık (eksantriklik), acayiplik;

(b) kişiler arası ilişkilerde yüzeyellik, çekingenlik;

(c) duygulanımda soğukluk ve iticilik, ilgilerde kısıtlılık;

(d) gerçek sanrı derecesine varmamış, acayip, fantastik, otistik düşünceler, etkilenme, üstüne alınma düşünceleri;

(e) cinsel, saldırgan dürtülerle, sakat kalmakla ilgili düşünce saplantıları;

(f) öze *yabancılaşma (depersonalization), gerçekdışılaşma (derealization)* algıları, beden-duyusal (somato-sensoriyel) yanılsamalar;

(g) fazla dağınık, karışık olmamakla birlikte müphem, çevresel, eğretilemeli (metaforik) ve bazen kalıplaşmış (stereotipik) düşünceler;

(h) zaman zaman sanrı taslakları, yanılsamalar, varsanılar ile belirli tam oluşmamış psikoz durumlarının ortaya çıkması.

Bu bozukluk süregendir. Çok sık olmamakla birlikte bazen açık şizofreniye dönüşebilir. Şizofreni yelpazesi (spektrum) bozuklukları arasında sayılır. Yukarıda şizofrenideki kalıtım çalışmalarında da anlatıldığı gibi şizofreni hastalarının biyolojik akrabalarında görülme olasılığı yüksektir[80].

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA SIK KARŞILAŞILAN BAŞKA SORUNLAR

Şizofrenide Esrar, Nikotin ve Başka Maddelere Bağımlılık Sorunu

Esrarın ruhsal yetiler üzerindeki etkileri 19.yüzyıldan beri bilinmekle birlikte [86] şizofreni ve esrar (marihuana) ilişkisi 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ruh hekimlerinin dikkatini çekmişti. Bu konuda yurt içi ve yurt dışı ortamlarda en çok duran kişiler çağdaş Türk psikiyatrisinin kurucularından *Mazhar Osman Uzman, Fahrettin Kerim Gökay* olmuştur [4, 86, 156, 157]. Gökay uzun süre esrar alanlarda taşkınlık, durgunluk, içe kapanma, erken bunama (şizofreni), bilinç bulanıklığı ve karışıklığı gibi bozuklukların bulunduğunu belirtmişti [56]. Uzman süregen esrar alanlarda ağır duygulanım yitimi, *"zekâda azalma"*, kayıtsızlık, dengesiz davranışlar, insanlardan kaçma, *"hülya alemine dalma, şevksizlik"* gibi belirtilerin bulunduğu şizofreniye benzer bir klinik görünüm tanımlamış ve bu hastaların *"pek çoğu ölünceye kadar erken bunama teşhisi ile orada (hastanede) kalır"* diye yazmıştı [157].

Ergenlikte esrar kullanım öyküsü olanlarda şizofreni gelişme riski, genel topluma oranla iki kat artmaktadır. Özellikle, ergenliğin erken dönemlerinde esrar kullanımının, şizofreni gelişimine etkisinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ancak, esrar kullanımıyla şizofreni arasında bire bir ilişki kurmak zordur. Esrar kullanan birçok kişinin psikotik yaşantıları olmamaktadır. Bu nedenle esrar kullanımının başka risk etkenleriyle birlikte etki yaptığı düşünülmektedir. Ancak, esrar kullanımının şizofreninin ortaya çıkmasında bir risk etkeni olarak belirlenmiş olması erken yaşlarda esrar kullanımının denetlenmesi yönünde politikalar geliştirilmesi açısından önemlidir[33].

Şizofrenisi olan hastalarda aşırı derecede sigara tüketimi ve bağımlılığı olduğunu bu hastalarla ilgilenen her ruh hekimi bilir. Araştırmalar şizofreni hastalarında sigara alışkanlığı sıklığının, toplum ortalamasından 2-3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Çökkünlüğü olan hastalarda sigaraya düşkünlük %40-50 dolaylarında iken, şizofreni hastalarında %90'a çıkmaktadır[26]. Nikotinin kandaki ilaç düzeyini ve ilaçların etkisini değiştirmesi bu konuya ilgiyi yoğunlaştırmıştır. Şizofreni hastalarında sigaraya aşırı düşkünlüğün nedeni bu hastalıkta rol oynayan dopamin, serotonin ve glutamat dizgeleri üzerinde nikotinin olumlu etkisine, ilaç yan etkilerini azaltmasına (kandaki ilaç düzeyini düşürerek) bağlanmaktadır. Sigara bir bakıma hastaların kendi kendilerine ilaç vermeleri gibi bir işlev görmektedir. Ayrıca,

toplumdan uzaklaşmış olan ya da topluma girdiğinde ilişki kuramayarak ne yapacağını bilemeyen bir hasta bu davranış boşluğunu sigara ile azaltabilmektedir.

Nikotinin mezolimbik yolaklarda dopamin salınımını değiştirdiği, prefrontal kortekste glutamerjik nöronları uyardığı, böylece bazal gangliyonlarda glutamat ve dopamin etkinliğini artırdığı sanılmaktadır. Bu etkilere bağlı olarak nikotinin eksi (negatif) belirtileri azalttığı, buna karşılık artı (pozitif) belirtileri çoğalttığı ileri sürülmüştür. Araştırmalar şizofreni hastalarının beyninde nikotinerjik sistemde birincil bir bozukluk olduğunu ve bunun da duyusal kapı denetiminde (sensory gating), yani uyaranların alınması ve algılanmasında bozukluğa yol açtığını düşündürmektedir[40, 166].

Sigaranın dışında şizofreni hastalarında *alkol, esrar, eroin, kokain* gibi maddeler de sık kullanılmaktadır. A.B.D.'de bu oranın %50 dolayında olduğu bildirilmiştir. Sigara ile olduğu gibi, bu maddelerin de şizofreni hastaları tarafından ilaç niyetine kullanıldıkları (self-medication), hastaların bu yolla eksi belirtileri, zevk alamamayı (anhedonia) gidermeye çalıştıkları görüşü ağırlık kazanmıştır[85]. Şizofreni ve madde kullanımının bir arada bulunmasının alevlenmelerin sıklaşmasına, artı belirtilerin, çökkünlüğün, bilişsel yıkımın şiddetlenmesine, hastalığın gidişinin kötüleşmesine ve sağaltıma yanıtın bozulmasına yol açtığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır[28, 98]. Ayrıca, madde, özellikle esrar kullanımının hastalığın daha erken başlamasına yol açabildiği de öne sürülmektedir[19, 98].

Şizofreni hastalarının sigara, alkol, esrar gibi maddelere olan düşkünlükleri hem hastaların sağaltım için verilen ilaçlarını aksatmalarına yol açmakta, hem de ilaçların etkisini düşürebilmektedir. Ayrıca, alkol ve esrar gibi maddelerin psikozu artırma olasılığı da yüksektir. Bu nedenlerle şizofreni sağaltımında hastanın bağımlılık yapan maddeleri alıp almadığı incelenmeli, önlemler almaya çalışılmalıdır.

Aşırı Su İçme (Polidipsi)

Bazı şizofreni hastaları aşırı sıvı alırlar; kimi zaman bu miktar günde 5 litreyi geçebilir. Aşırı sıvı alınmasına bağlı elektrolit dengesizliği bulantı, baş ağrısı, halsizlik gibi belirtilere deliryuma, hatta kalpte ritim bozukluklarına ve ölüme yol açabilir. Şizofenideki yüksek ölüm oranının bir nedeni de budur [84, 149].

ÖLÇME-DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Sadece klinik çalışmalarda değil, klinikte izlenen hastanın ilaçlara verdiği yanıtın değerlendirilebilmesi amacıyla da hastalık belirtilerini nitelik ve ağırlık açısından ölçen araçlara gerek duyulmaktadır. Günümüzde, şizofreni hastalarında en sık kullanılan ölçüm araçları aşağıda tanımlanmaktadır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
(Positive and Negative Syndrome Scale / PANSS) (69).

Şizofrenide artı ve eksi belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin şiddet düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşan ölçekte, her bir madde için 7 puanlı şiddet değerlendirmesi yapılmaktadır. Tüm maddeler için tanımlar ve şiddet değerlendirmesi için ölçütler ayrıntılı olarak verilmiştir. Sonraki yıllarda *Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale/SCI-PANSS)* geliştirilmiştir [121]. Bu yapılandırılmış klinik görüşme formu Türkçe için uyarlanmıştır [15, 84].

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
(Scale for the Assessment of Positive Syptoms / SAPS) [11]

Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
(Scale for the Assessment of Negative Syptoms / SANS) [11]

Bu ölçekler şizofrenide artı ve eksi belirtileri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. SAPS 4 altölçek ve toplam 30 maddeden; SANS 5 altölçek ve 25 maddeden oluşur. Her iki ölçekte de, her bir madde için 0-5 arasında şiddet değerlendirmesi yapılmaktadır. Tüm maddeler için tanımlar ve şiddet değerlendirmesi için ölçütler ayrıntılı olarak verilmiştir. Türkçe çevirileri ve geçerlik, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır[45, 46]. Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamış olduğu için yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir [17].

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
(Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS) [122]

Onsekiz maddelik bu ölçek şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler şiddetlerine göre 7 dereceli bir ölçekte değerlendirilirler.

AYIRICI TANI

Şizofrenide tanı güçlükleri büyük oranda, belirtilerin çok değişik ve karmaşık olması, belki birçok hastalık türünün tek bir hastalık tanısı içine sokulmaya çalışılması, sınıflandırma sorunları ve ayırıcı tanı ölçütlerinin kesin ve yeterli olmayışına bağlıdır. Burada yalnızca ayırıcı tanı bakımından önemli görülen bozukluklar sıralanarak, dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanacaktır.

A. Bedensel Hastalık ya da Madde Kullanımına Bağlı Psikozlar

Bedensel hastalık ya da madde kullanımına bağlı ortaya çıkan psikotik belirtiler genellikle, bilişsel (kognitif) yetilerdeki (bilinç, zekâ, bellek, yönelim, algılama gibi) bozukluklarla birlikte olur. Oysa, şizofrenide bilinç, yönelim, bellek alanlarında çok belirgin bozukluk olmaz. Şizofrenide görülen varsanılar (halüsinasyon) ya da yanılsamalar (ilüzyon) çoğu zaman hasta tarafından gerçek olarak kabul edilir. Hastanın davranışlarını, tutumlarını etkiler. Örneğin sesler yüzünden kendini savunmaya kalkabilir. Küfürlü bir işitsel varsanıya, o da küfürle yanıt verebilir. Bu bakımdan şizofrenik varsanılar her zaman olmasa bile sıklıkla *benliğe-uyumlu*dur (ego-syntonic). Organik psikozlarda ise varsanılar hasta için bir yakınma konusudurlar, benliğe-yabancıdırlar (ego-dystonic).

Epilepsi ve toksik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan kimi beyin hastalıklarında tanı güç olabilir. Sık görülmese de, şizofreniye özgü düşünce ve davranış biçiminin uzun sürmemesi ayırıcı tanıda önemli olabilir. Öncelikle ergenlik çağında bu tür psikozların daha sık görüldüğüne ilişkin izlenimler vardır.

Toksik etkenlerle ortaya çıkan ve şizofreniden ayırt edilmesi gereken psikozların başında *amfetamin, fensiklidin, LSD, meskalin, kokain, esrar* gibi maddelerin neden oldukları durumlar gelir. *Amfetamin* tutkunluğunda ağır paranoid sanrılar ve algı bozuklukları ile belirli bir psikoz ortaya çıkabilir. Bu psikozun klinik belirtileri şizofreniye çok benzeyebilir. Ayırıcı tanı madde kullanma öyküsü ile yapılır. LSD, meskalin gibi maddelerin kullanılması ile de şizofreniye benzer durumlar ortaya çıkabilir ya da bu tür ilaçlar var olan gizli bir şizofrenik bozukluğun ortaya çıkmasını kamçılayabilirler.

*Tüberküloz ilaçları, stereoidler, antikolinerjik zehirlenme yapan ilaçlar*la da mani ve şizofreniye benzer belirtilerle kendini gösteren psikoz durumları olabilir. Bunlarda asıl bozukluk bilinç, yönelim ve algılama alanlarındadır. İlaç öyküsü ve bilişsel bozuklukların bulunuşu ile ayırt edilebilir.

B. Şizofreniye Benzer Psikozlar

Histerinin disosiyatif nevroz türünde, *yalancı-psikoz (pseudo-psychosis)* dediğimiz, klasik kitaplarda *histerik psikoz* olarak bilinen ruhsal bozukluk oldukça tartışmalıdır. Bu tür yalancı-psikoz olguları ülkemizde sık görülmektedir ve çoğu kez şizofreni ile karışabilmekte, ayırıcı tanı zor olabilmektedir. Yalancı-psikozda genellikle başlangıç ağır, akut bir ruhsal travmayla birden kısa sürede olur ve klinik görünüm çok renklidir. Dikkatli muayene ve gözlem ile hastanın belirtilerinde yapaylık, delilik oyunu oynadığı izlenimi, belirgin birincil ve ikincil kazançların bulunması, kısa sürmesi ve aileden alınan bilgide içine kapanık olmayan bir kişilik yapısı ve uyum biçimi gibi ipuçları ayırıcı tanıya yardımcı olabilir. Kimi durumlarda uzun süre izlemeden kesin tanı konamayabilir.

Şizofreniye benzediği bildirilen ve kimi *toplumlara özgü* ruhsal bozukluklar olarak tanımlanan *Amok, Latah, Wihtiko çılgınlıkları* ağır, akut psikoz durumlarıdır ve belli toplumlarda görülürler. Bakınız: Sanrılı Bozukluklar bölümü.

Yaygın gelişimsel bozukluklar olarak bilinen otizm ve Asperger sendromu gibi hastalıklar çocukluğun erken dönemlerinde başlarlar ve yetişkin yaşa dek kendilerine özgü belirtileri taşırlar. Bakınız *Bölüm XXVI: Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları*. Bu hastalarda da yetişkin yaşamda şizofrenik bozukluk görülebilir.

C. Paranoid Bozukluklar

Bunlarda düşünce içeriğinde kıskançlık, kötülük görme, büyüklük sanrıları vardır. Bu sanrılar çoğu kez oldukça düzenli, hatta inandırıcı gibidir. Şizofrenide sanrılar dağınık, tutarsız, acayiptir. Paranoid bozukluklarda şizofrenideki varsanılar ve çağrışım bozuklukları görülmez; hastanın konuşması ve düşüncesi genellikle düzenlidir. Duygulanımda donukluk, durgunluk izlenimi edinilse bile daha çok soğukluk, savunuculuk ve korku olur. Uygunsuzluk, küntlük görülmez. Süregen olgularda bile, şizofrenide sık görülen yıkım belirtileri olmaz. Ancak çok ağır olgularda, şizofreniye benzer bir toplumdan çekilme görülebilir.

D. Duygudurum Bozuklukları

Şizofreni başlangıcında çökkünlük ya da maniyi düşündürecek belirtiler baskın olabilir. Ancak ikiuçlu bozukluktaki mani ya da çökkünlük, şizofreniden birçok yönden ayrı bozukluklardır. Bunlarda temel olarak, şizofrenideki dereistik düşünce yapısı, otistik yaşam biçimi görülmez. Dağınık ve acayip sanrılar, varsanılar (halüsinasyonlar) yoktur ya da nadirdir. Görülürse, varsanılar genellikle duygudurumla uyumludur. Yani çökkünlükte hasta kendini kötüleyen, suçlayan sesler, manide kendini yücelten sesler işitebilir. Genellikle çökkünlük ya da mani nöbetleri iyileştikten sonra, nöbetler arasında kişinin sağlıklı denebilecek uyumu vardır. Çökkünlük ve mani nöbetleri yıllarca yineleyen psikotik bozukluklar olsa bile, kişilikte ağır yıkım çoğu kez olmaz. İkiuçlu duygudurum bozukluğu duygudurum dengeleyici ilaçlar ile düzelebilir ve nöbetler önlenebilir. Bakınız *Bölüm XVIII: Duygudurum Bozuklukları*.

Şizofreni hastalarında ektanı olarak çökkünlük sık görülür. Bu durumda dikkat edilecek nokta çökkünlük tanısını koymak için çökkün duygudurumun mutlaka bulunması gerekliliğidir. Şizofrenide sık görülen zevk alamama (anhedoni) temel çökkünlük belirtisi olarak kabul edilmemelidir[83].

E. Şizoafektif Bozukluk

Ruh hekimliğinin bu en tartışmalı konularından biri ile ilgili ayrıntılı bilgi yukarıda verilmiş, tanı ve ayırıcı tanı açısından tartışılmıştır.

F. Bunama

Bazı çok süregen ve yetiyitimi gösteren *şizofreni hastalarında* ağır ilgisizlik, aldırmazlık, dikkat eksikliği, toplumdan çekilme, yargılama kusuru, düşünce somutlaşması gibi *eksi (negatif) belirtiler* bunama ile karışabilir. Ancak, şizofrenide bunamadaki kadar ağır bellek yitimi olmaz. Geçmişte *artı (pozitif) psikotik belirtiler*in olması ayırıcı tanıda önemlidir.

G. Obsesif Kompülsif Bozukluk

Obsesif kompülsif belirtiler şizofreni hastalarında sık görülür, bu bakımdan ayırıcı tanı zor olabilir. Yapılan çalışmalarda şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan hastalarda %60'a kadar varan obsesif kompülsif belirti oranları bildirilmiştir. Obsesif belirtiler kimi zaman geçici olmakta, kimi hastalardaysa sürer. Şizofrenide görülen varsanılar (halüsinasyon) ya da yanılsamalar (ilüzyon) çoğu zaman hasta tarafından gerçek olarak kabul edilir. Hastanın davranışlarını, tutumlarını etkiler. Obsesif kompülsif bozuklukta ise algı bozuklukları görülmez.

Obsesif belirtileri olan şizofreni hastalarının küçük bir kısmında hastalıktan önce, obsesif kişilik özellikleri görülmektedir. Şizofreni hastalarının sağaltımında kullanılan ikinci kuşak antipsikotik ilaçlara bağlı olarak da obsesif belirtilerin görüldüğü bilinmektedir [49, 124]. Şizofrenide görülen obsesyonlar, daha tuhaf, kompülsiyonlar garip nitelik taşıyabilirler [83].

Obsesif kompülsif bozukluğu olan hastalarda, genellikle gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz ve şizofrenide görülen ağır dereistik düşünce görülmez. Çok ağır hastaların dışında bireyin toplum içindeki uyumunda belirgin yıkım yoktur. Hasta kendi yakınmalarını ve belirtilerini tanımlamazsa, çoğu kez bir rahatsızlığın varlığını bile ayırt etmek güçtür. Belirtilere yönelik içgörü şizofreni hastalarında sınırlıdır[83].

GİDİŞ VE SONLANIŞ

Çoğu zaman hastalığın başlangıç döneminde (prodromal phase) henüz açık psikotik belirtiler ortaya çıkmadan hastanın işlev düzeyinde bir gerileme olur. Bu dönemde bunaltı, uyku bozukluğu, çabuk sinirlenme, dikkatini odaklamada güçlük, halsizlik, kendinden beklenen işleri yapamama, kendine bakımın azalması gibi şizofreniye özgü olmayan belirtiler görülebilir. Bu durum bazen bir kaç hafta ya da ay sürerken, çoğu zaman ise 2-5 yıl devam eder, ardından artı belirtilerin baskın olduğu bir psikotik tablo ortaya çıkar [8].

İlk psikotik belirtiler kimi zaman aniden, kimi zaman ise sinsi sinsi ortaya çıkar. Hastalık ilk psikozun ortaya çıkmasından sonraki 5-10 yıl içinde çoğu hastada zaman zaman açık, artı psikotik belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve arada yatışmalarla gider. Yatışma dönemlerinde eksi belirtiler genellikle şiddetlenerek sürer. Bu 5-10 yıllık kritik dönemin sonunda, çoğu hastada, alevlenmeler olmaz ve işlev düzeyi fazla değişmez.

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren süregen bir bozukluktur. Hastalığın uzun erimli gidiş ve sonlanışını değerlendirilebilmek için genellikle şu ölçütler kullanılır: hastalığın belirtileri, iş uyumu, toplumsal uyumu, yaşam niteliği, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, genel sağlık durumu, özkıyım eğilimi.

Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken alevli hastalık nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetler kendiliğinden ya da sağaltımla yatışır. Bundan sonra gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok eksi belirtilerin baskın olduğu kalıntı (rezidüel) *şizofreni* türüne dönüşebilir. Kimilerinde delikanlılık ya da gençlik çağında oldukça kısa sürede çok renkli artı (pozitif) belirtilerle ağır psikotik nöbet ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra, görece uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek eksi belirtilerin baskın olduğu, süregen, *kalıntı şizofreniye* dönüşebilir. Kimilerinde artı belirtiler yıllarca sürebilir. Kimilerinde de iyileşmeler, depreşmeler ile hastalık yıllarca sürebilir. Kimi hastalar ise az çok, hatta tamama yakın iyileşebilirler.

Hastaneye yatarak sağaltım görmüş hastaların, sürekli ilaç kullanmış olsalar bile, yaklaşık %35-40'ı ilk yıl içinde ikinci bir psikoz dönemi geçirirler. Depreşme (nüks) sayısı arttıkça süregenleşme olasılığı artar [51, 64, 160]. Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. En az bir yıl izlemedikçe gidiş ve sonlanış hakkında kesin bir şey söylemek aldatıcı olur.

Yıllarca ağır şizofrenik bozukluk gösterenler arasında normale yakın sosyal ve iş uyumu yapabilecek denli iyileşenler az değildir. İzleme çalışmaları şizofreni hastalarının en az % 30-40'ının orta ve iyi derecede düzeldiklerini, aile, iş ve sosyal uyum yapabildiklerini göstermektedir[32, 36, 51, 54, 62, 64, 95, 106, 109, 126].

Kesin olmamakla birlikte gidiş ve sonlanış göstergeleri şöyle sıralanabilir:

Olumlu Gidiş Göstergeleri [8]

- Kadın olma,
- Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması,
- Ailede duygudurum bozukluğunun olması,
- Hastalığın geç başlaması,
- Hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamında göreceli olarak iyi uyum,
- Evli olma,
- Yüksek zekâ düzeyi,
- Başlangıcın birden, renkli artı belirtilerle gelişmesi,
- Sanrı ve varsanıların baskın olması,
- Alevli hastalık dönemlerinin az sayıda ve kısa süreli olması,
- Hastalığın ortaya çıkmasında ağır çevresel zorlanma etkenlerinin olması,
- Katatonik ve paranoid türler,
- Kırsal kesimde yaşama,
- Sağaltıma erken dönemde başlanması ve düzenli sürdürülmesi
- Ailelerin sağaltım ekibi ile yakın işbirliği kurabilmesi

Olumsuz Gidiş Göstergeleri [8]

- Hastalığın erken yaşta başlaması,
- Hastalık öncesi kişiliğin şizoid ya da şizotipal oluşu,
- Belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkması,
- Hastaneye yatma sayısının çok, yatma sürelerinin uzun, iyileşme durumlarının kısa olması,
- Baskın eksi belirtiler ile düşünce ve davranışlarda dağınıklıklık belirtilerinin olması,
- Başka tür hastalıkların ektanı olarak bulunması,
- Ailede şizofreniye kalıtımsal yüklülüğün yüksek olması,.
- Aile ortamının bozuk olması, aile ve toplum içinde denge bozukluğu belirtilerinin ve *duygu dışavurumunun (expressed emotions)* yüksek olması,
- Hastanın kendisinden, ailenin ve çevrenin hastadan beklentileri yüksek ve aşırı baskılı olması.

Ailedeki duygu dışavurumunun (expressed emotion) yüksek olması ile şizofreni hastalığının gidişinin kötüleştiği [109] ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık gidişinin daha olumlu bulunduğu [162] bilinmektedir. Bu iki bulgunun ortak bir açıklaması yapılabileceği kanısındayız. Toplumda, ailede ve hastanın kendisinde beklenti düzeyi yüksek olduğu oranda hastalığın gidişi ve sonlanışı kötüleşmektedir. Yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerde; gelişmiş toplum kesimlerindeki aile ve hastalarda beklenti düzeylerinin yüksek olduğu kabul edilebilir. Örneğin üst sosyo-kültürel ailelerde yetişmiş, yüksek eğitim görmüş olan hastalarda, toplumun ve ailenin hastadan ve hastanın kendisinden uyum ve başarı beklentisi yüksek olmaktadır. Buna karşılık hastalık doğal gidişiyle derin uyum bozukluğuna yol açacak niteliktedir. Beklenti düzeyi düşürülmedikçe hasta ve ailesi büyük stres altında kalmaya devam edecektir. Bu da hastalığın gidişini ve sonlanışını olumsuz etkileyebilecektir. Bu konu ileride *Şizofreni Sağaltımında Psikososyal Yaklaşımlar* başlığı altında daha ayrıntılı olarak yeniden ele alınacaktır.

Şizofrenide Ölüm ve Özkıyım

Şizofreni hastalarında ölüm oranı toplum ortalamalarından 2-4 kat yüksektir. En önemli ölüm nedeni özkıyımdır. Batı ülkelerinde şizofreni hastalarının %10'unun özkıyım sonucu öldüğü bilinmektedir. Bu oranlar toplum ortalamasının yirmi kat üzerindedir[26, 30, 83]. Şizofreni hastalarında kazalara, enfeksiyonlara, kalp-damar ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler de genel toplumdan daha yüksek oranlarda görülmektedir [8].

Şizofreni hastalarının %20-50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde şizofreni hastalarındaki özkıyım oranı az gelişmiş ülkelerden daha yüksektir [8]. Şizofrenide özkıyım hastalığın akut dönemlerinde, hiç beklenmedik anda, birden olabilir; özkıyım eyleminin acayip, anlaşılması güç yöntem ve biçimlerde yapıldığı sık görülür. Bazen, çaresizli-

ğinin farkına varan, ağır eksi (negatif) belirtileri ve yetiyitimi olan süregen hastalar planlayarak kendilerini öldürebilirler. Akut alevlenmelerde ağır kötülük görme sanrıları, sanrısal varsanılar (*kendini öldür*; *kendini öldürmezsen, biz öldüreceğiz* gibi komut veren sesler) ile paranoid şizofrenisi olan kimi hastalar yoğun bir panik içinde ölüme kaçarcasına, kendilerine kıyabilirler. Şizofreni hastalarını özkıyıma yönlendiren diğer önemli etkenler arasında madde kullanımı ve eşlik eden çökkünlük döneminin olması sayılabilir [83].

Şizofreni hastalığı olan erkeklerde özkıyım nedeniyle ölme riski kadınlardan daha yüksek bulunmuştur [91]. Şizofrenide özkıyım riskini artıran başka etkenler genç yaş (hastalığın başlangıç döneminde olma); hastalığın şiddetli olması; bekar olma; işsiz, yalnız ve çaresizlik içinde olmak ve önemli bir yitimin bulunmasıdır[8, 83].

OLUŞ NEDENLERİ

Yüzyılı aşan süreden beri çok sayıda araştırmaya konu olan şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler eskiden beri "organik" ve "psikososyal" olmak üzere iki ana kümede toplanarak tartışılagelmekle birlikte *20-30 yıldan beri şizofreni, giderek artan bir yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir*. Kalıtsal yatkınlığın önemli rolü olmakla birlikte, bu yatkınlığın hastalıkla sonuçlanması diğer etkenlerin de varlığıyla olmaktadır. Bu etkenlerin çoğu çevresel olmakla birlikte, mutasyonlara yol açabilmeleri, gen açılımı üzerine etkileri dolayısıyla biyolojik nitelik taşırlar[47]. Hastalığın asıl nedeninin henüz kanıtlanamamış bir beyin bozukluğu olduğu görüşü kesinlik kazansa bile, bu rahatsızlığın ortaya çıkışında ve zaman zaman görülen alevlenmelerde çevresel-ruhsal etkenlerin varlığı küçümsenmemektedir.

Artık iyi bilinmektedir ki, şizofreni tek tip bir hastalık değildir. Farklı gidiş özellikleri gösteren türleri bulunmaktadır: *Akut, süregen; iyi, kötü gidişli; artı (pozitif), eksi (negatif) belitilerin baskın olduğu gibi.* Ayrıca birçok klinik türü vardır. Böyle bir hastalıkta çok değişik oluş nedenlerinin bulunması doğaldır.

Önemli bir sorun da oluş nedeni olarak bildirilen etkenlerin gerçekten neden mi, yoksa hastalığın gidişi sırasında ortaya çıkan durumlar mı olduğu sorusu ile ilgilidir. Bugüne dek bildirilen birçok biyokimyasal bulgunun etiyolojik neden olmaktan çok sonuç olabileceği görülmüştür. *Kraepelin*, şizofreninin kalıtımın önemli rol oynadığı toksik, metabolik dejeneratif bir hastalık olduğunu düşünmekteydi. *Bleuler* ise beyinde süregen anatomik ya da kimyasal bir bozukluğun hastalığın birincil belirtilerine neden olduğunu ileri sürmüş, ikincil belirtilerin -bunların çoğu şimdiki anlamda artı (pozitif) belirtilerdir- ise böyle bir hastalık üzerinde ruhsal etkenlerle gelişen onarım ya da düzeltme (restitution) düzenekleri olduğu görüşünü savunmuştu.

Kraepelin'den, Bleuler'den beri çok zaman geçti, çok sayıda araştırma yapıldı. Son yıllardaki ileri teknolojik aygıtların da kullanılması ile bu araş-

tırmalar birçok yeni varsayımın ortaya atılmasına neden oldu. Değişik belirtileri ve türleri olan şizofrenide tek bir oluş nedeni üzerinde araştırmalar artık bırakılmaktadır. Çalışmalar daha çok şizofrenideki kesin birincil belirti kümelerini ayırarak, bunlarda olabilecek temel bozukluğu saptamaya yoğunlaşmaktadır. Bunların hepsi genel bir kitapta tartışılamaz. Burada yalnızca son yıllardaki kimi araştırmaların bulguları üzerinde genel bir izlenim bırakabilmek amacı ile örnekler verilecektir.

1. Kalıtım

Çağdaş kalıtım araştırmaları değişik soruları yanıtlayan farklı alanlarda toplanmaktadır:

- Şizofreni ailesel geçiş gösteriyor mu?
  - Aile araştırmaları
- Ailesel geçiş gösteriyorsa, bu genetik etkenlerden mi; yoksa çevresel etkenlerden mi kaynaklanıyor?
  - İkiz araştırmaları
  - Evlat edinme (adoption) araştırmaları
- Genlerin yerleşimi nasıldır?
  - Bağlantı çalışmaları
  - İlişkilendirme çalışmaları

Aile Araştırmaları

Herhangi bir hastalık birinci derecede akrabalarda, ikinci derece akrabalardan ve toplumdakinden daha sık görülüyorsa ailesel bir bozukluk düşünülür. Fakat bu, hastalığın kalıtımsal olduğunu göstermez. Aile ağacının incelenmesi ile bu hastalığın geçiş biçimi hakkında bir fikir edinilebilir. Genel nüfusta şizofreni sıklığı (bir yılda görülen yeni hasta oranı-incidence) % 0.85 olarak kabul edilmektedir.

Akrabalık ne kadar yakınsa ve hasta akraba sayısı ne kadar fazla ise şizofreni riski o kadar artmaktadır. Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şizofreni riskini araştıran kontrollü çalışmalarda 1.4 ile 16.2 arasında değişen risk oranları bulunmuştur. Bu farklılık kullanılan tanı ölçütlerinden kaynaklanabileceği gibi, bazı araştırmalardaki düşük örneklem sayısından da kaynaklanmış olabilir[133]. Araştırmalara göre anababadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski % 12.5 - 13.8 arasındadır. Hem ana, hem baba hasta ise bu risk % 35-46 arasındadır. Anne-baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski % 6.7-8.2'dir. Yakın akrabalar arasındaki hastalanma riski normal nüfustaki riskten 7-10 kat daha yüksektir. Bir hastanın birinci derecede akrabalarında ortalama şizofreni riski % 8-10'dur. Akrabalık uzaklaştıkça bu oran düşmektedir[78, 80, 90, 111]. Bu veriler şizofrenide ailesel bir birikimin bulunduğunu desteklemektedir.

Şizofrenideki Ailesel Kümelenme Genetik Etkenlere mi Yoksa Çevresel Etkenlere mi Bağlıdır?

Akrabalar arasındaki benzerlik ortak genlere bağlı olabileceği gibi ortak bir çevrede yaşamaya da bağlanabilir. Örneğin, artık yaygın kabul görmese bile, bir zamanlar, aile içindeki iletişim, ilişki, rol dağılımı gibi alanlardaki bozuklukların şizofreni patogenezinde yer alabildiği gibi görüşler ileri sürülmüştü[20, 93, 110]. Yetişme ortamının etkisini araştırmak için ikiz ve evlat edinme çalışmaları gibi farklı araştırma desenlerine gerek duyulmuştur[133].

İkiz Araştırmaları

İkiz çalışmaları tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinin aynı ortak çevrede yaşadıkları kabulüne dayanır. Tek yumurta ikizleri genetik olarak neredeyse aynı iken çift yumurta ikizlerinde genlerin yarısı ortaktır. Bu nedenle ikiz çalışmaları genetik etkilerle, çevresel etkileri birbirinden ayırmak için başvurulan bir yöntemdir.

Çağdaş ikiz çalışmaları eskiye oranla daha güvenilir yöntemlerle yürütülmektedir. Şimdiye kadar şizofrenide yapılmış 13 ikiz çalışması bulunmaktadır. Bunların çoğu, çok düzenli doğum ve ikiz kayıtları bulunan İskandinav ülkelerinden çıkmaktadır. Bu çalışmaların tümünde tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerinden daha yüksek eşhastalanma (concordance) oranları bulunmaktadır. Eşhastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %31-78, aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerinde ise %12-28 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmaların hesapladıkları kalıtılabilirlik (heritability) oranları ise %41 ile %90 arasında değişmektedir. Farklı çalışmalarda saptanan oranlar arasındaki yüksek oran farklarının çalışmaların yöntemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha geniş bir şizofreni tanımı kullanan çalışmalarda daha yüksek eşhastalanma bulunurken, son yıllarda daha dar tanımlara yönelik tanı ölçütleri kullanılarak yapılan çalışmalarda oranlar daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmalarda çevrenin etkisini değerlendirmek için hastaların çift yumurta ikizleriyle, diğer kardeşlerinin hastalanma riskleri karşılaştırılabilir. Çift yumurta ikizlerinin hasta ile genetik ortaklığı, ikiz olmayan kardeşten fazla değildir. Çift yumurta ikizi ile ikiz olmayan kardeşin arasında eş hastalanma açısından fark bulunması ortak çevre etkisini destekleyebilir. Bu bağlamda, bazı ikiz çalışmalarında çift yumurta ikizlerinde riskin diğer kardeşlerden daha fazla olduğu bulunmuş ise de, bu bulgu tutarlı değildir ve daha yeni çalışmalarda anlamlı bir fark gösterilememiştir[133]. Bu verilerden anlaşıldığı gibi hangi yöntemle olursa olsun değişik ülkelerde yapılan araştırmalarda tek yumurta ikizlerinde eşhastalanma oranı çift yumurta ikizlerinden çok yüksektir. Bu da şizofrenide kalıtımın etkisini desteklemektedir.

Aile ve ikiz araştırmaları şizofrenik bozuklukta kalıtımsal etkenin varlığını gösteriyorlarsa da, araştırmaya konu olan ikizlerde çevresel etkenlerin

de rol oynayabileceği görüşünü zayıflatmıyorlar. Bu nedenle kalıtım araştırmaları evlat edinme çalışmaları üzerinde yoğunlaşmıştır.

Evlat Edinme Çalışmaları

Evlat edinme çalışmaları şizofreninin kalıtımında genetik ve çevresel etkenlerin rolünü ayırt etmek için önemlidir. Çünkü bu çalışmalarda hem genetik olarak yakın olup, farklı ortamlarda büyüyen kişiler, hem de genetik olarak ilişkisiz olup aynı ortamda büyüyen kişiler karşılaştırılabilir.

Şimdiye kadar yapılan beş önemli evlat edinme çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bir kısmı şizofrenisi olan anababaların evlat edinilen çocukları ile eşleştirilmiş kontrol grubundaki anababaların evlat edinilmiş çocuklarını karşılaştırmıştır. Günümüze dek yapılan en büyük evlat edinme araştırmasında Tienari ve arkadaşları[150, 151, 152] Finlandiya'da şizofrenisi olan annelerin evlat edinilmiş çocukları ve eşleştirilmiş kontrol grubu üzerinde çalışmışlardır. Bu araştırmada her iki grubun bireyleri, öz anneleri, evlat edinen anababaları; bunların aile yapıları ve ailelerin ruhsal durumları farklı yöntemlerle değerlendirilmiştir. Öz anababası şizofreni hastası olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilmiş kişilerde şizofreni yelpazesi bozukluklarının (şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu ile şizofrenik ve afektif olmayan psikozlar) görülme riski, öz anababası şizofrenik olmayan ve evlat edinilerek farklı bir ailede yetiştirilen kişilere göre daha yüksek bulunmuştur[152]. Bu araştırmanın sonuçları, ayrıca, hem kalıtımın, hem aile ortamının şizofreni riskinde büyük rol oynadığını göstermektedir.

Bir başka yaklaşım ise araştırmaya anne babaların değil de evlat edinilen çocukların tanılarıyla başlamaktır. Böylece hem şizofenik olan ve olmayan evlat edinilen çocukları, evlat edinen ailedeki akrabaları ile karşılaştırarak aynı ortamı paylaşmanın hastalığın ortaya çıkmasındaki rolü incelenebilir; hem de evlat edinilmiş şizofrenik çocukların biyolojik anne babaları ile evlat edinilmiş şizofrenik olmayan çocukların anne babaları karşılaştırılarak genetik etkenlerin rolü araştırılabilir. Bu yaklaşım Kety ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. İlk çalışma olan Kopenhag çalışması şizofreni tanısı konmuş olan 34 evlat edinilmiş çocuk ile yapılmıştır. Bu çocuklar ve kontrol grubu olarak alınan sağlıklı çocuklar çok küçük yaştan beri öz anne babalarından farklı bir ortamda büyümüş çocuklardır. Bu çocukların biyolojik akrabaları ile evlat edinen aileler karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının biyolojik akrabalarında şizofreni yelpazesindeki bozuklukların daha yüksek oranda görüldükleri saptanmıştır[133].

Araştırmalardan Çıkan Sonuçlar Şöyle Özetlenebilir

- Öz anababası şizofreni hastası olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilmiş kişilerde şizofreni yelpazesi bozukluklarının (şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu ile şizofrenik ve afektif olma-

yan psikozlar) görülme olasılığı öz anababası şizofrenik olmayan evlat edinilerek farklı bir ailede yetiştirilen kişilere göre daha yüksektir.

- Çocukluklarında evlat edinilmiş olan şizofreni hastalarının öz anababalarında ve birinci derece akrabalarında şizofreni oranı daha yüksektir.
- Öz anababasında şizofreni hastalığı yoksa, ancak kendisini evlat edinmiş olan anababada şizofreni hastalığı varsa, bu kişilerde şizofreni riski, şizofrenisi olmayan ailede yetişenlere göre daha yüksek değildir. Şizofreniye kalıtsal yatkınlık bulunmadığı takdirde çocuğu yetiştiren ailenin şizofreni açısından riski yükseltmediği anlaşılmaktadır.
- Aile ortamı çok bozuk değilse şizofreniye yatkınlık olsa bile risk göreceli olarak düşüktür. Fakat hem yatkınlığın, hem aile ortamında ağır bozukluğun bir arada bulunuşu hastalık riskini yükseltmektedir.
- Erken başlangıçlı şizofreni hastalarında kalıtımın önemi artmaktadır [148].

Sonuç olarak evlat edinme ve ikiz çalışmaları şizofreninin ailesel yığılımında genetik kalıtımın önemli rol oynadığına ilişkin güçlü ve tutarlı kanıtlar sağlamaktadır.

Şizofreni genetiği çalışmalarındaki önemli bir soru da kalıtsal olarak aktarılan özelliğin ne olduğuna ilişkindir. Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında tüm psikiyatrik hastalıklara yatkınlık artmamaktadır. Aile çalışmalarının çoğu şizofeni hastalarının ailelerinde anksiyete bozuklukları veya madde kullanımı bozukluklarının artmadığını göstermektedir. Duygudurum bozukluklarıyla ilgili olarak çalışmalarda şizofeni hastalarının ailelerinde genel olarak çökkünlüğün veya ikiuçlu bozukluğun değil, yalnızca psikotik duygudurum bozukluğunun sıklığının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır[133]. Kendler ve arkadaşlarının İrlanda'da yaptıkları aile çalışmasına göre şizofrenlerin akrabalarında duygudurum bozukluğu riski artmamıştır. Ancak, bu kişilerde duygudurum bozukluğu görülürse, psikotik özellikler taşıma olasılığı kontrollerin akrabalarından iki kat yüksektir[73].

Şizofreni kavramının iki mimarı Kraepelin ve Bleuler şizofreni hastalarının bazı yakın akrabalarının hiçbir zaman psikotik olmasalar da tuhaf veya ekzantrik kişilikleri olduğunu ve bunun şizofreniyi anımsattığını belirtmişlerdir. Yapılan aile ve ikiz çalışmalarının çoğu da şizofreni hastalarının ailelerinde şizofreni ile ilişkili kişilik bozukluklarında artış bildirmektedir [74, 133].

Sonuç olarak günümüze kadar yapılan çalışmalardan sağlanan veriler bazı şizofrenik özelliklerin ya da psikozun kalıtıldığını destekler niteliktedir.

Şizofreniye Yatkınlık Yaratan Genleri Belirlemek için Yapılan Moleküler Genetik Araştırmalar: Bağlantı ve İlişkilendirme Çalışmaları

Görüldüğü gibi bir risk etkeni olarak kalıtımın yeri kesinleşmiştir. Fakat genetik geçişin türü ve biçimi henüz aydınlatılmamıştır. Araştırmalar

tek genli modeli dışlamakta, *çok genli-çok etkenli* kalıtımsal geçiş modelini desteklemektedir [112]. Çok etkenli ve çok genli hastalıkların tek örneği şizofreni değildir. Hipertansiyon, diabetes mellitus gibi sık görülen başka bazı hastalıklarda da benzer düzenekler söz konusudur. İster tek gen, isterse karmaşık etiyolojili olsun bir hastalıktan sorumlu genin saptanmasına yönelik yaklaşımlardan en yaygın olarak kullanılanları, genetik göstergelerin (DNA marker) hastalıkla ilişkisini araştıran *bağlantı* (linkage) ve *ilişkilendirme* (association) çalışmalarıdır. Her ikisi de matematiksel kavramlardır, farklı olasılıkları verirler. Bağlantı analizi ile aynı kromozom üzerinde birbirine yakın iki yerleşimin anababadan çocuğa bir arada geçiş olasılığı hesaplanmaktadır. Bu iki yerleşim birbirlerine ne kadar yakın ise, bir arada kalıtılmaları olasılığı o kadar yüksektir. *Bağlantı çalışmaları* geniş aileler ya da hasta kardeş çiftleri üzerinde yapılır. Bu tip çalışmalar genetik aktarım özellikleri bilinen, basit Mendelyen tipi gösteren hastalıkların genetiğini anlamada daha başarılı olmaktadır [3].

İlişkilendirme çalışmaları ise ruhsal hastalıklar gibi kalıtım kalıbı tam olarak belirlenemeyen hastalıklarda yeğlenir ve olgu-kontol karşılaştırmasına dayanır. Bu yöntemle belirli genetik göstergelere ilişkin alellerin hasta ve kontrol gruplarındaki görülme sıklıkları karşılaştırılır. Hasta ve kontrol grupları arasında alel dağılımında istatistiksel bir fark varsa; başka bir deyişle hastalar hep aynı aleli alırken, sağlamlar başka bir aleli alıyorsa hastalık ile bu alel arasında bir ilişki (asosiyasyon) olduğu söylenebilir. Özetlenecek olursa, bağlantı analizinde hastalığın bir kromozom bölgesine bağlı olup olmadığı sınanırken, ilişkilendirme analizinde tiplendirilen genetik göstergenin bir tek alel ile sıkı bir ilişki içinde olup olmadığı araştırılır [3].

Şizofrenide Bağlantı (Linkage) ve İlişkilendirme (Association) Çalışmaları

Şizofrenide bağlantı çalışmaları oldukça tutarsız sonuçlar vermiş; birbirinden farklı bölgelerle bağlantı bulunmuştur. Birçok çalışmada ise bağlantı bulunamamıştır. Bu durum, şizofrenide çoğu zaman düşük etkili genlerin ortak etkisinin hastalığa yol açtığı; bağlantı gösterilen çalışmalardaki ailelerde ise hastalığın aktarılmasından sorumlu olan daha nadir ve yüksek etkili genler olabildiği görüşü ile açıklanmaktadır.

Geniş örneklemlerin kullanıldığı ilişkilendirme çalışmalarında, incelenen aday genlerden hakkında en güçlü veri toplanmış olanlar *nörogülin-1 (NRG1)* ve *disbindindir*. Ayrıca, DAOA/G72 (D-amino acid oxidase activator), DISC1 (disrupted in schizophrenia), RGS4 (Regulator of G-protein signaling 4), AKT1 (V-AKT murine thymoma viral oncogen homolog 1) genleri arasında ilişki bulunduğunu gösteren veriler de bulunmaktadır. Bu genlerden bir kısmının (NRG1, DISC1) yanlızca şizofreniyle değil ikiuçlu bozuklukla da bağlantılı olabileceği düşünülmektedir[120].

Kromozom anomalilerine dayanan veriler ise şizofrenide iki yatkınlık bölgesini göstermektedir. Bunlardan biri velokardiofasial sendroma (VKFS) yol açan 22q11 yerleşimindeki silinmedir (deletion). Genel toplumda şizofrenisi olanların çoğunda bu silinme görülmemekle birlikte, VKFS'u olan kişilerin %24'ünde şizofreni saptanmaktadır. İkinci kromozomal yerleşim ise geniş bir İskoç ailesinde saptanan 1. ve 11. kromozomlardaki yer değiştirmedir (translokasyon) [120].

Şizofrenide kalıtımın ağırlıklı yeri gösterilmiş olmakla birlikte, kalıtımdışı etkenlerin de önemli olabileceği anlaşılmaktadır. Nitekim, şizofreni hastalarının çoğunun anababasında şizofreni yoktur. Tek yumurta ikizlerinde bile % 20-70 eş-hastalanmama (discordance) oranı vardır.

Yüksek Risk Grubu Çalışmaları

Son yıllarda önemli bir araştırma alanı yüksek risk gruplarıyla, başka bir deyişle, bir ya da daha çok yakınında şizofrenik bozukluk olan kişilerde yapılan çalışmalardır. Yüksek risk gruplarıyla yapılan çalışmalarda şizofrenisi olan anababaların çocuklarının %25-60'ında farklı gelişim dönemlerinde bazı anormallikler görülmektedir: *bebeklikte genel gelişim geriliği (pandysmaturation); erken çocukluk döneminde kaba ve ince motor hareketlerde bozukluk; erken ve orta çocukluk döneminde dikkat ve bilgi işleme süreçlerinde eksiklik; çocukluk ve ergenlikte bilişsel ve nöropsikolojik eksiklikler ve ergenlik döneminde davranış ve sosyal uyum zorlukları* gibi. Son yıllarda sonuçlanan doğum-izlem (birth cohort) çalışmalarında erken dönemde ortaya çıkan nöromotor, dil ve bilişsel gelişim eksikliklerinin şizofreni için daha özgül oldukları; sosyal ve duygusal sorunların ise erişkin dönemdeki bütün ruhsal hastalıklar için bir gösterge niteliği taşıdığı öne sürülmüştür [34].

Bu çalışmaların bulguları şu şekilde özetlenebilir [79]:

- *Klinik alanda*: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi birinci eksen bozuklukları ve şizotipal kişilik bozukluğu sık görülmektedir;
- *Nörobiliş alanında*: Dikkat, uzamsal (spatial) işlem belleğinde, yürütücü işlevlerde bozukluk, silik nörolojik bulgular bulunmaktadır;
- *Beyin yapısı*: Amigdala, hipokampus ve üst temporal girusta oylum azalması, şizotipal özellikleri olan yüksek riskteki bireylerde prefrontal gri madde azalması saptanmaktadır;
- *Beyin işlevi*: İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile yürütücü işlevleri değerlendirmeye yönelik testler sırasında prefrontal etkinlikte azalma ortaya çıkmaktadır;
- *Beyin kimyası*: N-asetil aspartat/kolin oranında ve fosfomonoester düzeyinde azalma; fosfodiester artışı görülmektedir;

- *Elektrofizyoloji:* Yavaş dalga uykusunda azalma; işlem belleğindeki bozukluğu gösteren okulomotor gecikmiş yanıt performansında anormallikler bildirilmektedir.

2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Uzun yıllar şizofreni hastalarının beyninde yapısal bozukluk aranmış, bir sonuç alınamamıştı ve bu alandaki araştırmalara istek azalmıştı. Son yılların ileri teknolojisiyle tıpta kullanılmaya başlanan görüntüleme ve nükleer tıp yöntemleri (beyin tomografisi (BT), pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton emisyon tomografisi (SPECT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), manyetik rezonans spektroskopi (MRS), yanı sıra beyaz madde bütünlüğünü gösteren difüzyon tensor görüntüleme (DT), elektrofizyolojik (P-50, P-300) ve nöropsikolojik testler gibi inceleme araçları ve başka tekniklerle beyinde yapısal ve işlevsel görüntüleme araştırmalarına yeniden ağırlık verilmeye başlanmıştır.

Şizofreninin oluş nedenleri üzerinde son 20 yıldaki beyin araştırmaları dönemlerini bu konuda tanınmış bir araştırıcı olan *N.C. Andreasen* [13] şöyle özetliyor:

"Son 20 yılda şizofrenideki nöral düzeneklerin incelenmesi üç ana evreden hızla geçmiştir. Birinci dönem, şizofreninin bir beyin hastalığı olduğunun gösterilmesine yönelikti. Bu dönemde beyin tomografisi ile beyinde yaygın fakat özgül olmayan anormalliklerin (sulkuslarda ve karıncıklarda genişleme) bulunduğunu gösteren veriler toplanmıştı. Ikinci evrede MR ile yapılan incelemelere dayanarak daha çok özgül belirtilerin beyindeki özgül bölgelerdeki bozukluklarla ilgisi olabileceği üzerine yapılan araştırmalar ağırlık kazandı. Eksi (negatif) belirtiler ile prefrontal korteks, işitme varsanıları ile temporal loblar, düşünce bozukluğu ile planum temporale arasında bağlar olabileceğine ilişkin veriler toplandı.

Üçüncü evre ise son yılların çalışmalarını içermektedir. Bu çalışmalarda daha çok bilişsel süreçler, dağıtımlı koşut işlem süreçleri (distributed parallel processing) ve nöron devreleri (neural circuitry) üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bu evrede şizofreni daha çok temel bilişsel süreçler ve yaygın devrelerdeki bozukluk olarak incelenmektedir. Bu evre bilgi-işleme, dikkat, istençli eylem ve işlem belleği (working memory) üzerinde yoğunlaşmaktadır".

Görüntüleme Yöntemleri

Yapısal Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beyin tomografisi (BT) ve manyetik rezonans görüntülemesi (MR) ile beynin ve değişik bölgelerinin oylumu, beyin dışındaki ve karıncıklardaki BOS (beyin-omurilik sıvısı), beynin gri ve beyaz bölgeleri niceliksel olarak ölçülebilmektedir. Beyin görüntüleme çalışmalarının bulgularını yorumlarken, bulunan bağlantıların nedensel bir ilişkiyi göstermediği, eşlik eden bulgular olabilecekleri unutulmamalıdır.

Bilgisayarlı beyin tomografisi ile yapılan ilk çalışmalarda şizofreni hastalarında tutarlı olarak sağlıklı kontrollara oranla yan karıncıklarda (lateral ventriküller) genişleme olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu özellikle, hastalık öncesi uyumu bozuk olan, antipsikotiklere iyi yanıt vermeyen, artı (pozitif) belirtileri az, eksi (negatif) belirtileri çok olan, nöropsikolojik test anormallikleri gösteren ve kötü gidiş özellikleri olan şizofrenilerde daha belirgin olarak bulunmuştur [10, 141]. Manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile yapılan yapısal görüntüleme çalışmaları şizofreni hastalarında prefrontal ve orta temporal korteks bölgelerinde küçülme olduğunu göstermektedir. Bu bulgu şizofreni hastalarının ilk psikoz dönemlerinde de saptanabilmektedir [2].

190'ı aşkın MR çalışmasınının gözden geçirilmesi sonucu sağlıklı kontroller ile karşılaştırılan şizofreni hastalarında aşağıdaki sonuçlar bildirilmiştir [142]:

1. Yan karıncıklarda genişleme
2. Üçüncü karıncıkta genişleme
3. Amigdala, hipokampus, parahipokampal girus dahil orta temporal lob oylumunda azalma
4. Üst temporal girus oylumunda azalma

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında kalıtımın rolü tartışmasız olmakla birlikte, beyindeki yapısal anormalliklerin kalıtsal olduğu tartışmalıdır. Birçok çalışma şizofreni hastalarının ikiz eşlerinde de benzer yapısal görüntüleme bulguları olduğunu göstermekle birlikte, bir çalışmada şizofreni hastalarının yan karıncık genişliğinin hasta olmayan ikiz eşlerinden ve kontrol ikizlerden daha geniş olduğunu ve şizofrenik hastaların ikiz eşlerinin yan karıncıklarının da kontrol grubundan daha geniş olduğunu göstermiştir [32, 133]. Eş hastalanma görülmeyen (discordant) bazı tek-yumurta ikizlerinden şizofreni hastası olan ikiz eşinde görülen beyindeki bu yapısal anormalliklerin sağlıklı ikiz eşinde görülmemesi çevresel etkenlerin önemini göstermektedir [2].

Ayrıca, yapısal beyin görüntüleme incelemelerinde bazı şizofreni belirtileri ile beynin bazı bölgelerindeki oylum değişiklikleri arasında ilişki bildirilmiştir. Örneğin, düşünce biçim bozukluğunun şiddeti ve işitme varsanılarına yatkınlık ile sol temporal girus oylumundaki küçülme bağlantılı bulunmuştur [82].

İşlevsel Beyin Görüntüleme Çalışmaları

İşlevsel görüntüleme yöntemlerini kullanan araştırmalar da yapısal çalışmaların bulgularını desteklemektedir. İşlevsel MR (fMRI) çalışmaları da şizofreni hastalarındaki prefrontal korteks ve orta temporal kortekste işlev azalmasını göstermiştir. PET ve SPECT gibi başka işlevsel görüntüleme yöntemlerini kullanan çalışmalarda da beynin frontal, temporal bölgelerinde, singulat, talamus ve beyincikte beyinin kan akımında, metabolizmasında ve nörokimyasal düzeneklerinde değişiklikler saptanmıştır. Bazı klinik özellikler ve belirtilerin beyin kan akımı ile yordanabildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır [2].

Bu noktada işlevsel beyin görüntüleme incelemeleriyle ilgili bazı genel bilgiler vermeyi yararlı görüyoruz. İşlevsel beyin görüntüleme yöntemlerin-

de dinlenme sırasındaki ve bilişsel, duyusal, duygusal ya da motor görevleri yerine getirirken ortaya çıkan beyin etkinliğindeki farklar önemlidir. Denekten bir görev yapması istenmeden, dinlenme sırasında iken yapılan işlevsel görüntülemeler sırasında, deneğin mutlak bir dinlenme halinde olduğu düşünülemez. Bedensel uyaranlara, içinde bulunduğu duygu ve düşüncelere göre beynin farklı bölgelerinde etkinlik artışı olabilir. Bu nedenle dinlenme sırasında yapılan işlevsel görüntüleme incelemeleri çelişkili sonuçlar vermektedir. Bu sorunu kontrol edebilmek için, görüntüleme sırasında verilen görevle oluşan beyin etkinliği ile dinlenme durumundaki beynin aynı bölgesinin etkinliği arasındaki fark değerlendirmeye alınır. Başka bir deyişle, şizofrenisi olan ve olmayan bireylerin belli bir görev sırasındaki beyin etkinlikleriyle dinlenme durumundaki beyin etkinliği arasındaki farklar karşılaştırılır. Bu yöntemle elde edilen bulgular daha güvenilir ve tutarlıdır [82].

Manyetik rezonans spektroskopi (MRS) şizofreni hastalarının beyinlerindeki nörokimyasal değişikliklerin canlı organizmada (invivo) gösterilebilmesini sağlamıştır. Bu bulgular arasında en dikkat çekici olanı şizofreni hastalarında frontal bölgede nöron yitimine işaret eden N-asetil aspartat derişimindeki azalmadır [2].

İşitme varsanıları olan şizofren hastalarda yapılan çalışmaların neredeyse hepsinde bulunan ortak bulgu varsanılar sırasında sol üst ve orta temporal bölgede etkinlik artışı olmasıdır. Bazı çalışmalar sağ üst temporal bölgede de etkinlik artışı göstermişlerdir. Bu bölgeler, işitme varsanıları sırasında normalde dışardan gelen, gerçek seslerin işitilmesi sırasındakine benzer bir etkinlik artışı olduğuna işaret ederler. Aynı zamanda bunaltının (anksiyete) nöral bileşeni olan amigdala, hipokampus, diensefelon bölgelerinde de bir etkinlik artışı görülmektedir. Bu durum bunaltının varsanılara eşlik ettiği anlamına gelmektedir [82].

Düşüncede artı nitelikte biçim bozukluğu (yeni sözcük uydurma, dağınık konuşma, çağrışım gevşekliği) olan şizofreni hastalarına bir görsel uyaran verilerek konuşmaları istenmiş; ortaya çıkan düşüncede artı nitelikte biçim bozukluğunu değerlendiren ve beyin etkinliklerini kaydeden çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar düşüncede artı (pozitif) nitelikte biçim bozukluğu ile arka üst temporal girus etkinlik azlığı arasında bağlantı göstermiştir. Başka bir deyişle düşüncede artı nitelikte biçim bozukluğu Wernicke'nin konuşma alanında geçici "işlevsel bir lezyon"a işaret etmektedir. Öte yandan eksi (negatif) düşünce biçim bozukluğunun (düşüncede fakirleşme, bloklar) baskın olduğu hastalarda sol precuneus, cuneus, frontal orta girus ve sağ alt paryetal lob gibi farklı beyin bölgelerinde etkinlik artışı saptanmıştır [82].

Ölüm-Ardı (Post-Mortem) İncelemeler

Şizofrenisi olan hastalarda yapılan ölüm-ardı çalışmalarda en sık bildirilen anormallikler kortikal ve hipokampal nöronlarda küçülme, dorsal talamusta nöron sayısında, hipokampusta sinaptik ve dendritik belirteçlerde azalma, entorinal kortekste displazi olması ve gliozis olmaması olarak sıra-

lanmaktadır. Hücre yoğunluğunun beyaz cevherin yüzeyel katmanlarında azalmış, derin katmanlarında artmış olduğu bildirilmiştir [48]. Şizofreni hastalarında ölüm-ardı (postmortem) incelemeler limbik sistem, frontal korteks ve nigro-striatal sistem üzerine yoğunlaştırılmıştır. BT, MR ile ve ölüm-ardı patoloji araştırmalarında, kimi şizofreni hastalarının da beyinlerinde, bazal ganglionlarda, temporal ve limbik bölgelerde hafif küçülme, hipokampusta piramidal hücrelerde düzensizlik ve korteks atrofisi gösterilmiştir. Ancak bu bulguların anlamı ve şizofreni ile ilgisi henüz açıklanamamıştır [14, 124, 135, 139].

Powchik ve arkadaşlarınca[131] 1989-1995 yılları arasında yaşlıların (ortalama yaş 78.5) ve süregen şizofreni hastalarının barındığı bir hastanede ard arda ölen 100 şizofrenisi olan ile 47 şizofrenisi olmayan kişinin otopsilerinden alınan beyin örnekleri nöropatolojik ve biyokimyasal incelemelerden geçirilmiştir. Anatomo-patolojik, histopatolojik incelemeler yanı sıra kolin asetil transferans, katekolaminler, indolaminler, sinaptik proteinler, nöropeptidler araştırılmıştır. Bu geniş çalışmada şizofrenisi olan hastaların beyinlerinde *histolojik olarak gösterilebilen* bir nöropatoloji saptanamamış, süregen şizofreni hastalarında, nöropatolojik bunamalara (örneğin Alzheimer hastalığı, damarsal bunama) benzer bulguların olmadığı bulunmuştur. Erişkinlik döneminde başlayan beyin hasarlarında ve Alzheimer hastalığı gibi beynin yozlaşma bozukluklarında beyinde gliozis saptanmaktadır. Oysa, gelişimin erken aşamalarında olan nöropatolojik olaylarda ve şizofreni hastalarının beyinlerinin ölüm-ardı incelemelerinde gliozis görülmemektedir. Bu da şizofrenideki nöropatolojik değişikliklerin doğum öncesinden kaynaklanmış olabileceğini destekleyen bir bulgudur [48].

Kimyasal gösterge (marker) dizgelerinde bir bozukluk olabileceği düşüncesi ile yapılan "bioassay" incelemelerinde: Şizofreni grubunda kolinerjik eksilme (defisit) olmadığı, şizofrenisi olmayan yaşlılarla karşılaştırıldığında katekolaminler ve indolaminler açısından da fark olmadığı görülmüştür. *Bilişsel eksilme (cognitive deficit)* gösteren şizofreni hastalarındaki bulgularla asetil kolin transferaz etkinliği arasında bağ olmadığı, bunlarda kortikal noradrenerjik ve serotonerjik eksikliğin görüldüğü bildirilmiştir. Bilişsel eksilme olmayanlarda ise singulat kortekste nöropeptid eksikliği olduğuna ilişkin veriler bulunmuştur. Araştırıcılar bu araştırmadaki bulguların şizofrenideki temel patolojiyi aydınlattığının söylenemeyeceğini; ilaçların etkisi, ölüm öncesi müdahalelerin etkisi, şizofreni belirtilerindeki çoğulluk, eksi (negatif), artı (pozitif) belirtilerin hastadan hastaya değişik olması gibi nedenlerle bu konuda birçok beyin bankasının oluşturulması gerektiğini; böylelikle belki yeterli sayıda karşılaştırmalı beyin incelemesi yapılabileceğini vurgulamaktadırlar[131].

3. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Sonrasında Travma, Virus Varsayımları

Şizofrenisi olan hastalarda, sağlıklı kontrollere ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla doğum öncesi ve doğum komplikasyonları olduğu bildirilmiştir [15]. Doğum komplikasyonları şizofreni riskini arttırmakla birlikte

bu artış düşüktür (tahmini göreceli risk oranı 2). Bu konudaki bulgular içinde en tutarlı olanı şizofrenisi olan kişilerin düşük doğum ağırlıklı doğmuş olma riskinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu yönündedir. Gebelik yaşına göre küçük doğum ve baş çevresinin küçüklüğü ile fetal büyüme geriliği yaşamın ileriki yıllarında şizofreni gelişmesiyle ilişkili bulunmaktadır. Şizofrenisi olan annelerin bebeklerinde doğum ağırlığının genel topluma oranla daha düşük olması, bu özelliğin genetik kökeni olabileceğini düşündürmekle birlikte, yeni yayınlanan bir ikiz çalışmasının bulguları aksi yöndedir. Bu çalışma, eş-hastalanma bulunmayan aynı-cinsiyetli ikizlerden, şizofreni hastası olanın doğum ağırlığının hasta olmayan ikiz eşinden daha düşük olduğunu yani, anne karnındaki büyüme geriliğinin ailesel etkenlerden bağımsız olabileceğini göstermektedir [119]. Öte yandan, bu bulgunun hastalığın patogenezini anlamada fazla değeri olmadığı; anne karnındaki büyüme geriliğinin şizofrenideki nörogelişimsel gidişin ilk belirtisi sayılabileceği de öne sürülmüştür [38].

Uzun süre izlemeyle yapılan çalışmalardan elde edilen bilgilere dayanarak doğum öncesi dönemde, doğum sırasında ve doğumdan sonra bebeğin karşılaştığı fiziksel travmaların beyin gelişimini etkileyerek şizofreni etiyolojisinde yer alabileceğini destekleyen bulgular bildirilmiştir. Bu araştırmalar arasında doğum öncesi dönemden başlayarak 19 yıl boyunca izlenen yüzlerce deneği inceleyen bir çalışmada doğum öncesi ve hemen doğum ardı (fetal ve neonatal) dönemlerde hipoksi-iskemi komplikasyonu olanlarda, olmayanlara göre şizofreni riskinin çok daha fazla olduğu saptanmıştır[168]. Başka yayınlarda da şizofreni hastalarında kontrollara kıyasla doğum öncesi, sırası ve sonrası beyin örselenmelerin daha çok saptandığını bildiren araştırmalar görülmektedir [53, 104].

Son yıllarda doğum sırasındaki hipoksi ile şizofreniye genetik yatkınlığın etkileşimi üzerinde durulmaktadır. Kortikal, subkortikal gri cevher ve hipokampus oylumundaki küçülmenin, en azından kısmen, bu etkileşimden kaynaklandığı düşünülmektedir [38]. Gelişmekte olan fetusun zorlanmaya (strese) en duyarlı olduğu dönem, şizofreni ile ilgili hipokampus gibi beyin bölgelerinin geliştiği gebeliğin ikinci üç aylık dönemidir. Doğum öncesi zorlanmanın özellikle şizofreniye genetik yatkınlığı olan bireylerde etkili olduğu düşünülmektedir [34].

Gen-çevre etkileşimi ve doğum öncesi (prenatal) komplikasyonlar ile ilgili üç ayrı yaklaşım söz konusudur [38]:

- Doğum öncesi komplikasyonlar genetik mutasyon riskini arttırır.
- Şizofreni için yatkınlık sağlayan genler doğum öncesi olumsuz ortamlara yol açarak gebelik ve doğum komplikasyonlarının görülmesine neden olabilirler.
- Annenin genotipi fetal ortam için olumsuzluklara neden olur.

Şizofreninin oluş nedenleri arasında üzerinde çalışılan bir başka varsayım da gebeliğin ikinci üç ayında annenin enflüenza virüsu ile hastalanmasının çocukta ileride şizofreni gelişmesine yol açabileği şeklindedir. Şizofreni hastalarının doğum günlerinin kış ve ilkbahar aylarına rastlaması [154] ve enflüenza salgını olan ülkelerde yapılan araştırmalara dayanan bu varsayım kanıtlan-

mış değildir. Bu gözlemler annedeki enfeksiyon bulgularının fetustaki nöral hücre göçünün etkin olduğu bu evrede beyin gelişimini etkiliyebileceğini akla getirmektedir. Bu çalışmaların çoğunda annenin grip geçirip geçirmediğine bakılmamış olması ve ölümardı çalışmalarda beyin omurilik sıvısında (BOS) veya beyin dokusunda influenza viral göstergelerine rastlanamamış olması sonuçların güvenilirliğini azaltmaktadır [48]. Son yıllarda gebeliğin ikinci üç ayında geçirilen başka solunum yolu enfeksiyonları, kızamıkçık, poliovirus, herpes simpleks gibi enfeksiyonların da çocukta şizofreniye yol açabileceği öne sürülmüştür [32].

4. Biyokimyasal Araştırmalar

Dopamin Varsayımı

Dopamin kimyasal yapısı adrenaline benzeyen ve devinimin denetimi, zevk ve acıyı duyma gibi tepkiler ile ilgili beyin süreçlerinde yer alan önemli bir nörotransmiterdir. Dopamin hipotalamusta, arkuat ve kaudat çekirdekler ile merkezi ve periferik sinir dizgesinin çeşitli bölgelerinde sentezlenen bir biyojenik amindir. Kalp damar, böbrek, hormon ve merkezi sinir dizgelerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir [160]. Frontal lobda beynin başka bölgelerinden gelen bilgiyi düzenler. Bu bölgedeki dopamin eksikliği akılcı düşünme yetisini, işlem belleğini bozar. Frontal lobdaki dopamin fazlalığı ise ağrıyı giderir ve haz duygularını arttırır. Limbik sistemdeki dopamin fazlalığı ise şüphecilik ve paranoid nitelikte düşüncelere yol açar. Dopamin reseptörlerinin 5 alttipi bulunmaktadır (D_1-D_5). D_1 ve D_5 adenil siklaz etkinliğini artırırken, D_2, D_3 ve D_4 tersine siklik AMP oluşumunu engeller[118].

Şizofreninin fizyopatolojisinde dopamin (D) varsayımı son 40 yılda sayısız araştırmaya konu olmuştur [62, 105, 130, 141]. Bunun nedeni aşağıdaki bulgulara dayanmaktadır:

1. Şizofreni sağaltımında kullanılan antipsikotiklerin etki gücü ile bunların D_2 reseptörlerine bağlanma gücü arasında ilişki görülmüştür.

2. Şizofrenisi olan kişilerin ölüm-ardı (post-mortem) incelemelerinde beyinde D_2 benzeri reseptörlerin yoğunluğunda artma olduğu gösterilmiştir.

3. Dopamin dizgesinin etkinliğini artıran amfetamin, kokain, levodopa, metilfenidat gibi maddeler şizofreniye benzer paranoid psikotik durumlara yol açabilmektedir. Şizofrenisi olan hastalara uygulandığında bu maddeler sanrı, varsanı ve düşünce bozukluklarında artışa yola açmaktadır.

Dopamin varsayımının özü, kimi şizofreni hastalarında mezolimbik, mezokortikal ya da nigrostriatal dopaminerjik nöronlarda göreceli bir *etkinlik artmasıdır*. Şizofrenide görülen *artı (pozitif) belirtiler (sanrılar, varsanılar, düşünce bozukluğu, dağınık davranışlar gibi)* bu artma ile açıklanmaya çalışılmıştır. Etkili antipsikotikler özellikle D_2 reseptörlerine ket vurarak (bloke ederek) dopamin artışını önlerler ve bu yolla sanrılar, varsanılar gibi artı belirtileri düzeltirler. Dolaylı dopamin agonistleri olan amfetamin ve fensiklidin

uzun süre alınırsa paranoid türden bir psikoz ortaya çıkabilir ya da böyle bir psikoz alevlenebilir.

1980'lerden 1990'ların başlarına dek şizofreni kimi araştırma çevrelerinde *iki ana türe* ayrılarak incelenmişti: *Birinci türde daha çok artı (pozitif) belirtiler* olup, bunlar antipsikotiklere iyi yanıt vermektedir. Bunlarda striatal ve limbik D reseptörlerinde yapısal fazlalık vardır. *İkinci türde daha çok eksi (negatif) belirtiler* (duygularda azalma, ilgisizlik, aldırmazlık, toplumdan çekilme, düşünce fakirliği) olup, bunlar birinci kuşak antipsikotiklerden fazla yararlanmamaktadır [105].

İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları şizofreninin eksi belirtilerinin prefrontal korteks işlevlerinde azalmayla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Şizofreni hastalarında prefrontal görevler sırasında kan akımında azalma olduğu ve bunun BOS'ta bir dopamin metaboliti olan homovanilik asit (HVA) derişiminde azalmayla ilişkili olduğu bulunmuş, dopamin agonistleri (apomorfin ve amfetamin) uygulanmasından sonra ise prefrontal kan akımının arttığı gösterilmiştir [62]. Şizofrenisi olan hastalarda görülen hipofrontalitenin mezokortikal dopaminerjik nöronların etkinliğinde azalmayla ilişkili olduğu iddia edilmiştir. Dopamin varsayımına göre, şizofrenide subkortikal yapılarda aşırı dopamin etkinliği, prefrontal kortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği olduğu, subkortikal mezolimbik dopamin yayılımındaki aşırı etkinliğin artı belirtilere, mezokortikal dopamin yayılımın etkinliğindeki azalmanın ise eksi belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açtığı öne sürülmüştür [48].

Şizofrenide dopamin salıverilmesindeki değişimleri araştırmak amacıyla dopamin ve yıkım ürünleri BOS ve ölüm-ardı beyin dokusunda incelenmiştir. Bazı çalışmalarda BOS'daki homovanilik asit (HVA) düzeyi ile karıncıklarda genişleme ve eksi belirtilerin ağırlığı arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Prefrontal bilişsel kayıplar ile BOS'ta HVA düzeyinde azalma arasında ilişki gösterilmiş, bunun azalmış prefrontal dopaminerjik etkinlikle ilişkili olabileceği düşünülmüştür [41, 47].

Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında şizofreni hastalarında stiatumda amfetamine bağlı dopamin salıverilmesinde, DOPA dekarboksilaz etkinliğinde sağlıklı kontrollere göre artış olduğu bildirilmiştir. Kortekste en belirgin olarak bulunan D1 reseptörleri ise şizofrenisi olan hastalarda kontrollere göre dorsolateral prefrontal bölgede artmış olarak bulunmuş, bu artışın korteksteki dopamin eksikliğini gidermek için ortaya çıktığı düşünülmüştür [1, 47].

Noradrenalin

Şizofrenisi olan kişilerin bir kesiminde beyinde ve beyin-omurilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminerjik yayılımın çoğaldığı bildirilmiştir. Fakat noradrenalin yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglikol (MHPG) üzerindeki çalışmalar bir sonuç vermemiştir. Paranoid belirtilerin

baskın olduğu hastalarda beyin-omurilik sıvısı (BOS) ve plazma noradrenalininde artma olduğunu bildiren yayınlar vardır. Kimi şizofreni hastalarında klozapin'in çok etkili olması ilacın noradrenerjik dizgede güçlü etkisi ile açıklanmaya çalışılmıştır [23].

Serotonin (5-HT)

Serotonin ve triptamin türevlerinin varsanı doğuran (halüsinojenik) etkisi bilinmektedir. Bu bilgiye dayanarak, şizofreni patofizyolojisinde serotoninin bir yeri olabileceği görüşü daha 1950'lerde ortaya atılmıştı. Ancak, serotonin öncüsü triptofan, serotonin ve yıkım ürünü olan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) düzeyleri şizofreni hastalarının beyinlerinde normallere kıyasla farklı bulunmamıştı. Ayrıca, triptofan verilerek serotonerjik etkinliği arttırmak yoluyla yapılan sağaltım denemeleri başarısız kalmıştı. Serotonin boşalımını sağlayan penfluramin ile serotonin etkinliğini azaltarak yapılan sağaltım denemeleri de sonuç vermemişti.

1960'lardan sonra dopamin karşıtı etki yapan antipsikotik ilaçların şizofrenideki olumlu etkileri nedeniyle dopamin varsayımı giderek güç kazanırken, serotonin araştırmaları da gücünü yitirmişti. Serotonin reseptörlerine önleyici etkisi yüksek olan *klozapin*in süregen şizofenik hastalarda gösterdiği olumlu etkiye bağlı olarak serotonin üzerindeki ilgi son 25 yılda yeniden canlandı [92, 104]. Şizofreni sağaltımında yaygın olarak kullanılan ikinci kuşak antipsikotiklerin hem dopaminerjik hem de serotonerjik antagonistik etkileri bulunmaktadır. Serotonerjik iletimi azaltan bu ilaçların prefrontal dopamin miktarını artırarak eksi belirtiler üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Dopaminerjik ve serotonerjik dizgeler anatomik olarak birbirleri ile bağlantılıdır ve işlevsel olarak birbirleriyle etkileşim içindedirler. Bu nedenle, serotonin varsayımını destekleyenler, dopamin varsayımına karşı seçenek bir görüş değil, dopamin varsayımını tamamlamaya çalışan araştırmalar yaptılar. Şizofreni hastalarında kortekste 5-HT2A yoğunluğunda azalma, 5-HT1A yoğunluğunda artma olduğu bildirilmiştir [57]. Serotonin geri alım bölgelerinin yoğunluğunun de şizofrenisi olan hastalarda özellikle frontal ve ön singulat bölgelerde arttığı bulunmuştur. Bu sonuçların şizofreniye özgül bulgular mı yoksa antipsikotik kullanımına ikincil olarak mı ortaya çıktığı tartışmalıdır[47].

Glutamat Varsayımı

Son yıllarda önemli bir uyarıcı amino asit olan glutamat aracılığı ile beyinde gerçekleştirilen nöral iletimin şizofrenisi olan kişilerde bozuk olabileceğini gösteren araştırmalar dikkati çekmektedir. Bir NMDA reseptor kanalı antagonisti olan fensiklidinin (PCP) sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir sendroma yol açtığı bildirilmiş; paranoya, ajitasyon, işitme varsanıları gibi artı; apati, toplumdan çekilme, dikkatte azalma gibi eksi belirtilere

neden olduğu görülmüştür. Fensiklidinin sağlıklı kişilere verilmesi düşünce biçim bozukluğuna ve varsanıların ortaya çıkmasına neden olurken, şizofreni hastalarına verilmesi psikotik belirtilerin alevlenmesine yol açmaktadır [47]. Bazı ölüm-ardı (post-mortem) araştırmalarda şizofrenide hipokampustaki N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinde glutamaterjik etkinlikte eksiklik olduğu bildirilmiştir. *Manyetik rezonans spektroskopisi (MRS)* ile canlı organizmada in-vivo olarak *glutamin ve glutamat* gibi yan ürünlerin metabolizma hızı incelenebilmekte ve bu yolla şizofrenide glutamerjik nöro-iletimde bir kusur olup olmadığı araştırılmaktadır[42].

Şizofrenide glutamatın rolünü araştıran çalışmalarda şizofreni hastalarında kontrollere göre frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal bölgelerde glutamat etkinliğinde azalma saptanmıştır. Glutamatın şizofrenideki rolüne ilişkin çeşitli düzenekler öne sürülmüştür. Bunlar arasında hipokampal ve kortikal nöronlarda ekzitotoksik hasar olması, nörogelişim sırasında glutamaterjik nöronlarda anormal budanma olması ve dopamin ve glutamat dizgeleri arasındaki etkileşim yer almaktadır. Şizofreni hipoglutamaterjik bir hastalıksa, NMDA reseptörlerinde glutamaterjik etkinliğin artırılması belirtiler üzerinde etkili olur düşüncesiyle NMDA agonisti olarak etki eden glisin antipsikotik ilaçlara eklenerek çalışmalar yapılmış, olumlu sonuçlar bildirilmiştir [47]. Bu konuda da araştırmalar henüz kesin bir sonuca ulaşmış değildir.

GABA

GABA beyindeki ana önleyici nörotransmiterdir. GABA-A ve GABA-B reseptörleri üzerinden etkilerini gösterirler. Şizofrenide GABA ile ilgili bulgular kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA gerialım bölgelerinde azalma olarak sıralanabilir. GABA sentezinden sorumlu olan glutamik asit dekarboksilaz enziminin mRNA'sında da azalma saptanmıştır. Bu bulgular GABA hücre sayısında ve GABA taşınımında azalma ile uyumludur. İnhibitör GABAerjik nöronların yitimi kuramsal olarak dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlarda etkinlik artışı anlamına gelebilir [47]. Şizofrenideki uyku bozukluğunda dopamin dizgesinin aşırı çalışmasının yanı sıra, GABA dizgesinin de rolü olduğu düşünülmektedir [112].

Görülüyor ki, bu kitabın ilk baskısı çıktığından beri (1988) şizofreni etiyolojisini ve fizyopatolojisini biyokimyasal olarak açıklamak için çok sayıda araştırma yapılmış, ilerlemeler olmuşsa da, henüz önemli bir açılım gerçekleşmemiştir. Bu alanda en tanınmış kişilerden biri olan *Seymour Kety*'nin 1959'da yayınladığı bir makalesindeki [79] görüşü kitabın bu baskısında da yazmak gereği doğmaktadır. Kety, şizofreni üzerinde özgül biyokimyasal bir etkenin bulunması için yapılan araştırmaların bozuk bir radyonun bozuluş nedenini anlayabilmek için parçalara ayrılarak biyokimyasal analizlere tutulmasına

benzetmiş ve daha sonra çalışmalarını kalıtımsal göstergeler aramaya yöneltmişti. 1959'dan beri beyin nöro-kimyasında dev adımlar atılmışsa da şizofreni biyokimyasında Kety'nin benzetmesi çok eskimiş görünmemektedir.

5. Nörogelişim Kuramı

Beyinde yukarıda açıklanan yapısal değişiklikler, şizofrenide *"eksiklik sendromu"* konusu ve son yılların ileri teknolojileri ile yapılan araştırmalar şizofreni etiyolojisinin beyinde daha çok *nöro-gelişimsel (neuro-developmental)* bir patoloji ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir ve çalışmalar bu doğrultuda hızla ilerlemektedir. Şizofrenisi olan hastaların çocukluk öykülerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulgular olduğu bilinmektedir. Şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu kuramı psikozun, şizofrenisi olan hastaların beyinlerinde erken dönemde ortaya çıkan yapısal değişikliklerden yıllar sonra ortaya çıkmasına dayanmaktadır.

Yapısal beyin değişiklikleri hastalığın ilk başlangıcı sırasında bulunduğu gibi, hastaların birinci dereceden akrabalarında da görülmektedir. Bu durum, beyindeki yapısal değişikliklerin bir yozlaşma sonucu ortaya çıkmadığını kanıtlamaktadır. Erken beyin gelişimi döneminde oluşan akuadukt daralması, araknoid ve septal kistler, korpus kallozum gelişmemesi, normal beyin asimetrisinin tersine dönmesi gibi yapısal anormallikler de şizofrenide daha sık görülmektedir. Şizofren hastalarda silik fiziksel anormallikler (kafa, el, ayak ve yüzde hafif anatomik bozukluklar) de bildirilmiştir ve nörogelişimsel süreçteki bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Gene, şizofreni hastalarında zekâ katsayısının şizofrenisi olmayan kontrollardan düşük bulunması da nörogelişimsel bozukluğun hastalık başlamadan önce varolduğunu gösteren bir bulgudur [131].

Ölüm-ardı yapılan histolojik çalışmalarda kortikal hücre dizilimi ve dağılımında anormallikler olduğu gösterilmiştir. Bu tür anormallikler sadece beyin gelişiminin erken dönemlerinde olabilir. Bu alanda yapılan çalışmalar hücrelerin organizasyonunda bozukluk olduğunu, hücrelerin kortikal katmansal (laminar) dağılımının içe doğru yer değiştirdiğini göstermektedir. Hücre organizasyonuyla ilgili bu bulgular şizofreni etiyolojisi açısından önemlidir; çünkü nörogelişimsel hipotez dışında bir açıklaması bulunmamakta ve hastalığın temelinde olan nöronal bağlantılarda ve devrelerde olan bozuklukları açıklamaktadır[47].

İnsan beyni ergenlik döneminde de önemli değişikliklere uğramaktadır ve bu değişiklikler şizofreni gelişmesi açısından önemlidir. Şizofreni açısından yüksek genetik risk taşıyan ergen ve genç erişkinlerin beyin görüntüleme çalışmaları şizofreni hastalarındakilere benzeyen çeşitli yapısal beyin anormallikleri olduğunu göstermektedir. Psikoza yatkın insanların beyin gelişimlerindeki anormalliklerin doğum öncesi döneme kadar gidebileceği öne sürülmektedir. Ancak hangi düzenekle psikozun ortaya çıkmasının ergenlik ya da erken eriş-

kinlik dönemine kadar geciktiği bilinmemektedir. Bir açıklama şizofrenide aşırı sinaptik budanmanın olduğu ve budanmanın belli bir eşiğe ulaşmasıyla psikozun ortaya çıktığı yönündedir. Bir başka açıklama ise, ergenlik döneminde sinapslarda oluşan önemli ölçüdeki budanma ve elenme sırasında şizofreninin başladığı düşünülmektedir. Ancak, henüz, doğum öncesi ya da erken çocukluk dönemindeki beyin yapısı ve işlevlerini değerlendiren çalışmalar yoktur [33].

6. Yozlaşma (Nörodejenerasyon) Kuramı

Nörogelişim kuramının tersine yozlaşma kuramına göre hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde yozlaşma olmakta, bu da klinik olarak kötüleşmeye eşlik etmektedir. Şizofreninin eksi belirtilerinin hastalığın ilk dönemlerinde pek görülmemesi ya da hafif olması; hastalık süregenlik kazandıkça ön plana geçmeleri ve şiddetlenmeleri bu kuramı desteklemektedir. Şizofreni belirtileri başladıktan sonra sağaltım başlanana kadar geçen süre ne kadar uzarsa hastalığın gidişinin o kadar kötü olduğu bilinmektedir. Ayrıca, sağaltım görmemiş şizofreni hastalarında bilişsel kayıplar daha fazla olmaktadır. Bu da bir yozlaşma sürecinin varlığını ve bunun antipsikotik ilaçlarla kısmen düzeldiğini düşündürmektedir. Bazı görüntüleme çalışmalarında beyin oylumunda azalma ve karıncıklardaki genişlemenin ilerleyici olduğu bulunmuş, bu küçülmenin apoptozise bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu bulgular yozlaşma kuramını desteklemektedir [38].

Ancak daha önce özetlenen nörogelişim kuramını destekleyen çalşmalar ve bulgular ile şizofrenide yozlaşma kuramının geçerliği çok tartışmalı bir duruma gelmiştir.

7. Bilgi-işlemede Bozukluk Varsayımı

Şizofrenide genelde bir benlik (ego) zayıflığı olduğu kabul edilir. Fakat bireyin uyum yetilerindeki bu zayıflığın nörofizyolojik açıdan ne olduğu henüz tam anlaşılmış değildir. Son yıllarda bu konu giderek önem kazanmakta ve şizofrenide öncelikle bilişsel alan başta gelmek üzere nörofizyolojik ve nöropsikolojik işlevler ve bunlarla bağlantılı beyin merkezleri üzerindeki araştırmalar artmaktadır. Bir süreden beri şizofreni hastalarının bir bölümünde yatay olarak hareket eden bir uyaranı *gözün düzgün izleme* hareketinde (*smooth eye pursuit*) bir yetersizliğin olduğu, kimi hastalarda *silik nörolojik belirtiler*in, birçok hastada *seçici dikkat, bellek ve öğrenme yetileri*nde azalmanın bulunduğu bilinmektedir. Bunlardan *gözün düzgün izleme yetisindeki* bozukluğun ve silik nörolojik belirtilerin ailesel yüklülük taşıdığı da gösterilmiştir [58, 65].

Süregen şizofreni hastalarında uyaranların beyine ulaşırken karşılaştıkları süzgeçte ve *girdi ayarlamasında (input modulation)* bir yetersizlik olduğu, bu nedenle beyine çok fazla bilgi iletildiği, fakat hastanın bu bilgileri uyum amacı ile ayıklayamadığı ve bütünleştiremediği anlaşılmaktadır. Şizofreni hastalarında görülebilen bu psikonörofizyolojik kusurların çocukluktan beri

var olduğu, bu nedenle bu hastaların *beyne giren uyarı ve bilgi kitlesini yeterince seçerek, ayıklayarak, azaltarak, bütünleştirerek ve depolayarak uyum amacı ile kullanamadığı* ileri sürülmektedir. Bütün bu işlemlerin hepsine *bilgi-işleme (information processing)* denmektedir. Şizofrenisi olan kişilerde temelde bir bilgi-işleme kusuru olabileceği görüşü ağırlık kazanmıştır [139].

Şizofrenide bilgi-işleme kuramları başlangıçta daha çok uyaranların süzülmesinde, ayıklanmasında bir bozukluk olduğu varsayımına dayanıyordu. Son yıllarda daha çok nörofizyolojik temelli bilgi işleme kuramları öne çıkmaktadır. Bunun bir nedeni görüntüleme yöntemleri ile beyin işlevlerinin incelenebilmesi ve az çok beyindeki yerininin belirlenebilmesidir. Örneğin, şizofrenide soyut düşünme, dikkat, uyaranları değerlendirme, birleştirme, düzenleme, güdüleme ve eyleme geçme yetilerinde (yani psikanalitik deyimle benlik (ego) işlevlerinde) bozukluk olduğunu düşünenler kuramlarını ve araştırmalarını daha çok frontal lob işlevleri üzerinde yoğunlaştırmışlardır [134]. Bu araştırmalara göre şizofrenideki çekirdek bozukluk, istenç (volition) diye bilinen ve kişide eyleme yönelik bir isteğin başlatılması ve eyleme geçirilmesinde eksiklik (deficit) olmasıdır. Frontal korteks otomatikleşmiş hareketlerin ve tepkilerin denetimini ve düzenlenmesini sağladığı gibi, bir isteğin bir niyete, bir hareket planına geçirilmesi ve ardından eylemin başlatılması, yani niyetlenme ve harekete geçme işlevleri de frontal korkteksle ilgilidir. Şizofrenide bir niyetin harekete geçirilmesi için gerekli olan istenç (volition) eksikliği "frontostriatal" bir patoloji ile bağlantılıdır [134].

Bu ve benzer görüşlerle ve aynı zamanda PET ve SPECT çalışmalarına dayanarak şizofrenisi olan kişilerin bir kısmında, öncelikle eksi (negatif) belirtiler gösterenlerde bir *frontal lob yetmezliği (hypofrontality)* olduğu ileri sürülmüştür[13].

Bilgi işlemleme ve bilişsel bozukluk kuramları arasındaki son dönem çalışmalarına ağırlık veren Andreasen[12] *"bilişsel ölçüm bozukluğu-cognitive dysmetria"* kavramını öneriyor ve bunu şöyle tanımlıyor:

"Şizofrenide dışardan gelen uyaranların alınması ve işlenmesi, daha önce alınmış, işlenmiş, depolanmış olan bilgilerle ilişkilendirilmesi ve bunlara dayanarak bir tepki ya da yanıt türünden eyleme geçilmesi süreçlerinde bir anormallik söz konusudur."

Bu açıklamadaki işlevlerin psikanalitik kuramdaki "benlik (ego) işlevleri" kavramı ile aynı olması dikkat çekicidir (Bakınız *Bölüm V: Davranışın Psikodinamik Temelleri*). Andreasen, bu işlevlerdeki karmaşıklığı vurgulayarak, bozukluğun bilişsel süreçlerin yanı sıra duygular ve devinim dizgeleri ile de bağlantılı olduğunu, bu nedenle beynin yalnızca bir ya da birkaç bölgesindeki bozukluktan çok, aradaki iletim devreleriyle bağlantılı bir bozukluğun olabileceğini belirtmektedir. Temel bozukluğun prefrontal korteks, subkortikal merkezler ve bilişsel işlevlerdeki önemi artık iyi bilinen beyincik (serebellum) arasındaki devrelerin bozukluğu ile ilgili olduğunu, bu nedenle bu temel bo-

zukluğu *"bilişsel ölçüm bozukluğu-cognitive dysmetria"* olarak adlandırdığını ileri sürmektedir; bunu da nöroanatomik, nörofizyolojik, nöropsikolojik araştırma verilerine dayandırmaya çalışmaktadır. Bu verilere göre şizofrenide:

1. Frontal lobda küçülme
2. Talamus'un algıları süzme ve ayıklama işlevinde bozukluk
3. Prefrontal korteks ve beyincik arasındaki devrelerde bozukluk bulunmaktadır.

Günümüzde nöro-psikolojinin temel konuları bilgi-işlemleme (information-processing) ve nöro-bilişsel (neuro-cognitive) işlevlerdir. Bu alan geliştikçe şizofrenide hem nöro-bilişsel değerlendirmeler yönünden duyarlı testler, hem nöro-bilişsel süreçlerin nöral kaynaklarını beyin görüntüleme teknikleri ile inceleyebilen ileri teknolojiler geliştirilmektedir. Bunlar sayesinde son yıllarda süregen şizofreni hastalarında nöro-bilişsel bozuklukların hastalık daha başlamadan önce de var olduğuna ilişkin veriler giderek artmaktadır. 1990'lardan önce bunların ya başka artı (pozitif) belirtilere ya da ilaç kullanmaya bağlı olarak ortaya çıktığı sanılıyordu. Ancak, bilişsel işlevlerin dikkatli incelemeleri ile bunların hastalık öncesinde ve hasta olmayan birinci derece akrabalarda da bulunduğu gösterilmiştir[58]. Ayrıca, bu nöro-bilişsel bozuklukların hastaların iş ve toplumsal yaşama uyumsuzluğunda büyük önemi olduğu da araştırmalarla gösterilmiştir[57]. Şizofreni hastalarının psikososyal işlev düzeyleri ve hastalığın sonlanışı artı belirtilerin şiddetinden çok bilişsel testlerdeki başarıları ile ilgili bulunmaktadır. Başka bir deyişle, bir şizofreni hastasının bilişsel testlerdeki başarısı ne kadar düşük ise hastalığının gidişinin o oranda olumsuz olacağı düşünülmektedir[81].

Bilgi işleme süreci uyaranları algılama, ayıklama, derleme, birleştirme, değerlendirme, yorumlama ve depolama gibi birçok işlemi içerdiğinden, bu sürecin tümünü beynin belli bir ya da birkaç bölümüne yükleyen kuramlar sürecin ancak bir kesimini açıklayabilir. Organizmaya giren uyaranların kazandığı anlam ve ortaya çıkan eylem ya da eylemsizlik çok karmaşık yaşam deneyimlerini de içerdiğinden, ortada bir beyin patolojisi bulunduğu gösterilse bile, bunun etiyolojideki anlamını henüz açıklayabilmekten uzağız.

Öte yandan, şizofrenideki temel bozukluğun nöral dizgeler arasındaki anormal işlevsel entegrasyona yol açan sinaps plastikliğinde denetimin bozukluğu, yani *bağlantı bozukluğu (dysconnectivity)* olduğu da öne sürülmektedir. Şizofrenide bir bağlantı bozukluğu olduğuna ilişkin çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Örneğin, işlevsel bağlantı açısından dille ilgili beyin görüntüleme çalışmalarında şizofreni hastalarında frontotemporal eşlemenin kontrollara oranla azalmış olduğu tutarlı olarak gösterilmektedir. Bağlantı liflerindeki hatalı devreleme sonucu anatomik bağlantıların değişmesi bağlantı kopukluğuna yol açabilir. Bir başka açıklama, sinaptik taşınım ve plastikliğin bozulması ile işlevsel eşlemenin (coupling) aksamış olabileceğidir. Bu iki durum birden ya da birbirine yol açarak bağlantı kopukluğuna neden olabilir [145].

8. Psikososyal Etkenler

Organik yönden yapılan araştırmaların yanı sıra psikolojik ve çevresel etkenlerin araştırılması da önemli bir konu olmuştur. Organik bir etiyolojinin gösterilmeyişi, nedenin psikososyal olmasını kanıtlamaz. Ancak çevresel etkenler açık biçimde gösterilebildiği zaman anlam kazanabilir. Hastalığın başlangıç biçimi ve belirtiler, örneğin hastadaki sanrılar ya da varsanılar psikolojik yönden çok anlamlı görülebilir ve hastanın yaşantıları ile bağlar kurulabilir. Fakat bir sanrının anlamlı olması ya da başlangıçta psikolojik bir zorlanmanın saptanması psikososyal bir etiyolojiyi kanıtlamaz. Örneğin paralizi jeneralde (beyin sifilisi) de sanrılar hastanın kişiliği ve yaşantıları ile ilgili anlamlar taşıyabilir.

Psikanalitik Açıdan Şizofreni

Psikanalizin kurucusu Freud daha çok psikonevrozlarla uğraşmıştı. Fakat aynı zamanda şizofrenik düşünce biçiminin düşlerdeki gibi ilkel ve sembolik oluşuna da dikkati çekmişti. İsviçreli psikanalist Carl Jung da şizofrenik düşüncenin düşlerdeki zihinsel işleme benzediğini belirtmiş ve düş gören bir kişi uyanıkken düşü sürdürse ve ona göre davransa, şizofrenik bir durumun ortaya çıkacağını bildirmişti[16].

Psikanalitik kurama göre, şizofrenide ruhsal ya da organik nedenlerle libido gelişmesi narsisistik düzeyde saplanır kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, değişik stresler ile ego bu ilkel düzeye geriler (regression) ve libido, nesnelerden geri çekilerek özbenliğe (self) yatırılır *(ikincil narsisizm)*. Bu noktayı biraz daha açıklayalım: Libido cinsel enerjinin dinamik belirtisi olarak tanımlanır. Normal gelişmede ilk çocukluk dönemlerinde bu enerji çocuğun kendisinde, kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır. Buna *birincil narsisizm* denir. Çocuk büyüdükçe ve çevreyle ilişkileri arttıkça libido giderek çevredeki nesnelere yatırılır ve böylece gerçek nesne ilişkileri gelişir. Çevredeki nesnelere yatırılan ilgi, bağlılık ve sevgiye *nesne libidosu* adı verilir. Fakat her zaman için bir miktar birincil narsisizm durumu da kalır. Yani kişi kendisini de sever. Ancak bu, nesne ilişkilerinin gelişmesine engel değildir. Şizofrenide ise nesne libidosu geri bedene, benliğe çekilir ve böylece kişinin dış dünya ile ilişkileri azalır. Hasta ileri derecede narsisistik duruma girer. Sanki gene küçük bir çocuk gibi olur. Nesne-libidosunun, bir başka deyimle, dışarıdaki nesnelere yatırılmış ilgilerin ve yatırımın geri bedene çevrilmesi (ikincil narsisizm) durumu şizofrenisi olan hastaların kendi bedenleri ile aşırı uğraşmalarında (hipokondriasis) ve otizm gibi belirtilerde görülür. Bu gerileme durumu çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanamaması, sürekli düş kırıklıkları ve kişiler-arası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olabilir. *Psikanalistler de genellikle şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve birincil narsisistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu kabul ederler.* Böyle bir zeminde çevre ilişkilerinde küçük

büyük incinmeler, bu gerileme eğilimini kamçılarlar. Buna göre içe l
ve başka belirtiler bir çeşit savunma ve uyum biçimidir.

Arieti[16], beyni organik olarak etkileyen bozukluk sonucu, şizofr
talarında bir *"progresif teleolojik regresyon"* tanımlar. Buna göre, hastada üst düzeydeki bilişsel ve duygusal uyum yetileri yıkıma uğradıkça daha alt düzeyde regresif uyum belirtileri ortaya çıkar. Arieti, ayrıca şizofreninin başlangıç dönemindeki dayanılmaz bunaltı ve paniğin hastalığın sonraki evrelerinde ortaya çıkan belirtilerin temelini oluşturduğunu ileri sürmüştür.

Psikanalitik görüşler, öncelikle Sullivan'ın görüşleri, birçok araştırmacıyı şizofrenisi olan kişilerde *aile-içi iletişimi ve anne-baba özelliklerini* incelemeye yöneltmiştir. *T. Lidz*[93] şizofrenisi olan hastaların ailelerinde önemli *"yarılma" (schizm)* ve bozulma olduğunu, şizofrenisi olan çocuklara annelerince özel bir önem verildiğini (örneğin çocuk anne için bir dahidir, Tanrının özel olarak verdiği olağandışı bir varlıktır, vb.) ileri sürmüştür. *Lidz'e göre,* anababadan biri çok aşırı baskın ve saldırgan, öbürü de ileri derecede bağımlı, edilgindir. Aile yarılmasında anababadan biri öbüründen doyum ve destek bulamamakta; bu yüzden doyum ve destek için çocuğa yönelmektedir.

Bateson, Jackson ve Haley[20] 1950'lerde şizofreni etiyolojisinde *"ikili çıkmaz" (double bind)* varsayımını ortaya attılar. Buna göre çocuk, ailesi içinde uzun yıllar birbirine çelişkili iletiler ile karşılaşmakta, bu iletilerden hangisine göre davranacağını bilememekte ve bir çıkmaza girmektedir. Giderek, bu iletilere aldırmamayı öğrenerek ya da kendisi çelişkili yanıtlar vererek kendine özgü acayip bir anlayış ve iletişim biçimi oluşturmaktadır. *Wynne* şizofrenisi olan hastaların aileleri içinde *yalancı sevgi ve yalancı birlikteliğin (pseudo-mutuality)* önemini vurgulamıştı[110].

Dikkat edilirse 1940-1960 arasında şizofreni hastaları ve aileleri üzerinde yapılan çalışmalarla geliştirilmiş olan psikanalitik görüşler ve aile tanımlamaları etiyolojiyi aydınlatmaktan uzaktır. *Artık özgül bir psikojenetik etken, özgül bir patojenik anne ya da patojenik aile kuramlarının yalnız başlarına geçerli olmadığı anlaşılmıştır.* Ancak, bütün bu kuramların şizofrenisi olan bireyin ve ailesinin yapısını, iç dinamiklerini, uyum biçimlerini anlamamızda büyük katkıları olmuştur. Şimdi belki ailede özgül psikososyal etkenlerin varlığı kabul edilmiyor. Fakat ailede ağır bozukluğun, süregen stresin hastalığın iyileşmesinde, uzun sürmesinde, hastalığın depreşmesinde büyük rolü olabildiğini biliyoruz. Artık şizofreni sağaltımında ailenin de ele alınması zorunluğu kabul edilmektedir. Sağaltım açıklanırken bu noktaya gene değinilecektir.

Erken yetişme ortamının ileriki yaşlardaki duygusal ve psikolojik durumlara olan etkisi ve şizofreniyle ilişkisi konusunda yapılan çalışmalar 1960'ların öncesi ile sınırlı değildir. Son on yılda, istenmeyen gebelik, doğum-öncesi çökkünlük, atipik anne çocuk ilişkisi, yetersiz annelik ve erken anababa kaybının şizofreni gelişme riskini artırdığını gösteren çalışmalar da bulunmakta-

dır. Tam tersine olumlu aile ortamının yüksek genetik riski olan evlat edinilen çocuklarda koruyucu etkisi olduğu da gösterilmiştir[33].

ŞİZOFRENİ SAĞALTIMI

Nedenleri, yapısı, tanı ölçütleri, sınıflandırılması tam olarak aydınlatılmamış olan bu hastalığın sağaltımı üzerinde görüşler oldukça değişiktir ve çoğu kez bu değişiklikler hekimin ya da sağlık kurumunun genel yönelimine bağlıdır. Organik ve genetik etiyolojiyi daha çok benimseyenler öncelikle ilaçlara ve somatik sağaltım araçlarına önem vermektedirler. Psikososyal etkenlere ve dinamik psikiyatriye yatkın görüşlü hekimler ve kurumlar da ilaçlara olduğu kadar, ruhsal sağaltım ve uyumlandırma (rehabilitasyon) yöntemlerine ağırlık verirler. Bugün artık tek yanlı sağaltımı savunan kalmamış gibidir.

Sağaltımda Temel İlkeler

1. Şizofreni hastasının sağaltımında temel hedef yalnızca belirtilerin yatıştırılması değil, hastalığın yıkıcı etkilerinin olabildiğince önlenip, toplumsal uyumunun olabilecek en iyi düzeyde sağlanmasıdır.

2. Şizofreninin kolay ve tek-biçim bir sağaltımı yoktur. Çok yanlı bir yaklaşımın gerekliliği ve her şizofreni hastasının ayrı özellikler taşıyabileceğinin bilinmesi zorunludur.

3. Hekimin şizofreni hastasıyla iyi bir ilişki kurabilmesi, sağaltımın sağlam bir temelde gelişmesini sağlar. Bu noktada hekimin güven verici, açık ve hastanın sınırlarına saygılı tutumu önemlidir. Örneğin: Paranoid sanrıları olan bir hasta çok yakın insan ilişkisinden hoşlanmaz. Somut anlamda da hastaya fazla yaklaşmamak önemlidir. Şizofrenisi olan hasta çoğu zaman, sırtının sıvazlanması, elinin tutulması gibi bedensel temastan çok tedirgin olur; şefkat ve yakınlık göstermek için yapılsa da bu tarz yaklaşımların hastanın öfkelenmesine hatta saldırganlaşmasına yol açabileceği unutulmamalıdır.

Şizofreni sağaltımında psikoterapötik yaklaşımın önemi ileride "*Şizofreni Sağaltımında Psikososyal Yaklaşımlar*" başlığı altında daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

4. Şizofreni sağaltımında *hekimin sabırlı, direşken (sebatlı), umutlu olması gerekir.* Ancak, hastayı hemen, kesinlikle iyileştirebilirim, iyileştireceğim gibi tümgüçlü (omnipotan) bir tutumun zararları bilinmelidir.

5. Hastaya ve ailesine ciddi bir ruhsal bunalımın söz konusu olduğu açıklanmalıdır. Başlangıç yeni ise kesin bir tanı söylenemez; kesin tanıya hastayı izlemekle varılabileceği açıklanır. Ancak, hastanın geçirmekte olduğu ruhsal rahatsızlığın ciddi bir hastalık olduğunun vurgulanması ilaç ve sağaltıma uyum açısından önemlidir. Süregenleşmiş, tanısı kesinleşmiş hastalardan ve ailelerden tanıyı gizlemenin anlamı yoktur. Ancak, hastalığı hastaya ve

aileye açıklarken hastalık hakkında tümden olumsuz, umutsuz bir izlenim bırakmamak gerekir. Akut, yeni başlamış olgularda hastanın ve ailenin eğitime, işe dönme, evlenme gibi beklentilerini bir süre ertelemeleri; süregen olgularda beklentilerini düşürmeleri, bazı beklentilerini bırakmaları için öneriler, açıklamalar yapılır.

6. İlk psikoz nöbetini geçirmekte olan genç hastaların hastaneye yatırılarak incelenmesi ve sağaltım görmesi doğru olur. Ancak, ayaktan izlenerek iyi sonuçlar alınabilen akut olguların olabileceğini de gözönünde tutmak gerekir.

7. Ağır gerileme (regresyon), panik, taşkınlık ve donakalım (katatoni) belirtileri, kendilerine ya da başkalarına zarar verme olasılığı, aile ortamının çok bozuk olması, hastanın ayaktan sağaltıma uymaması hastaneye yatırma gerekçeleri olabilir. Bu konu daha ayrıntılı olarak *"Sağaltımı Reddeden Hastaya Yaklaşım"* ve *"Zorla Hastaneye Yatırma"* başlıkları altında tartışılmıştır.

8. Akut dönem yatıştıktan sonra şizofreni hastasının sağaltımına son verilmemelidir. İlaçlar, ruhsal sağaltım ve uyumlandırma (rehabilitasyon) yöntemleri ile hastanın yıllarca izlenmesi gerekir. Öncelikle ilaçlarla birlikte destekleyici psikoterapi ile uzun süre izlenen hastalarda daha iyi sonuç alınabilmektedir. Ülkemizde sık görülen bir durum hastanın yakından izlenmemesidir. Bu, hekimden kaynaklanabileceği gibi ailelerin ve hastaların çabuk sonuç almak, çabuk sonuç alamayınca ya da ilaçların yan etkileri çıkınca hekim hekim dolaşmak eğilimlerinden ve ekonomik nedenlerden de olabilir.

9. Özellikle uzun dönemli sağaltım planı yapılırken hastanın yaşam koşullarının, maddi durumunun, sosyal desteklerinin, yeti yitiminin göz önüne alınması; sağaltıma uyumunu artırıcı düzenlemelerin olabildiğince hastayla birlikte yapılması önemlidir.

10. Şizofreni hastasınn sağaltımı sırasında aile üyeleri ile çalışmak gerekir. Süregen ve yeti yitimine yol açan bir hastalıkla yaşamak zorunda kalmak aile için de kabullenilmesi ve başa çıkılması güç bir durumdur. Aile bireylerinin hastalığı kabullenmesini sağlamak, beklentilerini gerçekçi düzeylere çekmek, hastayla olan sürtüşmelerini azaltmak şizofreni hastasının sağaltımını üstlenen hekimin zorunlu görevlerindendir.

11. Hastanın ilk muayesinden itibaren aileyle iyi bir işbirliği kurmak önemlidir. Ancak, kimi zaman aile, ağır bir ruhsal hastalıkla karşı karşıya olduklarını kabul etmek istemeyebilir ve direnç gösterebilir. Böyle durumlarda, işbirliğinin başlatılması için en uygun dönem akut alevlenme dönemleridir. Bu dönemde aile büyük bir sıkıntı ve çaresizlik içindedir ve desteğe gerek duyar.

12. Hastaların, bütün başka hastalıklarda olduğu gibi, hekim hekim dolaştırılmasında büyük sakıncalar bulunmaktadır. Hastanın güvenebileceği, saygı ve bağlılık duyduğu bir hekimin değiştirilmesi yıkıcı olabilir. Çoğu kez aile, bir

sonuç alma umuduyla hekim değiştirmeye eğilim gösterebilir. Oysa, ileride şizofreni psikoterapisinde de vurgulanacağı gibi, *süreklilik, olumlu nesne-ilişkisi, güven sağlayıcı bir tutum olmaksızın şizofreni sağaltımı olamaz.*

13. Süregenleşmiş, iyileşmeyen şizofreni hastalarının "depo hastanelere" yığılması çok sakıncalıdır. Bütün dünyada milyonları bulan hasta yatağı süregenleşmiş akıl hastaları için kullanılmakta ve binlerce hastanın barındırıldığı bu hastaneler birer sağaltım yeri olarak sunulmaktadır. Bu hastanelerin birçoğunun hastalığı süregenleştirici etkileri artık bilinmektedir. Ancak, gerçekten çok süregenleşmiş ve iyileşmeyeceği kesin anlaşılmış hastalar toplum ve aile için büyük sorundur. Bunların bakıma ve uyumlandırmaya yönelik bir ortamda yaşamaları insanlık için önemli bir görevdir. Bu görevin gelişmiş zengin ülkelerde bile büyük akıl hastanelerinde yapılamadığının kabullenilmesi gerekmektedir. Hastalar için, daha çok kendi toplumsal, ailesel çevresine yakın bir ortamda, insanlıktan, toplumdan uzaklaştırılmamış, işe, çalışmaya, saygınca yaşamaya yönelik küçük bakım yurtları, çiftlikler, koruyucu köyler, koruyucu işyerleri vb. düşünülmelidir. Ülkemizde ne yazık ki, henüz, bu anlamda hiç bir girişim bulunmamaktadır.

ŞİZOFRENİDE İLAÇ SAĞALTIMI

1950'lerin başından beri antipsikotiklerin kullanımı ile şizofreni sağaltımında bir çığır açılmıştır. Bu 60 yıla yakın sürede birçok yeni ilaç ortaya çıkmış, fakat ilk kullanılan klorpromazin de yerini korumuştur.

Şizofreninin İlaçla Sağaltımında Önemli İlkeler

1. Öncelikle akut dönemlerinde olmak üzere şizofreninin her evresinde ilaçlar başta gelen sağaltım araçlarıdır. İlaçsız sağaltım denemeleri zaman yitimine neden olur; ailenin ve hastanın güvenini sarsar, süregenleşme olasılığını arttırır.

2. Akut psikotik dönemde sağaltımın amacı en kısa sürede hastalık belirtilerini yatıştırmak ve doğabilecek zararı engellemektir.

3. İlaçların özellikle artı (pozitif) belirtileri yatıştırdığı, söndürdüğü bilinmektedir. Ancak, hastalığın kaynaklarını kuruttuğu söylenemez. Düzenli ilaç kullananlarda bile bir yıl içinde bir depreşmenin ortaya çıkma olasılığı % 40 dolayındadır [44, 160].

4. İlaçlara yanıt ve duyarlılık bireyden bireye büyük farklılıklar göstermektedir. Çok yüksek dozlarda ilaca hiç yanıt vermeyen hastalar bulunduğu gibi, düşük dozda ağır yan etkilerin çıktığı hastalar da vardır. Kimi hastalarda ancak normal dozların çok üstüne çıkıldığında istenen etkiler görülebilir. Bireysel yaklaşım zorunludur. Heterojen bir hastalık olan şizofrenide ilaç etkisinin de heterojen olacağı açıktır.

5. Hangi ilacın, hangi hastaya, hangi dozda verileceği konusunda bilgilerimiz henüz kesin değildir. *Akut ve artı belirtilerin* egemen olduğu hastalarda

uygun dozlarda kullanıldığı sürece birinci ve ikinci kuşak antipsikotikler arasında önemli bir fark yoktur. Yeni kuşak antipsikotiklerden klozapin, risperidon, olanzapin, ketiapin, ziprasidon, aripiprazol, sertindol gibi ilaçlar şizofrenide hem artı, hem eksi belirtilere karşı kullanılmaktadır. Şizofreni türlerine uygun ilaç seçimi henüz yapılamamaktadır

6. Antipsikotik ilaç başlanmadan önce hastanın ayrıntılı tıbbi öyküsünün alınması, soygeçmişinin öğrenilmesi, tam fizik, nörolojik ve ruhsal muayenesinin yapılmasında ve kilo, boy ve yaşamsal bulgularının kaydedilmesinde yarar vardır. Akut bir psikoz nöbeti sırasında bu hemen mümkün olmayabilirse sağaltımın başında, hasta yatışır yatışmaz yapılmalıdır. Ayrıca, kan şekeri, kan yağları, karaciğer ve tiroid işlev teslerini de içeren laboratuvar değerlendirmesi de uzun süreli ilaç seçimine karar verirken yol gösterici ve gerekli olur.

7. İlaçların etkisi kısa sürede görülmeyebilir. Ağır artı belirtilerin yatışabilmesi için 3-4 hafta gerekebilir. Bu nedenle birkaç gün içinde olumlu sonuç alınmazsa hemen ilaç değiştirme yoluna gidilmemelidir. Çok taşkın, denetlenemeyen hastalarda ilaç dozu artırılabilir. Gerekirse benzodiazepin eklenebilir. *Yüksek-güçlü (high potency)* birinci kuşak antipsikotik ilaçların yüksek dozda verilmesi ile daha çabuk sonuç alınabileceği ve daha az yan etkiler olduğu kanısı bazı çevrelerde yaygın ise de kontrollü araştırmalar bu görüşü desteklememektedir.

8. İlaçların her hastadaki sağaltıcı etki ve yan etkileri büyük bireysel farklılıklar göstermektedir. Bu bireysel farklılıkları önceden kestirebilmek için deneme yönteminden başka bir yol henüz bilinmemektedir. Bir ilacı uygun süre düzenli kullandığı halde bir değişme göstermeyen hastalarda bir başka kümeden ilaca geçmekte yarar vardır.

Hastaların yaklaşık %30'u birinci kuşak antipsikotiklerden yararlanmayabilir. Hastanın ilaç sağaltımına dirençli olup olmadığını anlayabilmek için yakından izlenmesi, ilacı düzenli alıp almadığının bilinmesi gerekir.

9. Şizofreni sağaltımında kullanılan antipsikotiklerin çok değişik *yan etkileri* vardır. Bunlar arasında sık görülen uykululuk, kan basıncının düşmesine bağlı başdönmesi ve sersemlik, ekstrapiramidal ve otonomik yan etkiler, cinsel isteksizlik ya da işlev bozukluğu hastada ilaca karşı ağır antipati doğurabilir ve hasta ilaç almak istemeyebilir. Başlangıçta ilaç almayı kabullendikleri halde hastaların bir kesimi, ilacı düzenli almayabilir ya da bırakabilir. Yan etkiler hastaya ve aileye açıklanmalıdır. İlaçların hastayı ve aileyi ürküten yan etkileri nedeni ile ayaktan sağaltım gören hastaların yakından izlenmeleri, sık muayene edilmeleri ve yan etkilere karşı önlemler alınması gereklidir. Yan etkilerle iyileştirici etkiler arasında bir bağ saptanmamıştır.

10. İlacı reddeden hastalarda hastalığın depreşmesi sık görülür. Hasta işbirliği yapmıyorsa ve yatıştırılamıyorsa, kas-içi depo antipsikotiklerden yararlanılmalıdır.

11. İlaçların kan düzeyi ölçümleri ile ayarlanabilmesi henüz araştırma aşamasındadır. Yüksek kan düzeyleri ile hiçbir etki sağlanamayan olgular görüldüğü gibi, çok düşük kan düzeyleri ile belirgin iyileşmenin olduğu hastalar da vardır. Çok yüksek dozda ilaca hiç yanıt vermeyen bazı hastalar ilaç dozu düşürülünce belirgin düzelme gösterebilirler. Bu ters verilerin farmakolojisi henüz bilinmemektedir.

12. Değişik ilaçların bir arada kullanıldığı sık görülmektedir. Kimi olgularda birleşik ilaçların yararı olabilirse de, çok sayıda ilacın bir arada kullanılmasının çoğu hastada gereksiz olduğu bilinmektedir.

13. Hastaların bir bölüğünün ilaçlardan son derece yararlanmasına karşın, bir bölüğünün hiç yararlanmadığını, bir başka bölüğünde de ağır ve süregen yan etkilerin önemli sorun olabileceğini bilmemiz gerekir. Bu gibi durumlarda hastanın iyileşmeyeceğine karar verilmemeli, durumu gözden geçirilmeli, o güne dek ne gibi yolların ya da ilaçların denenmemiş olduğu araştırılmalıdır. Yıllar sonra belirgin düzelme gösteren hastalar vardır.

14. Hastalığı yatıştırmak, iyileştirmek amacı ile uzun süre verilen ilaçlar bazen hastalarda eksi belirtilerin artmasına, durgun, apatik bir durumun yerleşmesine ya da kalıcı yan etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenlerle ilaç tedavisinin yakından denetlenmesi, durum elverdiğinde düşük dozlara inmeye çalışılması uygun görülmektedir. Örneğin ayda bir depo flufenazin iğnesi yapılan bir hastada 45 günde bir de yapılabileceğinin bilinmesi[34] ve denenmesi uygun olur.

15. İlaç sağaltımında ilaç etkileşimlerini iyi bilmek gerekir. Bu konu *Bölüm XXVIII Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*'nda açıklanmıştır. Ayrıca, ilaç etkileşimleri için farmakoloji ve psikofarmakoloji kaynaklarına başvurmak gerekebilir. Şizofreni sağaltımında sıklıkla kullanıldığı görülen karbamazepinin ve başka enzim kamçılayıcılarının antipsikotiklerin kan düzeyini düşürebileceği unutulmamalıdır.

İlk Akut Şizofreni Nöbetinin Sağaltımı

Önce hasta ile konuşmaya, iletişim kurulmaya çalışılmalıdır. Kimi durumlarda bu çok güç, bazen de olanaksızdır. Aileden bilgi alınarak hastalığın nasıl, ne zaman başladığı öğrenilmeli, belirtiler iyice saptanmaya çalışılmalıdır.

Şizofreni sıklıkla kısa sürede gelişen renkli artı (pozitif) belirtilerle başlayabilir. Bu nedenle akut hastaların tanınması, ivedi sağaltımlarının yapılması çok önemlidir. Her hekimin bu tür bir rahatsızlığı en azından yatıştırmayı bilmesi gerekir. Ağır çılgınca davranışlar gösteren bir hastayı yakınları bağlayarak ya da zorla bir hekime getirebilirler. Pratisyen hekimin böyle bir hastaya bakmaması miyokard enfarktüsü geçiren bir hastaya bakmaması, ilk yardımı yapmaması gibidir.

Hastanın fizik ve nörolojik muayenesi yapılarak herhangi bir organik bozukluk (kafa travması; metabolik, toksik, enfeksiyöz hastalık) bağlı akut davranış bozukluğunun ya da deliriyumun olup olmadığı saptanmalıdır.

Hasta ağızdan ilaç alabilirse ve fazla taşkınlık göstermiyorsa ağız yolu ile bir antipsikotik ilaç verilebilir. Birinci kuşak antipsikotiklerin ortalama eşdeğer dozları Tablo I'de gösterilmiştir. Etkin dozda verilen bütün antipsikotikler çoğu zaman, özellikle akut dönemdeki belirtileri yatıştırmada etkilidir. Antipsikotik ilaç seçerken, karar esas olarak ortaya çıkma olasılığı yüksek yan etkilere göre verilir. Hastayı ve aileyi korkutan yan etkilerin görülmesi hastanın sağaltıma uyumunu bozabilir. Bu nedenle ilk seçilen ilaç klozapin dışındaki bir ikinci kuşak antipsikotik olabilir. Ancak, sağaltım maliyetini göz ardı etmemek ve birinci kuşak antipsikotiklerin ucuz ve etkili ilaçlar olduğunu unutmamak gerekir.

Akut psikotik nöbetlerde bir an önce sağaltımın etki göstermesini istiyorsak ya da hasta ağızdan ilaç almayı istemiyorsa kasiçi haloperidol, olanzapin, ziprasidon ya da zuklopentiksol'ün kısa dönemli depo formu (Clopixol acuphase(R)) uygulanabilir. Ağır akut psikoz durumlarında, hastada kısa sürede yatışma sağlanması için antipsikotik dozunun çok artırılması yerine, yüksek güçlü benzodiyazepinler (lorazepam, klonazepam, alprazolam) eklenmesi denenebilir.

Daha önceden sağaltım görürken bir depreşme (nüks) olduysa, depreşmenin ilacın kullanılmamasına ya da aksatılmasına bağlı olabileceği unutulmamalıdır. Bu durumda, hastanın daha önce yarar gördüğü ve rahat kullanabildiği ilaçla sağaltımın yeniden düzenlenmesi gerekir. İlaç kullanmasına karşın alevlenme olmuşsa ilaç dozu artırılarak sağaltım aynı ilaçla sürdürülür. Bir haftalık uygulama sonunda alevlenme kontrol altına alınamıyorsa, ilk ilaç etkin dozda tutulurken geçici bir süre için 5-15 mg haloperidole eşdeğer dozda birinci kuşak bir antipsikotik ağızdan ya da kasiçi olarak eklenir. Akut hastalık belirtileri yatıştıktan sonra eklenen ilaç iki hafta ağızdan sürdürülür. Daha sonra, ek ilacın dozunun azaltılarak kesilmesi hedeflenir. Amaç sürdürüm sağaltımını tek ilaçla sınırlı tutmaktır[158]. Hastalığın yinelemesini önlemek için ilacı kullanmayı uzun süre sürdürmek gerekir. Akut durum antipsikotiklerle yatıştıktan sonra ilacı sürdürmeyen hastalarda 6-24 ay içinde hastalığın depreşme olasılığı %60-75'dir[8]. Son yıllarda yapılan araştırmalar şizofrenide psikozun sağaltımsız kaldığı sürenin uzunluğunun hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir[128].

Hastalığı kabul etmeyen ya da psikiyatrik sağaltımlara karşı olumsuz tepki geliştirmiş hastaların ilacı reddetmesi ya da kısa sürede bırakması sık görülür. Bu gibi durumlarda uzun etkili kasiçi depo antipsikotikler büyük kolaylık sağlar. Hasta her gün ilaç almak zorunda kalmaz, 2-4 haftada bir yapılan kasiçi enjeksiyonlarla sağaltımını sürdürmesi mümkün olur. Depo ilaç uygulamasının daha kararlı plazma düzeylerini oluşturma, en düşük etkili doz yaklaşımında kolaylık sağlama ve sağaltımın sürdüğü merkezle bağlantının güçlenmesi gibi başka yararları da vardır[143]. Ancak, hastanın ilacı önce ağızdan bir süre kullanması ve yan etkilerinden fazla etkilenmediğinden

emin olduktan sonra depo kullanımına geçilmesi gerekir. Bir başka deyişle, *ilk kez görülen, daha önce antipsikotik kullanmayan, ilacın nasıl yan etki göstereceği bilinmeyen hastaya doğrudan depo antipsikotik ilaç başlanmamalıdır.* Çünkü depo ilaç bir kez yapılınca etkisinin kaybolması uzun süre alacaktır. Türkiye'de piyasada bulunan depo antipsikotikler: *Prolixin decanoate®, Fluanxol decanoate®, Clopixol depot®, Clopixol acuphase®, Risperdal Consta®* dır. Haloperidol depo yurt dışında kullanılmaktadır. 15-30 günde bir kasiçi yapılan bu uygulamalarla, bu süre boyunca uygun kan düzeyi sürdürülmüş olur. Depo flufenazinin (Prolixin decanoat®) 45 günde bir yapıldığında da aynı etkide sonuç alınabileceği bildirilmiştir[34]. İkinci kuşak antipsikotiklerden risperidonun depo formu ile sabit kan düzeyine ilk enjeksiyondan üç hafta sonra ulaşılır. Dolayısıyla risperidonun depo formunu kullanan hastada ilk üç hafta ağızdan ilaç kullanımını sürdürmek gerekir.

Antipsikotiklerle sağaltımın iyileştirici sonuçları hemen alınamaz. Kuşkusuz, akut taşkın durumlarda (eksitasyonlar) kısa sürede etki beklenir ve genellikle birkaç gün, birkaç hafta içinde sonuç alınmaya çalışılır. Gerekirse ek ilaçlar kullanılır. Daha sinsi ve yavaş ilerleyen olgularda bir ilacın etkili olup olmadığını anlayabilmek için 4-6 hafta beklemek gerekebilir. Altı haftanın sonunda yanıt alınmazsa farklı gruptan bir antipsikotiğe geçmek uygun olur. Eğer kısmen yanıt alınmışsa aynı ilaç 4-6 hafta daha sürdürülerek beklenir. İlacın etkisi konusunda, hekimin hasta ile birlikte karar vermesi çok yararlıdır. Sağaltımın başında ve karar aşamalarında hastalık belirtilerini niceliksel olarak ölçen bir ölçek (*Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği* ya da *Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği)* kullanmak sağaltımdan yararlanma düzeyini değerlendirmek açısından hekime büyük kolaylık sağlar[158].

Antipsikotik ilaçların ilk etkisi birkaç gün içinde görülmekle birlikte, tam olarak belirtilerin yatışması 2-12 hafta alabilir. Eğer ilk iki hafta içinde belirtilerde düzelme olmazsa [99]:

- Hasta ilaçlarını kullanmıyor olabilir.
- Tanıyı yeniden gözden geçirmek gerekir.
- İlacın dozu değiştirilebilir.
- Kasiçi uygulamaya geçilebilir.
- Prolaktin düzeyine bakılmalıdır (prolaktin yükselmesi psikotik belirtilerden çok depresif belirtileri artırır).
- Eksi (negatif) belirtiler belirgin ise: ikinci kuşak antipsikotikler denenebilir ya da seçici serotonin geri alım önleyici bir ilaç eklenebilir.
- Artı (pozitif) belirtiler düzelmediyse, başka gruptan bir antipsikotik ilaca geçilmelidir.

Yaygın uygulama, biri ikinci kuşak olmak üzere iki antipsikotikten yanıt alınamayan şizofreni hastalarına klozapin verilmesidir. Ancak son zamanlar-

da klozapin denemesi için tek ilaçtan yanıt alınamamasının yeterli olduğu yönünde yaklaşımlar da bulunmaktadır. Klozapin sağaltımına tam olarak yanıt alınabilmesi için 3-6 aylık bir süre gerekmekte olduğu unutulmamalıdır[158]. Sağaltıma dirençli hastalarda bazen gerekebilen birden fazla antipsikotiğin bir arada kullanılması ile yan etki riski artar. Birden çok antipsikotiğin bir arada kullanılması ancak, klozapin dahil tek ilaç seçeneklerinin kalmadığı durumlarda düşünülmelidir [154].

Yan etkiler nedeniyle ya da daha olumlu sonuç almak umuduyla birinci kuşak antipsikotiklerden ikinci kuşak antipsikotiklere geçilmek isteniyorsa yeni ilaca başlanarak devam edilirken, eski antipsikotik dozu günler ya da haftalar boyu azaltılarak kesilir.

Sık Kullanılan İlaçlar

Şizofreni sağaltımında kullanılan ilaçların etki odağı ve düzeneği henüz tam aydınlatılmamıştır. Antipsikotiklerin sinaps-ardı (postsinaptik) dopamin reseptörlerini bloke ettiği, aynı zamanda sinaps öncesi (presinaptik) nöron etkinliğinin artmasına yol açtığı görüşü yaygındır. Özellikle birinci kuşak antipsikotiklerin etkisinin daha çok D_2 reseptörlerinin bloke edilmesine, yan etkilerin ise muskarinik, H_1 ve α_1 reseptörlerinin blokajına bağlı olduğu kabul edilmektedir.

Birinci ve İkinci Kuşak Antipsikotiklerin Karşılaştırma Çalışmaları

İkinci kuşak antipsikotik (İKA) ilaçların şizofreni sağaltımındaki etkisini ve ekstrapiramidal belirtilere yol açma olasılığının düşüklüğünü gösteren çalışmalar artmaktadır. Bunun sonucu olarak, bütün dünyada ikinci kuşak antipsikotikler şizofreni sağaltımında ilk seçilen ilaç grubu olmaktadır. Öte yandan, ikinci kuşak antipsikotiklerle yapılan sağaltımlar birinci kuşak ilaçlarla yapılan sağaltımın on katı mali yük getirmektedir. İkinci kuşak antipsikotik ilaçlar hakkındaki bilgilerimizin dayandığı klinik ilaç çalışmaları günlük uygulamamızda gördüğümüz hastalardan çok farklı hasta grupları üzerinde çalışılmakta ve üretici ilaç firmaları tarafından yaptırılmaktadır. Alkol madde kullanımı, saldırganlığı, ek bedensel hastalığı olan hastalar bu çalışmalarda temsil edilmemektedirler.

Bu nedenle, son yıllarda bu ilaçlar üzerinde, ilaç firması desteği olmayan, geniş ölçekli, çok merkezli, uzun süreli çalışmalar yapıldı. Çok tartışma yaratan bu çalışmalardan biri, ikinci kuşak antipsikotik ilaçların yaşam niteliğine etkisi ve maliyet yarar oranı açısından incelendiği bir yıllık bir doğal izleme çalışması olan *CUtLASS çalışması*dır. Bu araştırmanın ana sorusu, yetersiz etki veya yan etkiler nedeniyle ilaç değişikliği yapılan hastalarda, yaşam niteliğindeki düzelme ve sosyal servislerin kullanım gereğinin azalması, sağaltımın maliyetindeki artışa değip değmeyeceğiydi. Bu çalışma, bir yılın so-

nunda, yaşam niteliği bakımından ikinci kuşak antipsikotiklerin daha üstün bulunmadığını bildirmektedir[65].

Ikinci önemli çalışma ise *CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness)* çalışmasıdır. Bu çalışma birinci ve ikinci kuşak antipsikotik kullanan şizofreni hastalarının 2 yıl boyunca izlendiği seçkisiz, çift-kör, kontrollü bir çalışmadır. Aşağıda bu çalışmanın kabaca deseni ve çok tartışma doğuran sonuçları özetlenmiştir [94, 147, 155]:

- Bu çalışmanın amacı ikinci kuşak antipsikotik ilaçları kendi aralarında ve bir birinci kuşak antipsikotik olan perfenazin ile uzun dönemli etkililik ve kullanım sürekliliği açısından karşılaştırmaktır. Etkililik ilacın kesilme zamanı, hastaneye yatış sayısı ve başarılı sağaltım süresi olarak tanımlanmıştır. Herhangi bir nedene bağlı olarak ilacı kesmek, hem etkililik hem de ilacın rahat ve güvenli kullanımı açısından fikir veren bir değişkendir.
- Çalışmanın birinci evresinde ABD'de çalışmanın yapıldığı dönemde ruhsatlı olan klozapin dışındaki bütün ikinci kuşak antipsikotikler (olanzapin, risperidon, ketyapin, ziprasidon) ve birinci kuşak antipsikotiklerden perfenazin karşılaştırılmıştır.
- Birinci evrede, antipsikotik ilacı bırakma oranı ketyapinde en yüksek (%82), olanzapinde en düşük (%64) olarak bulunmuştur.
- Birinci evre sonuçlarına göre etkililik açısından olanzapin diğer antipsikotiklerden üstün bulunurken; öbür antipsikotikler arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Ancak, olanzapinin kilo alımını artırıcı ve glükoz ve lipid metabolizmasını bozucu etkileri diğer antipsikotiklerden fazla bulunmuştur.
- Çalışmanın ikinci evresinde, kullandıkları ilaçları yeterince yararlanamamaları nedeniyle bırakan hastalar seçkisiz olarak klozapin, olanzapin, ketyapin ve risperidon gruplarına ayrılmışlardır. Bu gruplar arasında en fazla yarar sağlayan hastalar klozapin grubundakiler olmuştur. Bu gruptaki hastaların %44'ü (diğer grupların ortalama %18'i) 18 aylık çalışma süresince ilacı kullanmayı sürdürmüşlerdir. Klozapin grubundaki hastaların ortalama ilaç kullanma süreleri 10 ay; diğer ilaç gruplarındakilerin ise ortalama 3 ay olarak bulunmuştur.
- Hastaların hepsi klozapin kullanamamış ya da yan etkileri nedeniyle kullanmak istememişlerdir. Bir hastada ise agranülositoz görülmüştür.
- Yan etkiler nedeniyle ilaçlarını kesen hastalardan klozapin kullanmak istemeyenlerin katılmasıyla ziprasidon, olanzapin, ketyapin ve risperidon grupları karşılaştırılmıştır. Hem hastalar, hem de hekimlerin kullanılan ilaca kör oldukları bu gruplar arasında risperidon hastaları ortalama 7, olanzapin hastaları 6, ketyapin hastaları 4 ay ve

ziprasidon hastaları 3 aydan kısa bir süre çalışma ilacını kullanmayı sürdürmüşlerdir.

- Etkililik açısından fark görülmemekle birlikte, perfenazin grubunun ikinci kuşak antipsikotik gruplarına oranla sağaltım maliyeti çok düşük bulunmuştur.

Sağaltıma Dirençli Şizofreni

Şizofrenisi olan hastaların üçte biri birinci kuşak antipsikotiklerden yarar görmez. Hastaların küçük bir kısmı ilk psikoz nöbeti sırasında sağaltıma olumlu yanıt vermez; ilaçlara olumlu yanıt alamama çoğu zaman, hastalığın gidişi sırasında yavaş yavaş belirginleşir. Sağaltıma dirençli şizofreni için uygulanması beklenen ilaç sayısı ve süresi açısından farklı ve birbirine tam uymayan ölçütler önerilmiştir. Artı belirtilerin sürmesi, son beş yıl içinde mesleksel ve sosyal işlev düzeyinin hiç normale dönmemesi, genel olarak, sağaltıma yanıtsızlık olarak kabul edilmektedir [19].

Sağaltıma dirençli şizofreni hastasına klinik yaklaşım:

- Tanı gözden geçirilmeli;
- Ektanılar açısından hasta yeniden değerlendirilmeli;
- Madde kullanımı açısından taramalar, beyin görüntüleme, gerekiyorsa EEG yapılmalı;
- Hastanın ilacını düzenli kullanıp kullanmadığı araştırılmalı;
- Geçmiş sağaltım ve sağaltıma yanıt öyküsü yeniden alınmalı;
- Yaşam olayları, aile ve sosyal destekleri değerlendirilmeli.

Sağaltıma dirençli şizofreni hastasına farmakolojik yaklaşım [19]:

- Yeterli doz ve sürede hem birinci, hem ikinci kuşak antipsikotik kullandığından emin olunmalı;
- *Doz ayarlaması:* İlaca yanıt vermeyen hastada sıklıkla doz artırılması denenmektedir. Kimi zaman ikinci kuşak antipsikotiklerin ruhsatlandırıldıkları dozların üstünde daha etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, ketyapinin prospektüsünde şizofreni sağaltımında 150-750 mg dozlarda kullanılması önerilirken, klinik uygulamada ilacın antipsikotik etkisinin önerilen üst sınırın üzerinde etkili olduğu, kimi zamana 1600 mg/güne çıkmak gerektiği bilinmektedir. Bir başka doz ayarlama yaklaşımı ise eğer hasta yüksek doz ilaç alıyorsa azaltılmasını denemektir.
- *Klozapin:* Sağaltıma dirençli şizofreni hastalarında etkili olduğu kanıtlanan tek ilaç klozapindir. Birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerden en az birer ilacın denenip yarar sağlanmadığı ya da yan etkiler nedeniyle kullanılamadığı hastalarda denenmelidir. Sağaltıma uyum sağlayacağından emin olunan hastalara, ilacın olası yan etkileri ve

kan sayımı gerekliliği konusunda yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra başlanabilir.

- *Antipsikotik birleşimleri (kombinasyonları)*: Sık uygulanmakla birlikte iki antipsikotik ilacın bir arada kullanılmasının yarar sağladığı yönünde yeterli kanıt bulunmamakta ve bu uygulama ile yan etkiler artmaktadır. Bu yaklaşım, ancak, hastanın çok sayıda ilaç kullanıp, yarar sağlanmadığı durumlarda denenebilir. İlaçları seçerken ilaç etkileşimlerine dikkat edilmeli ve eğer yarar sağlanamazsa kesilmelidir.
- *Güçlendirme yaklaşımları*nda kesin olarak belirlenmiş endikasyonlar bulunmamakta ve ancak kısmi bir yarar sağlanabilmektedir. Bu amaçla *lityum, karbamazepin, valproat, antidepresanlar, benzodiazapinler* ya da *lamotrijin* denenebilir.

Şizofrenide Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)

Şizofrenide EKT artık sık uygulanmamaktadır. İlaçlara dirençli, çok ajite ya da katatonik hastalarda zaman zaman belirtilerin yatıştırılması amacı ile uygulanabilir.

ŞİZOFRENİ SAĞALTIMINDA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLAR

Bu konuda önce psikososyal yaklaşımın önemi ve araştırma verileri, sonra da ayrı başlık altında şizofrenide psikoterapinin temel ilkeleri özetlenecektir.

Oluş nedenleri ve psiko-fizyopatolojisi ne olursa olsun şizofreni, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında, kişiler-arası ilişkilerinde, işe, topluma uyumunda ağır bozukluklarla belirli bir hastalıktır. Bu hastalık ailede de ağır zorlanmalar (stres) yaratmakta, aile dengesini bozabilmekte, hastanın içinde bulunduğu toplumsal çevreyi değişik derecelerde sarsmaktadır. Böyle bir hastalıkta psikososyal sağaltım yöntemlerinin ve olanaklarının ele alınması zorunludur.

Şizofreni sağaltımında ilaçların olumlu etkisinin görülmesi psikiyatride ve nörokimyada bir çığır açtı. Bir yandan beyindeki biyokimyasal düzenekler üzerindeki bilgiler hızla artarken, bir yandan da ruh hastalarının ele alınış yöntemleri, hastane yapısı ve yönetimi ile psikososyal yaklaşımlarda büyük değişiklikler başladı. Hastaneler kapılarını açarak yatak sayısını azaltabildiler. Aile ve toplum içinde ayaktan sağaltıma ağırlık verilmeye başlandı.

Ancak, aşağıda sıralanan gerçekleri de göz önünde tutarsak şizofreni sağaltımının yalnız başına ilaçlarla yapılamayacağı açıktır:

- 60 yıl içinde ilaçlar uzun sürede ve birçok hastada kesin bir iyileşme sağlayamamışlardır.
- İlaçların, şizofreninin eksi (negatif) belirtileri üzerinde fazla etkili olamadıkları, hatta ikincil eksi belirtilere neden olabildikleri görülmüştür.

- İlaç alan hastalarda çok rahatsız edici, bazen de kalıcı yan etkilerin ortaya çıkabilmesi nedeniyle hastaların ilaç almaya karşı olumsuz tutumları sık görülmektedir.
- Düzenli sağaltıma karşın hastalıkta depreşmeler (nüksler) olabilmektedir.
- Hastanelere yatış oranı ve hastanede kalma süresi görece düşmüş olsa bile, tekrar yatışların sıklığı gene de yüksektir.
- Hastane dışında tutulabilen hastaların *yaşam niteliği* düşük olmaktadır.

Bu nedenlerle şizofreni sağaltımının tek yönlü olamayacağı, psikososyal yaklaşımlara önem verilmesi gereği açıktır. Şizofreni sağaltımında ilaçların, çeşitli psikoterapilerin ve ilaçlarla birlikte psikoterapilerin etkisi üzerinde yapılan araştırmalardan çıkan sonuçlar şöyle özetlenebilir [29, 36, 43, 53, 59, 95 111].

- *Şizofrenide ilaçlarla sağaltım zorunludur.* Akut dönemde bireysel, grup ve ortam sağaltımının belirgin etkisi gösterilememiştir. Ancak, en baştan, iyi bir hasta-hekim ilişkisinin kurulmasını amaçlayan destekleyici psikoterapinin ve eğitici yaklaşımın gerekli olduğu kabul edilmektedir.
- Akut ya da süregen dönemde klasik psikanalizin ya da yoğun psikanalitik yönelimli psikoterapinin etkisi olmadığı anlaşılmaktadır.
- Farmakoterapi ile birlikte destekleyici psikoterapinin birçok yönlerden daha üstün olduğu kanıtlanmış görünmektedir. Yalnızca ilaç sağaltımı gören hastalarda bir yıl içinde depreşme ve yeniden hastaneye yatma olasılığı % 40 dolayındadır. İlaç sağaltımına ek olarak hasta ve ailesine yönelik destekleyici psikoterapi ve eğitim uygulandığında bu oran % 20'ye düşmektedir[41].
- Şizofreninin oluş nedenleri arasında artık şizofrenojenik anne ya da şizofrenojenik aile görüşlerinin geçerli olmadığı kanıtlanmıştır. Ancak, hastalığın gidişinde ve sağaltımında aile-içi duygusal ortamın çok önemli olabileceği görülmektedir.

Daha önce de açıklandığı gibi, Dünya Sağlık Örgütünün eşgüdümünde yapılmış olan "Uluslararası Şizofreni İzleme Çalışması" [162] az gelişmiş ülkelerde şizofreni hastalığının gidiş ve sonlanışının gelişmiş ülkelerdekine göre daha olumlu olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun açıklanmasına gereksinim vardır. Bu bulgu, hastanın kendisinin, ailenin ve toplumun hasta kişiden *beklenti düzeyi* ile açıklanabilir:

Beklenti düzeyini a) hastanın kendisinden, b) ailenin, c) toplumun hastadan beklentilerinin yoğunluğu ve ağırlığı olarak tanımlayabiliriz. Örneğin, bir doktor ya da mühendisten toplumun, ailenin ve kişinin kendi kendisinden beklentileri, ister istemez, yüksektir. Bu kişinin hastalığın yol açtığı içine kapanma, ilgisiz kalma gibi özellikleri çevresi tarafından anlaşılamaz; kabul edilemez; ondan bu ilgisizliği, içine kapanıklığı bırakması beklenir. Kişi, yaşamın her alanında kendisine sözlü ya da sözsüz olarak sürekli iletilen bir

beklenti baskısı altında kalır. Böyle bir kişi, şizofreni hastalığının uyum ve verimi ileri derecede kısıtlayan belirtileri nedeniyle ne ailesinin, ne kendisinin, ne de toplumun beklentilerini karşılayabilecektir. Bir başka deyişle, böyle bir ortamda uyum için gerekli olan *ilgi, enerji ve bilişsel güç yatırımının beklentisi* bireyi ağır baskı altında tutacaktır. Oysa, kırsal kesimde çiftçilikle uğraşan bir ailede, beklentiler iş ve yaşam biçimi bakımından böylesine ağır ve yüksek olmaz; böyle bir ortamda uyum için gerekli olan *ilgi, enerji ve bilişsel güç yatırımının beklentisi* bireyi ağır baskı altında tutacak düzeyde değildir. İşte, az gelişmiş ülkelerde şizofreni sonlanışının görece daha iyi olmasını, bu ülkelerde yaşayan hastaların *üst düzeyde* bir uyum beklentisi içinde olmamalarına bağlayabiliriz.

Duygu dışa vurumunun (expressed emotions) yüksek ya da düşük olmasının da şizofreni hastalığının gidiş ve sonlanışında önemli bir etken olduğu kanıtlanmıştır. Aile içinde *duygu dışavurumu (expressed emotions-EE)* üzerinde yapılan araştırmalarda yüksek duygu dışavurumu (high EE) gösteren ailelerde hastalığın yineleme hızı ve sıklığı daha yüksek bulunmuştur [109]. Yüksek duygu dışavurumu gösteren aileler daha eleştirici, hastaya düşkün ve karışan ailelerdir. Bu ailelerle yapılan psikolojik eğitim ve destekleyici psikoterapi çalışmaları ile duygu dışavurumunun azaltılabildiği oranda hastalığın yineleme sıklığı ve hızı azalmaktadır. Şizofreni hastası olan aileye düzenli eğitimin ve aile bunalımlarını yatıştırma girişimlerinin ilaçların düzenli sürdürülmesinde ve yinelemelerin azaltılmasında önemli olduğu anlaşılmaktadır [43, 53, 54, 64, 95, 109].

Duygu dışavurumu düzeyi ile hastadan beklentilerin düzeyi arasında yakın bağ olduğunu açıklamakta yarar görüyoruz. *Beklentiler yükseldikçe ve hastalar bunları karşılayamadıkça, özellikle aile içinde ve hastanın kendisinde düş kırıklıklarına bağlı öfke ve üzüntü tepkilerinin daha şiddetli olacağını düşünebiliriz. Hasta, ailenin ve kendisinin beklentilerini, sınırlı bir biçimde de olsa, karşılayabilirse neşe, umut ve övgü tepkilerinin daha fazla olacağı açıktır.* Böyle durumdaki hasta, beklentileri karşılayacak ilgiyi, isteği ve bilişsel yetileri hastalığı nedeniyle gösteremedikçe, aile içinde karşılaşacağı duygu dışa-vurumunun şiddeti ister istemez artacaktır. Bu da araştırmalarda gösterildiği gibi hastalığın gidişini olumsuz etkileyecektir.

Bu beklentileri gerçekçi bir düzeye indirmek ve tutmak için aileye ve hastaya rehberlik yaparak öneriler getirmek gerekmektedir. Örneğin, şizofreni hastalığı olan bir hekimin, mühendisin, öğretmenin hem kendisinden belli düzeyde beklentileri olacak, hem de aile ve çevre bu kişiden, gerçekleştirmiş olduğu eğitim düzeyine uygun beklentilerini ister istemez, açık ya da kapalı olarak hastaya ileteceklerdir. Şizofrenisi nedeniyle bunları karşılayamayan hastaya uyum beklentileri daha sık iletilebilecek, karşılanmayınca da öfkeler, üzüntüler, düş kırıklığı duyguları daha yüksek düzeyde dışa vurulacaktır.

Bu noktanın sağaltımda büyük yeri vardır. Bleuler[22] 20. yüzyılın başında bu noktanın önemini görmüş ve klasikleşmiş kitabının sonundaki sağaltım

bölümünde, ailenin hasta hakkındaki üstün emellerini daha gerçekçi, alçak gönüllü bir düzeye çekmesini sağlamaya çalışmanın önemini vurgulamıştır. *"... Bütün yüksek emelli planlar bırakılmalıdır. Öbür yandan, hastalar hafif işlere yönlendirilmelidir. Ağırlaşma dönemleri yüzünden, hastanın uğraşları zaman zaman kesilebilir; bu yüzden, uğaşların seçimi önemli sorun yaratmayacak biçimde olmalıdır. Çiftlikte, bahçede çalışmak, kuşkusuz, en uygunudur..... Belli düzeni olan mekanik büro işleri kimi olgular için uygun olabilir. Ancak, belli bir sorumluluk gerektiren, bağımsız ve entellektüel işlere girişmemeleri için uyarılmalıdır. Kusursuz iş verimi beklenemez..... Her türlü pahalı sağaltımlara kapılmamak için uyarma aynı derecede önemlidir...." (sf. 471,472).*

İlaç kullanan ya da kullanmayan hastalarda uygulanan grup psikoterapileri üzerindeki araştırmaların çoğu grup psikoterapisi lehine büyük bir fark bildirmemektedir.

Öncelikle ağır *yetiyitimi (disability)* gösteren süregenleşmiş hastalarda düzenli farmakoterapi ile birlikte *öğrenme ilkelerini* kullanan, psikolojik ve sosyal beceriler kazandırmaya yönelik eğitim programları (psychoeducation, social skills training) önem kazanmaktadır. Bu eğitim programlarında dikkati toplama, anlatabilme, basit işler görme, insan ilişkilerini geliştirme amacı ile kolay ve basit becerilerden karmaşık becerilere doğru artırılan öğrenim uygulamaları yaptırılmaktadır[12, 29, 53, 54, 59, 64, 95].

Şizofreni hastalarının sağaltımı büyük oranda ailenin ve toplumun tutumlarına, inançlarına, önyargılarına da bağlıdır. Hastaların önemli bir kesimi damgalanma korkusu ve bilim dışı inançlar yüzünden ya da ekonomik nedenlerle kendi evlerinde saklı tutulmakta; muayene ve sağaltım için hekime, bir sağlık kuruluşuna bile götürülmemektedirler. Böyle bir ortamda toplumun, ailenin eğitiminde, psikiyatri eğitim kurumlarının, derneklerin, medyanın, sivil toplum örgütlerinin, özellikle devletin etkin sorumluluk almaları gerekmektedir.

Şizofrenide Psikoterapi

Oluş nedenleri arasında ne tür etkenler bulunursa bulunsun, şizofrenisi olan kişi kendi benliğine ve çevresine güvenini ağır derecede yitirmiştir. Ona göre, insan ilişkileri düş kırıklıkları, aldatılmalar, oyuna gelme, özerkliğin yitimi, yenilip yutulma gibi kaygılarla doludur. Bu nedenle insan ilişkilerinden korkar ve kaçar, kendine özgü dünyasına kapanır. Ama bir yandan da insan ilişkilerine gereksinimi vardır ve bu gereksinim bazen çok yoğundur. Bu "gereksinim-korku ikilemi" (need-fear dilemma) içinde hasta, insan ilişkilerini düzenleyemez, geliştiremez. İlişki kurmak istedikçe korkuları artar; korkuları arttıkça ilişki kurmak güçleşir. *Böylesine süregen bir bocalama içinde olan hastanın güvenilir, sürekliliği olan bir kişiye ya da kişilere dayanması zorunludur. Bu nedenle de şizofrenide psikoterapinin ve psikoterapötik yaklaşımın önemi büyüktür* [100, 159].

Psikoterapinin ve psikerapötik yaklaşımın temel ilkeleri *Bölüm XXX. Psikoterapiler*'de açıklanmıştır. Burada şizofreniye özgü olan noktalar vurgulanacaktır. Şizofreni hastalarının sağaltımında, ilk görüşmeden başlayarak güven sağlayıcı, sürekli bir ilişki gerekmektedir. Hastaya karşı dürüst, açık sözlü, ilgili, onu anlamaya çalışan; kısa sürede sonuç alınamayınca hastayı bırakmayan, reddetmeyen, direşken (sebatlı) bir sağaltımcı başarılı olabilir. Böyle bir sağaltımcı, şizofrenisi olan kişinin dünyasının bir anlamı olduğuna inanır; onun kişiliğine saygı duyar. Hastasına ne aşırı sevgi belirtileri ile yalancı analık, babalık ya da kardeşlik oyunu oynar; ne de soğuk ve uzak kalır.

İyi bir psikoterapide belli psikoterapi okullarına dogmatik biçimde bağlı kalınmaz. Şizofreni psikoterapisinde psikanalitik ve varoluşcu yönelimli psikoterapiler önemli katkılar yapmışlardır. Fakat bunların klasik kuram ve kurallarının katı biçimde uygulanması ilişkinin kısa zamanda kopmasına, hatta zararların ortaya çıkmasına yol açabilir. Hasta daha çok dağılabilir, içe kapanması artabilir.

Psikanaliz psikiyatriye dinamik kavramları getirmiştir. Bunlar olmaksızın psikoterapi uygulanamaz. Ancak, serbest çağrışıma, düşlerin yorumlanmasına, aktarımın (transferans), direncin (rezistans) çözümlenmesine dayanan ve uygulama sırasında hastayı görece uyaran yoksunluğunda bırakan klasik psikanaliz şizofrenide uygulanmamaktadır. Böyle bir yaklaşımı savunanlar olmuşsa bile, genellikle klasik psikanalizin hastanın daha fazla çözülmesine, dağılmasına yol açabileceği görüşü yaygındır. Bunun gibi, şizofrenide *hipnoanaliz, narkoanaliz* gibi araçlar da sakıncalıdır. Bu yöntemler de hastanın benliğinin daha dağılmasına, parçalanmasına neden olabilir.

Çökkünlüklerin ve bunaltı bozukluklarının sağaltımında önemli yeri olan *bilişsel-davranışçı* sağaltımın şizofrenideki yeri konusunda 1969'dan sonra tek tük yayın çıkmış olsa bile, uzun yıllar bu konunun üzerinde fazla durulmamıştı. Ancak, son yıllarda özellikle İngiltere'de, bilişsel-davranışçı sağaltım uygulayarak yapılan izleme ve sonlanım (outcome) çalışmaları, şizofreni hastalarında bilişsel-davranışçı sağaltımın etkili biçimde uygulanabileceğini göstermektedir. Bu konuda yapılan yayınlar artmakta ve uygulama görece yaygınlaşmaktadır. Kuşkusuz her türlü sağaltım türünde olduğu gibi, sağaltımın, değişik hastalık türlerine ve hastanın özelliklerine göre ayarlanması zorunluluğu vardır. Çökkünlüklerin sağaltımında bilişsel-davranışçı sağaltımın ilkeleri ve uygulama yöntemleri oldukça iyi bir biçimde belirlenmişse de şizofreni hastaları için bunu söyleyebilmek güçtür. Şizofreni sağaltımında uygulanacak bilişsel-davranışçı sağaltımda özetle şu noktalar vurgulanmaktadır[155]:

a) Hastayla iyi bir işbirliğinin kurulması
b) Şizofreni belirtilerinin açıklanmasında hastaya seçeneklerin gösterilmesi

c) Artı ve eksi belirtilerin hasta üzerindeki etkilerini azaltıcı düşünce seçenekleri önererek, hastanın bu belirtilere bakış açısını değiştirmesine yardımcı olmak
d) Hastanın ilaçlarını düzenli alması için tıbbi modelin dışında öneriler sunmak

Bu gelişmeleri de göz önünde tutarak şizofreni hastasının psikoterapisinde belli bir psikoterapi akımına bağlı kalmamak, hastanın bireysel durumuna göre ayarlanmış, gerektiğinde davranışçı yöntemleri de kullanabilen destekleyici, rehberlik yapıcı, açıklayıcı; hastalığa, depreşmelere, stres etkenlerine karşı içgörü kazandırıcı ve her şeyden çok, uzun süreli ilişkinin oluşmasını sağlayan bir psikoterapi süreci düşünülmelidir.

Hastayı uğraşıya yöneltmeye, çeşitli yeti ve yeteneklerini kullanmasına, bunları geliştirmesine yardımcı olacak her türlü araç ve girişime başvurulmalıdır. Hasta ve ailesine eksi (negatif) belirtilerin ilaçlarla kolay geçmediği, bunlara karşı hastanın ve çevresinin çaba göstermesi gerektiği açıklanarak vurgulanmalıdır. Ancak, şu da unutulmamalıdır ki, şizofrenisi olan kişi, zorlamaya, uzak ve soğuk ilişkilere, aşırı sevecen, aşırı denetleyici tutumlara pek gelmez. Bu süreçte zaman zaman uzun süreli görüşmeler gerekli olabilirse de, çoğu zaman görüşmelerin süresi hastanın o anki durumuna ve ilgi düzeyine göre ayarlanmalı ve görüşme sırasında uzun süreli suskunluğa yer verilmemelidir. Bunun gibi görüşme sıklığı da hastanın durumuna ve gereksinimlerine göre ayarlanmalıdır. Akut dönemlerde hasta sık görülmeli, görüşme süreleri fazla uzun tutulmamalıdır.

Hastanede yatan hastaları onların yeteneklerine, becerilerine uygun biçimde uğraştırmak, öğretmek, yatkın oldukları alanlarda gelişmelerine yardım etmek şizofreni hastalarının sağaltımı ile uğraşan her hekimin üzerinde en çok duracağı noktalardır.

Aile Psikoterapisi

Şizofreni genellikle henüz aile içinde yaşamakta olan genç kişide ortaya çıkar. Bu kişide hastalığın başlangıç belirtilerini, değişimleri en çok aile farkeder. Hastalık aile yaşamı içinde uzun yıllar sürer. Özellikle, aile bağlarının güçlü olduğu ülkemizde, aileler hastalarını gizlemeye çalışabilirler, hastaneye yatırmaktan çekinirler, suçluluk duyarlar; aile bağları ve töreleri herşeyin önünde gelebilir. Hastane olanakları zaten çok kısıtlı ya da çok olumsuzdur. Hastaların önemli bir kesimi hastalığı ve sağaltımı reddederler. Sağaltım gören hastalar da bir miktar uyum sağlayabilir duruma gelseler bile, onlara koruyucu iş ortamları, aile dışında koruyucu barınma yerleri vb hemen hemen hiç yoktur. Hastaların çoğu kısa süreli hastane bakımı dışında aile içinde yaşarlar ve bu hastaların bakım, sağaltım sorunları tümden aileye kalır. Hastanın durumu bozulunca hekime ya da hastaneye bilgi verecek kişiler aile bireyleridir. Tüm sorumluluk aileye kalmıştır. Sosyal devlet anlayışı ile

hastalara geniş bakım olanakları sağlayan Batı ülkelerinde bile hastaların çoğunun kaldığı, yaşadığı ve sağaltım gördüğü yer aile ortamıdır.

Kanımızca, bütün organik ve ruhsal hastalıklar arasında aile bireylerini ağır derecede, uzun yıllar boyunca en çok etkileyen, bir aileyi ruhsal, sosyal, ekonomik yönden en çok yıkıma uğratan hastalık şizofrenidir. Bir şizofreni hastasının, özellikle ülkemizde, ailesinden başka gideceği yer yok gibidir. Ayrıca, aile içindeki duygusal alış-veriş ortamında ailenin hastadan ve hastanın aileden beklentilerine bağlı olarak ortaya çıkan aşırı duygu dışavurumu (expressed emotions) hastalığın depreşmesinde, yeniden hastaneye yatırılma zorunluluğunun ortaya çıkmasında önemli bir etken olabilmektedir.

Bütün bu nedenlerle, şizofreni sağaltımında ailenin de ele alınmasında, aile ile görüşme yöntemlerinin, aile psikoterapisinin temel ilkelerinin bilinmesinde büyük zorunluluk vardır.

Şizofreni sağaltımında ilaçların önemi daha önce anlatılmıştı. İlaçla sağaltımı sürdürürken, hastadaki gelişmeler üzerinde en güvenilir bilgileri aileden alabiliriz. Bu bilgileri hastanın arkasından değil, aileyi hasta ile birlikte görerek almakta büyük yarar vardır. Hasta arkasından gizli konuşmaların yapılmadığını, kendisinin dışlanmadığını, hekimine güvenebileceğini bu sayede anlar. Konuya doğrudan aile psikoterapisi açısından bakılmasa bile, şizofrenide yalnızca ilaçla sağaltım yaptığını düşünen bir hekim de, aileden hem bilgi almak, hem de aileye bilgi vermek, aileyi durum hakkında aydınlatmak zorundadır. *Aileyi dışlayan bir şizofreni sağaltımı düşünülemez.*

1960'lı yıllarda aile psikoterapisinin giderek artan bir uygulama alanı bulmasıyla şizofreni sağaltımında aileyi toplu halde psikoterapiye almak oldukça yaygınlaşmıştı. Klasik anlamda aile psikoterapisinde aile içi iletişimi ve etkileşimi anlayabilmek için bütün aile bireylerini görüşmeye almak gerektiği kabul edilir. Bu tür çalışmalar şizofreni hastalarının ailelerinde önemli iletişim bozuklukları olduğuna ilişkin kuramlar (örneğin ikili çıkmaz kuramı, aile yarılması kuramı gibi) geliştirilmesine yol açmıştır.

Son otuz yılda şizofreni sağaltımında ailenin eğitimi, desteklenmesi, dengesinin korunması yönünden çalışmalar klasik aile psikoterapisinin önüne geçmiştir. Aileyi de içine alan bir psikoterapötik yaklaşım için şunlar önerilebilir:

- Hastanın değerlendirilmesinde ve sağaltım süresinde aileden bilgi almak zorunluğu vardır.
- Hastanın tanısı, sağaltımı, hastalığın gidişi konusunda aileye bilgi verilmelidir. Ancak, bu bilgiler verilirken hekim katı tanı, katı prognoz kalıplarından kaçınmalıdır. Özellikle çok genç ve yeni hastalarda, ciddi bir ruhsal bunalımın söz konusu olduğu, asıl tanının konabilmesi için hastanın bir süre izlenmesi gerektiği belirtilmelidir. Hastalığın iyileşip iyileşmemesinin birçok etkene bağlı olduğu açıklanmalıdır. Örneğin, hastaların hekim hekim dolaştırılmalarının sakıncaları, aile

içinde tutarlı bir desteğin bulunması, ilaçların düzenli alınabilmesi için hastaya yardımcı olunması, aile içindeki beklentilerin aşırı oluşu gibi çeşitli koşulların olası etkileri aileye açıklanmalıdır.

- Bazen, şizofreni hastalarının aileleri ile verimli ilişki ve işbirliğini kurmak kolay olmayabilir. Hasta ile yaşanan iletişim güçlüğüne benzer sorunlar aile bireyleri ile de görülebilir. Bu sorunlar aile içinde güç bir hastanın bulunmasından kaynaklanmış olabileceği gibi, ailenin başka üyelerinde de şizofreni yelpazesine giren bozukluklar bulunmasına bağlı olabilir. Bütün bu nedenlerle aileye psikoterapötik ve eğitici yaklaşım zorunludur.
- Ailede sıklıkla annenin, babanın, kardeşlerin kendilerini ya da birbirlerini suçlama eğilimlerine karşı hekim, suçlanmaları ve suçlamaları gidermeye çalışmalı; aile bireylerindeki yanlış tutumları suçluluk duygusu yaratmayacak biçimde kendilerine göstermeye çalışmalıdır. Suçluluk duyguları ister istemez aşırı öfke ya da üzüntü tepkilerine yol açarak hastayı yüksek duygu dışavurumu karşısında bırakabilir.
- İlaç sağaltımı için günlük dozlar, süre, yan etkiler konusunda aileye yeterli bilgi verilmeli, örneğin basit bir akut distoni ya da akatizi nedeniyle ailenin aşırı gereksiz telaşa kapılması önlenmelidir.
- Aileye hastalığın doğasında bulunan artı ve eksi belirtiler hakkında bilgi verilmeli, özellikle eksi belirtiler için ailenin hastaya destek olabilecekleri anlatılmalıdır. Örneğin hastanın aşırı uyumasını, miskinliğini, ilgisizliğini azaltabilmek, giderebilmek için sabırla, hastayı aşırı karşıtçılığa (negativizme) itmeden yardım yolları aile bireyleri ile birlikte araştırılmaya çalışılmalıdır.
- Aileler karşı karşıya kaldıkları sorunda kendilerini çok yalnız ve çaresiz hissedebilirler. Şizofreni hastalarının ailelerinin kurduğu derneklere yönlendirmekte yarar vardır. Kendisiyle benzer durumları yaşamış başka insanlara ulaşmak, onların bu yalnızlık ve çaresizlik duygularını azaltacaktır.

Şizofrenisi Olan Hastanın Evlenme Sorunu

Ergenlik çağını geçirmiş, yetişkin yaşa gelmiş şizofreni hastalığı olan bir kişinin evlenme sorunu değişik bağlamlarda ortaya çıkan, hasta, aile ve hekim için çözümü güç bir konudur. Aileler sıklıkla "evlendir, geçer" önerisi ile karşılaşırlar. Özellikle kırsal, yarı kırsal kesimde yaşayan toplumda bu tür öneriler daha çok görülür. Zaman içerisinde, hastalarının sağaltımla da fazla düzelmediğini gören aileler, çaresizlik içinde, kendilerini böyle bir öneriye kaptırırlar ve hasta çocuklarını evlendirirler. Çoğu kez bu evlendirmelerde hastalık gizli tutulur. Gözlemlerimize göre, sıklıkla sonuç, hem eşler, hem aileler için büyük düş kırıklığı ve acıdır. Üstelik, bakım ve yetiştirme sorunları olan çocuklar da doğabilir. Hasta eş aile içinde hiç bir sorumluluk alamayabi-

lir, sağlam eş bırakıp gidebilir. Hastalığın sağaltımı için yapılacak bir evliliğin yararlı olabileceğine ilişkin hiç bir bilimsel veri yoktur.

Bazen, hasta genç, doğal cinsel doyumsuzluklar ya da başkalarının etkisi ile ailesine evlendirilmek için baskı yapabilir. Bu durumlarda da aile bu baskıya direnmeli ve hastanın bu isteğini bir ruh hekimi ile görüşmesini sağlamaya çalışmalıdır.

Böyle sorunlar karşısında ruh hekiminin tutumu ne olmalıdır? Bu konuda kesin genel bir kuralın olmamasının, her olgunun kendi durumunun özellikleri ile değerlendirilmesinin gerektiği kanısındayız. Her ne kadar medeni kanun ağır ruh hastalarının evlenmelerini yasaklıyorsa da, ruh sağlığı açısından konu bu denli katı ve kesin bir yasa ile kestirip atılamaz. Şizofrenisi olan hastaların bir kesimi, uygun düzeyde bir iyilik durumunu uzun süre sürdürebilirler. Böyle bir durumda bir yasa hükmü ile davranmak zorunda kalmamalı ve kararı hastanın ve ailesinin ortaklaşa alabilmelerini önerebilmeliyiz. Hekim, hastanın durumunu değişik yönleri ile incelemeli, hasta ile ilişkisini koparmamaya çalışmalı ve onun için en sağlıklı yolu aradığını belli etmelidir. Örneğin, ağır ilgisiz, eylemsiz ve de evlenmek isteyen bir hastaya "önce iş, sonra eş" gibi bir söylemle, en az iki yıl bir işte tutunmasını, ilaçlarını düzenli almasını ve iki yılın sonunda konuyu yeniden tartışmayı önererek hasta ile işbirliğini sürdürmeye çalışabiliriz. Bu noktada hastaya ve aileye evlenmeden önce karşı tarafa bir ruhsal hastalık geçirdiğini ve ilaç kullandığını söylemeleri önerilmelidir. Eğer evlenmeye aday kişi hastanın durumu ile ilgili bilgi almak isterse hekimin yardıma hazır olduğunu bildirmesinde yarar olduğu kanısındayız.

Sağaltımı Reddeden Hasta

Şizofreni hastalarının önemli bir kesimi hastalığı kabul etmeyebilir; hekime, hastaneye gitmeye karşı büyük direnç gösterebilir. Böyle durumlarda, aile bireyleri ne yapacaklarını şaşırırlar; çaresizlik içinde hekimi sıkıştırırlar. Sağaltımı kabul etmeyen süregen şizofrenisi olan hasta bütün bir aileyi perişan edebilir. Bu nedenle, hekimin aileyle görüşerek konunun zorluğunu açıklaması, onlara destek olması, hastayı ikna etme yollarını aileyle birlikte araştırması; hastanın regresif yanlarını destekliyorlarsa bu tutumlarını değiştirmelerine yardımcı olması; bir takım perde arkası oyunlar izlenimi bırakabilecek gizli konuşmaların, gizli planların (kandırarak hastaneye götürmek gibi), hekimle yapılan hastayı dışlayan görüşmelerin önlenmesi için gerekli açıklamaları ve uyarıları yapması gerekir.

Hastaneye Zorla Yatırma

Zorla ya da aldatılarak hastaneye yatırılma konusunu kısaca tartışmak gerekir. Şizofrenisi olan hastalar arasında rahatsızlığı kabul etmeyen, sağaltımı reddeden kişilerin bir kesimi zaman zaman ağır psikoz durumlarına gi-

rerler; saldırgan olabilirler, özkıyım girişimlerinde bulunabilirler. Hastaneye yatırmaktan başka çözüm yolu olmayabilir. Fakat hasta buna da karşı gelebilir. Böyle bir durum bir ailenin karşılaşabileceği en zor sorunlardan biridir. Böyle bir hastayı evinden alarak hastaneye götürebilecek yardım olanaklarını bulmak da son derecede güçtür. Hekimlerin büyük bir kesimi hastayı aldatarak ya da zor kullanarak hastaneye götürmenin insan ve hasta haklarına aykırı olabileceğini de düşünebilirler. Bir yandan da hastanın ve ailenin içinde bulunduğu çok güç durum vardır.

Bu noktada önerimiz elden geldiğince bir hastane sağaltımının gerekliliğine hastanın inandırılmaya çalışılmasıdır. Bunu yapacak kişiler hekimin kendisi ve hastanın güvenebildiği aile bireyleridir. Zor kullanarak hastaneye yatırmayı elden geldiğince son çare olarak görmeliyiz. Hasta ve aile için çok zor durumlarda buna gerek olabileceğini bilmemiz gerekir. Bu zorunluluk varsa, hastaya nedenleri ve nasıl yapılacağı açıkça söylenmeli; kimseye fiziksel zarar gelmeyecek biçimde zorla götürülme yolları aranmalıdır.

Daha önce de belirtildiği gibi şizofreni hastalarında *özkıyım* riski yüksektir. Özkıyım olasılığı yüksek şizofreni hastalarının hastaneye yatırılması zorunlu olabilir. Ancak, özkıyımdan korumak amacı ile hastayı aylar, hatta yıllar boyunca hastanelerde tutmaya çalışmak yarardan çok zarar getirebilir.

Bleuler'in[22] *"Erken Bunama ve Şizofreniler Grubu"* başlıklı kitabının son paragrafı Bleuler'in insancıl ve gerçekçi yanını gösteren bir sonlandırıştır. Bu paragrafı bugün için de geçerli çağdaş bir görüş saydığımız için buraya aktarmak isteriz:

"Şizofrenik belirtilerin en ciddisi özkıyım dürtüsüdür. Bu fırsatı kullanarak şunu açıklamak isterim ki, bizim şimdiki toplumsal sistemimiz bu konuda ruh hekiminin büyük ve gereksiz zulum yapmasını beklemektedir. İnsanlar, geçerli nedenlerle artık dayanılmaz noktaya gelmiş olan bir yaşamı sürdürmeye zorlanmaktadırlar; yalnızca bu, yeterli derecede kötüdür. Ama, daha kötüsü, hastaları sürekli ve aşağılayıcı bir denetim altında tutarak, zaten dayanılmaz olan bir yaşamı daha da dayanılmaz duruma getirmektir. Hastaların artık kendileri için yalnızca olumsuz bir değer taşıyan yaşamlarını sürdürme görevini üzerimizde tutmamış olsaydık, bizim hastayı korumak için kullandığımız kötü yollardan çoğu gereksiz kalacaktı. Üstelik bunlar bir işe yarasaydı! Ben de Savage'ın düşündüğü gibi, kesin inanıyorum ki, hastaları denetim altında tutmanın kendisi özkıyım dürtüsünü uyandırmakta, artırmakta ve sürdürmektedir. Hastaları kendi isteklerine bıraksak, onların yalnızca çok azı kendilerini öldürürler. Bu da bizim yüzlerce hastaya işkence yapmamızı ve hastalıklarını artırmamızı haklı gösterebilir mi? Çağımızda, biz ruh hekimleri toplumun zalim görüşlerine uymanın trajik sorumluluğunu yüklenmiş durumdayız; gene de, yakın bir gelecekte bu görüşlerde bir değişiklik olması için bütün gücümüzle savaşmak sorumluluğumuz var." (sf: 488-89)

Şizofrenide Süregenleşme ve Yetiyitimi Sorunu

Psikofarmakolojik ve psikososyal sağaltımdaki son gelişmelerle iyileşmez diye bilinen hastalarda bile bazen hatırı sayılır iyileşmelerin olabileceği, hepsinde verimli iş uyumu olmasa bile oldukça yeterli bir sosyal uyumun sağlanabildiği görülebilmektedir. Kuşkusuz hiçbir hastadan umut kesilemez. Ama, bütün ilerlemelere karşın günümüzde de denebilir ki hastaların yaklaşık %25-30'u eldeki olanaklarla ne tür sağaltım yapılırsa yapılsın belirgin bir iyileşme gösteremez ve ciddi yetiyitimi ile süregenleşmiş hastalar olurlar. Bu hastalara bakım bütün dünyada aile ve toplum için büyük sorun olmaktadır. Çok sayıda hastayı uzun süre tutabilen büyük hastanelerdeki hasta nüfusunun önemli çoğunluğunu bu insanlar oluşturmaktadır.

Antipsikotiklerin kullanılmaya başlandığı 1950'li yıllardan beri hem hastanelerde yatan hasta sayısı, hem hastanelerin yatak sayısı yarıdan fazla azalmış olmakla birlikte, yetiyitimi olan, süregen hastaların hastanelerde bakılma oranı hala yüksektir. Şunu da çok iyi biliyoruz ki, bu tür hastalar için bu hastanelerde yaşamak en uygun çözüm değildir. Üstelik ülke ve aile ekonomisine de ağır yük oluşturmaktadırlar. Bu hastalara ne yapılabilir sorusu bugün ruh sağlığı hizmeti veren kuruluşların olduğu gibi, devletin, sosyal yardım kuruluşlarının, sağlıkla ilgili tüm sivil toplum örgütlerinin en önemli sorunlarından biridir. Dünyada yapılmaya çalışılanlara ve kendi kişisel deneyimlerimize dayanarak önerilerimizi sıralamaya çalışacağız:

- "Depo hastaneler" kavramı artık tarihe karışmaktadır ve karışması da gerekmektedir. En zengin ülkeler bile depo hastanelerden kurtulmaya çalışmaktadırlar. Kuşkusuz, depo hastaneler arttıkça depo hasta sayısı da artacaktır.
- İleri derecede süregenleşmiş hastaların büyük çoğunluğu ülkemizde aile içinde bakım görmektedir. Bu, büyük oranda ülkemizde aile bağlarının güçlü oluşu, bir oranda da olanakların yetersizliği yüzündendir.
- Hastaları uğraşıya, çeşitli etkinliklere yönlendirebilecek özel bakım evleri, korumalı çiftlikler, korumalı işyerleri bu hastalar içinen uygun bakım yerleri gibi görünmektedir. Bu kuruluşlarda eğitimci, klinik psikolog görevli olabilir. Fakat bunları personel, araç-gereç bakımından bir hastane gibi donatmaya gerek yoktur. Bu hastaların zaman zaman durumlarının kötüleşmesi, hastalığın depreşmesi durumlarında onları izleyen, gerekirse kısa süreli yatırarak sağaltım veren yerel klinik olanakları bulunmalıdır.
- Şizofreni hastalarının dernekleşmeleri ülkemizde de başlamıştır. Bu derneklerle işbirliği yapılması ve toplum içinde şizofrenisi olan kişilerin damgalanma korkusunun yayılmasını önlemeye çalışmak zorunludur.

KAYNAKLAR

1. **Abi-Dargham (2004)** Do we still believe in the dopamine hypothesis? New data bring new evidence. Int J Neuropsychopharm 7 (s1):1-5.
2. **Abou-Saleh MT (2006)** Neuroimaging in psychiatry: an update. J Psychosomatic Res 61:289-293.
3. **Akarsu AN, Lüleci G (2002)** Gen haritalaması: Ne demek, haritalar nasıl oluşturuluyor, neler içeriyor, nasıl yorumlanıyor? Dokuz Eylül Tıp Dergisi; (İnsan genomu projesi-özel sayı): 29-39.
4. **Aksel İ Ş (1959)** Psikiyatri. İstanbul : İsmail Akgün Matbaası. sf. 108-109.
5. **Amador XF, Kirkpatrick B ve ark (1999)** Stability of the diagnosis of deficit syndrome in schizophrenia. Am J Psychiatry, 156(4):637-639.
6. **American Psychiatric Association (1987)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. baskı (DSM-III-R) Washington DC American Psychiatric Press. Kısaltılmış Cep Kitabının Türkçe Çevirisi: E Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
7. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-(DSM-IV), 4. Edition. Washington DC: American Psychiatric Association. Türkçe Çevirisi: E Köroğlu ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
8. **American Psychiatric Association (2000)** Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2000. Washington DC: American Psychiatric Association.
9. **Andreasen NC (1985)** Positive and negative schizophrenia: a critical evaluation. Schizophrenia Bull. 11: 380-389.
10. **Andreasen NC (1987)** The diagnosis of schizophrenia. Schizophrenia Bull. 13.9.22. Special Report: Schizophrenia 1987.
11. **Andreasen NC (1990)** Methods for assessing positive and negative symptoms Mod Probl Pharmacopsychiatry 24:73-88.
12. **Andreasen NC (2001)** Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome. Oxford University Press.
13. **Andreasen NC, Black DW (2006)** Introductory Textbook of Psychiatry, 4. Baskı. Washington, DC American Psychiatric Press.
14. **Andreasen NC, Paradiso S, O'Leary DS (1998)** "Cognitive Dysmetria" as an integrative theory of schizophrenia: a dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? Schizophrenia Bull. 24,(2):203-218.
15. **Anıl Yağcıoğlu AE, Ertuğrul A, Başar K, Ayhan Y, Ulusoy S. (2004)** Çeviri, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği için Yapılandırılmış Klinik Görüşme: SCI-PANSS. Telif hakkı© 1992, 1999 Multi-Health Systems Inc.Tüm hakları saklı. ABD'de P.O.Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003. Kanada'da 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, 1-800-268-6011. Uluslararası +1-416-492-2627.Fax +1-416-492-3343. İzin ile çoğaltılabilir.
16. **Arieti S (1974)** Interpretation of Schizophrenia. 2. Baskı, New York: Basic Books.
17. **Aydemir Ö, Köroğlu E (2006)** Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
18. **Barnes TR, Mutsasa SH, Hutton SB ve ark (2006)** Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. Br J Psychiatry 188:237-242.
19. **Barnes TRE, Dursun S (2005)** Treatment resistance in schizophrenia. Psychiatry 4:68-70
20. **Bateson G, Jackson DD ve ark (1956)** Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1: 251-264.
21. **Benes FM (1998)** Model generation and testing to probe neural circuitry in the cingulate cortex of postmortem schizophrenic brain. Schiz Bull 24: 219-230.
22. **Bleuler E (1911)** Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. İngilizce Çevirisi J. Zinkin. New York: International Universities Press, 1955.
23. **Breier A ve ark (1994)** The effect of clozapine on plasma norepinephrine: relationship to clinical efficacy. Neuropsychopharmacology 10:1-17.
24. **Buchanan RW, Breier A ve ark (1998)** Positive and negative symptom response to clozapine in schizophrenic patients with and without deficit syndrome. Am J Psychiatry, 155(5): 751-760.

25. **Buchanan RW, Buckley PF ve ark (1998)** Schizophrenia research: a biennium progress. Schiz. Bull. 24:501-518.
26. **Buchanan RW, Carpenter WT (2005)** Concept of schizophrenia. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. sf: 1329-1345.
27. **Buchsbaum MS, Hazlett EA (1998)** Positron emission tomography studies of abnormal glucose metabolism in schizophrenia. Schizophrenia Bull. 24, (3):343-364.
28. **Buhler B, Hambrecht M, Loffler W ve ark (2002)** Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse--a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. Schizophr Res. 54:243-51.
29. **Bustillo J, Keith SJ, Luriello J (2000)** Schizophrenia: psychosocial treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII'de. Editörler: BJ Sadock, WA Sadock. Philadelphia:Lippincott/ Wiiliams & Wilkins.
30. **Caldwell CB, Gottesman II (1990)** Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. Schiz Bull16: 571-589.
31. **Callicott JH (2003)** An expanded role for functional neuroimaging in schizophrenia. Curr Opin Neurobiol 13:256-260.
32. **Cancro R, Lehmann He (2000)** Schizophrenia: Clinical Features. Comprehensive Textbook of Psychiatry'de. Editörler: BJ Sadock,VA Sadock. Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
33. **Cannon M, Clarke MC (2005)** Risk for schizophrenia –broadening the concepts, pushing back the boundaries. Schizophr Bull 79:5-13.
34. **Carpenter WT, Buchanan RW ve ark (1999)** Comparative effectiveness of fluphenazine decanoate injections every 2 weeks versus every 6 weeks. Am J Psychiatry, 156 (3): 412-418.
35. **Carpenter WT, Heinrichs DW ve ark (1988)** Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. Am J Psychiatry, 145(5): 578-853.
36. **Carpenter, W.I. (1987)** Approaches to knowledge and understanding of schizophrenia. Schizophrenia Bull. 13:1-8, Special Report: Schizophrenia 1987.
37. **Clarke MC, Harley M, Cannon M (2006)** The role of obstetric events in schizophrenia. Schizophr Bull 32:3-8.
38. **Csernansky JG (2007)** Neurodegenaration in schizophrenia: evidence from invivo neuroimaging studies. Scientific World Journal 7:135-143.
39. **Csernansky JP, Grace AA (1998)** New models of the pathophysiology of schizophrenia: Editors' Introduction. Schiz. Bull. 24: 185-187.
40. **Dalock GW, Healy DJ, Meadur-Woodruff JH (1998)** Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. Am J Psychiatry 155 (11): 1490-1501.
41. **Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. (1991)** Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. Am J Psychiatry 148:1474-1486.
42. **Demir B (1995)** Şizofrenide glutamat hipotezi. Türk Psikiyatri Dergisi, 6(3):216-225.
43. **Doane JA, Falloon IRH ve ark (1985)** Parental affective style and the treatment of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 42:34-42.
44. **Doering S ve ark (1998)** Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schiz. Bull. 24(1):87-98.
45. **Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E (1991)** Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam 4:16-19.
46. **Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E (1991)** Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam 4:20-24.
47. **Ertuğrul A** (2005) Şizofreni Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dergisi, Şizofreni özel sayısı, 1: 6-14.
48. **Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS (1999)** Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder. J Clin Psychiatry 60:874-882
49. **Fabisch K, Fabisch H, Langs G ve ark (2001)** Incidence of obsessive-compulsive phenomenona in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder Eur Psychiatry 16:336-341.
50. **Frith CD (1987)** The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. Psychological Medicine 17: 631-648.

51. **Gaebel W, Pietzcken A (1987)** Prospective study of course of illness in schizophrenia, Schizophrenia Bull. 13(2): 287-307.
52. **Geddes JR, Verdoux H ve ark (1999)** Schizophrenia complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis. Schiz Bull 25(3):413-423.
53. **Goldstein MJ, Rodnick EH ve ark (1987)** Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. Arch. Gen Psychiatry, 35:1169-1177.
54. **Goldstein, M.J. (1987)** Psychosocial issues. Schizophrenia Bull. 13; 157-173, Special Report: Schizophrenia 1987.
55. **Goodnick PJ (2005)** Higher than Physician's Desk Reference (US) doses on atypical antipsychotics. Expet Opin Drug Saf 4 :653-668.
56. **Gökay FK (1930)** Les troubles psychiques dus a l'emploi du haschisch. Traité de L'Hygiène Mentale. Journal de Psichiatrie Appliquée. No.3: 93-106.
57. **Green MF (1996)** What are the functional consequences of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia? Am J Psychiatry, 153 (3) 321-330.
58. **Green MF (1999)** Interventions for neurocognitive deficits: Editor's Introduction. Schiz. Bull.25 (2): 197-200.
59. **Gunderson JG, Frank AF ve ark (1984)** Effects of psychotherapy in schizophrenia: ii. comparative outcome of two forms of treatment. Schizophrenia Bull. 10: 564-598.
60. **Hafner H, Heiden Wan der ve ark (1998)** Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. Schiz. Bull. 24(1):99-113.
61. **Haracz JL (1982)** The dopamine hypothesis: an overview of studies with schizophrenic patients. Schizophrenia Bull. 8: 438-467.
62. **Harding CM, Brooks GW ve ark. (1987)** The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 144: 717-725..
63. **Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D ve ark (2006)** Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J 150:1115-1121.
64. **Hirsch SR, Bristow MF (1993)** Psyhological, family, ethnic and community factors affecting the course and treatment of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 6: 53-57.
65. **Holzman, P.S. (1987)** Recent studies of psychophysiology in schizophrenia. Schizophrenia Bull. 13: 49-76, Special Report: Schizophrenia 1987.
66. **Howard RH, Rabins PV ve ark (2000)** Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. Am J Psychiatry 157: 172-178).
67. **Jablensky A (1993)** The Epidemiology of Schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 6: 43-52.
68. **Jones PB, Barnes TR, Davies L ve ark (2006)** Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first- generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). Arch Gen Psychiatry 63(10):1079-87.
69. **Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987)** The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bull, 13(2):261-276.
70. **Kayaalp O (2000)** Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 9.Basım, Ankara: Hacettepe Taş.
71. **Keefe RSE, Silva SG ve ark (1999)** The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. Schiz Bull 25 (2): 201-222.
72. **Kelley ME, van Kammen EP (1999)** Empirical validation of primary negative symptoms: independence from effects of medication and psychosis. Am J Psychiatry, 156(3): 406-411.
73. **Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM ve ark (1993)** The Roscommon family study IV: Affective illness, anxiety disorders, and alcoholism in relatives. Arch Gen Psychiatry 50:952-960.
74. **Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM ve ark (1995)** Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study. Their factor structure and familial relationship with psychotic and affective disorders. Arch Gen Psychiatry 52:296-303.
75. **Kendler KS, Myrs JM ve ark (2000)** Clinical features of schizophrenia and linkage to chromosomes 5q, 6p, 8p, 10p in the Irish study of high-density schizophrenia families. Am J Psychiatry 157 (3): 402-408.

76. **Kern RS, Green MF ve ark (1999)** Risperidone versus haloperidol on secondary memory: Can newer medications aid learning? Schiz Bull 25 (2): 223-232.
77. **Kerwin R, Osborne S (2005)** Pharmacological treatment of schizophrenia. Psychiatry 4:36-39.
78. **Keshevan MS, Diwadkar VA, Montrore DM ve ark (2005)** Premorbid indicators and risk for schizophrenia. Schizophr Res 45-57.
79. **Kety SS (1959)** Biochemical Theories of Schizophrenia. Science, 129: 1528-1532.
80. **Kety SS ve Mathysse S (1988)** Genetic and Biochemical Aspects of Schizophrenia. The New Harvard Guide to Modern Psychiatry'de, (ed.) A. Nicholi, Cambridge, Mass.: Belknap-Harvard.
81. **Kircher TTJ, Teiner R (2005)** Functional brain imaging of symptoms and cognition in schizophrenia. Progress in Brain Res 150:299-308.
82. **Kirkpatrick B, Ram R ve ark (1998)** Summer Birth and the Deficit Syndrome of Schizophrenia. Am J Psychiatry 155(9): 1221-1226.
83. **Kirkpatrick B, Tek C (2005)** Schizophrenia: Clinical Features and Psychopathology Concepts. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. baskı Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. sf: 1416-1436.
84. **Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A ve ark (1999)** Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 14(44):23-32.
85. **Kosten TR ve Ziedonis DM (1997)** Substance abuse and schizophrenia: Editor's Introduction. Schizophrenia Bulletin, 23(2):181-186.
86. **Köknel Ö (1983)** Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış. İstanbul Altın Kitaplar. Sf. 377-390.
87. **Lake CR, Hurwitz N (2006)** Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders: there are no schizoaffective disorders. Psychiatry Res 143:255-287.
88. **Lambert BL, Cunningham FE, Miller DR ve ark (2006)** Diabetes risk associated with use of olanzapine, quetiapine and risperidone in veterans health administration patients with schizophrenia. Am J Epidemiol 164:672-681.
89. **Laruelle M (1998)** Imaging dopamine transmission in schizophrenia. A review and meta-analysis. Q J Nuck Med; 42: 211-221.
90. **Leach A, Cherer S (1992)** The epidemiology of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 5: 20-24.
91. **Lester D (2006)** Sex differences in completed suicide by schizophrenic patients: a meta-analysis. Suicide Life Threat Behav 36:50-56.
92. **Lewis R, Kapur S ve ark (1999)** Serotonin 5-HT_2 receptors in schizophrenia: A PET study using [18F] Setoperone in neuroleptic-naive patients and normal subjects. Am J Psychiatry 156(1):72-78.)
93. **Lidz T ve ark (1966)** Schizophrenia and The Family. New York: International Univ. Press.
94. **Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy ve ark (2005)** Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 353:1209-1223.
95. **Lieberman JA, Sobel SN (1993)** Predictors of Treatment Response and Course of Schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 6: 63-69.
96. **Malmberg AK, David, AS (1993)** Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia, Current Opinion in Psychiatry, 6: 58-62.
97. **Marneros A, Röttig S, Wenzel A ve ark (2004)** Affective and schizoaffective mixed states. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254:76-81.
98. **Mauri M, Volonteri L, De Gaspari I ve ark (2006)** Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. Clin Pract Epidemol Ment Health 23:2:4.
99. **Maxmen JS, Ward NG (2002)** Psychotropic Drugs Fast Facts. 3rd Edition. W.W. Norton & Company, New York, London.
100. **Mc Gill CW, Lee E (1986)** Family psycho-educational intervention in the treatment of schizophrenia. Bull. Menninger Clinic, 50: 269-287.
101. **Mc Glashan TH (1983)** Intensive individual psychotherapy of schizophrenia: a review of techniques. Arch. Gen. Psychiatry, 40:909-920.
102. **McGuffin P, Owen MJ ve ark (1995)** Genetic basis of schizophrenia. Lancet, 346:678-682.

103. **McNeil TF, Cantor-Grae E, Weinberger DR (2000)** Relationship of obstetric complications and differences of brain structure in monozygotic twin pair discordant for schizophrenia. Am J Psychiatry, 157:203-212.
104. **Meltzer HY (1991)** The neurobiology of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry. 4: 90-95.
105. **Meltzer HY, Hossein F (2000)** Schizophrenia. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry'de. Editörler: MH Ebert, PT Loosen, B Nurcombe. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
106. **Meltzer HY, McGurk SR (1999)** The effects of clozapine , risperidone and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. Schiz Bull 25 (2): 233-255.
107. **Mete L (2005)** Şizofrenide dil kullanımı. Neden Nasıl Şizofreni. S Candansayar (Ed) Peday, Ankara, sf:17-33.
108. **Mete L (2006)** Şizofreni En Uzak Ülke. 4. baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
109. **Mintz LI, Liberman RR ve ark (1987)** Expressed emotion: a call for partnership among relatives, patients, and professionals. Schizophrenia Bull. 13: 227-235.
110. **Mishler E, Waxler N (1966)** Family interaction processes and schizophrenia. A Review of Current Theories. Int. J. Psychiatry, 2: 373.
111. **Moldin SO, Gottesman II (1997)** Genes, experience and chance in schizophrenia-positioning for the 21st century. Schiz. Bull. 23(4):547-561.
112. **Monti JM, Monti D (2005)** Sleep disturbance in schizophrenia. Int Rev Psychiatry 17:247-253.
113. **Monti MM, Monti D (2004)** Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. Sleep Medicine Reviews 8:133-148.
114. **Mosher LR and Meltzer HY (1984)** Drugs and psychosocial treatment. Schizophrenia Bull., 10: 8-9.
115. **Muir MJ (1992)** Genetic aspects of the biology of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 5: 2-5.
116. **Naber D, Lambert M (2004)** Aripiprazole: a new atypical antipsychotic with a different pharmacological mechanism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, Volume 281213-1219.*
117. **Nieoullon A, Coquerel A. (2003)** Dopamine: a key regulator to adapt action, emotion, motivation and cognition. *Curr Opin Neurol.* 2003 Dec;16 Suppl 2:S3-9
118. **Nilsson E, Stalberg G, Lichtenstein P ve ark (2005)** Fetal growth restriction and schizophrenia: a Swedish twin study. Twin Res Hum Genet 8:402-408
119. **Norquist GS, Narrow WE (2000)** Schizophrenia: Epidemiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry / VII'de. Editörler: BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott/Wiiliams & Wilkins (104).
120. **Norton N, Williams HJ, Owen M (2006)** Update on the genetics of schizophrenia. Curr Opin Psychiatry 19:158-164.
121. **Opler LA, Kay A, Lindenmayer JP ve ark (1992)** Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS). Telif hakkı© 1992, 1999 Multi-Health Systems Inc.Tüm hakları saklı. ABD'de P.O.Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003. Kanada'da 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, 1-800-268-6011. Uluslararası +1-416-492-2627.Fax +1-416-492-3343. İzin ile çoğaltılabilir.
122. **Overall JE, Gorhan DR (1962)** The Brief Psychiatric Rating Scale. Psyhological Reports, 10:799.
123. **Owens DGC (1992)** Imaging aspects of the biology of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 5: 6-14.
124. **Öngür D, Goff DC (2005)** Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. Schizophr Res. 75:349-362.
125. **Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N ve ark (2003)** Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. Compr Psychiatry 44:311-316.
126. **Öztürk OM, Savaşır I, Göğüş A ve ark (1987)** Şizofrenik hastalarda yeti-yitimi (disability) değerlendirmesi üzerine uluslararası ortak araştırma (izleme çalışması) Doğa Tıp ve Ecz. Dergisi., 11: 58-86.

127. **Peralta V, Cuesta MJ ve ark (2000)** Differentiating primary from secondary negative symptoms in schizophrenia: a study of neuroleptic-naive patients before and after treatment. Am J Psychiatry 157(9): 1461-1466.
128. **Perkins DO, Gu H, Boteva K ve ark (2005)** Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia : a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 162 :1785-1804.
129. **Petronis A, Paterson AD, Kennedy JL (1999)** Schizophrenia: An epigenetic puzzle? Schizophrenia Bulletin, 25(4):639-655.
130. **Powchik P, Davidson M ve ark (1998)** Postmortem studies in schizophrenia. Schizophrenia Bull. 24, (3): 325-341.
131. **Reichenberg A, Weiser M, Caspi A ve ark (2006)** Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. J Clin Exp Neuropsychol 28:193-207.
132. **Reveley AM, Reveley MA , Clifford CA ve ark (1981)** Cerebral ventricular size in twins discordant for schizophrenia. Lancet 8271:540-541.
133. **Riley BP, Kendler KS (2005)** Schizophrenia: Genetics. Comprehensive Textbook of Psychiatry-VIII'de. Editörler: BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
134. **Robbins, T.W. (1990)** The case for frontostriatal dysfunction in schizophrenia. Schizophrenia Bull. 16: 392-402.
135. **Rosenheck RA, Leslie DL, Sindelar J ve ark. (2006)** Cost-effectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. Am J Psychiatry 163:2080-9.
136. **Rosenthal D, Wender PH, Kety SS ve ark (1971)** The Adopted-Away Offspring of Schizophrenics. Am. J. Psychiatry, 128:307-311.
137. **Rosenthal D, Wender PH, Kety SS ve ark (1975)** Parent-child relationships and psychopathological disorder in the child. Arch. Gen. Psychiatry, 32: 466-476.
138. **Royston MC, Lewis SW (1993)** Brain pathology in schizophrenia: Developmental or Degenerative? Current Opinion in Psychiatry 6: 70-73.
139. **Saccuzzo DP and Braff DL (1986)** Information processing abnormalities: trait and state-dependent components. Schizoprenia Bull. 12: 428-447.
140. **Schultz SK ve Andreasen NC (1999)** Schizophrenia. Lancet 353:1425-1430.
141. **Shenton ME, Dickey CC, Frumin M ve ark (2001)** A review of MRI findings in schizophrenia. Schizophr Res 49:1-52.
142. **Smith RC, Lindenmayer JP, Bark N ve ark (2005)** Clozapine, risperidone, olanzapine and conventional antipsychotic drug effects on glucose, lipids, and leptin in schizophrenic patients. Int J Neuropsychopharmacol 8:183-194.
143. **Soygür H (2005)** Şizofrenide sürdürüm tedavisi Şizofreni Sağaltım Kılavuzu. Ed. K. Alptekin, C Atbaşoğlu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara. sf:9-13
144. **Staal WG, Hulshoff Pol HE ve ark (2000)** Structural brain abnormalities in patients with schizophrenia and their healthy siblings. Am J Psychiatry 157 (3):416-421.
145. **Stephan KE, Baldeweg T, Friston KJ (2006)** Synaptic plasticity and dysconnection in schizophrenia. Biol Psychiatry 59: 929-939.
146. **Stimmel GL, Gutierrez MA, Lee V (2002)** Ziprasidone: an atypical antipsychotic drug fort he treatment of schizophrenia. Clinical Therapeutics 24:21-37.
147. **Stroup TS, Lieberman JA, McEvoy ve ark (2006)** Effectiveness of olanzapine, quetiapine, risperidone and ziprasidone in patients with chronic schizophrenia following discontinuation of a previous atypical antipsychotic. Am J Psychiatry 163:611-22.
148. **Suvisaari JM ve ark (1998)** Age at onset and outcome in schizophrenia are related to the degree of familial loading. Brit J Psychiatry, 173:494-500.
149. **Taylor D, Paton C, Kerwin R (2007)** The Maudsley Prescribing Guidelines. 9th Edition. Informa Health Care.
150. **Tienari P ve ark (1994)** The Finnish Adoption Study of Schizophrenia. Implications for family research. Brit J Psychiatry, 164:20-26.
151. **Tienari P, Sorri A ve ark (1987)** Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish Adoptive Family Study. Schizophrenia Bull. 13: 477-484.
152. **Tienari P, Wynne LC, Laksy K ve ark (2003)** Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. Am J Psychiatr.

153. **Torrey EF, Miller J, Rawlings R ve ark (1997)** Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of literature. Schizophr Res 28: 1-38.
154. **Tsuang MT ve ark (1999)** Schizophrenia and other psychotic disorders. The Harvard Guide to Psychiatry, 3. Baskı. Editör: A. M. Nicholi. Cambridge, Ma: Belknap Press of Harvard University Press.
155. **Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ (2006)** Cognitive behavior therapy for schizophrenia. Am J Psychiatry, 163 (3): 365-373.
156. **Uzman M O (1939)** Rapport médical sur la toxicomanie sur tout par la cannabis en Turquie, Effets physiologiques et psychiques de l'intoxication. Bulletin de la Société des Nations O.C. –Canabis – 8 Genevre le 27 Avril 1939.
157. **Uzman M O (1941)** Tababeti Ruhiye. 3. basılış, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınlarından, sf. 369-371.
158. **Üçok A (2005)** Şizofrenide genel tedavi ilkeleri ve akut alevlenme döneminde sağaltım. Şizofreni Tedavi Kılavuzu. Ed. K. Alptekin, C Atbaşoğlu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara. sf:1-7
159. **Velasco M, Luchsinger A (1998)** Dopamine: Pharmacologic and Therapeutic Aspects *Am J Ther* 5:37-43.
160. **Wiersma D ve ark (1998)** Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a Dutch Incidence Cohort. Schiz. Bull. 24(1):75-85.
161. **Woods BT (1998)** Is Schizophrenia a Progressive Neurodevelopmental Disorder? Toward a unitary pathogenetic mechanism. Am J Psychiatry 155:1661-1670.
162. **World Health Organization (1979)** Schizophrenia. An international follow-up study. New York: John Wiley.
163. **World Health Organization (1992) ICD-10** Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçesi: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Çevirenler: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, M O Öztürk, M Rezaki, B Uluğ. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993)
164. **Wyatt JR (1991)** Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schiz Bull, 2:325-352.
165. **Young CR, Bowers MB, Mazure CM (1998)** Management of the adverse effects of clozapine. Schizophrenia Bull 24(3):381-390.
166. **Ziedonis DM, George TPC (1997)** Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. Schiz Bull. 23: 247-254.
167. **Zornberg GL, Buka L, Tsuang MT (2000)** Hypoxic-ischemia-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: A 19-year longitudinal study. Am J Psychiatry 157:196-202.

BÖLÜM XVII

I

SANRILI BOZUKLUKLAR

Klasik yayınlarda paranoya ve paranoid durumlar olarak bilinen bu bozukluklar DSM-IV ve ICD-10'da *sanrılı bozukluklar* (delusional disorders-F22) başlığı altında ele alınmıştır [1, 19]. Paranoid sanrılar çok değişik ruhsal bozukluklarda görülebilir. Paranoid psikoz başlı başına bir hastalık olmaktan çok bir sendromdur. Örneğin, psikojenik psikozda, şizofreninin paranoid türünde, bunama, deliriyum, beyin arteriosklerozu, beyin uru, beyin frengisi (nörosifilis), süregen alkol, amfetamin kullanımında paranoid psikoz sık görülür. Bu durumlar arasında yalnızca *direngen sanrılı bozukluk*, yani *paranoya* bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu bölümde konu kısaca klasik çerçeve içinde sunulacaktır.

İlk olarak 1863'de *Kahlbaum*, paranoya (yandan bilme; para=yandan, noia=bilme, düşünme) terimini kullanmış ve süregen, mantıklı, düzenli sanrılarla belirli bir ruh hastalığı tanımlamıştı. Paranoyanın bugün için de geçerli olan tanımı *Kraepelin* tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre paranoya bir dizge içinde birbiriyle bağlantılı iyi düzenlenmiş acayip nitelik taşımayan sanrılarla giden, süregen olan ama yıkıma yol açmayan bir bozukluktur. O zamandan beri çeşitli paranoid durumlar bildirilmiştir. Bunlar: *Paranoya, akut paranoid psikoz, paranoid şizofreni, yaş dönümü paranoid psikozu ve paranoid kişilik*tir. Paranoid şizofreni ile paranoya arasındaki ayrım ise *Eugene Bleuler* tarafından yapılmıştır[4]

DİRENGEN SANRILI BOZUKLUK (PARANOYA)

Oldukça seyrek görülür. Hastada tek ya da bir dizgeye uyan, birbiriyle bağlantılı iyi düzenlenmiş sanrılar vardır. *Bu sanrılar dışında hastada belirgin bir bozukluk dikkati çekmez.* Sanrılı bozuklukta düşüncede biçim bozukluğu görülmez. Hastanın konuşması, davranışları genellikle paranoid

kişilik yapısının özelliklerine uyar. Uzun dönemde sanrılı bozukluk ağır kişilik yıkımı ya da parçalanmasına yol açmaz. Varsanılar (hallusinasyonlar) bulunmayabilir; bulunduğu durumlarda da baskın değildir ve sanrı konusuyla bağlantılıdır[17]. Fakat hastanın tüm yaşamı sanrılarına göre ayarlanır. Örneğin, hakkının yenildiğine ilişkin sanrısı varsa, sürekli dava açmakla uğraşır (*dava paranoyası*). "Devri daim" makinasını (enerjisiz çalışan makina) keşfettiğine inanıyorsa, bunu herkese kanıtlamak, buluş belgesini almak için çeşitli yerlere başvurur (*keşif paranoyası*); bir bedensel kusur ya da tıbbi bir hastalığı olduğuna inanıyorsa hastane hastane dolaşır (*sanrılı bozukluk; somatik tür*); anormal derecede kıskançlık (*kıskançlık paranoyası, jalousie morbide*), ünlü ya da kendisinden toplumsal ve ekonomik olarak üstün bir kişinin kendisine âşık olduğunu sanır (*erotomani*), büyük bir din adamıdır, büyük bir devlet adamıdır, hakkı yenmiştir vb. (*büyüklük paranoyası*) olabilir. En sık görülen türü *kötülük görme (perseküsyon) paranoyasıdır;* hasta sürekli izlendiğini, hakkında komplolar kurulduğunu, kendisine eziyet edildiğini anlatır. Somatik ve kıskançlık paranoyaları sıklık açısından kötülük görme paranoyasından sonra ikinci sırada gelirler. Bazı hastalarda sanrılar karma olabilir [12, 22].

> 35 yaşında, erkek, matematik öğretmeni bir hastamız Orhan Veli'nin şiirlerini aslında kendisinin yazmış olduğuna inanıyor; mahkemelere başvurarak bu yanlışlığı düzeltmeye çalışıyordu. *(Dava paranoyası)*

> Elli yaşlarında ayağı sakat bir erkek hasta her gün işinden evine dönerken mahallenin daha sınırlarına girdiğinde evlerdeki kadınların pencerelerini açarak kendisini görmeye çalıştıklarını düşünürdü. *(Büyüklük paranoyası)*

Sanrılı bozukluk kadınlarda daha sıktır, genellikle otuzlu yaşların sonlarında kırklı yaşların başlarında ortaya çıkar, süregen gidişlidir [9, 12, 22].

Son yıllarda sanrılı bozukluklarda duygudurum bozukluğu ektanısının sık görüldüğü ve bu durumların sanrılı bozukluğun gidişini etkilediğine ilişkin yayınlar bulunmaktadır. Ektanı (comorbidity) bulunmasının doktora başvuruyu kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Doktora başvuru sırasında hastaların yarısına yakınında çökkünlük belirtilerinin bulunduğu bildirilmiştir. Duygudurum bozuklukları dışında, bunaltı bozuklukları da sanrılı bozukluğa eşlik edebilmektedir. Bu durumlarda çoğu zaman bunaltı bozuklukları sanrılı bozukluktan önce başlamıştır[12, 17].

DSM-IV'e göre sanrılı bozukluk ölçütleri:

- En az 1 ay süren, acayiplik taşımayan, yani gerçek yaşamda karşılaşılabilen, ama kişi için gerçek olmayan sanrılar.
- Şizofreni ölçütlerine uyan belirtilerin bulunmaması.
- Sanrıların dışında kişinin genel uyum ve davranışlarında belirgin uyum bozukluğunun, garipliğin, acayipliğin olmaması.
- Duygudurumda çökkünlük ya da taşkınlık görülürse, bu durumun sanrılardan daha uzun sürmemesi
- İlaç ya da madde kullanımına bağlı olmaması.

DSM-IV sanrılı bozukluklardaki sanrı türlerini sanrıların içeriğine göre şöyle ayırmıştır: *Erotomanik, büyüklük, kıskançlık, kötülük görme, somatik, karışık sanrılar*. Sanrı türleri *Bölüm XVI: Şizofreni*'de açıklanmıştır.

Ayırıcı Tanı

Sanrılı bozukluğun ayırıcı tanısında dikkat edilecek noktalar şunlardır[5]:

Şizofreniden farklı olarak sanrılı bozukluktaki sanrılar acayip nitelik taşımazlar, varsanılar baskın değildir, düşüncede biçim bozukluğu yoktur. Sanrılı bozuklukta şizofrenideki gibi eksi (negatif) belirtiler görülmez. İşlev bozukluğu olmayabilir, olursa, ancak sanrılar nedeniyle ortaya çıkar. Örneğin erotomanik sanrılar nedeniyle işten atılma, kıskançlık sanrıları nedeniyle boşanma gibi.

İçgörünün olmadığı obsesif kompülsif bozukluk ile ayrımı kimi zaman zor olabilir. DSM-IV'e göre bu durumlarda iki tanı bir arada bulunabilmektedir [1].

Somatik sanrıyla giden bir sanrılı bozukluğu ***beden dismorfik bozukluğu***ndaki aşırı değer verilmiş düşünceden ayırmak güç olabilir. Beden dismorfik bozukluğunda hasta bedeninde fiziksel bir kusur olduğuna inanır ve bu konuyla çok uğraşır. DSM-IV'e göre bazı durumlarda da iki tanı bir arada kullanılabilir [1].

Bunaması olan hastaların %15-50'sinde sanrılar görülür. Ancak, bu hastalarda sanrılar nadiren iyi düzenlenmiştir. Genellikle basit sanrılardır. Bunaması olan hastalarda en sık kötülük görme ve kıskançlık sanrıları görülür.

*Bazı **bedensel hastalıklara*** bağlı olarak sanrılar görülebilir ve sanrılı bozukluktan ayırt edilmesi gerekir. Limbik sistem ve bazal ganglionların etkilendiği toksik-metabolik bozukluklarda, beyin frengisi (nörosifilis), HIV/AIDS gibi enfeksiyon hastalıklarında ya da bazı madde ve ilaçlara bağlı olarak da sanrılar ortaya çıkabilmektedir.

BAŞKA PARANOİD DURUMLAR

Akut Paranoid Psikoz

Paranoid kişilik özellikleri gösteren bir kişide iç ya da dış zorlanmalar (stres) altında tipik paranoid sanrılarla giden geçici ya da dönem dönem gelen (epizodik) bir psikozdur. Hastada şizofreni ya da tipik paranoya yoktur. Hasta paranoid türde düşüncenin egemen olduğu bir psikoz içindedir. Kendisine kötülük yapılacağını, aleyhine bir takım planlar kurulduğuna ilişkin kuşkular olur. Bu hastalara ICD-10'a göre *akut ve geçici psikotik bozukluk*; DSM-IV'e göre ise *kısa psikotik bozukluk* tanıları konulur [1, 21].

> Genç bir üniversite öğrencisi çeşitli siyasal kümeleşmeler arasında yansız kalmaya çalıştıkça, bir bocalama içine girmiş, giderek ağır güvensizlik duygusu ile bunalmıştı. Bu bunaltı bir gün birden kendisinin MİT ajanı olarak mimlendiği, bu nedenle izlendiği, öldürüleceği düşüncelerinde somutlaşmış;

gezmeye gittiği kentten panik içinde evine dönmüştü. İstasyonda karşılayan babasına, çevresindeki jandarmalara peşine takılan kişilerin bulunduğunu söylüyor, kendisini korumaları için yalvarıyordu.

TOKSİK ORGANİK NEDENLERLE GELİŞEN PARANOİD DURUMLAR

Süregen alkol kullanımına bağlı *alkol paranoyası*, amfetamin kullanımına bağlı *amfetamin psikozu* iyi bilinen klinik durumlardır. Beyin içi patolojilere bağlı paranoid durumlar arasında *paralizi jeneral* (süregen yaygın sifilitik meningo-ensefalit) artık klinikte görülmüyor olsa bile anımsamakta yarar vardır. Bu kişilerde paralizi jeneralin başka belirtileri yanı sıra ağır paranoid sanrılar olabilir. Bunamalara ve beyin *damar sertleşmesine (arterioskleroz) bağlı paranoid psikoz* yaşlı hastalarda sıkça görülür.

BAŞKA RUHSAL HASTALIKLARDA GÖRÜLEN PARANOİD DURUMLAR

Orta yaşta, özellikle kadınlarda menopoz döneminde ya da sonrasında eskiden ***"yaş dönümü paranoid psikozu"*** *(involutional paranoid psychosis)* olarak bilinen paranoid bozukluğun artık menopoza özgü bir sendrom olarak değil, başka paranoid bozukluklar arasında tanımlanmaktadır.

Paranoid sanrılar bazen ***manide***, daha seyrek olarak da ***çökkünlüklerde*** görülebilir; fakat bu sanrılar paranoid psikoz tanısı koyduracak kadar klinik duruma egemen değildir.

Paranoid şizofrenide paranoid sanrılarla birlikte şizofreninin diğer belirtileri vardır. Şizofrenide paranoid sanrıların yanı sıra dağınık, değişken ve acayip, gerçeğe uyumayan nitelikte başka sanrılar da bulunabilir (Bakınız *Bölüm XVI: Şizofreni*).

Paranoid Kişilik

Kuşkuculuk, aşırı kıskançlık, alınganlık, aşırı gururluluk (kibirlilik), geçimsizlik, kincilik, kendini üstün görme gibi özellikler taşıyan kişilik türüdür. Düşüncede güvensizlik, kuşkuculuk, kendini üstün görme gibi paranoid eğilimler vardır.

Bu eğilimler kişinin benliğince *benimsenmiş (ego-syntonic)*, yerleşmiş kişilik özellikleridir. Aşırı kıskançlık, kibirlilik yüzünden bir takım ilişki kurma sorunları çıksa da, herhangi bir nedenle eleştirilse de kişi bu özelliklerinden yakınmaz; kendisinde bir eksiklik, aşırılık görmez; çevreyi sorumlu tutma, çevresindekileri suçlama eğilimi gösterir. Kişinin geçimsizlikleri, yalnızlığı, işinde ilerleyemeyişi başkalarının kendisini çekemeyişleri, kıskanmaları yüzünden olduğuna inanır. Kişiliğine karşı içgörüsü olmadığı gibi, bu kişilik örüntüsüne katı biçimde bağlıdır. Kuşkuculuğu, kıskançlığı, kendini üstün görmesi bir san-

rı niteliğinde olmadığından kişinin iş uyumu fazla bozulmaz. Sosyal uyumunda geçimsiz, kendini beğenmiş, alıngan bir kişi olarak tanınır; görece kısıtlı bir sosyal yaşam sürdürür (Bakınız *Bölüm XXI: Kişilik Bozuklukları*).

PARANOİD DÜŞÜNCE VE DAVRANIŞIN PSİKODİNAMİĞİ

Paranoid düşüncenin temel özelliği kişinin *yadsıma (inkâr) ve yansıtma (projeksiyon) düzeneklerini* aşırı derecede kullanmaya eğilim göstermesidir. Paranoid bozukluğun psikodinamiğini ve kullanılan savunma düzeneklerini ilk olarak *S. Freud* tanımlamıştır (1911) [8].

Yansıtma (Projeksiyon)

Kişinin kendisi için yasak bulduğu, kabullenmediği eğilimlerin önce yadsınması, sonra dışardaki bir nesneye yansıtılması ve o nesnede varmış ya da o nesneden geliyormuş gibi algılanmasıdır. *Freud*, paranoid bozuklukta önce yadsınan, sonra yansıtma düzeneği ile yansıtılan dürtü ve eğilimlerin *gizil (latent) eşcinsel dürtüler* olduğunu ileri sürmüştü. Bu görüşe göre kişi gizil eşcinselliğe (latent homoseksüalite) karşı kendini "Bende eşcinsel eğilimler yok, başkaları bende var sanıyor, bana eşcinselmişim gibi bakıyor" şeklinde savunmaktadır.

Burada *gizil eşcinselliği* kısaca tanımlamak gerekir. Gizil eşcinsel dürtüler bilinçdışıdır; kişi eşcinsel dürtülerinin ayırımında değildir. Dışa vuran davranışlarında açık eşcinselliğe uyabilecek özellikler gözlenmez. Tersine, örneğin erkekse, aşırı erkeksi görünüm çabaları, erkeklik düşkünlüğü, "erkek adam" dedirtici davranışlar abartılmış biçimde belirgindir. Eşcinselliğe karşı düşmanca tutumlar gösterebilir; eşcinsellerden çok rahatsız olabilir, onlarla savaşmak gerektiğini savunabilir, eşcinsellerle savaş derneği kurmak isteyebilir. Bu kişilerde sanki sürekli olarak bilinçdışı eşcinsel dürtüler kişinin benliğini sıkıştırmakta; kişinin benliği de hep bunları bastırmak, bunlar yokmuş, tam tersi varmış gibi davranışlar göstermektedir. Böyle bir kişilik özelliği paranoid bozukluk olarak tanımlanamaz. *Freud* (1911), paranoid kuşkuların, kıskançlık sanrılarının altında bu türden gizil eşcinsel eğilimlerin bulunduğunu klasik *Schreber* olgu örneğine dayanarak öne sürmüştü[8].

Psikanalizin daha sonraki dönemlerinde, paranoid belirtilerin altında yalnızca gizil eşcinsel dürtüler değil, *saldırganlık dürtülerinin, kin, nefret, utanç ve suçluluk duygularına neden olabilecek her türlü eğilimin* bulunabileceği vurgulanmıştır[10, 15]. Aşağıdaki olgu örneğinde utanç ve suçluluk duygusunun yadsıma ve yansıtma düzeneklerini nasıl işleme soktuğu görülebilir.

> Beyin damar sertleşmesi (arteriyoskleroz) olan 70 yaşında, katı ahlak kurallarına bağlı, çok dindar bir erkek, bir gün evinde hizmetçi kızı sıkıştırırken karısı ve kızı tarafından görülüyor. Bunun hemen arkasından kendisini iki gün odasına kapatıyor ve kimseyle ilişki kurmuyor. Birkaç gün içinde bu kişi evde, 65 yaşındaki karısının, evli kızının başka erkeklerle düşüp kalktığını iddia etmeye, onları tehdit etmeye başlıyor. Yani, "bende kötü duygular yok (yadsıma), sizde var (yansıtma)" diyor. Bu hastada, beyin damar sertleşmesine bağlı olarak benlik işlevlerinin ve denetim gücünün zayıflamış olduğunu, bu nedenle dürtülerini denetleyemediğini ve hizmetçi kızı sıkıştırdığını; yakalanınca da ağır utanç duygusu içinde kendisini kapattığını; bunun ardından da benliğin bilinçdışı *yadsıma ve yansıtma* savunmalarını başlatarak başkalarını suçladığını, böylece bilinçdışı düzeneklerle kendi benliğini ağır utanç ve suçluluk duygusundan kurtarmaya çalıştığını düşünebiliriz.

"Bana kötü gözle, düşmanca bakıyorlar, benim aleyhimde konuşuyorlar, komplo kuruyorlar" diyen bir hasta, gerçekte kendi içindeki saldırgan dürtüleri başkalarına yansıtmaktadır. Paranoid kişi, aslında güvensizdir, kendi içindeki bilinçdışı dürtüleri gizlemek, yadsımak ve yansıtmak zorunluluğunu duyar. Sanki kendi içinde kendisini gözleyen bir güç vardır ve kişi bu gücü dışarda imiş gibi görür, yani dışarı yansıtır. Bazen bu dışarı yansıtılan güç, itham edici bir ses, bir varsanı (halüsinasyon) biçiminde algılanabilir. Bazen dış dünyaya yansıtılarak, dışarıda bir nesneden geliyormuş gibi algılanan algılar (ses, bakış vb.) hastayı bir büyük korkuya sokarak başkasına ya da kendisine zarar vermesine kadar gidebilir.

Paranoid kişi derin güvensizlik duyguları, kuşkular ve aşırı dikkat içinde ağır bunaltı (anxiety) ve korku duyar. Bir gün, her şey onun için somut bir açıklık kazanır ve nesnesi belirsiz, karmaşık korkuları artık bir sanrı olur: "Şimdi anlıyorum beni neden öldürmek istiyorlar" gibi. Bütün bu paranoid sanrıların bir dizge içine oturduğu, hastanın etrafında olup biten her şeyi açıkça anladığını düşünmesi *"paranoid aydınlanma"* olarak adlandırılır. Giderek bu düşünce daha da gelişerek, hasta kendi kendine *bir yalancı topluluk (pseudo-community) yaratır* [5]. Bu yalancı topluluk içinde düşmanları, onların bakışları, yayınları, konuşmaları, otomobil farları, yerleştirilmiş gizli dinleme, denetleme, yönlendirme aygıtları hepsi yerli yerine oturur. *Hastanın tüm algılama yetileri büyük bir dikkatle bunları izler, kendisini doğrulayacak ipuçları arar; kendisine göre bunları bulur, yorumlar yapar, gerçekleri bulduğunu düşünür ve savunmaya geçer.*

Paranoid kişilerde sık görülen *kendini büyük ve önemli görme (megalomani)* genellikle derin küçüklük, yetersizlik, değersizlik duygularının yadsınması sonucu ortaya çıkan belirtilerdir.

PARANOİD HASTANIN MUAYENESİ

Hangi tür paranoid bozukluk olursa olsun, bu hastalar genellikle hekime kolay gitmezler. Rahatsızlıklarına karşı içgörüleri yoktur; hastalığı kabul etmezler. Yansıtma düzeneği sayesinde kötülük ve düşman kesinlikle dışarıda algılanır. Bu nedenle kendisine göre hekimlik bir durumu yoktur. Muayenede en büyük güçlük bu noktadadır.

Paranoid hastalar genellikle hekim karşısında savunucu, gizleyici olurlar. Paranoid sanrılarını saklamada başarılı olabilirler. Hasta ancak hekime

güven duyarsa sanrılarını, kuşkularını anlatır. Paranoid hastanın yakınları hekime ya da hastaneye sıklıkla hastayı kandırarak, aldatarak götürebilirler. Zaten kuşkucu olan hastanın kuşkuları bu aldatma girişimleri, yalanlar, oyunlarla daha da artar. Bu tutumların ne hastaya, ne ailesine, ne de hekime bir yararı olmaz.

Hekim, paranoid hastaya karşı dürüst ve açık olmalıdır. Hasta aldatılarak getirilmişse hekim kendisini dürüstçe tanıtmalı, bu tür getiriliş biçiminden kendisinin de rahatsız olduğunu söylemelidir. Çoğu hasta açık sözlü, dürüst bir hekime bağlanır. Ama direnen, hekime gelmeyen hastalar da az değildir. Hastanın yakınlarının aldatılma, oyunla kandırma gibi davranışlarına hekim hiç bir zaman katılmamalı, bunların bir yararı olmayacağını hastanın yakınlarına açıklamalıdır.

Hasta yakınları ile görüşmeler hastayı dışarı çıkararak ya da ayrı randevular vererek yapıldığında hastanın hekime güveni oluşmayacak ya da ortadan kalkacaktır. Hastanın kendisi özel olarak ayrı görüşülmesini istemediği takdirde, bütün konuşmaların hastanın yanında yapılmasında yarar vardır. Böylelikle, hasta kendisi hakkında arkadan bir oyun oynanmadığını, hekimin dürüstlükten, açıklıktan ödün vermediğini anlar.

Kendisine ya da çevresine tehlikeli olabilecek paranoid hasta zorla hastaneye götürülecek olsa bile, aile ve hekim böyle yapılacağını ve nedenini açıkça hastaya belirtmelidir.

Paranoid hastalar görüşme sırasında genellikle çok savunucu olurlar ve konuşmaları çevresel, gereksiz ayrıntılar, genelleştirmelerle doludur. Sorulan soruların çevresinde dolaşırlar. Hekim hastanın kuşkularını artırmamaya özen göstererek, örnekler vermesini isteyerek, konuya yeniden dönerek belirsiz kalan noktalara açıklık kazandırmaya, hastanın olayları somut örneklerle anlatmasına yardımcı olmaya çalışmalıdır. Paranoid hastaların en önemli belirtisi kuşkuculuktur. Görüşmede hastaya alınganlığı, kuşkuculuğu olup olmadığı sorulabilir. Hastalar genellikle bu soruya bir yandan yanıt vermekten kaçınırken, bir yandan da alınganlıkları, kuşkuları olduğunu az çok söylerler. O zaman bu alınganlıkların, kuşkuların örneklerle açıklanması istenebilir.

Sanrıları olan bir kişiyle sanrıları üzerinde tartışmaya girmenin anlamı, yararı yoktur. Örneğin, hastaya eşinin kendisini aldatmadığını, bunun yanlış bir algılama ve yorumlama olduğunu söylemek bir yarar sağlamaz. Kıskançlık sanrıları olan bir hastayla konuşmamızda kendisindeki kıskançlığın hastalık olmadığına kendisi inansa bile, kıskançlık hastalığının bilinen bir hastalık olduğu, bu hastalığın nadir olmadığı, sağaltım ile düzelebileceği anlatılabilir. Kıskançlığının bir hastalık olmadığını düşünse bile, hastaya kendisindeki ağır kıskançlık psikolojisinin duygu ve davranışlarını çok etkilediği, bu nedenle çok gerginleşmiş, sıkıntılı olduğu, uyumunun bozulduğu belirtilerek ilaç yazılabilir, tekrar gelmesi önerilir. Hastaların bir kesimi bu önerileri kabul eder, bir kesimi de kızarak ayrılır. Bir güven ortamı oluşmuşsa yeniden gelme olasılığı yüksektir.

SAĞALTIM

Yukarıda açıklanmaya çalışılan sorunlar nedeniyle paranoya ve paranoid durumlar sağaltımı güç ruhsal bozukluklardandır. Akut paranoid sanrılar ve büyük bir telaş içinde olan hastanın hastaneye yatırılması gerekebilir.

Sağaltımda *birinci* ve *ikinci kuşak antipsikotiklerin* yanı sıra psikoterapi uygulanmalıdır. Sanrılı bozukluklarda ilaca yanıtın değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasında pimozid ve başka birinci kuşak antipsikotikler ile klozapin dahil ikinci kuşak antipsikotiklerin sanrılı bozukluğun sağaltımında kullanıldığı ve ilaca yanıt oranının %50 olduğu bildirilmiştir[13]. İlacın türü, nasıl etkilediği, sık görülen yan etkileri açıklanmalı, doz hastayı tedirgin etmeyecek biçimde ayarlanmalı, gerektiğinde artırılmalıdır.

Paranoid bir hastanın yakınları bazen çaresizlik içinde kalarak hastayı sakinleştirmek, güvenini kazanmak amacıyla haklı olduğunu söyleyerek sanrılarına katılmak zorunda kalabilirler. Bu tutum hastanın sanrılarını pekiştirmekten başka bir işe yaramaz. Tam tersine, hastanın sanrılarına yönelik alaycı, aşağılayıcı tutumların da hastanın öfkesini ve düşmanca tutumunu azdıracağı unutulmamalıdır. Hasta yakınlarına bu konuda danışmanlık yapmakta yarar vardır.

Aynı şekilde psikoterapi sırasında da hastanın sorunlarını olduğu gibi kabul etmek ya da sorunlarını bırakması için mantıksal tartışmaya girmek yararsızdır. Terapist sanrıların anlamını, nasıl geliştiğini, hastanın güvensizliğinin kaynaklarını anlamaya çalışmalıdır. Uzun süreli bir ilişki ile sanrılar tümden kaybolmasa bile hastanın sanrılarını hastalık belirtisi olarak kabul etmesi, onları zihninde bir kenarda tutmaya çalışması sağlanabilir.

Paranoid hastalarda EKT'nin genellikle yararlı olmadığı ya da geçici bir yatışma sağladığı düşünülmekte ise de son yıllarda EKT ile düzelen somatik sanrılarla giden sanrılı bozukluk olgu sunumları bulunmaktadır [6 14].

KAYNAKLAR

Bölümün II. kesiminin sonunda verilmiştir.

BÖLÜM XVII
II

AKUT YA DA GEÇİCİ PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Akut başlangıç ve ağır psikoz belirtileri gösteren, üç aydan daha uzun sürmediği kabul edilen çeşitli psikotik bozukluklardır. Bazen klinik belirtiler çok benzese bile, hastalık-öncesi kişilik özellikleri, başlangıç biçimi, gidiş, sonlanışla ilgili özellikler göz önüne alınarak bu hastalara şizofreni, paranoid psikoz ya da duygudurum bozukluğu tanısı konamaz. Çoğu çevresel, psikojenik etkenlerle ortaya çıkar. Bir bölüğü *kültüre özgü psikozlar* olarak bilinir.

AKUT SANRILI PSİKOZ (bouffée délirante)

Aslında böyle bir bozukluğun varlığı tartışmalıdır. Daha çok Fransız ruh hekimlerince kullanılan bir tanıdır. ICD-10'da ayrı bir psikoz olarak belirtilmiştir.

Değişken, tutarsız, düzensiz, çok biçimli (polimorf) içerikle yüklü sanrılarla belirli, akut başlangıçlı bir psikoz durumudur. Belli bir başlangıç nedeni bulunamaz ve hastalık öncesi kişilikte önemli uyum bozukluğu öyküsü yoktur. Hasta şaşkın ve dağınıktır; fakat deliryum tanısı koyduracak bulgular (bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu gibi) yoktur. Kimi hastalarda görme, işitme varsanıları, yanılsamalar, öze yabancılaşma (depersonalizasyon) algıları olabilir. Ağır taşkınlık görülebilir.

Birkaç hafta ya da en çok 2-3 ayda düzelme olur. Bazen yineleyebilir.

Oluş nedenleri belli değildir.

Sağaltım antipsikotik ilaçlarla yapılır.

PSİKOJENİK (REAKTİF) PSİKOZ

Bireyin kimliğini, benlik saygısını ağır derecede zedeleyen bir ruhsal örselenmeden (travma) sonra ortaya çıkan akut psikoz durumudur. Belirtiler örselenmenin hemen ardından ya da birkaç gün, en çok 3-4 hafta sonra akut ya da subakut olarak gelişir. Ağır hakaret, aldatılma, terk edilme, ırzına geçilme, işkence, ileri derecede sarsan, korkutan doğal yıkım-olayları (afetler), savaş gibi durumlar bütün insanlar için ağır örseleyici (travmatik) durumlardır. Fakat, herkes bu tür olaylar karşısında psikoza girmez. Özel bir duyarlılık ve kişilik yatkınlığının bulunması gerekir.

Klinik Belirtiler: Örselenme ile ilgili sanrılar, çok seyrek olarak varsanılar, yanılsamalar, bunaltı, taşkınlık ya da çökkünlük belirtileri, regre-

sif çocuksu davranışlar, stupor benzeri katatoni belirtileri görülebilir. Fakat şizofreniye özgü düşünce, duygulanım bozukluğu ve eksi (negatif) belirtiler olmaz. En çok 2-3 ayda düzelir.

Bu bozukluk ile *yalancı-psikoz* dediğimiz ve eskiden *histerik psikoz* olarak bilinen geçici, reaktif psikoz arasında ayırım yapmak güçtür ve büyük olasılıkla ikisi de aynı türden bozukluktur. Bakınız. *Bölüm XX-II Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar*'da *Histerik Psikoz.*

PAYLAŞILMIŞ PSİKOTİK BOZUKLUK [7, 18, 19]
(Shared psychotic disorder, induced psychosis, folie à deux)

Bir aile ya da bir grup içinde iki ya da daha çok sayıda kişinin aynı sanrıyı paylaşması ve taşıması ile belirli nadir bir bozukluktur. Genellikle karı-koca, ana baba ve çocukları, kardeşler arasında olur. Bu kişilerden birinde paranoid türden bir bozukluk (şizofreni, paranoid bozukluk) bulunur. Ailede hasta olan bu kişinin sanrısı diğerleri (eşi, çocukları) tarafından paylaşılır ve bunlardan biri ya da birkaçı aynı sanrıyı benimserler. Onlar da artık sanrılı psikoz içine girmiş olurlar. Varsanılar da sıklıkla tabloya eşlik eder. Genellikle toplumsal ilişkileri kopuk, toplumdan yalıtılmış olarak yaşayan kişilerde ortaya çıkar. Kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta görülür, Bunama, çökkünlük, zekâ geriliği ektanısı bulunabilir[17].

> Üst kattaki komşularının gizli elektronik aygıtlarla kendisini dinlediğini, izlediğini düşünen bir hastanın karısı da bu sanrıya kendini kaptırmış, kocasının sanrılarını paylaşır olmuş ve o da paranoid psikoz içine girmişti.

Eğer ailede birden fazla kişi daha önceden de psikotik ise ve sonradan aynı sanrıyı paylaşmaya başlamışlarsa buna paylaşılan psikotik bozukluk denemez. Bunlara iki ayrı psikotik hasta olarak tanı konur.

Bu bozuklukta, birincil olarak hasta olanın sanrılı düşüncesini hasta olmayan aile bireyi ya da bireylerinin paylaşması gerekmektedir. Etkilenen kişi paylaşma oyunu oynamamaktadır. O da gerçekten sanrılı psikoz içine girmektedir. Çok seyrek olarak, aileden biri hastalandıktan sonra, aile bireylerinin hepsi ya da birkaçı onun sanrısını paylaşarak *ailece psikoz* içine girebilirler.

Sağaltımda asıl hasta olan bireyle sanrıyı paylaşan kişinin ayrılması gerekir. Çoğu zaman ayrıldıktan, toplumsal yalıtılmışlıktan kurtulduktan sonra sanrıyı paylaşan kişideki sanrıların kaybolduğu görülür.

ŞİZOFRENİYE BENZER BOZUKLUK

ICD-10 ve DSM-IV'de böyle bir bozukluk sınıfı kodlanmışsa da ikisinde de bozukluğun kuşku bırakmayacak biçimde tanımlandığı söylenemez [1,19].

Bu bozuklukta şizofreninin klinik belirtileri açık seçik vardır. Fakat ra-

hatsızlık en az bir ay, en çok 6 ay içinde tümden düzelir. Düzelmediği durumlarda şizofreni tanısı düşünülmelidir. Şizofreni tanısı için gerekli olan sosyal ve iş uyumunda bozukluk koşulu bu sendrom için geçerli değildir.

Şizofreniye benzer psikotik nöbetlerin psikojenik psikozlardan, kültüre-özgü psikozlardan, yalancı-psikozdan (disosyatif) ve amfetamin kullanımına bağlı psikozlardan ayırımını yapmak çok güç olabilir.

Böyle bir tanı kategorisinin ICD-10 ve DSM-IV'de bulunması, kesin şizofreni tanısı koyabilmek için hastanın aylarca izlenmesi koşulunun doğal sonucudur.

KÜLTÜRE ÖZGÜ PSİKOZLAR [3, 4, 16, 18]

Kültüre özgü ruhsal bozuklukların gerçekten var olup olmadıkları tartışmalıdır. Herşeyden önce bunlar çok iyi incelenmiş olgular değildir. Bir bakıma Batılı gözüyle kültüre özgü denmektedir. Bu bozukluklar akut disosiyasyon bozuklukları, toksik organik deliriyum, şizofrenik, paranoid ya da manik bozuklukların o kültür içinde görülen atipik türleri de olabilir. Ancak, ruhsal bozuklukların biçimlenişinde kültüre özgü zorlanma alanlarının önemli etkileri olabileceği kesindir. Ayrıca kültürel değişimlerle ilgili olarak yeni bozukluk türleri ortaya çıkabilmekte ya da kimi bozukluklar silinip kaybolmaktadır. Örneğin Eskimolarda var olan ve "kayak bunaltısı" diye bilinen bozuklukta bir kayak diye bilinen bir kayık içinde saatlerce ayı balığını bekleyen Eskimo yatay duyularını yitirmekte ve bunlarda kayığa su dolacağı ya da devrileceği gibi panik algıları oluşmaktadır. Bu bozukluk Eskimoların yaşam biçimi değişince ve yeni teknolojileri kullanmaya başlamaları ile tümden yok olmuştur[14].

Koro: Hastada penisinin küçüleceği, büzüleceği ve karnın içinde kaybolup gideceğine ve ölümle sonuçlanacağına ilişkin şiddetli korku vardır. Kadınlarda da vulvanın, göğüslerin eriyip yok olacağına ilişkin korku ile belirli Koro hastalığı bildirilmiştir. Penisin küçülerek karnın içine çekileceği ve bu yüzden, kişinin öleceği korkusu bir saatten birkaç güne kadar sürmekte ve sonra bu korku tümden sönmektedir. Koro'nun kültürel inançlara bağlı psikojenik bir bozukluk olduğu ileri sürülmüş ve kültüre özgü bir hastalık olarak bilinegelmiştir. Ancak, 1980'den sonra Türkiye'den, Afrika'dan, Orta Doğu ülkelerinden Koro ya da benzeri olguların bildirilmesiyle, giderek kültüre özgü bir bozukluk olduğu görüşü sorgulanmaktadır [2]. Koro'nun çok yoğun bunaltı ve felaket beklentisine bağlı bir bozukluk olabileceği düşünülmektedir. Koro, Güney Çin illerinde bazen salgın bir hastalık olarak görülebilmektedir.

Amok: Malaya 'da görülen ani başlayan, saldırgan bir çılgınlık nöbetidir. Ortada belirgin bir neden yokken kişi akut bir psikoz içinde saldırganlaşır. Kesici ya da ateşli silahla çevresindekileri öldürür. Bu sırada hasta öldürülmezse nöbet birkaç saatte yatışır. Afrika ve başka tropik ülkelerde de görüldüğü bildirilmektedir. Ağır utanç ve onur yitimi durumlarında ortaya çıktığı

bildirilmişse de, bu durumun toksik-organik bir psikoz nöbeti olma olasılığı da vardır.

Latah: Bu da Malaya 'da, daha çok kadınlarda görüldüğü bildirilen bir bozukluktur. Uyaranlara karşı bir anlık irkilmenin ardından bir hareketsizlik dönemi, sonra da garip devinimler ve konuşmalarla ya da ekolali, ekopraksi gibi yankılanan davranışlarla belirli bir klinik durumdur. Süregenleşen olgular bildirilmiştir.

Piblokto, Wihtiko, Vodoo ve başka tutulma (possesion) durumları gibi kültüre özgü, daha çok disosiyatif türden çılgınlık nöbetleri tanımlanmıştır.

Şizofreniye benzer başka psikotik durumlar bazen epilepside, bazen toksik etkenlerle (amfetamin, LSD, mescaline, psilocybin) ortaya çıkabilir. Bu nedenlerle ortaya çıkan psikozlarda deliriyuma özgü bulguların olması ve etiyolojik etkenin bilinmesi ile genellikle ayırıcı tanıda büyük sorun olmaz.

SAĞALTIM

Tepkisel (reaktif) psikozlarda etiyolojik etkenin ortadan kalkması ile durum genellikle düzelir. Fakat hastada şizofreni gibi süregenleşme eğilimi gösteren bir bozukluğa yatkınlık varsa ve çevresel etkenlerle bu psikoz ortaya çıkmışsa, o zaman zaten reaktif psikoz tanısı konamaz. Nedeni belli olsun olmasın, akut sanrılı bozukluklar ve akut psikozlarda, ağır klinik belirtiler olduğundan hastaneye yatırmak zorunlu olabilir. Antipsikotik ilaçlar çoğu hastada psikozu yatıştırır. Kimi olgularda, özellikle disosiyatif türden reaktif çılgınlık durumlarında antipsikotikler bazen etkili olmayabilir ve az sayıda EKT (elektro-konvulsif terapi) ile kısa sürede olumlu sonuç alınabilir.

Bütün akut psikoz durumlarında hastayı izlemek, yinelemeleri ve süregenleşmeyi önlemeye çalışmak için iyileşmeden sonra da bir süre ilaçlara ve psikoterapiye devam edilmesi uygun olur.

KAYNAKLAR

1. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Washington. DC: American Psychiatric Association.
2. **Atalay H (2007)** İki koro olgu sunumu veya genital organların geri çekilmesi korkusu ile birlikte olan anksiyete bozukluğu. Türk Psikiyatri Derg 18: 282-285.
3. **Bernstein RI, Gaw AC (1990)** Koro: Proposed Classification for DSM-IV. Am. J. Psychiatry 147: 1670-1674.
4. **Bleuler E (1911)** Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. İngilizce Çevirisi J. Zinkin. New York: International Universities Press, 1955.
5. **Cameron NA (1974)** Paranoid Conditions and Paranoia. American Handbook of Psychiatry, Vol. 3 (eds.) S. Arieti, E.B. Brodie, New York: Basic Book.
6. **Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C (2004)** Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. J Psychiatry Neurosci 29:138-141.

7. **Fennig S, Fochtmann L, Bromet EJ (2005)** Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry /VIII (eds.) BJ Sadock, VA Sadock, Baltimore: Lippincott/Williams & Wilkins.
8. **Freud S (1911)** Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a case of paranoia (Dementia Paranoides). Standard Edition, 12. London: Hogarth Press 1958.
9. **Kendler KS (1982)** Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. Arch Gen Psychiatry 39:890-902
10. **Knight RP (1940)** The Relationship of Latent Homosexuality to the Mechanism of Paranoid Delusions. Bull. Meninger Clinic, 4:149.
11. **Lauriello JL, Erickson BR, Keith SJ (2000)** Schizoaffective Disorder, Schizophreniform Disorder and Brief Psychotic Disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry / VII (eds.) BJ Sadock, VA Sadock, Baltimore: Lippincott/Williams & Wilkins.
12. **Maina G, Albert U, Badâ A ve ark (2001)** Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder. Eur Psychiatry 16:222-228.
13. **Manschreck TC ve Khan NL (2006)** Recent advances in the treatment of delusional disorder. Can J Psychiatry 51:114-119.
14. **Ota M, Mizukami K, Katano T ve ark (2003)** A case of delusional disorder, somatic type with remarkable improvement of clinical symptoms and single photon emission computed tomography findings following modified electroconvulsive therapy. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 27:881-884.
15. **Öztürk MO, Savaşır Y (1969)** Akut Paranoid Reaksiyonlarda Yansıtma Mekanizmasını Uyaran Dürtüsel Olay. Nöro-Psikiyatri Arşivi, 6:101-108.
16. **Pfeiffer WM (1996)** Kültürlerin karşılaşmasında Psikiyatri. Türk Psikiyatri Dergisi / (4): 249-255.
17. **Serretti A, Lattuada E, Cusin C ve ark (1999)** Factor analysis of delusional disorder symptomatology. Compr Psychiatry 40:143-147.
18. **Shelton RC (2000)** Other Psychotic Dsorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Editörler: MH Ebert, PT Loosen, B Nurcombe. New York: Lange Medical Book/McGraw-Hill.
19. **Silveria JM, Seeman MV (1995)** Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. Can J Psychiatry 40:389-395.
20. **Tseng W, McDermott JF (1981)** Culture, Mind and Therapy. New York: Brunner/Mazel.
21. **World Health Organization (1992)** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçe' ye çeviri: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması, Çevirenler: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk O, Rezaki M, Uluğ B. Ankara : Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1993.
22. **Yamada N, Nakajima S, Noguchi T (1998)** Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. Acta Psychiatr Scand 97:122-124.

BÖLÜM XVIII

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Türk tıbbiyesinde eğitim önce İtalyanca (1827) başlatılmış, bu dilde yürütülemeyince 1837'den sonra 50 yıl Fransızca ile sürdürülmüştü. Türkçe'nin tıp eğitimi için yeterli bir dil olmadığını ileri süren ve o çağda saray hekimliklerini ve öğretim üyeliklerini ellerinde tutan Rum ve Ermeni hekimlerle, Türkçe olması gerektiğini, olabileceğini savunan tıp öğrencileri ve az sayıda Türk öğretim üyeleri arasında 30 yıl süren tartışmalardan sonra 1885'te padişahın izni ile Osmanlıca eğitim başlatılmıştı. O dönemin Türk hekimleri büyük bir coşku ile her yabancı terime Arapça ve Farsça'dan aktararak karşılık buldular. Kimse onları yadırgamadı, tersine desteklendiler. 1931'de F.K. Gökay'ın yeni harflerle yayınladığı "Ruh Hastalıkları" kitabında "psikoz-manyak-depresif" karşılığında "cinnet-i manya-i inhitatiye" teriminin kullanıldığı görülmektedir. Şimdi biz, psikoz-manyak-depresif'e taşkınlık-çökkünlük hastalığı dersek, neden yadırganır ki? (M.O.Ö.)

İnsanın ruhsal yaşamında *bilişsel (cognitive) ve duygusal (emotive)* süreçler birbirinden ayrılamaz. *Bilişsel* deyince algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantıları kurmak, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılır. *Duygulanım (affect)* deyince neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, korku, bunaltı, kaygı gibi duygusal tepkilerin yaşanması anlaşılır.

En yalın ve etkisiz gibi görünen uyaranlar insanda değişik derecelerde bilinçli ya da bilinçdışı duygusal tepkilerle birlikte algılanır. Örneğin portakal çiçeği salt bilişsel açıdan belli bir ağaçta belli bir mevsimde, bir meyveyi oluşturmak amacıyla açan bir çiçek anlamı taşırken; çocukluğunda portakal bahçeleri içinde tatlı anıları olan bir kişide derin duygular uyandıran bir nesnedir. İnsanın düşünsel, bilişsel yanı ne denli gelişirse gelişsin, duygular olmadan insan mutluluğu, yaratıcılığı, sanatı vb. kalmaz. Bütün ilişkilerimizde, çevreye ve topluma uyumumuzda bu duygusal yanımız bizi yönlendirir, yaşamımıza doyum ya da acı verir.

TANIMLAR

Duygulanım (affect) bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi.

Duygudurum (mood)* ise bireyin *bir süre, değişik derecelerde* rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur. Bir düş kırıklığı nedeniyle en azından bir yarım günümüzü alan bir üzüntüye girsek ve yanımızdakiler "neyin var, Karadeniz'de gemilerin mi battı?" diye sorsalar; öfkelendiğimiz bir olaydan sonra uzunca süre öfkeli, ters, asık suratlı davransak ve yanımızdakiler bize "bugün sen ters taraftan kalkmışsın" deseler, üzüntülü, çökkün ya da öfkeli bir *duygudurum* içinde olduğumuz anlaşılır. Bunlar günlük yaşamın içinde sık görülen duygudurum dalgalanmalarıdır. Normalde günlük duygudurum belli sınırlar içinde bu örneklere benzer biçimde kısa süreli değişmeler gösterir ve bir anormallik düşünülmez.

Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku, utanç, şaşkınlık doğal duygulardır. Ancak, bunlar uzun süre aşırılaştığında duygudurumda üzüntü, öfke ya da neşe türünde bir artıştan sözedilir ve duygudurum bozukluğu düşünülebilir. Ortada belirgin bir neden yokken ya da bilinçdışı nedenlerle ağır ve uzun süreli üzüntüye, öfkeye kapılmak ya da çoşku içinde olmak normal sayılamaz. Ama yalnızca aşırılığa ve süreye dayanarak duygudurumun anormal olup olmadığını değerlendiremeyiz. Kimi ortamlarda (örneğin eğlence yerinde, sevilen arkadaşlarla birlikte olunca, çok sevilen bir kişinin yitiminde yani yas durumunda) insanlar saatlerce, hatta günlerce aşırı derecede neşeli ya da durgun, üzüntülü olabilirler. Böyle aşırılıklar bireyin anormal bir duygudurum içinde olduğunu göstermez. Aşırılığın yanı sıra içinde bulunduğumuz duruma uygunluğun da önemi vardır. Arkadaşları ile gittiği piknikte coşan bir genç, aynı coşkuyu örneğin bir dershanede, sokakta, hastanede gösterse ilk akla gelen bir hipomani ya da mani türünden bozukluk olur.

Bazen gerçekten üzülecek, öfkelenecek, sevinilecek bir durumda, kişi bu durumla bağdaşmayacak derecede aşırı, dengesiz, kimi zaman da uygun olmayan duygusal tepkiler gösterebilir ya da tümden tepkisiz olabilir. Bunlar da duygulanımda bozukluk belirtisidir. Her türlü ruhsal rahatsızlıkta duygulanım niceliksel ya da niteliksel olarak az ya da çok etkilenir. Ancak, kimi

---

*Bundan 27 yıl öncesine dek ruh hekimliğinde "mood" sözcüğü hemen hemen hiç kullanılmazdı. En azından İngilizce yayınlarda "mood disorders" gibi bir terim yoktu. Fransızca ve İngilizce yayınlarda "affect, affective" terimi kullanılırdı. Türkçe'de çok eskiden teessüriyet, sonradan afekt, daha sonradan da duygulanım kullanıldı. DSM-III, afektif bozukluk denince yalnızca çökkünlük, taşkınlık gibi durumların anlaşılmıyacağı, terimin çok daha farklı bozuklukları içermesi nedeniyle çökkünlük ve taşkınlıkla ilgili bozuklukları "mood" terimi altında toplamayı yeğledi ve sıklıkla olduğu gibi bütün dünyaya bunu böyle kabul ettirdi. "Duygudurum" sözcüğü İngilizce'deki "mood"un karşılığı olarak ülkemiz ruh hekimliğinde tutundu, terim niteliği kazandı. "Mood bozuklukları" demiyoruz, "duygudurum bozuklukları" diyoruz. Türkçe'de iki ad yan yana gelince genellikle ikincisi bir i,ı, ü, u eki alır (bellek yitimi gibi). Bu nedenle "duygu durumu" denmediği için bu terimi yanlış bulanlar var. Tanıdığım değerli dilciler Türkçe'de böyle yaygın bir kural olmakla birlikte bir terim üretmek için iki adın yan yana bitişik yazılarak sözcük, terim üretilebileceğini açıklıyorlar. Örneğin, Kadıköy, dilbilim, balbademi, omurilik, kemikdoku, kalemtraş, bilgisayar gibi. (M.O.Ö.)

ruhsal bozukluklarda ana belirti duygulanım ve duygudurumla ilgilidir. İşte bunlar *duygulanım* ya da *duygudurum bozuklukları* olarak tanımlanırlar.

İnsanda duygudurum dört ana başlık altında sınıflandırılabilir:

Normal duygudurum (euthymia): Belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösteren, fakat kişinin kendisine ya da yakınlarının gözlemlerine göre aşırılığı olmayan bir duygusal durumdur. Normal duygudurumda kişi kendisini iyi hissetmektedir; öfke, sevinç, üzüntüsü olabilir, fakat bunlarda ne kendisince, ne de dışarıdan gözlemle aşırılık yoktur ve çevredeki koşullara uygun bir süresi vardır. Normal duygudurumun tek ölçütü kendini iyi hissetme olamaz. Hipomani ve manide hastalar kendilerini çok iyi hissederler, fakat coşkuları hemen belli olur. Bazen ağır duygusal küntlüğü olan şizofreni hastaları da kendilerini iyi hissettiklerini söyleyebilirler, fakat duygusal küntlükleri gözlenir ve normal sayılamaz.

Taşkın duygudurum (elated mood, high mood, euphoria): Kişinin günlük yaşamında aşırı neşelilik, kendini aşırı iyi hissetme egemendir. Günlük yaşamda insanlar kimi durumlarda aşırı neşe, coşku içinde olabilirler. Örneğin uzun süredir birlikte olunmamış dostlarla buluşunca, eğlenceli bir piknikte vb. Bunlar kısa süreli ve normal sınırlarda olan coşkulu duygulardır. Patolojik taşkın duygudurum ileride mani, hipomani başlığı altında açıklanacaktır.

Çökkün duygudurum (low mood, depressed mood): Kişinin günlük yaşamında üzüntü, elem, hüzün duygusu egemendir. Çökkün duyguduruma en yakın normal insan deneyimi çok sevilen yakın bir kişinin yitiminde yaşanan yas (matem) içinde olmaktır. Çok sevilen birinin yitiminde kişinin içinde bulunduğu yas durumunda çökkünlüğün hemen bütün belirtileri bir süre görülebilir. İleride çökkünlüklerin psikanalitik açıklaması ve ayırıcı tanı başlıkları altında çökkün duygudurumla yas arasındaki ayırımın nasıl yapılacağı anlatılacaktır.

Sıkıntılı, tedirgin duygudurum (dysphoric mood): Kişinin günlük yaşamında tedirginlik, sıkıntı, öfke, mutsuzluk baskındır. Genellikle çökkün duygudurum ile birlikte görülür ve ileride çökkünlük başlığı altında açıklanacaktır.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ TARİHÇESİ

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve mani dönemleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Melankoli deyimini ilk olarak *Hipokrat* kullanmıştır (İ.Ö.V. yüzyıl). Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa *Hipokrat melankoli* adını vermiş ve bunu "kara safra"ya bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri *İbni Sina* olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsi-

ni *psikoz manyak depresif (PMD)* adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını *Kraepelin* (1896) başarmıştır. *Kraepelin* aynı zamanda *yaş dönümü çökkünlüğünü (involüsyon melankolisi)* de tanımlamıştır. *Kraepelin*'in erken bunama (demantia praecox) ile manik depresif hastalığı ayırma çabaları düşünce ve duygulanımın ayrımına denk gelmekle birlikte, *Kraepelin* hiçbir yerde manik depresif hastalığı birincil bir duygulanım bozukluğu olarak adlandırmamıştır [25].

DUYGUDURUM (DUYGULANIM) BOZUKLUKLARININ ICD-10 SINIFLANDIRMASI [185]

F30. Manik dönem (nöbet*)
- F30.0 Hipomani
- F30.1 Mani, psikotik belirtisiz
- F30.2 Mani, psikotik belirtili
- F30.8 Başka manik dönemler
- F30.9 Manik dönem, belirlenmemiş

F31. İkiuçlu (bipolar) duygulanım bozukluğu
- F31.0 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem hipomanik
- F31.1 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem psikotik belirtisiz mani
- F31.2 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem psikotik belirtili mani
- F31.3 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem hafif ya da orta şiddetli depresyon
  - ..30 bedensel belirtiler yok
  - .31 bedensel belirtiler var
- F31.4 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem psikotik belirtisiz ağır depresyon
- F31.5 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem psikotik belirtili ağır depresyon
- F31.6 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şimdiki dönem karma (karışık) tip
- F31.7 İkiuçlu duygulanım bozukluğu, şu anda iyilik döneminde
- F31.8 Başka ikiuçlu duygulanım bozukluğu, belirlenmemiş

F32. Depresif dönem:
- F32.0 Hafif depresif dönem
  - .00 bedensel belirtiler yok
  - .01 bedensel belirtiler var
- F32.1 Orta şiddetli depresif dönem
  - .10 bedensel belirtiler yok
  - .11 bedensel belirtiler var
- F32.2 Ağır depresif dönem, psikotik belirtisiz
- F32.3 Ağır depresif dönem, psikotik belirtili
- F32.8 Başka depresif dönemler (atipik depresyon, maskeli

* ICD-10 çevirisinde "episode" karşılığında "nöbet" sözcüğü kullanılmıştı. Artık, Türkçe'de bu amaçla "dönem" sözcüğü yaygınlaşmıştır.

depresyon)
F32.9 Depresif dönem belirlenmemiş
F33. Yineleyici depresif bozukluk (tekuçlu duygudurum bozukluğu)
F33.0 Yineleyici depresif bozukluk şimdiki dönem hafif depresif dönem
.00 bedensel belirtiler yok
.01 bedensel belirtiler var
F33.1 Yineleyici depresif bozukluk şimdiki dönem orta şiddetli depresif dönem
.10 bedensel belirtiler yok
.11 bedensel belirtiler var
F33.2 Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki dönem ağır psikotik belirtisiz depresif dönem
F33.3 Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki dönem ağır psikotik belirtili depresif dönem
F33.4 Yineleyici depresif bozukluk, iyilik dönemi
F33.8 Başka yineleyici depresif bozuklukları
F33.9 Yineleyici depresif bozukluk, belirlenmemiş
F34. İnatçı duygudurum (duygulanım) bozuklukları
F34.0 Distimik bozukluk
F34.1 Siklotimik bozukluk
F34.8 Başka inatçı duygudurum (duygulanım) bozuklukları
F34.9 İnatçı duygudurum (duygulanım) bozuklukları, belirlenmemiş
F38. Başka duygudurum (duygulanım) bozuklukları
F38.0 Başka duygudurum (duygulanım) bozukluğu dönemleri
.00 Karma duygudurum dönemi
F38.1 Başka yineleyici duygudurum (duygulanım) bozuklukları
.10 Yineleyici kısa depresif bozukluk
F38.8 Başka belirlenmiş duygudurum (duygulanım) bozuklukları
F39. Duygudurum (duygulanım) bozuklukları, belirlenmemiş

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ DSM-IV SINIFLANDIRMASI [8]

Depresif Bozukluklar
296.xx Majör depresif bozukluk
.2 Tek dönem
.3 Yineleyici
300.4 Distimik bozukluk
Erken başlangıç / Geç başlangıç
Atipik belirtilerle
311. Depresif bozukluk, başka türlü sınıflandırılamayan

İkiuçlu Bozukluklar
296.xx İkiuçlu I bozukluk
.0x Tek manik dönem
Karma
.40 Son dönem, hipomanik

.4x Son dönem, manik
.6x Son dönem, karma
.5x Son dönem, depresif
.7 Son dönem, belirlenememiş
296.89 İkiuçlu II bozukluk
Son dönemi belirleyin
301.13 Siklotimik bozukluk
296.80 Bipolar bozukluk, başka türlü sınıflandırılamayan
293.83 ...'e bağlı duygudurum bozuklukları / genel tıbbi durumu belirtiniz
29x.xx Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
296.90 başka türlü adlandırılamayan duygudurum bozukluğu

En Son Dönemi Tanımlayan Belirleyiciler

Hafif, orta derecede, psikotik özellikleri olmayan ağır, psikotik özellikleri olan ağır, kısmi düzelme, tam iyileşme
Süregen
Katatonik özellikler gösteren
Melankolik özellikler gösteren
Atipik özellikler gösteren
Doğum-ardı başlangıçlı

Yineleyici Dönemlerin Gidişini Tanımlayan Belirleyiciler

Uzun süreli gidiş belirleyicileri
Mevsimsel yapı gösteren
Hızlı döngülü

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU DÖNEMLERİ

ÇÖKKÜNLÜK (DEPRESYON) DÖNEMİ

Çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınması yaygınlaşmıştır.

I. Birincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir. Bu bölümde ele alınacaktır.

II. İkincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan çökkünlük durumlarıdır. Burada önemli bir tanımlama sorununun kısaca tartışılması uygun olur. Aslında ikincil çökkünlüklerin önemli bir çoğunluğunda belirtiler gerçek birincil çökkünlükten ayırdedilemez. Asıl hastalık, örneğin bir mide kanseri, kalp-damar hastalığı ya da şizofreni ise bunlarda ortaya çıkabilen çökkünlük, doğrudan doğruya asıl hastalığın beyin işlevlerini etkilemesi ile ortaya çıkan çökkünlük değil, asıl

hastalığın yarattığı psikososyal stres etkenleri, korkular, endişeler, çaresizlik duyguları sonucu gelişen ve asıl hastalığa eklenen ikinci bir hastalık, bir ektanıdır (comorbidity).

Tanımlama gereği aslında gerçek *ikincil çökkünlük* Addison hastalığı, hipotiroidi, kansızlık ya da bir beyin uru, beyin damar hastalığı gibi hastalıklarda, bazı ilaçların (dijitalis, steroidler, sedatifler) sürekli alımında, tüberküloz, beyin sifilisi, hepatit, ansefalit gibi enfeksiyon hastalıklarında görülen ve doğrudan doğruya beyin işlevlerinin etkilenmesiyle ortaya çıkan ve altta yatan nedenin ortadan kalkması sonucu düzelen çökkünlükler olması gerekir. Bu tür çökkünlükler ICD-10'da "*organik depresyon*" DSM-IV'de "*genel tıbbi duruma bağlı depresyon*" ya da "*madde fizyolojik etkilerine bağlı depresyon*" olarak adlandırılmaktadır [8, 185].

Hangi tür olursa olsun, çökkünlüğün sağaltımı ve olası sonuçları gözönünde tutulmalı, asıl hastalığın sağaltımının yanı sıra çökkünlüğün de önemli bir sorun olduğu unutulmamalıdır. Genel hastanelerde ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda birincil ya da ikincil nitelikte çökkünlüklerin çok sık görüldüğü araştırmalarla saptanmıştır. Ancak bunların önemli bir çoğunluğu ne yazık ki gözden kaçabilmektedir [146, 179, 137].

Belirtiler ve Bulgular

Aşağıdaki belirtiler çökkünlüklerde *hafif, orta ve ağır* derecelerde görülebilir ve en az iki hafta sürmelidir. Belirtiler ağır ise bir haftalık süre tanı için yeterli olabilir.

I. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış

Çökkün bir hastada genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çöküktür, yüzünde üzüntülü bir ifade vardır. Kimi hastaların kendilerine bakımı azalmış olabilir. Bazı hastalarda genel bir yavaşlama, durgunluk hemen göze çarpar. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm ile birlikte hasta yerinde duramaz, dövünür, ileri geri yürür.

II. Konuşma ve İlişki Kurma

Hafif ve orta şiddetteki çökkünlüklerde hasta ile ilişki ve işbirliği kurmak güç olmaz. Şiddetli çökkünlüklerde konuşma alçak sesli, yavaştır. Hastadan yanıt almak güç olabilir. Çok ağır çökkünlükte hiç konuşmama (mutizm) görülebilir. Gene çok ağır durumlarda bazen hasta ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir; ilişki kurmak zor olabilir.

III. Duygulanım

Duygulanımda genel bir keyifsizlikten *derin üzüntü, iç acısı duyma* derecesine varan artma vardır. Buna *çökkün duygudurum (low mood)* denir. Hastalar sık ve kolay ağlamaktan yakınabilirler. Çökkünlüklerdeki üzüntü hali

hastalar tarafından çoğu zaman normal bir üzüntü halinden, yastan farklı olarak tanımlanır. *Çökkünlüğün özel niteliği* olarak adlandırılan bu durum, bazı tanı araçlarında özellikle sorgulanır. Çökkünlüklerin şiddetini ve alttiplerini belirlemede kullanılan bir başka kavram da *çökkün duygudurumun çevresel uyaranlara verdiği yanıt*tır. Örneğin, atipik depresyonda çökkün duygudurum olumlu ortamlarda hafifler, hatta kaybolabilir.

Ağır çökkünlüklerde üzüntü, keder, elem duygularının yoğunluğunun çok baskın olması bazen başka duyguların yaşanmasını engelleyebilir. Örneğin ağır çökkünlüğü olan bir insan üzüntü, keder dışında hiç bir duygu hissedemediğini, öfkelenemediğini, çocuklarına sevgisini hissedemediğini söyleyebilir. Duygulanımda küntleşme ile karışabilen bu duruma dikkat etmek gerekir.

Kimi hastalarda üzüntü ile birlikte bunaltı (anksiyete), tedirginlik *(sıkıntılı duygudurum -dysphoric mood)*, kimi zaman da öfke hali olabilir. Bunaltılı hastalarda tedirginlik, yerinde duramama görülebilir. Bu duruma *bunaltılı ya da tedirgin çökkünlük (agitated depression)* denir. Birçok hastada bunaltı özellikle sabah erken saatlerde çok belirgindir. *Sabah bunaltısı* ağır çökkünlüklerin tanısında önemli bir bulgudur. Birçok hasta bu sabah bunaltısını dayanılmaz bir duygu, göğsünde ateş varmış gibi bir yanma biçiminde algıladıklarını belirtir.

> Bir hasta sabahları uyanınca algıladığı bu duyguyu "göğsünden aşağı kızgın zeytinyağı dökülür gibi oluyor" biçiminde tanımlamıştı.

Daha seyrek olmak üzere çabuk öfkelenme, çevresindekilerden nefret etme; kimi zaman da ağır çökkünlükte ileri aşamalarda derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi duygulanım azalması belirtileri görülebilir.

Sıklıkla tanımlanan eskiden istekle ve zevkle yaptığı ilgilendiği şeylere karşı *isteksizlik ve zevk alamama (anhedonia)* çökkünlüğün en önemli belirtilerdendir.

Çökkün ya da bunaltılı duygudurumun sadece çökkünlük ve bunaltı bozukluklarına özgü olmadığı şizofreni, deliryum, bunama gibi başka ruhsal bozukluklarda, hatta karma duygudurum dönemlerinde de görülebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle *tanı sadece duygudurumu dayanarak konulamaz.*

IV. Bilişsel Yetiler

Hastanın bilinci açıktır. Çok ağır durgun, uyuşuk (stuporlu) çökkünlüklerde bazen bilinç bulanıklığı izlenimi olabilir. *Zaman, yer ve kişiye yönelim bozukluğu yoktur.*

Hastalar sıklıkla *unutkanlıktan* yakınırlar. Fakat bu, gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Unutkanlık yakınması ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Örneğin, hasta günlük işlerini yaparken birçok şeyi unutabilir, yemeğini yakabilir, randevularını kaçırabilir. Kimi hastalarda unutkanlık çok belirgin olduğundan bir *yalancı bunama (pseudodemans)* izlenimi verebilir. Çökkünlük iyileşince bu tür unutkanlık da düzelir.

Yüksek eğitimli, genç bir kadın hasta dalgınlıktan yakınıyor, henüz o gün konuştuğu arkadaşlarını, gördüğü bir filmi, okuduğu önemli bir haberi unutuyordu. Bu hasta çökkünlük dönemlerinde bütün düşüncelerinin yavaş çekimde gibi üretildiğini anlatıyordu.

Genellikle algı bozukluğu görülmez. Seyrek olarak suçlayıcı, aşağılayıcı türden işitme varsanıları tanımlayan hastalar olabilir. Hastanın zamanı algılaması ve değerlendirmesi ruhsal durumuna bağlı olarak değişebilir. Zaman çok zor geçer, hiç bitmeyecekmiş gibi uzar. Kimi hastalarda kendini ve çevreyi değişik algılama (depersonalizasyon, derealizasyon) belirtileri olabilir.

V. Düşünce Süreci ve İçeriği

Düşünce hızı yavaşlamıştır. Hasta düşüncelerini düşük bir ses tonu ile yavaş ve zorlukla söyleyebilir. Çağrışımlarının düzeninde bir bozukluk yoktur.

Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu ile doludur. Geçmiş zaman iyi yaşanmamış, gelecek karanlık ve umutsuzdur. Çaresizlik, umutsuzluk düşünceleri hastanın ruhsal yaşamına egemendir. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Örneğin, çocuklarına iyi bir anne, kocasına iyi bir eş olamamış, birçok yanlışlık yapmış, onların mutsuzluğuna neden olmuştur. Bütün yanlış giden şeylerden kendini sorumlu tutar. Ülkemizde büyük günahlar işlemiş olma ve bu yüzden cezalandırılacağı duygusuna kapılma Batı toplumlarına göre daha az belirgindir. Bu tür büyük günah işlemiş olma duygusunun Batı toplumlarında daha sık görülmesinin nedeni Hıristiyanlıktaki temel günah inancına bağlı olabilir.

Hastanın özsaygısı (self-esteem) çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz, küçük görür. Değersizlik, küçüklük düşünceleri bazen küçüklük sanrıları (mikromanyak hezeyanlar) derecesine varabilir. Giderek varlığının ve yaşamının anlamsız olduğunu söyler. Suçlanma, değersizlik, işe yaramazlık düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar. Artık her türlü kötülüğü, cezayı haketmiş hisseder, ölüm isteği ve özyıkım (intihar) düşünceleri gelişir. *Çökkünlüğü olan hastalarda muayene sırasında mutlaka ölüm ve özkıyım düşünceleri sorgulanmalıdır.*

Çok ağır durumlarda kötülük görme beklentileri, kötülük görme sanrılarına (perseküsyon hezeyanları) dönüşebilir. Dilimizde çökkünlükteki ruhsal durumu ve düşünce içeriğini yansıtan sayısız anlatım vardır. Örnekler: *Dünya yıkılmış altında kalmışım, içim karanlık, gözüm dünyayı görmüyor, bütün dünyanın yükü sanki omuzlarımda...*

Bir köylü kadın hasta karamsarlığını, değersizlik duygularını şöyle anlatmıştı: *"Herkesin ekini yeşeriyor, başak veriyor, bizimki hep bodur kaldı, başakları çok küçük, aç kalacağız."*

Çökkün hastalarda hipokondriyak uğraşlar ve bedensel yakınmalar bulunur. Özellikle orta yaş çökkünlüklerinin başlangıç dönemlerinde hastalar bedensel yakınmalarla hekim hekim dolaşabilirler.

Ülkemizde ve başka gelişmekte olan ülkelerde, çökkünlüklerde *bedensel yakınmaların, bunaltı ve konversiyon türü belirtilerin sık görüldüğünü vurgulamak isteriz.* Sıklıkla hastalar aylarca hekim hekim dolaşarak bedensel bir hastalık ararlar: Hekimler de çökkünlüğü pek akla getirmezler. Sonunda hastanın durumu ağırlaşınca ya da özkıyım (intihar) eğilimleri belirince rahatsızlığın çökkünlük olabileceği düşünülür ve hasta, aile ya da hekim bir ruh hekimine başvurmanın gerekliliğini düşünür. Çökkünlüklerde çekirdek belirtilerin bütün toplumlarda aşağı yukarı aynı olduğu, fakat hastalığın dışa vuran belirtilerinde farklılıklar olabildiği bilinmektedir. Örneğin, İngiltere ve Türkiye'deki hastalarda yapılan bir karşılaştırmalı çalışma, İngiliz hastalara göre Türk hastalarda çökkünlük dönemlerinde bedensel yakınmaların daha çok görüldüğünü göstermektedir[174].

ICD-10 ağır çökkünlük dönemini "somatik" belirtileri olan ve olmayan diye ikiye ayırmıştır. ICD-10'da sınıflandırmaya sokulan bu *"somatik belirtiler"* yeterince tanımlanmış değildir ve konu tartışmalıdır. Bunlar aslında rahatsızlığın biyolojik yanının göstergeleridir ve tam sözcük anlamı ile somatik sayılmayabilir. *Somatik belirtiler* şunlardır: ilgide, zevk almada azalma, sabah erken uyanma ve kötü hissetme, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, iştah azalması ve kilo kaybı, libido azalması. Bu tanımı daha çok DSM sistemindeki *melankolik depresyon* alttipine benzer. Bu konu ileride "Çökkünlüklerin Sınıflandırılması" başlığı altında tartışılacaktır.

VI. Devinim

Ruhsal süreçlerdeki yavaşlamaya koşut olarak *devinimde de yavaşlama (psikomotor yavaşlama)* belirgindir. Ağır çökkünlüğü olan bazı hastaların konuşmaları, yürümeleri, iş yapmaları zorlukla olur. Psikomotor yavaşlama hastanın öznel yaşantısına değil, muayene sırasında *gözlenebilir* nitelikte olmasına dayandırılmalıdır. Devinim yavaşlığı ve azlığı büyük oranda hastadaki isteksizliğe, enerji eksikliğine bağlıdır. Ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin devinimlilik (psikomotor ajitasyon) görülebilir.

VII. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Hastaların çoğunda *yeme isteği* azalır. Bu yüzden kısa sürede zayıflama olabilir. Yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tiksinti olabilir. Daha seyrek olarak, kimi hastalarda *aşırı yeme ve kilo alma* görülebilir.

Hastalar genellikle *enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan* yakınırlar. Sabah yataktan dinlenmeden kalkar, yorucu bir iş yapmadan kendilerini halsiz, bitkin ve yorgun hissederler. Bu nedenle iç hastalıkları doktorlarına başvurabilirler.

Hastaların çoğunda *uyku bozulur.* Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur. Öncelikle ağır ve bunaltılı çökkünlükler-

de sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır sıkıntı hastaların çok tedirgin oldukları bir belirtidir. Bu belirti hastalığın biyolojik göstergelerinden biridir. Oluş nedenlerinde belirtileceği gibi çökkünlüklerde toplam uyku süresi kısalır, uyku derinliği azalır. REM uykusu normale göre uykunun başlangıç dönemine doğru kayar ve REM dönemleri daha uzun sürer. Ayrıca REM-dışı uykuda da değişiklikler olmaktadır. Kimi hastalarda uyku bozukluğu uykuya aşırı eğilim biçiminde görülebilir.

Mevsimsel çökkünlük dönemleri geçiren hastalarda aşırı yeme, kilo alma ve aşırı uyku daha sık görülmektedir [8, 93].

Hastanın sindirim dizgesinde iştah azalması yanı sıra *genel yavaşlama belirtileri* ve *kabızlık sık görülür. Cinsel isteksizlik olur.* Buna cinsel güçsüzlük (impotence) demek yanlıştır. Hasta yaşamın her yönüne karşı ağır bir isteksizlik içinde olduğu gibi cinsel istek ve eylemde azalma, zevk almama da rahatsızlığın olağan bir parçasıdır. Ayrıca bu hastalarda isteksizliğe bağlı olarak cinsel uyarılmama, antidepresan ilaçlara bağlı olarak sertleşme ve orgazm sorunları sık görülür.

Özetle, bir çökkünlük döneminde en sık görülen ana belirti ve bulgular:

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, bunaltı)
- Genel isteksizlik, ilgilerde azalma, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama (anhedonia)
- Enerji azlığı, çabuk yorulma
- Dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- Uykuda azalma ya da artma
- İştah ve kiloda değişiklik
- Ölüm ve özkıyım düşünceleri
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon

Çökkünlüklerde Tanı

Yukardaki belirtiler gerek DSM, gerek ICD tanı sistemlerinde çökkünlük tanısını koymak için gereklidir. Ancak çökkünlük belirtilerinin çoğu, normalde hepimizin zaman zaman yaşayabileceği belirtilerdir. Çökkünlüğü bir sendrom olarak farklılaştıran bu belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir. DSM-IV'e göre majör depresyon tanısı koymak için:

- Çökkün duygudurum ve isteksizlik ya da zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin olması;
- Bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek ya da belirgin sıkıntı verecek şiddette olması;
- En az iki hafta sürmesi gereklidir.

Ölçme ve Değerlendirme Araçları

Klinik çalışmalarda olduğu kadar günlük klinik uygulamada da izlenen hastanın ilaçlara verdiği yanıtın değerlendirilebilmesi gerekir. Aşağıda bu amaçla geliştirilen ve en yaygın kullanılan ölçüm araçları tanımlanmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory) [21]

Depresif belirti ve tutumu değerlendiren 21 maddeden oluşur. Depresyonun şiddetiyle ilgili bilgi verir. Epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Türkçeye uyarlaması, çeşitli örneklemler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları vardır [63, 66, 101].

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale) [60]

Hamilton ölçeği görüşmeye dayanan gözlemlerin sistematik olarak kayıt edildiği bir çizelgedir. Suçluluk duyguları, intihar, anksiyete gibi 17 madde 5 dereceli bir ölçekte değerlendirilerek, toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır [1].

Çökkünlüklerin Sınıflandırması

DSM-IV'te ağır çökkünlük durumuna "majör depresyon" denmiş ve tutunmuştur. Oysa, bir "minör çökkünlük" tanımlanmamıştır. Bu bakımdan tutarlı bir terim olmadığı düşünülebilir. Gerek ICD-10, gerekse DSM-IV çökkünlükleri şiddetine göre hafif, orta, ağır olarak ayırmakta; ağır depresyonları da psikotik belirtisi olan ve olmayan diye ikiye bölmektedirler.

Çökkünlükler eskiden psikotik, nörotik; içkökenli (endojen) ve tepkisel (reaktif) olarak da sınıflanırdı. Bugün sanrı ve varsanıların eşlik ettiği çökkünlükler ICD ve DSM sınıflandırma dizgelerinde "*psikotik belirtilerin eşlik ettiği ağır çökkünlük dönemi*" olarak adlandırılmaktadır. Çökkünlüklerin ağır türlerinde nadir olarak işitme ve görme varsanıları (halüsinasyonlar), kötülük görme sanrıları, ağır günahlar işlediği için cezalandırılacağı inancı gibi *psikotik belirtiler* olabilir. Psikotik özellikli çökkünlüklerden ileride daha ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

Nörotik çökkünlük terimi ise artık kullanılmamaktadır. Eskiden nörotik diye bilinen durumlar şimdi orta ya da hafif depresif dönem ya da distimik bozukluk başlıkları altında sayılmaktadır. Bunun gibi *içkökenli* (endojen) ve *tepkisel* (reaktif) terimleri de bırakılmaktadır. Kalıtımsal yönden yüklü bir hastada ortaya çıkan çökkünlük dönemi belirgin çevresel stresle başlamış olabileceği gibi; daha önce çökkünlük dönemi geçirmemiş bir kişide, psikososyal zorlanmaların (stres) etkisiyle ortaya çıkan bir çökkünlüğün birçok kez yineleyerek içkökenli (endojen) yanı ağır basan bir hastalık olduğu zamanla anlaşılabilir. *Yineleyici çökkünlük* geçiren hastaların çoğunda içkökenli (endojen) yatkınlığın ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı kabul edilmektedir.

Artık çökkünlük alttipleri psikotik özellikli depresyonda olduğu gibi daha çok klinik özelliklerine göre ayrılmaktadır. Örneğin eskiden içkökenli çökkünlüğün belirtileri olduğu düşünülen klinik özellikler: ilgide, zevk almada azalma, çevresel koşullarla belirtilerin düzelmemesi, sabah erken uyanma ve kötü hissetme, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, iştah azalması ve kilo yitimi, libido azalması ICD-10'da *"somatik belirtiler"* olarak tanımlanmıştır [185]. Benzer şekilde DSM-IV de ilgi azalması, çevresel koşullarla belirtilerin düzelmemesi, çökkünlüğün özel niteliği, sabah erken uyanma ve kötü hissetme, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, iştah azalması ve kilo yitimi ile aşırı suçluluk düşünceleri ile giden çökkünlüğü *"melankolik tip"* olarak tanımlamaktadır [8].

DSM-IV'te ayrıca *atipik*, *katatonik belirtili* ve *doğum-ardı (post-partum) başlangıçlı* çökkünlüklerin özellikleri tanımlanmaktadır. Atipik depresyon olarak tanımlanan çökkünlük tablosunda çevresel koşullarla belirtilerin hafiflemesi temel belirtisi ile birlikte iştah ve kilo artışı, fazla uyuma, ağır halsizlik ve insan ilişkilerinde aşırı duyarlılık bulunmaktadır. Bu tip çökkünlüklerin MAO önleyici ve seçici serotonin geri alım önleyicilere, trisiklik antidepresanlardan daha iyi yanıt verdiği gösterilmiştir. Bu ölçütlerle bütün çökkünlüklerin üçte biri ile üçte ikisi arasındaki oranların atipik çökkünlük ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu oranlar, söz konusu ölçütlerin pek de atipik olmadığını göstermektedir. Yaygınlığına ve farklı ilaç yanıtına karşın atipik çökkünlüğün tanı geçerliği halen üzerinde görüş birliği sağlanamamış bir konudur. Atipik çökkünlüğün temel belirtisi olarak tanımlanan çevresel koşullarla belirtilerin hafiflemesinin ve insan ilişkilerinde aşırı duyarlılığın geçerli ölçütler olmadığı öne sürülmektedir. İkinci tartışma alanı ise atipik çökkünlükler ile bunaltı bozukluklarının çok sık bir arada görülmesi nedeniyle, ayrı bir tanı olarak kabul edilmesinin doğru olup olmadığı ile ilgilidir [13, 126].

Uzun yıllar ayrı bir hastalık olduğu kabul edilmesine karşın DSM-III-R, DSM-IV ve ICD-10'a katılmayan bir çökkünlük alttürü de yaş dönümü çökkünlüğüdür *(involutional depression, involutional melancholia)*. Artık bir alttür olarak kabul edilmemesinin nedeni başlangıç yaşı dışında bu bozukluğun ya tek bir ağır çökkünlük (major depresyon) dönemi ya da yineleyen *(recurrent)* çökkünlük hastalığından farklı olmamasıdır. Yaş dönümü çökkünlüğü gibi başlayan az sayıda hastanın ikiuçlu bir gidiş gösterdiği bilinmektedir. Yaş dönümü çökkünlüğü kadınlarda daha sık görülür. Kadınlarda 40-50 yaşlarında, erkeklerde ise 50-60 yaşları arasında ortaya çıktığı kabul edilir. Klinik belirtiler de yukarıda tanımlanan belirtilerden büyük ayırımı göstermez. Genellikle melankolik çökkünlüğün klinik özelliklerini taşır. Ancak, yaş dönümü çökkünlüklerinde ağır bunaltı, sabah bunaltısı, uyku bozukluğu klinik görünüme egemendir. Bunaltıya bağlı aşırı telaş ve tedirginlik ile hasta yerinde duramaz; sabahlara kadar ellerini ovuşturarak dolaşır, sıkıntılı bir ha-

reketlilik *(agitated depression)* içindedir. Ayrıca bedensel uğraşlar ve özkıyım düşünceleri fazla görülür.

Bazı klasik kitaplarda çökkünlüklerin *basit, stüporlü, sanrılı, ajitasyonlu ve anksiyeteli türlere ayrıldığı görülür.* Kimi hastalarda bu türlere uyan belirtiler daha baskın olabilir. Fakat bunların herbirini ayrı ayrı türler olarak sınıflandırılabilmesini sağlayacak geçerli ölçütler tanımlanmış değildir. Bir de yukarıda tanımlanan klasik çökkünlük dönemlerinden ayrı görüntü veren *maskeli çökkünlük* tanımlanmışsa da bunun için de henüz yeterli tanı ölçütleri konulmamış; sıklığı, gidişi, sonlanışı, kısacası depresif bir hastalık oluşu tam aydınlatılamamıştır. Bu hastalarda tipik çökkünlük belirtileri yerine fobik, obsesif, hipokondriak uğraşlar, konversiyon belirtileri; beklenmedik bir biçimde alkole, kumara, ilaçlara düşkünlük, aile ve iş yaşamından uzaklaşma, açıklanması güç cinsel uyumsuzluk, aşırı yeme, yememe ve başka belirtiler görülebilir [139].

Psikotik özellikli çökkünlük: Psikotik özellikli çökkünlük, sınıflandırma dizgelerinde çökkünlüğün bir alttürü olarak yer almaktadır [5, 135]. Çökkünlük tanısıyla hastaneye yatan hastaların yaklaşık dörtte biri psikotik belirtiler göstermektedir [41]. Her ne kadar, çökkünlüğü olan her yaştaki hastada psikotik belirtiler bulunabilse de ileri yaştaki çökkünlüklerde psikotik özellikler daha sık görülmektedir. Psikotik belirtiler aralıklı olarak ortaya çıkıyorsa, hafifse ya da hasta gizliyorsa gözden kaçabilir. Dolayısıyla sıklıkla yanlış olarak psikotik belirtisi olmayan çökkünlük tanısı konulabilir [139].

Psikotik özellikli çökkünlüğün, çökkünlüğün daha şiddetli bir biçimi mi yoksa ayrı bir bozukluk mu olduğu uzun süreli bir tartışma konusudur. Ancak birçok çalışma belirtiler, hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi ekseni etkinliği, uyku ve sağaltıma yanıt açısından psikotik özelliği olan ve olmayan çökkünlükler arasındaki farkın hastalığın şiddetiyle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır. Psikotik özellik taşıyan çökkünlük dönemleri geçiren hastaların önemli bir kısmının uzun dönemde mani dönemleri geçirerek tanılarının ikiuçlu bozukluğa döndüğü bildirilmiştir [139].

Bazı Özel Gruplarda Çökkünlük

Bedensel Hastalıklarda Çökkünlük

Bedensel hastalığı olanlarda çökkünlük sık karşılaşılan ve sıklıkla gözden kaçan bir ektanıdır. Bu hastalarda çökkünlük tanısının atlanmasının çeşitli nedenleri vardır. Hasta içinde bulunduğu koşulların, örneğin hastanede yatıyor olmasının, bedensel hastalığı olmasının doğal olarak çökkün duyguduruma ve başka çökkünlük belirtilerine yol açmış olduğu düşünebilir. Ayrıca, ruhsal belirtiler sorulmazsa hasta bu belirtileri kendisi ifade etmeyebilir. Hekimin zaman kısıtlılığı ya da konuyla ilgili yeterince bilgi sahibi olmaması da çökkünlük tanısının atlanmasına neden olabilir. Ayrıca hastanın ruhsal bir hastalık tanısıyla damgalanmak istenmemesi, antidepresan ilaçların yan etkilerinden endişe edilmesi de çökkünlük tanısının atlanmasına yol açabilir [140].

Çökkünlüğün tanı ölçütleri arasında uykusuzluk, iştah ve kilo yitimi, halsizlik gibi bedensel hastalıklarda da sık görülen belirtilerin olması bedensel hastalıklarda çökkünlük tanısının konulmasında güçlük yaratır. Dolayısıyla bedensel hastalığı olanlarda çökkünlük tanısı koymak için farklı yaklaşımlar uygulanmaktadır. Bunlardan biri bedensel belirtileri dışta bırakarak sadece ölçütlerde yer alan psikolojik belirtilere dayanarak tanı koymaktır. İkincisi, yalancı pozitif tanı koymayı göze alarak aynı ölçütleri kullanmaktır. Üçüncüsü ise bedensel belirtilerin yerine ölçütlerde yer almayan bazı ek psikolojik belirtilerin (karamsarlık, sık ağlama, toplumdan çekilme gibi) eklenmesi şeklinde olabilir [140].

İleri Yaşta Çökkünlükler

İleri yaşta çökkünlük sıktır, ama zor tanınır. Çökkünlük hastanede yatan yaşlılarda, genel toplumdan daha sık görülür, en sık ise süregen sağlık sorunu ve özürü olanlarda karşılaşılır. Etiyolojide tek bir etkenden söz etmek güçtür, kimi zaman bilişsel yitim ile giden çökkünlük bunamanın erken dönem belirtisi olabilir. Bazı araştırmacılar ileri yaştaki çökkünlüklerin bir kısmının serebrovasküler kaynaklı olarak ortaya çıktığını öne sürmektedir. Damarsal risk etkenlerinin bulunduğu kişilerde, beyin görüntüleme incelemelerinde belirli yerleşim gösteren lezyonların görüldüğü çökkünlüklere, *damarsal çökkünlük* (vascular depression) adını vermektedirler. Damarsal çökkünlükte depresif düşünceler daha hafiftir, psikomotor belirtiler, apati ve nöropsikolojik bozulma belirgindir. MR'da bazal ganglionlar ve frontal lobda anomaliler saptanır. Ancak, damarsal çökkünlük henüz üzerinde tam görüş birliği sağlanmış bir tanı değildir, tartışmalıdır [46].

İleri yaşta çökkünlük belirtileri ile gelen hastada çökkünlük, bunama ya da her ikisi bir arada bulunabilir. O nedenle bunama ayırıcı tanısının çok dikkatli yapılması gerekir. Eşlik eden bedensel hastalığı varsa tanı ve sağaltım açısından özenle ele alınmalıdır. İleri yaştaki çökkünlüklerde özkıyım da önemli bir sorundur. Bütün özkıyımların %20'si ileri yaşta gerçekleştirilmektedir [161]. Özkıyım konusunda ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XIX: Özkıyım*. Gidiş özellikleri açısından genç ve orta yaştaki hastalardan daha farklı değildir. İlk çökkünlük dönemi ileri yaşta ise yinelemeler sık olur. Bilişsel yıkımın, bedensel hastalığın olması, beyin görüntüleme incelemelerinde anomali bulunması ve çökkünlüğün ağır ve süregen olması kötü gidişi yordayan diğer etkenlerdir [95, 140].

İleri yaş çökkünlüklerinde sağaltıma erken başlamak ve koruyucu sağaltım önemlidir. Antidepresanlara yanıt alınması gençlere göre daha geç olabilir. Akut sağaltımdan genellikle iyi yanıt alınır. Ancak yinelemeler sıktır, dolayısıyla ileri yaştaki çökkünlüklerde sürdürüm sağaltımı uzun tutulmalıdır [161].

Ergen ve Çocukluk Dönemindeki Çökkünlükler

Bu konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXVI: Çocukluk Çağı Sorunları ve Bozuklukları.*

Çökkünlüklerde Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda şu hastalıklar ve durumlar gözönünde tutulmalıdır.

A. İkincil Çökkünlükler

Çökkünlüğü olan bir hastayı değerlendirirken üzerinde durulması gereken en önemli noktalardan biri, hastalık tablosunun bedensel bir hastalığa ya da ilaç kullanımına ikincil gelişip gelişmediğidir. Eğer çökkünlük belirtileri bir maddenin fizyolojik etkilerine ya da tıbbi bir tabloya doğrudan bağlı ise klinik tablo ICD-10'da "*Organik duygudurum bozukluğu*"; DSM-IV'te ise "*bedensel hastalığa bağlı duygudurum bozukluğu*" ya da "*bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı duygudurum bozukluğu*" olarak adlandırılır. Bu yaklaşıma göre altta yatan hastalığın sağaltımı ya da kullanılan ilacın kesilmesi ile çökkünlük belirtileri düzelir. Ancak bu tartışmalı bir konudur. Çökkünlüğe yol açtığı düşünülen birçok bedensel hastalık ve ilaçla majör depresyon arasında bire bir nedensel bir ilişki olmadığı, yatkınlığı olan kişilerde bedensel hastalık ve ilaçların çökkünlüğü tetiklediği görüşü de öne sürülmektedir [4]. Çökkünlüğü olan hastada yeterli doz ve sürede kullanılan antidepresan ilaçlara yanıt alınmazsa altta yatan bedensel bir hastalıktan şüphelenilmeli ve araştırılmalıdır.

Çökkünlüğe yol açabilen ilaçlar aşağıda sıralanmaktadır [140]:

- ***Kan Basıncını Düşüren İlaçlar:*** *Reserpin* hastaların %27'sinde ilk 4-6 ayda çökkünlüğe yol açar. Yüksek dozlarda risk artar. *Alfa-metildopa* kullanan hastaların %17'sinde çökkünlük görülür. Belirtiler ilaç kullanılmaya başladıktan sonra hızla, ilk birkaç gün içinde çıkar. Kestikten sonra genellikle bir hafta içinde yatışır. *Beta blokörlerin* çökkünlükle ilişkisi tartışmalıdır.
- ***Doğum Kontrol İlaçları:*** Özellikle yüksek doz östrojen içeren doğum kontrol ilaçlarıyla %7-34 arasında çökkünlük bildirilmiştir. Düşük östrojenli preparatlarla ise risk düşüktür.
- ***Kortikosteroidler:*** Çökkünlük, mani, psikoz, deliriyum gibi çeşitli ruhsal belirtilere yol açabilirler. Özellikle kadın hastada, yüksek dozda, SLE'de, geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü varsa risk artar. Kortikosteroid kullanılırken ortaya çıkan depresyon ilaç başlandıktan sonraki bir haftada başlar, kesildikten sonra 4-6 hafta içinde yatışır.
- ***Benzodiazepinler:*** 40mg/gün diazem eşdeğerinden daha yüksek doz benzodiazepin kullanan hastalarda görülebilir.

- ***Histamin$_2$ Reseptör Antagonistleri:*** *Simetidin* başlandıktan üç gün ile birkaç hafta sonra ortaya çıkar, ilaç kesildikten 1-4 gün sonra yatışır. *Ranitidin*le çökkünlük olasılığı %1-5 olarak bildirilmektedir. Belirtiler 4-8 haftadan sonra ortaya çıkar, ilaç kesildikten 7-14 gün sonra kaybolur.
- ***Kanser İlaçları:*** *Vinkristin, Vinblastin, Prokarbazin, L-Asparaginaz, Amfoterisin B, İnterferon* ile çökkünlük olguları bildirilmiştir
- ***Psikoaktif Maddeler:*** *Alkol ve opiyat bağımlılığı* ile *amfetamın ve kokain kesilmesi* çökkünlüğe yol açabilir.
- ***Anabolik Steroidler:*** Çökkünlük ve maniye yol açabilirler.

Aşağıdaki bedensel hastalıklar çökkünlük belirtilerine yol açabilir [140]:

- ***İnme:*** İnme sonrası çökkünlüğün görülme sıklığı %30-50'dir. Çökkünlüğün tedavi edilmemesi 10 yıllık mortaliteyi üç kat arttırır.
- ***Parkinson hastalığı:*** Parkinson hastalığında %4-70 aralığında çökkünlük sıklığı bildirilmiştir.
- ***Multiple skleroz:*** Sıklık %27-54 arsında bildirilmektedir. Geçirilmiş çökkünlük öyküsü olması çökkünlük riskini arttırır. Kortikosteroidlerle tedavi edilen akut multiple skleroz nöbetinin ardından çökkünlük gelişme riski yüksektir. Ayrıca santral tutulumu olan hastalarda spinal multiple skleroz hastalarına göre çökkünlük daha yüksek oranda görülür.
- ***Epilepsi:*** Özellikle epilepsi odağının beynin sol yarıküresinde olduğu hastalarda çökkünlük sık ve özkıyım oranı yüksektir.
- ***Huntington hastalığı:*** Çökkünlük sıklığı %30, özkıyım oranı yüksek olarak bildirilmektedir.
- ***Hipertiroidi:*** Hipertiroidide çökkünlüğün görülme oranı % 31 olarak bulunmuştur. Çökkünlüğü olan hipertiroidi hastalarında anksiyete belirtileri, kilo kaybı ve halsizlik çökkünlüğü olmayan hipertiroidi hastalarına göre daha şiddetlidir. Antitiroid sağaltım ile çökkünlük belirtileri düzelir.
- ***Hipotiroidi:*** Subklinik hipotiroidizmde yaşam boyu çökkünlük oranı %56. Hipotiroid hastalarda çökkünlük belirtileri tiroid replasmanına iyi yanıt verir. Ancak bazen yanıt gecikir, antidepresan sağaltım gerekebilir
- ***Cushing sendromu:*** İlaç olarak kullanılan steroidlere bağlı manik durum gelişebilirken Cushing sendromunda genellikle çökkünlük görülür. Çökkünlük belirtileri sağaltımla hastalık belirtileri yatıştıktan sonra bir yıl kadar sürebilir.
- ***Hiperparatiroidizm:*** Birincil hiperparatiroidide çökkünlük görülme oranı %30'dur. Çökkünlüğün şiddeti serum kalsiyum düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Kalsiyum düzeyi normale dönünce çökkünlük belirtileri hemen düzelir.

- ***Kanser:*** Tümörün tipine göre farklı çökkünlük oranları bildirilmektedir. Özellikle pankreas, orofarinks ve meme kanserlerinde çökkünlük sıktır.
- ***HIV Hastalığı:*** AIDS'li hastaların %17.3'de çökkünlük görüldüğü bildirilmiştir. HIV seropozitif hastalarda özkıyım oranı yüksektir. HIV bunamasından ayırdedilmesi zor olabilir.

B. Bunama

Çökkünlük sıklıkla bunama, inme ve ekstrapiramidal sistem hastalıklarına eşlik eder. Kimi zaman da çökkünlük altta yatan bunamaya ikincil gelişebilir. Bazen *yalancı bunama (psödo-demans)* belirtileri gösteren ağır çökkünlükleri gerçek bunamadan ayırt etmek güç olabilir. Özellikle ileri yaşta ortaya çıkan bilişsel yakınmaların belirgin olduğu çökkünlükler bunama ile karışabilir. Yalancı bunamadaki bilişsel belirtiler bunamadan bazı farklar içerir ve bazen ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir. Örneğin: Yakın bellek hem bunamada hem yalancı bunamada bozuk olduğu halde, tanıma yetisi bunamada bozuk, yalancı bunamada sağlamdır. Bunamada bir afazi belirtisi olarak görülebilen isimlendirememe, yalancı bunamada genellikle sağlamdır [49]. Bu konuda ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXIV Organik Ruhsal Bozukluklar*. Bunama ile çökkünlüğe bağlı yalancı bunama ayırıcı tanısı oldukça güçtür. Yukarıda değinilen noktaların yeterince ayırt edici olmadığı durumlarda hastanın yalancı bunama gibi ele alınıp antidepresan ilaçlara verdiği yanıtın gözlenmesi, başka bir deyişle sağaltımdan tanıya gidilmesi uygun olur.

C. Yas (matem, grief, mourning)

Önemli ve sevilen yakın bir kişinin ölümü ile ortaya çıkan yas belirtileri çökkünlüğe çok benzer. Birkaç haftadan birkaç aya dek sürebilir. *Yasta bireyin kendisine saygısı kaybolmaz.* Kişi kendini derin bir yitim içinde görse bile kendi değerini küçülmüş, yitirmiş hissetmez. Yas genellikle 2-6 aylık bir süre içinde yatışmaya başlar. Uzarsa ve kişi özsaygısını yitirirse; kendini güçsüz, yetersiz, yaşamı anlamsız görmeye başlarsa yasın ardından bir çökkünlüğün geliştiği düşünülmelidir. Yasın ardından %5 oranında çökkünlük gelişebilir [4]. Bu kişilerde yas süresinin uzamasına, çevresel olumlu uyaranlara tepki vermemesine, psikomotor yavaşlamaya ve intihar düşüncelerinin varlığına dikkat edilmelidir.

> 77 yaşında çökkünlük yakınmalarıyla başvuran kadın hastaya yakınmalarının ne zaman başladığı sorulduğunda "yirmi yıl üç ay 7 gün önce, kocamın ölümüyle" diye yanıtlamıştı.

D. Uzun Süreli Mutsuzluk

Uzun süren *mutsuzluğu* da çökkünlükten ayırt etmek gerekebilir. Mutsuzluk ve hastalık ayrı durumlardır. Kişi değişik nedenlerle mutsuz olabilir, ama ruh sağlığı bozuk olmayabilir. Ancak, mutsuz bir kişide de çökkünlük belirtileri ortaya çıkabilir.

E. Şizofreni

Bazen şizofreni başlangıcında klinik görünüme çökkünlük bulguları egemen olabilir. Bu hastalarda iyi öykü ve yakından izleme ile genellikle şizofrenik psikozun varlığı saptanır. Öncelikle acayip davranış, duyguduruma uygun olmayan sanrılar ve şizofreniye özgü düşünce bozukluğu belirtileri çökkünlük tanısından uzaklaştırır. Ancak, şizoafektif bozuklukta ayırıcı tanı bazen çok güçtür. Hastalığın öyküsü, antidepresanlarla iyileşme olmayışı, antipsikotiklere yanıt alınması ile tanıya gidilir. Psikotik belirtili çökkünlüğün şizofreniden ayırdedilmesi hastalığın gidişi, hastalık öncesi uyum ve kişilik yapısının incelenmesi ile olur. *Şizofrenik bozuklukta* ağır bir psikoz döneminin ardından ciddi bir çökkünlük tablosu belirebilir. Çökkün durumdan önceki hastalığın öyküsü ve belirtileri ayırıcı tanıya götürür. Böyle bir rahatsızlığa *psikoz-ardı çökkünlük* tanısı konursa da asıl tanı şizofrenik bozukluktur.

Bazen hiç konuşmayan, hareket etmeyen, yemeyen, içmeyen bir çökkün hastayı *katatoni*den ayırmak sorun olabilir. Katatonideki balmumu esnekliği, telkine yatkınlık, stereotipiler çökkünlükte görülmez. Ayrıca, katatonik hasta bazen birdenbire fazla hareketli ve saldırgan olabilir ki bu belirti de çökkünlüğe uymaz. Katatonide, çoğu kez duygulanımda üzüntü ve acı yerine küntlük belirgindir.

F. İkiuçlu Bozukluk

Çökkünlük geçiren herkese daha önce en az birkaç gün boyunca; başkalarının yadırgadığı, hasta olabileceğini düşündükleri; aşırı hareketli ve çok enerjik olduğu, çok para harcadığı, uyku ihtiyacı duymadığı bir dönem geçirip geçirmediği mutlaka sorulmalıdır. Bu şekilde tanımlanan bir ya da daha çok hipomani ya da mani dönemi geçiren hastada tanı ikiuçlu duygudurum bozukluğudur. İkiuçlu bozukluğun çökkünlük dönemindeki bir kişinin sağaltımı, birçok bakımdan tek ya da yineleyici çökkünlük dönemleri geçiren hastanın sağaltımından farklıdır. Bu durumda verilen antidepresan ilaçlar çökkünlükteki kadar etkili olmayabilir ya da bazen manik dönem tetiklenebilir.

MANİ DÖNEMİ

Mani, çökkünlük durumunun tam tersi, aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, devinimde hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir.

Belirtiler, Bulgular

Aşağıda tanımlanan klinik belirtilere dikkat edilecek olursa, bir mani dönemindeki belirti ve bulguların çökkünlükteki belirtilerin hemen hemen tam

karşıtı olduğu görülür. Bu belirtiler ve bulgular farklı şiddet düzeylerinde olabilir. Hastaneye yatırılacak derecede ağır, aşırı bir taşkınlığın olmaması, hastanın uyumunun çok bozulmaması durumu *hipomani* olarak bilinir.

I. Genel Görünüm ve Dışa-vuran Davranış

Canlı, çok hareketli, aşırı güvenli davranışları ve abartılı, renkli giyimi dikkat çeker. Çok ağır durumlarda aşırı hızlanma ve devinim artması yüzünden hasta dağınık, yorgun, bitkin durumda olabilir. Kendisini iyi hatta, çok iyi hissettiği için hasta olduğunu ve doktora gelmesi gerektiğini kabul etmez. Hem hekime hem de kendisini getirenlere öfkelidir.

II. Konuşma

Hastanın konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma bir sel gibi akar, daldan dala atlar. *Konuşma basınçlı*dır, araya girmek, bir yorum yapmak, soru sormak mümkün olmayabilir. Hasta kimi zaman kimse dinlemese bile konuşmasını sürdürür. Neşeli ya da öfkeli ama her zaman aşırı güvenli bir ses tonu vardır. Hemen dostluk kurabilir, fakat bu yüzeyel ve kısa sürelidir.

III. Duygulanım

Duygulanımda coşku, aşırı neşe (öfori), sıklıkla da öfke egemendir. Buna *taşkın, coşkulu duygudurum (high mood, elated mood)* denir. Hastanın neşesi çevresindekilere de bulaşır. Ancak, sadece neşenin hakim olduğu (öforik mani) tipik bir durum değildir, nadiren görülür. Duygudurumdaki oynamalar (labile affect) daha sık görülür. Açık saçık şakalar yapabilir. Sık görülen öfkeli, küfürcü, bazen de saldırgan tutumlar hasta engellenince ortaya çıkar. Aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızar, saldırgan olabilir. Başlangıçta hafif bir hızlanma ve hipomani içinde olan hastanın duyguları, hareketleri ve kabarması giderek tırmanarak ağır bir kamçılanış ve taşkınlık durumu (mani) ortaya çıkar.

Kimi hastalarda duygudurumda mani ve çökkünlük karışımı belirtiler birlikte görülebilir. *Karma dönem* adı verilen bu dönemde bir an için neşeli, öfkeli, kabarık olan hasta birden üzüntülü ağıtlar yakabilir, özkıyım düşüncelerinden söz edebilir.

IV. Bilişsel Yetiler

Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle yerindedir. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olursa da giderek dikkatin belli bir noktaya odaklanması güçleşir. Hastanın dikkati bir uyarandan öbürüne kolaylıkla kayar. *Yanılsamaları (illusion)* artmıştır. Psikotik manide *varsanılar (halüsinasyon)* görülebilir. Varsanılar çoğu zaman duygudurumla uyumludur. Büyüklük, üstünlük belirten sesler işitebilir.

Aşırı yorgunluk, beslenememe, bitkinlik, elektrolit dengesizliği nedeniyle bazen bilinç bulanabilir, yönelim bozulabilir.

V. Düşünce

Hastada *düşünce süreci*, yani çağrışımlar hızlanmış ve artmıştır. Sürekli konuşur, konudan konuya atlar. Hasta genel olarak iyimser ve coşkuludur. Düşünceler genellikle birbirleriyle ya anlam ya da uyak (kafiye) bağlantıları gösterirler. Hasta belli bir konu üzerinde duramaz. Fikirler hızla birbirini izler (*fikir uçuşması, flight of ideas*). Bazen konuşmanın motor hızı düşüncelerinin hızına yetişemez. Dolayısıyla çağrışımların akışını izlemek güç olabilir.

Düşüncenin içeriği genellikle *benlik kabarmasını* yansıtan niteliktedir. Hastanın kendine güveni artmıştır. Kimsenin yapamayacağı işleri yapacak güçte, herkesten üstün ve yetenekli olduğuna inanır. *Büyüklük düşünceleri* giderek *büyüklük sanrılarına* (makromanyak sanrılar, delusions of grandiosity) dönüşür. Büyük planlar kurar. Kendini üst düzeylerde bir göreve hazır görür. *Hızlanma, coşku ve benlik kabarmasına* koşut olarak hasta büyük yatırımlar yapabilir; parasını dağıtabilir, gereksiz yere eşyalar alabilir.

> Üniversiteyi yeni bitirmiş genç bir mühendis 50 ayrı banka şubesine 50'şer lira (1960'lı yıllardaki para) yatırarak kısa sürede milyarlar kazanacağını düşünüyordu.
>
> Küçük bir iş yapan bir memur yakında başbakanlığa getirileceğini düşünerek sık sık değişik kasabalara gidiyor; tren ve otobüs istasyonlarındaki kalabalığı kendisini karşılamaya gelenler olarak görüyor, yakında başbakanlık görevine çağrılacağına inanıyordu.
>
> Bir hasta kabarmış benlik duygusu içinde Tanrı'ya yaklaştığını düşünerek namazdan sonra camiden çıkan kişilere milyonlarca liralık çekler dağıtmıştı.

Manik dönemdeki hastaların yarısında psikotik belirtiler görülür. Psikotik belirtileri olan hastaların %67'sinde bu belirtiler duygudurumla uyumlu iken, kalan üçte birinde duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar, daha çok şizofrenide görülen Schneider belirtileri ortaya çıkabilir [16]. Manide görülen duygudurumla uyumlu olmayan sanrılara özellikle *paranoid türden kuşkuların, izlenme, kötülük görme, etkilenme düşünce ve sanrılarının* varlığına ilk olarak 1959'da *İhsan Şükrü Aksel* dikkat çekmiş ve psikoz-manyak-depresif'in paranoid belirtilerin baskın olduğu bir alttürünün tanımlanması gerektiğini ileri sürmüştü [17].

Böylesine bir benlik kabarması, üstünlük, güçlülük duygusu ve coşku içinde olan hasta kendini dünyanın tepesinde görür, rahatsızlığı kabul etmez, sağaltımı reddeder. Akıl almaz eylemlere girişebilir, yaşamını tehlikeye sokabilir.

VI. Devinim

Devinimde *artma ve hızlanma* belirgindir. Hasta gece, gündüz hareket halindedir, yorulmak bilmez. Bir ev hanımıysa aşırı hamaratlaşabilir. Sa-

bahlara dek kenti dolaşabilir; şiirler yazabilir; konuşabilir. Aşırı alışveriş yapabilir, düşüncesiz iş yatırımlarına girişebilir, kendisi için sosyal açıdan uygun olmayan cinsel eylemlere kalkışabilir. Manik dönemin ardından utanç ve suçluluk duyacağı davranışları olabilir. Hastanın artan hareketliliği çevreyi tedirgin eder. Önlenmeye çalışıldıkça öfkeli hareketlilik artar, bazen de saldırgan olabilir. Bu yüzden hasta yaşamını tehlikeye sokacak durumlara girebilir.

İkiuçlu-I tanısı konmuş, ilk gençlik yıllarından beri lityum ile duygudurum döngüleri durdurulmuş ve başarılı bir iş uyumu yapmış olan 35 yaşındaki bir erkek hasta lityumu bıraktıktan sonra 2-3 hafta içinde giderek tırmanan bir taşkınlık durumuna girmişti. Tırmanmayı önleyebilmek için hekimin ve ailenin bütün çabalarına karşı gelmiş, iyice taşkınlaşmıştı. Kaldığı kentteki lüks otelde milyarlarca lirayı iki günde harcamış, artık zaptedilemez bir duruma gelmişti. Hasta her türlü sağaltım önerisini reddediyordu. Hastayı yatıştıracağına inanan bir arkadaşı onu başka bir kente doğru götürürken, hasta birden arabayı büyük bir fabrikanın giriş kapısına sürdürmüş, nöbetçilerle kavga etmiş ve jandarma tarafından karakola götürülmüştü. Hastanın bu durumunu haber alan hekimi karakol komutanı ile telefonla konuşarak hastanın yaşamsal bir tehlike içinde olduğunu, her an kaçabileceğini ya da kendileri ile kavga edebileceğini, bir kurşun yiyebileceğini anlatarak hastanın hemen hastaneye kaldırılması gerektiğini anlatmıştı. Jandarma aracılığı ile hastaneye kaldırılan hasta orada ancak EKT ile yatıştırılmış ve ardından lityum sağlatımına yeniden başlanmıştı.

Bir başka hastamız, iki kolunda, iki bacağında kırıklar olduğu halde sürekli hareket ediyor, kırık kolu ile yumruk atıyordu. İlaçlarla hemen yatışmayan hastanın bütün vücudu alçıya alınmak zorunda kalınmıştı.

Nadiren çok şiddetli manide katatonik belirtiler görülebilir.

42 yaşında, 25 yıldır ikiuçlu bozukluk tanısıyla izlenen bir öğretmen hastamız kendisine önerilen lityum ve karbamazepini düzenli kullanmıyordu. Bir ay süreyle çok konuşma, aşırı hareketlilik, çabuk öfkelenme gibi belirtileri olmuş. Bu coşku içinde evden kaçtıktan üç gün sonra bir tatil kasabasında kayaların üstünde çırılçıplak bir heykel gibi dururken askerler tarafından bulunarak hastaneye getirilmişti.

VII. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Mani dönemi sırasında *uyku gereksinimi* azalır. Hasta günlerce sabahlara dek uyumaz; sürekli olarak bir şeyler yapmaya çalışır. Yazılar yazar, telefonlar eder, işyerlerini, tanıdıklarını, bütün kenti dolaşır. Buna karşın ertesi gün gene enerjik ve hareketlidir. İkiuçlu hastalığı olan bir kişide iyilik döneminde *uyku* birden bozulursa bir mani dönemının başlamakta olabileceği düşünülmelidir.

Yemek isteği artsa bile yemek yemeğe vakit bulamaz ve bu yüzden kilo verebilir. *Cinsel istek* artar, fakat aşırı hareketlilik içinde uyumlu cinsel etkinlik zorlaşabilir. Hasta giderek artmış ve dağınık ilgileri, aşırı konuşması, coşkulu, öfkeli, saldırgan davranışları ile yorgun düşer. Buna karşın dinlen-

mek istemez. Birkaç gün, birkaç hafta içinde sesi kısılır, zayıflar, bitkin düşer, kuruluk (dehidratasyon) belirtileri gösterebilir, ateşi çıkabilir.

Bütün bu enerji artması, uyku gereksinimindeki azalma, kendine güvende artma, büyük hedefler ve planlara karşın manik dönemdeki hastanın dikkatinin dağınıklığı, belli bir noktaya odaklanıp, organize olamayışı yüzünden amacına ulaşması mümkün olmaz.

Özetle, bir mani döneminde en sık görülen ana belirti ve bulgular:

- Aşırı neşeli, coşkulu, taşkın ya da öfkeli duygudurum
- Kendine güvenin artması, büyüklük düşünceleri
- Uyku gereksiniminin azalması
- Aşırı konuşkanlık, basınçlı konuşma
- Düşüncelerin hızlanması, fikir uçuşması
- Dikkat dağınıklığı
- Amaçlı devinimlerde artma ya da psikomotor hızlanma
- Zevk veren uğraşlara aşırı ilgi

Manide Tanı

Manik dönem tanısını koymak için DSM-IV gene tıpkı çökkünlük döneminde olduğu gibi belirti birlikteliği, süre ve şiddet ölçütleri tanımlamaktadır. Mani dönemi tanısı için belirtilerin en az bir hafta, hipomani tanısı için ise en az 4 gün sürmesi gerekmektedir. DSM-IV mani dönemini şiddetine göre *hafif, orta, ağır* olarak ayırmaktadır. Ağır mani de *psikotik özellikleri olan ve olmayan* olarak iki grupta tanımlanmıştır. ICD-10'da ise hafif ve orta şiddette mani tanımlanmamakta; *hipomani, psikotik belirtisi olmayan mani* ve *psikotik belirtili mani* olarak gruplandırılmaktadır. Mani ve hipomani ayrımı sınıflandırma sistemlerinin en tartışmalı noktalarından biridir. Hem süre açısından, hem de olağan duygudurum oynamaları ya da hafif maniden farkı açısından hipomani güvenilirliği, dolayısıyla da geçerliği düşük bir tanıdır. Mani ve hipomani arasındaki temel ayırımı bir şiddet farkı olarak koyan ICD-10 bu açıdan daha anlaşılır niteliktedir.

Ölçme Değerlendirme Araçları

Klinik çalışmalarda ve günlük klinik uygulamada izlenen hastanın ilaçlara verdiği yanıtın değerlendirilebilmesi açısından hastalık belirtilerindeki değişimi izlemek amacıyla en sık kullanılan ölçüm araçları aşağıda tanımlanmaktadır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale) [190]

Maninin şiddetini ve şiddet düzeyindeki değişimi izleyebilmek için geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından doldurulmaktadır. Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması vardır [74].

Bech-Rafealson Mani Ölçeği (Bech-Rafealson Mania Rating Scale) [20]

Maninin şiddetini ölçmek ve şiddetindeki değişimi izlemek amacıyla geliştirilen yarı yapılandırılmış, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Türkçe'de güvenilirlik çalışması yapılmıştır [73].

Manide Ayırıcı Tanı

Mani dönemine benzeyen kamçılamışlar başka ruhsal bozukluklarda da görülebilir:

A. Şizofreni

Şizofreni ve şizofreni-benzeri (şizofreniform) bozukluklarda hasta bazen aşırı neşeli, hareketli, taşkın görünebilir. Manideki neşe genellikle çevresindekileri güldürür; neşesi konuşmaları ile uyumludur. Abartılı, kabarmış olabilir ama genellikle tuhaf, acayip görülmez; manik hasta eğlenceli bulunur. Oysa şizofrenideki neşede bir tuhaflık, anlaşılmazlık, belirtilen düşüncelere uygunsuzluk vardır. Şizofrenik taşkınlık durumunda davranışlar, sanrılar ve varsanılar genellikle düzensiz, dağınık ve duygudurumla uyumsuzdur. Hastanın düşüncesi dağınık, acayip, anlaşılması güç olup, bunlar hastanın öznel iç dünyası ile ilgilidir (otizm). Oysa, manide sanrılar genellikle kabarmış bir benlik duygusuna ve coşkulu bir duygudurumla uygun büyüklük ve güçlülük sanrılarıdır. Ayrıca, *şizofrenide görülen düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce denetlenmesi gibi Schneider belirtileri manide nadiren görülür.* Örneğin manik hasta kendisinin çok üstün ve güçlü olduğuna inanarak bütün insanların düşüncelerini okuyabildiğini söyleyebilir. Televizyonu, radyoyu kendisinin yönettiğini; düşüncelerinin etkilendiğini değil, başkalarının düşüncelerini kendisinin etkilediğini söyleyebilir. Ancak gene de sanrıların acayip nitelikte olması mani tanısını dışlamaya yeten bir klinik bulgu değildir. Manide dikkat ve algılama başlangıçta artar ve hastalık iyice tırmanınca dikkat dağılır.

Varsanı (halüsinasyon) türünden algı bozukluğu manide daha nadirdir. Seyrek olarak hasta büyük bir insan olduğuna, özel görevler yüklendiğine, üstün yeteneklerinin harekete geçirilmesi gerektiğine ilişkin sesler işitebilir. Bunlar kabarık benlikle ve coşkulu duygudurumla uyumludur. Şizofrenik bozukluklarda işitme ile daha seyrek olarak görme, dokunma ve koku varsanıları önemli belirtiler arasındadır.

Nadiren çok şiddetli manilerde katatonik belirtiler görülebilir. Manide katatonik belirtilerin görülme oranı bazı çalışmalarda oldukça yüksek bulunmakla birlikte bizim klinik izlenimimiz nadir görüldüğü yönündedir. Özellikle karma dönemlerde, ektanılı durumlarda daha sık ortaya çıkar. Katatonik belirtili mani genellikle kötü gidişlidir [90, 32].

Duygudurumla uyumlu olmayan psikotik belirtilerin olduğu maniyi şizofreni ya da şizofreni-benzeri bozukluktan ayırmak çok güçtür. Özellikle hasta-

nın geçirdiği ilk psikoz döneminde, tanı koymak için acele etmeyip hastalığın gidişini izlemek gerekebilir. Böyle durumlarda aile öyküsüne dikkat etmekte de yarar vardır. Ancak ailede duygudurum bozukluğu ya da şizofreni olduğunu öğrenmek de bizi tanıya doğrudan yönelten bir özellik değildir. Tanı koydurucu özellik, hastalığın uzun dönemdeki gidişidir. İkiuçlu duygudurum bozukluğu genellikle yıllarca dönem dönem gelen, fakat dönemler arasındaki iyileşme sürelerinde kişinin görece iyi, başarılı uyum yapabildiği bir hastalıktır. Bu iyilik dönemlerinde hastalığın belirgin izi genellikle yoktur. Ayrıca hastada zaman zaman çökkünlük dönemleri öyküsü de olabilir. Şizofrenide ise hastalık genellikle süregendir. Zaman zaman kısmi düzelmeler olursa da, şizofrenik rahatsızlığın izleri, örneğin eksi (negatif) belirtiler düzelme dönemlerinde de görülür. Şizofrenik bir psikozla manik psikozun arasındaki bir başka fark da manik dönemin daha ani başlaması, şizofrenik psikozun başlangıcının çoğu zaman daha sinsi olmasıdır [136].

B. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoafektif bozukluk ruh hekimliğinin tartışmalı konularından biridir. Sınıflandırma sistemlerinde şizofreni ve başka psikotik bozukluklarla aynı grupta yer alır. ICD-10'daki [185] şizoafektif bozukluk eskiden *sikloid psikoz* olarak tanımlanan bozukluğa karşılık gelmektedir. Bu tanıma göre, hastanın geçirdiği hastalık dönemlerinin hepsinde hem şizofreni hem de duygudurum bozukluğu belirtileri bir arada bulunuyorsa tanı şizoafektif bozukluktur. ICD-10'a göre tipik mani ve çökkünlük dönemleri arasında birkaç şizoafektif özellik taşıyan hastalık dönemi geçiren bir hastada tanı ikiuçlu duygudurum bozukluğu olmaktadır. Ancak bütün hastalık dönemleri aynı şizoaffektif özellikleri taşıyorsa şizoaffektif bozukluk tanısı konur. ICD-10 şizoaffektif bozukluğu manik tip, depresif tip ve karma tip olarak ayırmaktadır. Bu tiplendirme ya o sıradaki hastalık dönemine ya da çoğunlukla geçirdiği hastalık dönemine göre adlandırılır.

DSM-IV [8] ise farklı bir şizoafektif bozukluk tanımlamıştır. DSM-IV'e göre duygudurum dönemleri sırasında duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz her türlü psikotik belirti olabilir. Eğer duygudurum dönemleriyle giden bir hastalık sırasında bu dönemlerin dışında sanrı ya da varsanılar sürüyorsa DSM-IV'e göre tanı şizoaffektif bozukluktur. Bu tanımlarla ICD-10'nun şizoafektif bozukluk tanısı DSM-IV'de duygudurumla uyumsuz psikotik belirtileri olan ikiuçlu bozukluktur. Öte yandan, DSM-IV ile şizoafektif bozukluk tanısı konulan hastalara ICD-10 ile şizofreni tanısı konulmaktadır.

C. Paranoid Bozukluklar

Paranoid hastadaki büyüklük sanrısı ile manideki büyüklük sanrısını ayırt etmek gerekir. Paranoid hasta üstünlük, büyüklük duygusu nedeni ile kendisini izleyenler, kendisine karşı komplo kuranlar olduğuna inanır. Bu

nedenle paranoid hasta kuşku, korku içindedir, çok savunucudur. Oysa, manide benlik kabarması olan hasta kendisini üstün görür, herkesin bunu kabul ettiğini söyler. Örneğin herkes kendisinin büyüklüğünü bilmektedir, yakında başbakan olacaktır ve bunun için insanlar garlarda, istasyonlarda onu karşılamaya gelmektedirler. Paranoid hasta ise, onun büyüklüğünü kıskananların, üstünlüğünü çekemeyenlerin bu yüzden kendisine düşman olanların varlığından söz eder. Bu nokta da sanrıların niteliği kadar başka mani belirtilerinin (taşkın duygudurum, aşırı hareketlilik, uyku gereksiniminin azalması vb.) bulunup bulunmaması da önem taşır.

D. Yalancı-psikoz

Yalancı psikoz olarak da *bilinen histerik çılgınlık durumları* bazen klasik bir mani dönemine benzeyebilir. Dikkatli bir gözlem ile hastanın bir bakıma deliliği oynadığı, abarttığı izlenimi edinilir. Çoğu zaman bir kaç günde yatışır. Mani dönemi genellikle bu kadar hızlı yatışmaz. Ayrıca yalancı-psikozda aşırı hareketlilik, coşkulu davranışlar, fikir uçuşması olabilirse de, büyüklük sanrıları, aşırı para harcama, saldırgan davranışlar görülmez. Böyle bir çılgınlığın hemen öncesinde yaşanan bir akut ruhsal travmanın saptanması daha çok yalancı-psikozu akla getirmelidir. Ancak manik bir taşkınlık durumunun da psikososyal zorlanmalarla tetiklenebileceği unutulmamalıdır.

E. Toksik-organik nedenlere bağlı ruhsal bozukluklar

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin urları, multiple skleroz, bazı ağır kalp ve göz ameliyatlarından sonra ortaya çıkan deliryum durumları ve madde kullanımına bağlı (alkol, kokain, amfetamin, steroidler, LSD, meskalin, fensiklidin, tüberküloz ilaçları ve bilinmeyen maddeler gibi); madde kesilmesine bağlı (alkol, amfetamin, kokain, halüsinojenler, inhalanlar, fensiklidin, sedatifler, uyku ilaçları ve bilinmeyen maddeler gibi) [136] mani ile karışabilecek ağır taşkınlık durumları görülebilir. Deliryum durumlarında bilinç, yönelim ve algı bozukluğu baskındır. Oysa manide bilinç, yönelim ve algı bozukluğu genellikle olmaz. Ilaçlara bağlı görülen taşkınlıklarda klinik görünüm maniye çok benzeyebilir. Fakat genellikle bir ilaç alma öyküsü kolaylıkla ortaya çıkarılır.

F. Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik ya da davranım bozuklukları

Ergenlik çağında, hatta çocuklarda da mani dönemleri görülebilir. Ergenlik öncesi yaşlarda *dikkat eksikliği aşırı hareketlilik ya da davranım bozukluğu* tanıları konmuş çocukların bir kesiminin sonradan mani dönemleri geçirdiği görülmüştür. Bu tür bozukluk gösteren çocuklarda duygudurum bozukluğu olasılığını düşünerek izlemek gerekir [118]. Dikkat eksikliği bozukluğu ile ikiuçlu bozukluk aşırı hareketlilik, dikkatin kolay dağılması ve ataklık

(impulsivite) açısından karışabilir. Manik dönemde baskın olan uyku gereksiniminde azalma, kendine güvende artma, büyüklük düşünceleri ayırıcı tanı da yardımcı olur [136].

G. Alkol ve madde bağımlılığı

Duygudurum bozukluklarında, özellikle ikiuçlu bozuklukta *alkol ve başka maddelere bağımlılık durumları* çok sık görülmektedir. Yapılan araştırmalar %50 ya da daha yüksek bir ektanı (comorbidity) olasılığını bildirmektedir [173]. Alkol ve madde bağımlılığının bulunuşu klinik görünümü derinden etkileyebilmekte, tanı ve sağaltımı güçleştirmektedir.

H. Kişilik bozuklukları

Kişilik bozukluğu tanısı süreklilik gerektirmekle birlikte özellikle hızlı döngülü duygudurum bozukluğu olan genç kadınlarda sınırda (borderline) kişilik bozukluğu tanısı sık konulmaktadır. Gene, bazen manik dönem sırasındaki haz yönelimli ve riskli davranışlar antisosyal kişilik bozukluğu izlenimine yol açabilir [4, 136]. İkiuçlu bozukluk gösteren hastaların büyük bir çoğunluğunda aynı zamanda başka *kişilik bozuklukları* da görülmektedir. *Üçok* ve arkadaşlarının yaptığı kontrollü bir araştırmada ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda DSV-IV ölçütlerine uyan kişilik bozukluğu oranı %48 dolayında bulunmuştur [177]. Ektanı durumları her zaman tanı koymayı güçleştirir.

KARMA DÖNEM

Bazı duygudurum dönemlerinde çökkünlük ve mani belirtileri eşzamanlı olarak görülebilir. Ancak, bir karma dönem boyunca bütün çökkünlük ve mani belirtilerinin bir arada görülmesi sık karşılaşılan bir durum değildir. Karma dönemlerde daha çok , öfke, çabuk sinirlenme, panik nöbetleri, hızlı ve basınçlı konuşma, ajitasyon, büyüklük düşünceleri, uykusuzluk, cinsel istekte artma gibi belirtiler görülür. İkiuçlu hastaların %40'ının hastalıkları boyunca en az bir karma dönem geçirdikleri bildirilmekle birlikte bütün duygudurum dönemleri içinde karma dönemlerin oranı çok daha düşük bulunmaktadır [100]. Fransızların ulusal çaptaki EPİMAN-II çalışmasında akut mani nedeniyle hastanede yatan 1090 hastada mani sırasında en az bir çökkünlük belirtisi bulunma oranı %49; en az iki çökkünlük belirtisinin bulunma oranı ise %30 olarak saptanmıştır [61]. Klasik bir mani dönemi ile karşılaştırıldığı zaman karma dönemde genel psikopatoloji daha şiddetli olmakta, panik nöbetleri ve sosyal bunaltı gibi bunaltı bozuklukları ile katatonik belirtiler daha sık görülmekte, özkıyım oranı daha yüksek bulunmakta ve hastalığın gidişi genel olarak daha olumsuz olmaktadır [16, 91, 99]. Karma dönem sırasında klinik özellikler arasında psikotik belirtiler de varsa sıklıkla şizoafektif bozukluk tanısı konulmaktadır.

TEKUÇLU (UNIPOLAR) VE İKİUÇLU (BİPOLAR) AYIRIMI

DSM ve ICD sınıflandırma dizgelerine göre tekuçlu (unipolar) bozukluk, yineleyici (recurrent) çökkünlük ile eş anlamlıdır. İkiuçlu (bipolar) bozukluk ise ya yalnız mani dönemleri ya da mani ve çökkünlük dönemleri geçiren hastalar için kullanılan terimdir. Klasik anlamda manik-depresif psikozun (PMD) yeni adıdır. Kraepelin zamanından beri psikoz-manyak-depresif (PMD) olarak bilinen bu hastalığa daha çok Amerikan DSM okulunun etkisi ile artık *ikiuçlu (bipolar) duygudurum bozukluğu* denmektedir. Eğer hastalığın gidişi boyunca yalnızca mani dönemleri ya da mani ve çökkünlük dönemleri görülüyorsa bu bozukluk tipik bir ikiuçlu duygudurum bozukluğudur. Hasta yıllar boyunca birçok çökkünlük dönemi arasında yalnız bir tek mani dönemi geçirmiş bile olsa tanı ikiuçlu bozukluktur. Yalnız yineleyici çökkünlük dönemleri olmuş ve mani ya da hipomani dönemi hiç görülmemişse bozukluğa *tekuçlu (unipolar) ya da yineleyici çökkünlük* denmektedir. Nadiren hasta yineleyen mani dönemleri geçirmesine karşın hiç çökkünlük dönemi olmayabilir. Bu durumda da tanı ikiuçlu bozukluktur. Bu tanımlamalara göre yalnız mani dönemleri geçiren ve hiç çökkünlük dönemi geçirmeyenlere *tekuçlu mani* hastalığı denmemesinin nedenini anlamak güçtür. Yazıcı ve arkadaşları en az 4 yıl boyunca izlenen en az dört mani dönemi geçirdikleri halde hiç çökkünlük dönemi geçirmeyen hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bu grubun ayırt edici özellikler taşıdığını göstermişler ve farklı bir tanı grubu olarak ele alınabileceği sonucuna varmışlardır [189].

İkiuçlu bozukluk tanısı koymak için DSM-IV'e göre tek bir mani ya da karma duygudurum dönemi yeterli olmaktadır [5]. ICD-10 ise ikiuçlu bozukluk tanısı için birinin mani olması koşuluyla en az iki duygudurum bozukluğu döneminin olmasını gerekli görmektedir [185].

İkiuçlu bozuklukta yanlış tanı önemli bir sorundur. Amerika'da bir hasta derneğinin yaptığı iki çalışmada ikiuçlu bozukluğu olan hastaların ilk muayenelerinde yanlış tanı oranı %73 ve %69 olarak bulunmuştur. Yanlış tanılar arasında en sık konulan tanı tekuçlu bozukluktur [94, 96]. Fransa'da yapılan benzer bir başka çalışmada da 250 hastadan dörtte üçüne yanlış olarak tekuçlu bozukluk tanısı konmuştur [62].

İkiuçlu duygudurum bozukluğu mani ya da hipomani dönemlerinin türüne göre *ikiuçlu (bipolar) I* ve *II* olarak tanımlanmaktadır. *İki-uçlu I*'de tipik mani ya da mani ve çökkünlük dönemleri görülür. *İkiuçlu (bipolar) II* ise yineleyen çökkünlük dönemleri arasında zaman zaman *hipomani* dönemlerinin yaşandığı bir duygudurum bozukluğudur.

HIZLI DÖNGÜLÜ İKİUÇLU BOZUKLUK

İkiuçlu bozuklukta bir yıl içinde en az dört duygudurum dönemi (mani/hipomani ve çökkünlük) geçirilmesi *hızlı döngülülük* (rapid cycling) olarak ad-

landırılır. İkiuçlu bozukluğu olan hastaların %14-50'sinde hastalık gidişi içinde bir dönemde hızlı döngülülüğün görülebildiği bildirilmektedir. Öncesinde siklotimik özellikleri olan kişilerin hızlı döngülülüğe daha yatkın olduğu öne sürülmektedir. İkiuçlu bozukluğun ilerleyen dönemlerinde, en çok orta yaşta ikiuçlu-II bozukluğu olan kadınlarda ortaya çıkar. Hızlı döngülü hastalarda sıklıkla bunaltı bozuklukları, madde kötüye kullanımı, sınırda kişilik bozukluğu, hipotiroidizm ektanıları bulunur. Sınırda hipotiroidizm, menopoz, alkol, yatıştırıcı ya da uyarıcı ilaçlar ve kafein kötü kullanımı ile uzun-süreli yüksek doz antidepresan kullanılması hızlı döngülülüğe yol açan etkenler arasındadır[4,5].

DİSTİMİK BOZUKLUK

Eskiden nörotik çökkünlük, depresif kişilik, nevrasteni gibi başlıklar altında tanımlanan belirti ve bulguları gösteren hastalar DSM-III ve IV'te *distimik bozukluk* olarak sınıflandırılmıştır. ICD-10 Direngen (persistent) Duygudurum Bozukluğu altında ve F34.1 kodu ile "*distimi*" olarak vermiştir. Bu hastalarda genel olarak en az iki yıl süren, çok ağır olmayan çökkünlük belirtileri arasında uyku bozukluğu, süregen mutsuzluk ve karamsarlık, haisizlik, istek ve ilgi azlığı, güvensizlik, süregen yakınmalar, sızlanmalar, değişik somatik sıkıntılar görülür. Sanrılar ve başka psikoz belirtileri görülmez. Zaman zaman birkaç gün gibi kısa süreli iyilik dönemleri olabilir. Genellikle genç yaşlarda başlar. Alkol ya da sıkıntı giderici ilaçlar kullanma eğilimi fazladır. Bozukluğun önemli özelliği süregen olması; mutsuz, karamsar, acı çekmeye eğilimli bir kişilik yapısı izlenimini vermesidir. Distimik bozukluğu olan kişilerde zaman zaman majör depresyon dönemleri gelişebilir, bu duruma *çifte çökkünlük (double depression)* adı verilir.

SİKLOTİMİK BOZUKLUK

Duygudurum dalgalanmaları gösteren siklotimik kişilik bozukluğunda görülen, klinik olarak görece hafif ve kısa süren taşkınlık, çökkünlük durumlarıdır. Genellikle 21 yaşından önce başlar. Kişi coşkulu dönemlerinde canlı, devingen, toplumsal ve iş etkinlikleri artmış, aşırı güvenli, fazla dışa dönüktür. Uzun ya da kısa bir süre sonra ortada çok belirgin nedenler yok gibi görünürken kişide sıkıntılı, durgun, karamsar, çekingen saatler ya da günler olur. Bazı hastalarda kronik bir seyir izlerken, bazı hastalarda eşik altı çökkünlük ve mani dönemlerinin arasında duygudurum belirtilerinin bulunmadığı dönemler vardır. Coşkulu dönemler, durgun dönemlere göre daha uzun sürdüğü için toplumsal ve iş yaşamında başarılı tanınan bir kişidir. Fakat zamanla birçoklarında bu dalgalanmalar şiddetlenebilir, süreler uzayabilir ve klinik olarak ikiuçlu (bipolar) bozukluk belirginleşebilir, hatta hızlı döngülülük ge-

lişebilir [4]. Siklotimisi olan kişilerin önemli bir bölüğünde sağaltım gerekmez. Ancak, uyum bozulursa lityum, karbamazepin ya da valproik asit gibi ilaçlarla ile koruyucu sağaltım en uygun yoldur.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA SIKLIK VE YAYGINLIK

Duygudurum bozuklukları, öncelikle ruhsal çökkünlükler, bütün hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişik oranlar bildirilmişse de sıklığın ve yaygınlığın yüksek olduğu konusunda tam bir görüş birliği vardır. Genel olarak çökkünlüklerde yaygınlık oranı (prevalans- belli bir zamanda bulunan hasta sayısının nüfusa oranı) % 9-20 arasında bildirilmiştir. Majör depresyon) için yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde ve kadınlarda A.B.D.'de % 2.6 ve % 7.0; Edmonton, Kanada'da %5.9 ve %11.4, Seul, Kore'de %2.4 ve %4.1 olarak verilmektedir [67]. Çökkünlüklerde sıklık (yılda görülen yeni olgu) erkeklerde 80-200/100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir; yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 olarak bulunmuştur [67]. Araştırmalar genellikle, ağır çökkünlüklerin (majör depresyon ya da tekuçlu bozukluk) kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğünü doğrulamaktadır [67]. Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre çökkünlüklerde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır [67].

Son yıllarda çökkünlüklerin *temel sağlık hizmetlerindeki önemi* giderek daha çok anlaşılmış ve bu alanda epidemiyolojik araştırmalar artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülkede temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarda yapılmış olan geniş bir araştırmanın verilerine göre DSM-III-R'ye ya da ICD-10'a göre tanı konulabilen çökkünlüklerin 14 ülke için ortalama yaygınlık (prevalans) oranı % 10.4, Ankara-Gölbaşı Sağlık Merkezi için % 11.6 bulunmuştur [146, 147, 79]. *Bölüm XV: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*'nde özetlenen *Türkiye Ruh Sağlığı Profili* çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda çökkünlük oranı %20 olarak belirlenmiştir [87].

Gerek toplum taraması gerekse temel sağlık hizmetlerinde ya da hastanelerde yapılan araştırmalarda çökkünlüklerin oranı genellikle bütün hastalıklar arasında çok yüksek bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından ruhsal çökkünlükler bütün dünyadaki en acil dördüncü halk sağlığı sorunu olarak sıralanmıştır. Yetiyitimine yol açma açısından bakılınca ruhsal

çökkünlükler birinci sırada yer almakta; onu demir eksikliği anemisi, düşmeler, alkol kullanımı ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları izlemektedir [34, 110]. Yetiyitimi hem sosyal (toplumdan çekilme, yalnızlık, boşanma), hem bedensel (ölüm riskinin artması, bedensel sağlığın zayıflaması, sağlık hizmetlerinin fazla kullanılması ve süregenleşme) hem de psikolojik (özkıyım, yaşamın niteliğinin azalması ve bilişsel yetilerde zayıflama) alanlarda görülür [184]. Dünya Sağlık Örgütü'nün *Hastalıkların Toplam Yükü (The Global Burden of Disease)* çalışması kapsamında 2000 yılında çökkünlüklere bağlı yetiyitiminin ilk sırada yeraldığı ve bütün hastalıklara bağlı *Yetiyitimi ile Geçen Yılların (total years lived with disability)* %12'sini karşıladığı gösterilmiştir. Yetiyitimini değerlendirmede erken ölümleri de içine alan *Yaşam Yıllarına Uyarlanmış Yetiyitimi (Disability-adjusted life years / DALY)* hesaplamasıyla ise gene 2000 yılında toplam DALY'nin %4.4'ü ruhsal çökkünlüklerden kaynaklanmaktadır. Bu hesaplamayla çökkünlüğün dünyada yetiyitimine yol açan dördüncü önemli hastalık olduğu saptanmıştır [178].

Çökkünlükler ölüm riski açısından da önem taşır. Batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda ruhsal çökkünlüklerin yaklaşık %15'inin özkıyıma bağlı ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir. Bütün özkıyım olgularının ise %50-70'i duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır [3].

Çökkünlüğün başka hastalıklarla bir arada bulunması (ektanı/comorbidity) eşlik eden bedensel hastalığın gidişini olumsuz etkiler, ölüm riskini ve bedensel hastalığın yol açtığı yetiyitimini arttırır. Genel hastanelerde yatan hastalar arasında çökkünlük ektanısı olanların oranı %5-10 olarak bildirilmiştir [154]. Koroner arter hastalığında, inmelerde, kanser hastalarında, yaşamı tehdit eden akut bedensel hastalıklarda, diyaliz hastalarında çökkünlük ektanısının morbidite ve mortaliteyi arttırdığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir [140]. Çökkünlük ektanısı bulunduğu durumlarda bedensel hastalığın yol açtığı yetiyitimi de artar [15, 58, 116].

Bu gerçeklere karşın temel sağlık hizmetlerinde hekimlerin büyük çoğunluğu bu hastalığa tanı koyamamakta ve hastaların önemli bir kesimi sağaltım olanağı bulamamaktadır [147, 180]. Toplumdaki her 6 kişiden birinin yaşamı boyunca ruhsal çökkünlük geçirmesine karşın bu hastaların ancak yaklaşık %40'ı çökkünlük nedeniyle sağaltım görmektedir [47]. Gelişmiş ülkelerde bile toplumun ruhsal sorunlara karşı önyargıları ve ailelerin hastalarını saklama eğilimleri yüzünden sağaltım görme olanağı daha da düşmektedir. Sıklığı, ağır iş gücü yitimine neden olması, sağaltılabilir bir hastalık olmasına karşın, sağaltım olanaklarının yetersiz kalması gibi nedenlerle çökkünlüklerin önemli ve yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğundan kuşku yoktur.

Yakın zamanlara kadar ikiuçlu bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski % 1 olarak kabul edilmekteydi. Ikiuçlu bozuklukta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000'dir A.B.D.'deki Epidemiyolojik Alan Çalışmasına (ECA) göre ikiuçlu-I için yaşam boyu yaygınlık oranı top-

lamı %0.8, ikiuçlu-II için %0.5'dir. İkiuçlu I'in yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde %0.7, kadınlarda %0.9 olarak bildirilmiştir[1]. Son yıllarda ikiuçlu I ve II bozukluğu da kapsayan çalışmalar %5'e kadar yükselen yaşam boyu sıklık oranları vermektedir[1,97]. İkiuçlu-II kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Ayrıca hızlı döngülülüğün, karma dönemlerin, döngü kayması ve depresyon ilaçlarıyla tetiklenen manik kaymanın, tiroid hastalıkları ve migren ektanılarının, madde kötü kullanımı ve bağımlılığının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir[36,63,85].

5-12 yaşları arasında, hatta daha küçük çocuklarda da yetişkinlerdeki klinik görünüme uyan duygudurum bozukluklarının görüldüğü artık bilinmektedir[1,36]. İkiuçlu bozukluğu olan hastalarda hastalığın ilk belirtilerinin başladığı yaş, Amerika'da duygudurum bozukluğu olan hastaların kurduğu bir dernek aracılığı ile yapılan bir anket çalışması ile soruşturulmuş; hastaların %33 oranında belirtilerinin 15 yaşından önce, %27 oranında 15-19 yaş arasında ve %39 oranında 20 yaşından sonra başladığını belirttikleri bildirilmiştir[61].İkiuçlu bozuklukların yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğü bildirilmiş, ırklar arasında bir fark bulunamamıştır[1,63,97].

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA GİDİŞ VE SONLANIŞ

Çökkünlük Döneminde ve Tekuçlu Bozukluklarda Gidiş ve Sonlanış

Çökkünlük dönemleri genellikle sinsi başlar. Belirtiler, başlangıçta hafif olduğundan, rahatsızlık belli olmayabilir. Çeşitli bedensel yakınmalar, halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık nedeniyle hastalar iç hastalıkları uzmanlarına, pratisyen hekime başvurabilirler. Ülkemizde yapılan bir araştırmada pratisyen hekim ya da psikiyatri dışı uzmanlık dallarında olan hekimlerin tipik çökkünlüklerin ancak %30-50'sine psikotrop ilaç verdikleri, fakat çökkünlük tanısı koyabilme oranının düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle ilk çökkünlük dönemleri genellikle üzücü bir olaydan sonra başladığı için gelip geçici bir bunalım gibi görülebilir. Çevrenin de desteklemesiyle hasta kendini zorlayarak bunları yenmeye çalışır. Başaramadıkça güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk duyguları artar. Ağır çökkünlüklerde ise belirtiler çok çarpıcıdır. özkıyım planları, girişimleri görülebilir, dolayısıyla psikiyatrik sağaltıma başvurma oranı daha yüksektir. Sağaltım görmeyenlerde ölümle ya da sakatlıkla sonuçlanan özkıyım oranı % 15 dolayındadır[1,36,97]. İzleme çalışmaları psikotik özellik taşıyan çökkünlüklerdeki özkıyım oranının psikotik özellik taşımayanlardan 5 kat fazla olduğunu göstermektedir[36]. Özkıyım konusunda ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XIX: Özkıyım*.

Çökkünlük döneminin gidiş ve sonlanışı eskiden sanıldığı kadar iyi değildir. Tek bir çökkünlük dönemi geçiren hastaların %50-60'ı ikinci kez, iki

çökkünlük geçirenlerin %70'i üçüncü çökkünlük dönemini geçirmektedir. Üç kez çökkünlüğü olanların ise %90'ı yinelemektedir. Bu oranlardan anlaşılacağı gibi her yineleme, bir sonraki yineleme riskini arttırmaktadır [150]. Sağaltım ile ya da kendiliğinden iyileşen hastaların hangisinde ve ne süre sonra hastalığın yineleyeceğini belirlemek her zaman mümkün olamamakla birlikte genç yaşta olan çökkünlüklerden sonra iyilik döneminin yıllarca sürebileceği ve yinelemenin daha seyrek olduğu söylenebilir. İleri yaşlardaki çökkünlüklerde yineleme olasılığı fazladır. Psikotik özellikli çökkünlüklerde belirtilerin depreşmesi ve yinelemeler, psikotik özellik göstermeyen çökkünlüklere göre daha sıktır. Yineleme riskini arttıran bir başka etken de sosyal fobi; başka bunaltı bozukluğu; alkol bağımlılığı, sınırda (borderline) kişilik bozukluğu gibi ektanıların bulunmasıdır. Ektanının çökkünlükten önce başladığı durumlarda bu risk daha da artmaktadır. Sık yineleyen hastalarda süregenleşme olasılığı yüksektir. Yeni yayınlarda en iyi sağaltımla bile *yineleme ve süregenleşme oranının* sanıldığından yüksek olduğu belirtilmektedir [4, 20, 84, 158, 150, 158].

Keller ve arkadaşlarının yayınlarına göre iki çökkünlük döneminden sonra süregenleşme olasılığı % 20 iken, artan hastalık dönemi sayısı ile süregenleşme olasılığı da artmaktadır. Keller ve Baker'in 900 hastada yaptığı bir çalışmaya göre tekuçlu bozuklukta ortalama dönem süresi 6 ay olup, bunların % 50'si bir yılda iyileşmiş ve bu oran daha sonraki yıllarda giderek azalmış, hastaların % 20'sinde 4 yıl sonra hâlâ çökkünlüğün sürdüğü gösterilmiştir [79, 80, 81]. Ankara'da yaptığımız bir çalışmada 30 ay izlenilen çökkünlük olgularında yineleme oranı %31,8, süregenleşme oranı da %9,1 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada yineleyici çökkünlük geçirenlerde nörotik kişilik özellikleri, tek çökkünlük dönemi geçirenlere göre daha yüksek bulunmuştur [175]. Bunaltı, utanç, kaygı, kişilerarası duyarlılık gibi özelliklerle tanımlanan nörotik kişilik başka çalışmalarda da iyileşmenin gecikmesi için güçlü bir yordayıcı olarak bulunmuştur [150].

İkinci ve üçüncü çökkünlük dönemlerinde sağaltımın hemen başlamaması, ilk dönemin uzun süreli oluşu, dönemlerin geç yaşta ortaya çıkışı, düşük gelir düzeyi süregenleşmeyi arttırmaktadır. Psikotik belirtisi olan çökkünlüklerin düzelmesi daha yavaş olmaktadır. Bazı hastalarda sağaltımın ardından çökkünlük ve psikozun ortadan kalkmasına karşın sosyal yıkımın sürdüğü bilinmektedir [139].

Ergenlik döneminde geçirdikleri çökkünlüğün ardından 3-4 yıl izlenmeye alınan hastalardan %20'sinin tanısının ikiuçlu bozukluğa dönüştüğü bildirilmiştir. Bu tanı değişikliğini yordayan değişkenler duygudurumla uyumlu psikotik özelliklerin olması, psikomotor yavaşlama ve belirtilerin hızlı ortaya çıkması olarak saptanmıştır [166].

Çökkünlüklerde bedensel hastalıklar ortaya çıktığında bu hastalıkların daha ağır gidiş gösterdiği eskiden beri bilinir. Bunun nedenleri arasında çökkünlüklerde bağışıklık dizgesinde bozulma, zayıflama olabileceği gibi; çökkün

hastaların kendilerine bakmamaları, hatta için için ölümü bile istemeleri sayılabilir. Çökkünlük geçirmekte olan hastalarda koroner hastalığı da ortaya çıkınca, ölüm olasılığının arttığı ve yaşam süresinin kısaldığı görülmektedir. Koroner hastalarda çökkünlük ortaya çıkınca bu sonuçların çökkünlüğü olan hastalarda sigara, ilaç/madde kullanımı gibi değişkenlerden bağımsız olarak çıkabileceğini, arada nedensel bir bağ olduğu söylenemezse bile, belirgin bir gidiş ve sonlanış ilintisinin bulunduğunu vurgulamaktadırlar [141].

Yayınlarda belirtilmemiş olmakla birlikte, kanımıza göre uzun süreli ve çözümü güç psikososyal zorlanmalar da süregenleşmeyi arttırabilir. Erken yaşta başlayan yineleyici çökkünlükte, dönemler daha seyrek olmaktadır. İlk hastalık dönemini orta yaş ve daha ileri yaşlarda geçirenlerde ise sonraki dönemler daha sık aralıklarla gelebilmektedir. Süregen bir çökkünlük (distimi) üzerine binmiş çökkünlüğün gidişi daha kötüdür.

Yineleyici çökkünlüklerde uzun süre izleme tamamen belirtisiz dönemlerin sürenin ancak %40'ını oluşturduğunu göstermektedir [71]. Sık çökkünlük dönemleri geçiren hastalar uygun sağaltım görseler bile yıllar boyunca iş ve aile yaşamlarında önemli sorunlarla karşılaşabilirler. Başlangıçta dönemler yatışınca iyi uyum yapabilen ve sağlıklı görülen bu kişilerde giderek dönemlerin yineleyeceği korkusu gelişebilir. Aşağılık ve yetersizlik duyguları oluşabilir. Toplumsal, mesleksel ve meslekdışı ilgileri zayıflayabilir. Bunlarda bir bakıma ruhsal yönden erken bir yaşlanma ortaya çıkar. Fakat uygun sağaltım ve önleme yöntemleri ile hastaların önemli bir bölüğü de sağlıklı yaşam sürdürebilirler.

Yineleyici çökkünlük hastalığında dönemler bazen *mevsimsel* olabilir.

> Bir hastamızda her eylül ya da ekimde başlayan ağır çökkünlük antidepresanlara yanıt vermeksizin nisan-mayıs aylarında açılıyordu ve bu dönemler lityum ile yıllarca önlenebilmişti.

Tekuçlu Bozuklukta Gidiş Göstergeleri

Olumlu Gidiş Göstergeleri [4, 38]

- Hastalık öncesinde kişinin ilgi ve uğraşlarının yeterli ve çeşitli oluşu
- Olumlu aile, iş ve uğraşı olanaklarının bulunuşu
- Sağaltıma erken başlama,
- Hastalık dönemlerinin seyrek, iyilik dönemlerinin uzun oluşu
- Çökkünlük dönemlerinin kısa sürmesi

Olumsuz Gidiş Göstergeleri [4, 38]

- Kişilik bozukluğunun olması
- İleri yaş
- Alkol ve madde kullanımının bulunmaması
- Ektanıların olması
- Ağır ve sürekli olumsuz çevre koşulları

- Sık yineleme
- Psikotik belirtilerin varlığı
- Distiminin üzerine gelişen çökkünlük (çifte çökkünlük)
- İyileşme beklentisinin ve çabasının bulunması

Mani Döneminde ve İkiuçlu Bozuklukta Gidiş ve Sonlanış

Mani dönemi genellikle ani başlar. Ancak sorgulanınca hastalık başlamadan önce (prodrom döneminde) uyku bozukluğu, duygudurum oynamaları, iştah artışı, bunaltı gibi belirtiler saptanabilir. Mani dönemi çoğunlukla iki ay içinde yatışır. Kimi hastalarda aylarca sürdüğü görülür. Ortalama süre 4-6 haftadır. Fakat mani, kişinin uyumunu bozan, hastanın kendisini ve çevresini çok zor, hatta tehlikeli durumlara sokabilen bir rahatsızlık olduğu için çökkünlüklerden farklı olarak daha sıklıkla hekime ya da hastaneye götürülür. Başlangıçta fazla ciddiye alınmayan mani belirtileri kısa zamanda tırmanarak çok ağır durumlara yol açabilir. Ağır bir mani dönemi evde ve toplum içinde kolay dayanılamayacak bir durumdur. Hafif derecelerdeki hipomani durumları ise sağaltım görmeden geçebilir. Mani yatıştıktan sonra hastalık döneminde ortaya çıkan parasal, ailesel, sosyal ve işle ilgili sorunlar önemli bir sıkıntı kaynağı oluşturur.

Hastalığı tek mani dönemi ile atlatan azdır. Çoğu hasta iyileşme döneminden bir süre sonra ya yeniden bir mani ya da çökkünlük dönemi geçirir. Genç yaşta başlayan ikiuçlu bozuklukta ilk hastalık döneminden sonra uzun yıllar hastalanmayabilir. Orta ve geç yaşlarda ise duygudurum dönemlerinin araları daha kısadır. Orta yaşta bir kaç kez çökkünlük döneminden sonra tipik bir ikiuçlu bozukluğun gelişmesi seyrek değildir. Kadınlarda çökkünlük daha sık görülmektedir [12].

İkiuçlu bozukluğun tekuçludan daha erken yaşta başladığı bilinmektedir. Hastalık genellikle 20 yaş dolaylarında başlar [136]. Ancak, hastalık belirtilerinin başlamasıyla ilk doktora başvuru ya da hastaneye yatış arasında ortalama 5 yıl gibi bir süre gösterilmektedir [8]. Hastalığın başlangıç yaşının gidiş üzerindeki etkilerini inceleyen araştırmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Hastalığın ergenlik döneminde başlamasının bu dönemde kişinin psikososyal uyumunun özellikle önemli olması nedeniyle kötü gidişe yolaçtığı görüşünü savunanlar vardır [37, 54]. Bir başka yaklaşım da ergenlik döneminde gelişen duygudurum bozukluklarının sıklıkla yanlış tanıya yol açabilen psikotik özellikler taşıdığını ileri sürmektedir. Yanlış tanılar dışında çok uzun süreli izleme ile ergenlik ve erişkinlikte başlayan ikiuçlu hastalık seyrinin birbirinden çok farklı olmadığı gösterilmiştir [79]. Erken başlangıçlı (18 yaşından önce) ikiuçlu bozuklukta alkol-madde kullanım bozuklukları ektanısı, erken başlangıçlı olmayan hastalara oranla daha yüksektir. Hastalığın çok erken (13 yaşından önce) başladığı durumlarda ise agorafobili panik bozukluğu ektanısı, daha

geç başlayanlardan daha fazla görülmektedir [125]. Hastalık 60 yaşın üstünde başlarsa ailede ikiuçlu bozukluk öyküsü olsa bile altta bir bedensel neden (örn: serebrovasküler olay) yatabileceği düşünülmelidir. İleri yaşta başlayan ikiuçlu bozuklukta morbidite ve mortalite oranları özellikle yüksektir [153].

İkiuçlu bozukluk, tekuçlu bozukluğa oranla daha yineleyicidir. İkiuçlu bozuklukta da tıpkı tekuçlu bozuklukta olduğu gibi geçirilen duygudurum dönemi sayısının artması yineleme riskini yükseltir [44]. Aşağıda ikiuçlu bozukluk sağaltım altbaşlığı altında özetlenen geniş ölçekli STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) çalışması ikiuçlu bozuklukta *yinelemenin en güçlü yordayıcılarından biri olarak ara dönemlerde kalıntı belirtilerin varlığı* olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada ikiuçlu bozuklukta yeni bir duygudurum dönemi geçirmenin önemli bir başka yordayıcısı ise *eşlik eden başka bir ruhsal hastalığın (bunaltı bozuklukları, yeme bozuklukları ya da madde kullanım bozukluğu) varlığı* olarak bulunmuştur [129].

İlk duygudurum bozukluğu nöbetinin tipiyle ilgili bir görüş birliği bulunmamaktadır. İlk duygudurum döneminin mani ya da çökkünlük olma olasılığı yarı yarıyadır. İkiuçlu bozukluğu olan hastalarda özkıyım sıktır. Bir çalışmada ikiuçlu bozukluğu olan hastaların %51'inin yaşam boyu özkıyım girişimi olduğu gösterilmiştir [183]. İkiuçlu bozukluğu olan hastaların %15'i özkıyım sonucu ölür [59]. Bu bozukluktaki özkıyım girişimlerinin %46.3'ünün çökkünlük döneminde olduğu gösterilmiştir [92].

Son yıllarda ikiuçlu bozukluğun gidişi ve sonlanışı ile ilgili bütün araştırma ya da gözden geçirme yazıları hastalığın "eskiden düşünüldüğü gibi olmadığı", önemli oranda işlev yitimine yol açtığı belirtilmektedir. İkiuçlu-I hastalarının çoğu hastalık dönemleri arasında eski işlev düzeylerine dönmekle birlikte, önemli oranda duygudurum oynamaları göstermekte ve insan ilişkilerinde ve mesleklerinde güçlükler yaşamaktadırlar. Psikotik belirtilerin olduğu duygudurum bozukluklarının daha kötü gidiş gösterdiğine ilişkin bulgular yeni çalışmalarla desteklenmemektedir [78]. Ara dönemdeki ikiuçlu hastalarda yaptığımız bir izleme çalışmasında ara dönemde eşikaltı depresyon belirtilerinin bulunmasının yaşamın niteliğini olumsuz etkilediğini, geçirilmiş çökkünlük dönemi sayısı ve eşikaltı belirtilerin varlığının yetiyitimini arttırdığı saptandı [121]. Amerika'da yapılan bir çalışmada ikiuçlu bozukluğa bağlı yıllık iş gücü kaybının çökkünlüğe bağlı kayıptan daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya göre ikiuçlu bozukluğu olan bir çalışanın yılda 50 iş günü kaybı varken, aynı oran çökkünlüğü olan bir çalışan için yılda 32 gün olarak bildirilmiştir [86].

İkiuçlu bozuklukta dönemler arasındaki iyilik sürelerinin uzunluğu önceden kestirilemez. Düzenli mevsimsel hastalık dönemleri geçiren hastalar uzun süre izlenirse, mani, çökkünlük ve iyilik dönemlerinin sırası ve süresi önceden bilinebilir. Ancak, bu tür hastalar nadirdir. İkiuçlu bozukluk gösteren hastalarda iyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlık belirtisi bulunmaz Yani hastalar az çok normal uyum yaparlar. Yineleyici çökkünlük gösteren

hastalarda süregenleşme olasılığı daha yüksektir. Ancak, ikiuçlu bozukluğun ağır ve koruyucu sağaltıma yanıt vermeyen türlerinde zamanla dönemler sıklaşabilir; mani ve çökkünlük belirtileri birbiriyle içiçe geçebilir ve aynı zamanda birlikte bulunabilir (*karma dönem*). İkiuçlu bozuklukta dönemler arası iyileşme süreleri kısa olursa ve yılda en az dört hastalık dönemi geliyorsa buna *hızlı döngülü (rapid cycling) ikiuçlu bozukluk* denmektedir. Nadir olmakla birlikte, 15-20 günde bir dönem geçiren, yani maniden çökkünlüğe, yeniden maniye giren hastalar vardır. Kadınlarda ikiuçlu bozuklukta hastalık gidişi adet dönemleri, gebelik ve adetten kesilme (menopoz) ile bağlantı gösterdiğine ilişkin bugular bildirilmiştir [28, 135].

Yirmi yıllık haftalık belirti düzeyinin izlendiği bir doğal izleme çalışması ikiuçlu bozukluğu olan hastaların araştırmaya alındıktan sonra duygudurum belirtilerinin olduğu sürenin hiç duygudurum belirtisinin görülmediği süreden daha uzun olduğunu göstermektedir. İkiuçlu-II bozuklukta belirtiler ikiuçlu-I'den daha uzun sürmektedir. Çökkünlük belirtileri mani belirtilerinden daha uzun süre hakim olmaktadır. İkiuçlu-I'de çökkünlük belirtilerinin olduğu süre mani belirtilerinin üç katı iken; ikiuçlu-II'de tam 37 katına ulaşmaktadır [72].

İkiuçlu bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmına bir başka ruhsal hastalık da eşlik eder. Başka bir deyişle ektam çok yaygındır. Bunaltı bozuklukları ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda normal toplumdan 35 kat daha fazla görülür. Bütün ruhsal hastalıklar içinde madde kullanım bozukluklarının en fazla eşlik ettiği hastalık bipolar bozukluktur [136].

İkiuçlu bozuklukta bedensel hastalık ektanısı ile de sık karşılaşılmaktadır. Migren, tiroid hastalıkları, aşırı şişmanlık, tip II diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar ikiuçlu bozuklukta en sık görülen bedensel hastalıklardır. Bedensel hastalık ektanısı olan ikiuçlu bozukluğun daha kötü gidiş özellikleri gösterdiği bildirilmektedir [102, 105, 167].

Hastaların önemli bir bölüğü koruyucu sağaltıma alınmadığından genç yaştan beri birçok kez hastanelere yatarak her bir dönemin ayrı ayrı sağaltım görmesiyle yıllar geçer. Sağaltım bölümünde de açıklanacağı gibi *önemli oranda iyileştirilebilen ve önlenebilen bu hastalığın gizlenmeye çalışılması, ihmaller ve eksik sağaltım yüzünden yetenekleri körelen, yıllar sonra uygun koruma ile hastalık durdurulsa bile artık verimli ve mutlu bir yaşama dönemeyen hastalar görülmektedir.* Hastaneye yatış sonrası hastaların en az 22 yıl izlendiği bir çalışmada ikiuçlu bozukluğu olan 220 kişinin ölüm oranlarının (gözlenen ölüm/beklenen ölüm) yüksek olduğu ve ilaç sağaltımının ölüm oranlarını düşürdüğü bildirilmiştir. Sağaltımla ölüm oranında düşme en fazla özkıyım nedeniyle olan ölümlerde olmakla birlikte kanser ve damar hastalıkları gibi nedenlere bağlı ölümlerde de sağaltım görenlerle görmeyenler karşılaştırıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır [12].

İkiuçlu Bozuklukta Gidiş Göstergeleri

Olumlu Göstergeler [12, 44, 88, 114, 128, 136,153]

- Mani dönemlerinin baskın olması
- Hasta ve ailesinin sağaltıma uyum yapması,
- İyilik dönemlerinin uzun olması
- Aile, iş ve uğraşı koşullarının olumlu olması
- Ailede düşük duygu dışavurumu

Olumsuz Göstergeler [12, 44, 88, 114, 128, 136,153]

- Erken başlangıç
- İleri yaş
- Ara dönemde kalıntı mani ve depresyon belirtilerinin varlığı
- Eşlik eden başka ruhsal bozukluk bulunması
- Geçirilmiş mani dönemlerinin sayısının 10'dan fazla olması
- İlk hastalık döneminin mani ya da karma dönem olması
- Karma dönemler
- Alkol ve ilaç/madde alışkanlıklarının bulunması
- Çökkünlük dönemlerinin uzun sürmesi
- Hızlı döngülülük
- Kişilik bozukluğu ektanısı
- Ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü
- Ailede duygudışavurumunun yüksek olması

(Bakınız *Bölüm XVI: Şizofreni*)

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ OLUŞ NEDENLERİ

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygudurum bozukluklarına neden olurlar. Hastalar dikkatle incelendiğinde, özellikle hastalığın başlangıcında hem çökkünlük hem de mani dönemlerinin ortaya çıkmasında psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür. Ancak, zamanla hastalık ilerledikçe duygudurum dönemleri açık psikososyal etken olmaksızın, kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilir. Şunu da unutmamak gerekir ki erken çocukluk çağında karşılaşılan acı yaşam olayları salt ruhsal süreçler olarak kalmamakta, bunlar beyinde kalıcı izler bırakabilmektedir.

I. Biyolojik Etkenler

A. Kalıtım

Duygudurum bozukluklarının özellikle ikiuçlu bozukluğun bazı ailelerde yığılım gösterdiği bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarının kalıtım özellikleri

birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkenin birlikte rol oynadığı karmaşık genetik geçişe uymaktadır. Karmaşık genetik geçiş gösteren hastalıklarda gen ile fenotip (klinik özellikler) arasında doğrudan bir ilişki bulunmayabilir. Hem aile çalışmalarını, hem de moleküler genetik çalışmaları güçleştiren bu özelliğe ek olarak duygudurum bozuklukları tanı kesinliğinin tam olmaması, hastalık başlangıç yaşının değişkenliği gibi bazı zorluklar içermektedir. Bunlara rağmen özellikle son 15 yıldır bu konuda özellikle ikiuçlu bozukluk genetiği üzerinde bir çok çalışma yapılmıştır. Bunların içinde fenotip belirlemek, fenotipler arası akrabalığı değerlendirmek amacını taşıyan aile çalışmaları da bulunmakla birlikte asıl ilgi moleküler genetik araştırmalar alanındadır. Moleküler genetik alandaki farklı bağlantı (linkage) ve ilişkilendirme (association) çalışmaları bazı umut verici sonuçlar sağlamakla birlikte, henüz çok sayıda farklı çalışmalarla desteklenen ve üzerinde görüş birliği sağlanan bir kalıtım kalıbı, hastalıktan sorumlu bir kromozom bölgesi ya da bir yatkınlık geni belirlenememiştir.

Tekuçlu bozuklukta kalıtım

Yineleyici çökkünlük geçiren hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki üç kat yüksektir. İkiz çalışmalarına dayanarak kalıtımla geçiş oranı %31-42 arasında tahmin edilmektedir. Yineleyici ve erken başlangıçlı çökkünlükte kalıtımın rolünün daha fazla olduğu düşünülmektedir [47]. Genetik bağlantı (linkage) çalışmaları ve aday gen çalışmaları çökkünlüklerde başarılı sonuçlar vermemişlerdir. Hastalığın ortaya çıkışında düşük etkili çok sayıda genin rolünün olduğu düşünülmektedir. Çökkünlüğün patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen genlerle (aday gen) yapılan çalışmalar vardır. Bunların arasında *BDNF* (brain derived neurotrophic factor), *MAO-A* (monoamino oksidaz-A), *COMT* (katekol-O-metil transferaz), *hTPH2* (human triptofan hidroksilaz-2) ve *serotonin taşıyıcı geni* gibi genler yer almaktadır. Bunların arasında *serotonin taşıyıcı geni* üzerinde çok çalışma yapılmıştır. Uzun ve kısa olmak üzere iki tipi bulunan bu genin, kısa tipine sahip olanlarda gen açılımı (gene expression) ve serotonin taşınımı uzun tipine sahip olanlara göre yarı yarıya düşüktür. Kısa kolun bir ya da iki kopyasına sahip kişilerde iki uzun kopyaya sahip olanlara göre çökkünlük belirtileri, çökkünlük tanısı ve yaşam olaylarıyla ilişkili olarak özkıyım daha fazla görülmektedir. Ancak, ardı ardına yapılan iki ikiz çalışması bu bulguları destekler sonuçlar vermemiştir. Kısa alelin zorlanmaya (stres) duyarlılık ile bağlantısı sağlıklı gönüllülerde yapılan görüntüleme çalışmalarıyla da desteklenmiştir. İki uzun alele sahip olan kişilerdeki çökkünlüklerin seçici serotonin geri alım önleyicilere (SSGÖ) daha iyi yanıt verdiği de gösterilmiştir [47].

İkiuçlu bozuklukta kalıtım

İkiuçlu bozukluğun ortaya çıkmasında kalıtsal etkenlerin rolü tekuçlu duygudurum bozukluğundan daha fazladır. Son 40 yılda yapılan aile görüşmesine dayanan bütün araştırmaların yeniden değerlendirildiği bir çalışmada

ikiuçlu bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında ikiuçlu bozukluk görülme riski %8.7; tekuçlu bozukluk görülme riski % 14.1 olarak bildirilmiştir [157]. Bu oranlarla risk tekuçlu bozukluklarda ikiuçlu bozukluktan daha yüksek gibi görünmekteyse de, bu tekuçlu bozuklukların toplumdaki yaygınlık oranının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Toplumdaki yaygınlığı gözardı etmek için risk artışına bakmak gerekir. Buna göre ikiuçlu bozukluğu olan hastaların ailelerinde ikiuçlu bozukluk görülme riski genel toplumdan 8-18 kat, çökkünlük görülme oranı ise 2-10 kat daha yüksektir.

İkiuçlu bozuklukta yapılan *ikiz çalışmalarının* hepsi tek yumurta ikizlerindeki eşhastalanma (concordance) oranını çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulmaktadır. İkiuçlu bozukluğu olan hastaların tek yumurta ikiz eşlerindeki eşhastalanma dağılımı farklı çalışmalarda %45-75 arasında saptanmıştır [43]. Hasta olmayan ikiz eşlerinin çocuklarının izlendiği uzunlamasına bir çalışmada, hastalık, ikiuçlu bozukluğu olan ikiz eşlerinin çocuklarıyla aynı oranda görülmektedir. Genetik olarak aynı özellikleri taşıyan kişilerde yani tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalar ikiuçlu bozukluk yatkınlık genleri ile ilişkili bir fenotip yelpazesi sunmaktadır. Tek yumurta ikiz eşlerinde ikiuçlu, tekuçlu, şizoaffektif bozukluk ve nadiren şizofreni görülebilmektedir [157]. Tek yumurta ikizlerinde fenotipik eşhastalanma oranının tam olmaması hastalığa genetik dışı, yani çevresel etkenlerin de önemli katkısı olduğu yolunda güçlü bir kanıt oluşturmaktadır.

Hastalığın kalıtımında genetik faktörlerin mi yoksa çevresel faktörlerin mi rolünün daha önemli olduğunu göstermek amacıyla uygulanan bir diğer araştırma yöntemi ise *evlat edinme çalışmaları*dır. İkiuçlu bozuklukta biyolojik akrabalardaki hastalık oranlarıyla, evlat edinen aile üyelerindeki hastalık oranlarını karşılaştıran ve geçerli tanı sistemlerini kullanan yalnızca iki çalışma vardır. Bu çalışmalar da ikiuçlu bozukluğu olan hastaların biyolojik anababalarında duygudurum bozukluğu riskinin kendisini yetiştiren anababaya oranla üç kat daha yüksek olduğunu göstermektedir [172].

Bu çalışmalarla, ikiuçlu bozukluğun ailesel ve genetik özelliği kanıtlanmakla birlikte yukarda sözü edilen yöntem zorlukları nedeniyle kalıtsal geçişin nasıl ve ne yolla olduğu henüz aydınlatılamamıştır. Yirmi yıl kadar önce yayınlandığı zaman büyük heyecan uyandıran ilk iki bağlantı çalışması hastalığın kliniğinden kaynaklanan bu yöntem zorluklarına örnek oluşturmaktadır. Bu çalışmalardan birinde İsrail'li ailelerde X kromozomu [18], bir Amish ailesinde ise 11. Kromozom [48] üzerindeki yerleşimlerle bağlantı (linkage) gösterilmişti. Ancak bu sonuçlar hem başka ailelerde tekrarlanamamış, hem de aileler genişletilerek yinelenen çalışmalarda önceden gösterilen bağlantılar kaybolmuştur [84]. Bu duruma daha önce hasta olmadığı düşünülen bireylerin hastalanması, aile ağacının genişletilmesiyle yeni aile üyelerinin çalışmaya katılması ve başka genetik göstergelerin çalışmaya eklenmesi ile bulguların istatistiksel öneminin azalması gibi etmenlere bağlı olduğu düşünülmektedir [42].

İkiuçlu bozuklukta çeşitli kromozom yerleşimlerine bağlantı gösteren sayısız çalışma yayınlanmıştır. Bu farklı çalışmalarda kromozomların çoğunda bir ya da daha fazla yerleşim ikiuçlu bozuklukla bağlantılı bulunmuştur. Bu çalışmaların toparlanmasıyla ikiuçlu bozuklukta özellikle önemli bölgeleri belirlemeyi hedef alan meta-analiz çalışmaları da farklı bölgelere dikkat çekmektedir [104, 106].

Yukarıda görüldüğü gibi farklı çalışmalar, çok farklı yerleşimler verdiği gibi, gözden geçirme çalışmalarının odaklandığı yerleşimler de farklıdır. Bu bulgular farklı yerleşimdeki genlerin birbirleriyle etkileşimleri (epistasis) sonucu hastalığın ortaya çıkmasına yol açıyor olabilir. Son yıllarda diyabetes mellitus, bronşiyal astım gibi benzer çok etkenli-çok genli geçiş gösteren hastalıklarda denenen iki yerleşimli modeller ikiuçlu bozuklukta da sınanmaktadır [104].

Duygudurum bozukluklarının etiyopatogenezinde rol oynayan serotonerjik ve monoaminerjik dizgelerde yer alan birçok gen polimorfizmi ikiuçlu bozukluğun ilişkilendirme (association) çalışılmalarında incelenmiştir. Her iki dizge üzerine de etkisi olan X kromozomu üzerinde yer alan monoamin oksidaz A (MAO-A) geni ile yapılan ilişkilendirme çalışmaları çelişkili sonuçlar vermektedir. Üzerinde çok çalışma yapılan bir başka aday gen ise serotonin taşıyıcı (5HTT) genidir. Bu alandaki verilerin birikmesi ile ikiuçlu bozuklukla 5HTT geni polimorfizmi arasında ilişki olmadığı görüşü ağırlık kazanmaktadır. Benzer şekilde, monoaminerjik nörotransmiterlerin yıkımında rol oynayan katekol-O-metiltransferaz (COMT), gama amino butirik asid (GABA) reseptör alt tipleri, kortikotropin salınım hormonu, adenosin A1 ve serotonin reseptör alt tiplerine ilişkin genlerle yapılan ilişkilendirme çalışmaları da sonuç vermemiştir [117].

Şizofreni ve ikiuçlu bozuklukta bazı kromozom bölgeleri (22q, 18p, 13q, 10p, 10q, 6q, 5q, 3q) örtüşmektedir [83]. Aslında ikiuçlu bozukluk ve şizofreni genetiğinde ortak düzeneklere ilişkin klinik kanıtlar uzun yıllardır bilinmektedir. Örneğin, şizofreni ve ikiuçlu bozukluğun ara tipi olarak kabul edilen şizoaffektif bozukluk hem ikiuçlu bozukluk, hem de şizofreni ailelerinde görülmekte [162]; her iki hastalık da hem şizofrenisi, hem ikiuçlu bozukluğu olan hastaların ailelerinde bulunabilmekte[55]; ailede duygudurum bozukluğunun olması ileriki kuşaklarda şizofreni görülmesine zemin hazırlamaktadır [39]. Aile çalışmaları bulgularına ek olarak ortak kromozomların yerleşimlerinin de belirlenmesi şizofreni ve ikiuçlu bozukluğun genetiğinde yeni bir yaklaşıma yol açmıştır. Ruhsal hastalıklarda daha geniş tanımlara yönelme başka bir deyişle psikoz genetiğinin çalışılması eğilimi doğmuştur [120, 122].

Bu yeni tanımlama yönteminde endofenotiplerden (özellik göstergeleri/ trait marker) yararlanılabileceği düşünülmektedir. *Endofenotipler* hasta bireylerde ve ailelerdeki hasta olmayan bireylerde genel topluma oranla daha sık görülen, kalıtsal olan, kalıtım kalıbı saptanabilen, yaşam boyu kalıcı olan

ve tıbbi sağaltım gerektirmeyen özellikler olarak tanımlanmaktadır. Birçok çalışmada ikiuçlu bozuklukla ilişkili olası biyolojik göstergeler tanımlanmakla birlikte şimdiye kadar önerilen aday endofenotipler gerekli ölçütleri karşılamamıştır [119].

B. Duygudurum Bozukluklarında Beyin Araştırmaları

Son yıllarda beyin görüntüleme yöntemlerindeki büyük gelişmelerle mani ve çökkünlükde beynin ayrı bölgelerinde olabilecek değişikliklerle ilgili araştırmalar artmıştır. Ancak, beyinde biyokimyasal ya da yapısal bir bozukluğun ya da değişik bulgunun gösterilmesinin etiyolojik bir anlam taşımayabileceğini vurgulamak isteriz. Ancak, böyle bir bulgu ile asıl bozukluk arasında bir bağ olduğu söylenebilir. Bu bağ gerçek etiyolojik nedenle çok yakından ilgili olabileceği gibi, beyindeki çok karmaşık düzeneklerin görüntüleri olabilir. Bunun için bulguların etiyolojik anlam taşıdığı sonucuna hemen varılmamalıdır.

Tekuçlu Bozuklukda Beyin Araştırmaları

Tekuçlu çökkünlüklerde manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile yapılan ölçümlerde hipokampal hacimde azalma olduğu bilinmektedir. Tartışmalı nokta, bu bulgunun, hastalık süresi, yinelemeler, sağaltıma direnç gibi hangi klinik özelliklerle ilişkili olduğudur. Hipokampal atrofi tacize uğrayan insanlarda ve savaşla ilişkili örselenme sonrası zorlanma (travma sonrası stres) bozukluğu olan hastalarda da görülmektedir. Hayvan çalışmaları, glukokortikoidlerdeki artışın hipokampüste nörogenezisi bozduğunu, eksitotoksik hasara ve anahtar norotrofinlerin azalmasına yol açtığını göstermektedir. Asıl ilginç nokta bu değişikliklerin antidepresan ilaçlarla tersine döndürülebildiğinin gösterilmiş olmasıdır. Hipokampusta atrofinin ayrıca çökkünlüklerde sık görülen bellek yakınmaları ile ilişkili olabildiği öne sürülmektedir [47].

Çökkünlüğü olan hastalarda işlevsel MR'la yapılan görüntüleme incelemelerinde ön singulat, orbitofrontal korteks, dorsolateral korteks, striatum ve orta temporal lob gibi beyin bölgelerinde anormal işlevsel ve yapısal değişiklikler dikkati çekmektedir. Sağlıklı gönüllülerde ve hayvanlarda prefrontal bölgenin ön-orta kısmının duygusal yaşantılarla, arka-yan (dorsolateral) kısmının ise bilişsel ve motor işlevlerle ilgili olduğu bilinmektedir. Beyin görüntüleme incelemeleri, duygudurum bozukluklarında beynin duygularla ilgili bölgelerinde etkinlik artışı, bilişle ilgili bölgelerinde ise etkinlik azalması göstermektedir [47].

Aşağıda daha ayrıntılı olarak tanımlanacağı gibi çökkünlüklerde, çökkün duygudurumla birlikte bilişsel işlevlerde bozulma da olur. Prefrontal bölgenin duygu-bağlantılı ön-orta kısmındaki etkinlik artışı sıklıkla bilişsel işlevlerle ilgili bölgelerde etkinlik azalması ile bağlantılı bulunmaktadır [47].

Çökkünlüklerde prefrontal bölgenin arka-orta kısmındaki ve hipokampustaki etkinliğin azalmasının olumlu duyguların yitimiyle, temporal lobdaki

etkinliğin artışının ise olumsuz duyguların artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hayvan çalışmalarına dayanarak olumlu ve olumsuz duyguların bu anatomik ayrımını davranışsal ödül ve ketleme sistemlerindeki anormallikle açıklamak mümkün görünmektedir[47].

İkiuçlu Bozuklukta Beyin Araştırmaları

İkiuçlu bozuklukta beyin görüntüleme incelemelerinde ventriküllerin çevresinde beyaz cevherde ve subkortikal bölgede gri cevherde hiperintens lezyonlar bulunduğu bilinmektedir. Bu lezyonların duygudurumu düzenleyen farklı beyin bölgeleri arasındaki bağlantıları bozduğu düşünülmektedir. Ancak bu lezyonlar ikiuçlu bozukluğa özgü değildir, kalp-damar hastalıklarında ve sağlıklı yaşlılarda da görülebilmektedir. Şimdiki bilgilerimiz, ikiuçlu bozuklukta yüksek oranda bulunan hiperintens lezyonların, hastalık tanısından çok, yaş ve hastalık şiddetiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir [31].

Duyguların ifadesinin düzenlenmesinde rolü olması nedeniyle ikiuçlu bozuklukta *prefrontal korteks* üzerinde çok çalışılmıştır. Prefrontal korteks içinde en çok dikkat çeken bölgeler *ön singulat* ve *dorsolateral prefrontal korteks*tir (DLPFK). Ön singulatın duyguların işlem sürecinde rolü olan amigdala, insula, talamus, periakuaduktal gri cevher ve orbitofrontal korteks gibi beyin bölgeleriyle çok yoğun bağlantıları vardır. İkiuçlu bozukluğun patofizyolojisinde çok ilgi çeken bir bölge de ön singulatın korpus kallosumun önünde kalan bölgesidir. *Subgenual prefrontal korteks* olarak adlandırılan bu bölge karar verme, planlama ve duygudurum düzenlemesinde rol alır. DLPFK'in ise temporal ve paryetal lobların yüksek asosiyasyon merkezlerinden aldığı uzantılarla işlem belleği ve yürütücü işlevlerde önemli yeri vardır [31].

Son zamalarda yapılan çalışmalarda ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda özellikle sol taraftaki ön singulat hacminde ve grı cevher yoğunluğunda sağlıklı kontrollere göre belirgin azalma saptanmıştır. Lityum kullanmakta olan hastalarda ise böyle bir fark bulunmamaktadır. İki uçlu bozuklukta yapılan bazı ölüm-ardı (postmortem) çalışmaları da bu bulguları desteklemektedir. Manyetik resonans spektroskopi (MRS) araştırmaları hem ikiuçlu bozukluk hastalarında hem de sağlıklı kontrollerde lityumun hücre koruyucu etkisini göstermiştir [31].

Beyin görüntüleme çalışmalarından sağlanan bulguları şöyle özetleyebiliriz:

- Beyin görüntüleme çalışmaları mani ve çökkünlükde beynin ayrı bölgelerinin rolü olabileceğini göstermektedir.
- Tekuçlu çökkünlüklerde hipokampal hacimde azalma bulunmaktadır ve bu hacim azalması antidepresan ilaçlarla tersine döndürülebilmektedir.

- Duygudurum bozukluklarında beynin duygularla ilgili bölgelerinde etkinlik artışı, bilişle ilgili bölgelerinde ise etkinlik azalması göstermektedir.
- İkiuçlu bozukluğu olan hastaların beyin görüntüleme çalışmaları ise dorsolateral prefrontal korteks, ön singulat, amigdala, üst temporal girus ve korpus kallosum gibi beynin özellikle duygudurum ve bilişlerle ilgili bölgelerinde yapısal ve işlevsel anormallikler göstermektedir.

C. Duygudurum Bozukluklarında Endokrin Dizge

Hipertiroidide duygulanım kamçılanması, hipotroidide çökkünlük durumlarının sık görülmesi; kadınlarda adetlerden önce aşırı duyarlılığın oluşu; doğum sonrası dönemde önemli ruhsal bunalımların ortaya çıkabilmesi gibi nedenlerle nöroendokrin dizge uzun süredir ruhsal bozuklukların etiyolojisinde önemli inceleme alanlarından biri olmuştur. Ayrıca ruhsal çökkünlüklerde deksametazon verildiği zaman beklenen kortizol baskılanmasının olmaması; TRH uygulanınca TSH yanıtında küntleşme saptanması; insüline büyüme hormonu yanıtında azalma gibi farklı endokrin dizgeleri uyararak yapılan testlerde beklenen yanıtların alınmaması da bu konuya olan ilgiyi arttırmıştır. Endokrin dizgeler içinde en fazla *Hipotalamus-Hipofiz-Böbreküstü Bezi (HHB) Ekseni* önem kazanmıştır.

Hipotalamus-Hipofiz-Böbreküstü Bezi (HHB) Ekseni

HHB ekseninin ürünü olan glukokortikoidler organizmanın zorlanma (stres) karşısında verdiği yanıtta çok önemli rol oynarlar. Zorlanmaya bağlı olarak HHB ekseninin etkinliği artar. Hipotalamustan salgılanan kortikotropin salıveren hormonu (corticotropin-releasing homone/CRH) hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasına yol açar. ACTH sistemik dolaşıma karışarak böbreküstü bezi üzerindeki reseptörlere etki eder ve kortizol salınımını arttırır. Kortizolün merkezi ve çevresel etkileri iki ana reseptör alttipi: *tip I (minerelokortikoid / MR) reseptörü* ve *tip II (glukokortikoid / GR) reseptörü* ile sağlanır. MR'nin özellikle içkökenli (endojen) kortizolü bağlama kapasitesi yüksektir. Kortizolun GR'ye bağlanma kapasitesi daha düşük olmakla birlikte deksametazon gibi sentetik steroidler bu reseptörlere güçlü bağlanırlar. HHB eksenini kortizol düzeyleri düzenler. Zorlanma ya da günlük dalgalanmalarla kortizol düzeyi yükselince MR'ler doygunluğa ulaşır ve glukortikoid etkinlik GR üzerinden dönmeye başlar. Eksenin kendi kendini düzenleyen döngüsü kortizol düzeyinin hipofiz, hipotalamus ve daha yüksek beyin merkezleri üzerine etkisiyle tamamlanır [45]. Normal kişilerde kortizol salgılanması belirgin bir gündüz-gece ritmi izler. Kortizol salgılanması sabah saatlerinde doruğa erişir; akşama doğru giderek düşer ve sabahın erken saatlerine dek bu düşme sürer.

Deksametazon Supresyon Testi (DST): 1980'lerin başlangıcında çökkünlüklerin tanısı için DST önemli bir test olarak bildirilmişti. Test yapılır-

ken hastaya akşam saat 23.30'da 1 mg deksametazon verilir. Ertesi gün farklı saatlerde plazma kortizol düzeylerine bakılır. Normallerin % 98'inde kortizol düzeyinde bir düşme (baskılama- süpresyon) görülür. Çökkün hastaların % 50'sinde ise bu baskılama olmamaktadır (DST-pozitif). Serum kortizol düzeylerinin 4.5-5 mg/dl'den yüksek bulunması baskılanma olmadığını yani anormalliği gösterir. DST'nin metabolik hastalıklarda, çeşitli ilaçlar gibi birçok başka durumlarda da anormal yanıt verdiği bilinmektedir. DST ayırıcı tanı ve hastalığın gidişinin değerlendirilmesi amacı ile bazı merkezlerde kullanılmış ise de, sonuçları tartışmalıdır ve bu test son 25 yılda bir araştırma aracı olmaktan öteye gidememiştir [4,6,7,10,11].

Birçok çalışmada duygudurum bozukluğu olan hastalarda HHB'nin fazla çalıştığı gösterilmiştir. Kortizolun fazla salgılanmasının CRH ve ACTH'nın uzun süreli olarak yüksek düzeyde salgılanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ancak çökkünlüklerde ACTH düzeylerine ilişkin veriler tutarlılık göstermemektedir. Bazı çalışmalarda yüksek ACTH düzeyleri saptanırken, bazı çalışmalar normal ya da düşük düzeyler bildirmektedirler. Bu durum ruhsal çökkünlüklerde zaman içinde kortizol yüksekliğinin nörobiyolojisinin değişmesi ile açıklanabilir [45]. Öte yandan, bir başka yaklaşım da CRH salınımındaki artışın bunaltı, çevresel koşullara tepki vermeme, sabah kötüleşmesi, uyku sürekliliğinin bozulması, psikomotor devinimlerde değişiklik, iştah azalması, cinsel istekte azalma ve bilişsel bozulmaya yol açması nedeniyle melankolik özellikli çökkünlüklerle bağlantılı olduğunu öne sürmektedir. HHB etkinliğindeki dolayısıyla CRH ve kortizol salınımındaki azalma ile de atipik depresyon arasında ilişki kurulmaktadır [13].

Çökkünlüğü olan hastaların yaklaşık yüzde ellisinde aşırı miktarda salgılanan kortizol öncelikle öğleden sonra ve akşam saatlerinde doruğa varır. Öğleden sonra ve akşam üzeri kortizol düzeylerinin yüksek oluşu, ACTH'yı baskılayan sentetik kortikosteroid bir madde olan deksametazonun geri-bildirimli baskılanmasına (feedback suppression) bazen dirençlidir. Hasta düzelince, kortizol salgılanması her zaman düzelmemektedir. Çökkünlük belirtileri düzeldiği halde HHB ekseninin normale dönmemesi hastalığın bir yineleme göstergesidir [45].

Çökkünlüklerde önemli rol oynadığı varsayılan *serotonerjik ve noradrenerjik dizgelerin* nöroendokrin düzenlemede etkin işlev gördükleri ve *glükokortikoid* hormonların beyinde noradrenalin reseptör duyarlığını değiştirebildiği kabul edilmektedir. Duygudurum bozukluklarında *serotonin-noradrenalin-glükokortikoid bağlantı varsayımı* nöron tepkilerini düzenleyen bir dizi karmaşık hücre içi düzenek üzerinde durmaktadır. Bu düzenekler G proteinleri, adenilat siklaz, fosfolipaz, fosfodiesteraz etkileşimleri ile *ikinci ulakların* oluşmasına ve bunlar yoluyla da genler düzeyinde etkileşerek *gen yazılımı (transcription) ve gen açılımı (expression) süreçlerini* işletmektedirler. Böylece, organizmanın zorlanmaya (strese) karşı tepkileri bu karmaşık düzeneklerle belirlenmekte ve düzenlenmektedir [44, 70].

Son yıllarda ikiuçlu bozuklukta hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi ekseni üzerinde araştırmalar yoğunlaşmıştır. İkiuçlu bozukluğu olan hastalarda CRH'ya ACTH ve kortizol yanıtlarında düzensizlik bildirilmiştir. Ancak HHB eksenindeki değişiklikler çoğunlukla çökkünlük dönemindeki ve karma dönemdeki hastalarda saptanmaktadır. Mani dönemindeki hastalarda yapılan çalışmalar az sayıda olmakla birlikte ilginç bulgular vermektedir. Tekuçlu ve ikiuçlu bozukluk hastalarında deksametazon ile kortizol baskılanmasının olmaması asıl sorunun glükokortikoid reseptörleri (GR) kaynaklı olabileceğine işaret etmektedir. Manik hastalarda CRH'ya ACTH yanıtı normal kontrollere göre artmış bulunmaktadır. Bu artış belirtiler ortaya çıkmadan önce görülebilmektedir. CRH'ya hipofiz yanıtının artmasına bağlanabilecek bu bulgunun yatkınlığa bağlı (trait dependent) olduğu düşünülmektedir. DST, ikiuçlu çökkünlüklerde tekuçlu çökkünlüklerden daha sık bozulmaktadır. HHB eksen bozuklukları belli bir hastalık dönemi ile bağlantı göstermemekte, manide de çökkünlüğe benzer sonuçlar verebilmektedir [45].

CRH aşırı salgılanmasına bağlı kortizol düzeyinin yüksekliğinin GR sayısının azalmasına ya da işlevinin değişmesine bağlı olarak geri bildirim düzeneklerindeki bozulma nedeniyle ortaya çıktığı görüşü ölüm-ardı (postmortem) çalışmalarla da desteklenmektedir. Öte yandan glukokortikoidlerin süregen uygulamasının bellek ve öğrenme zorluklarına yol açtığı ve hipokampustaki sinir hücrelerinde atrofiye neden olduğu bilinmektedir. Ağır duygudurum bozukluğu olan hastalarda da kortizolün benzer biçimde sinir hücresinde yozlaştırıcı etkisi olabileceği düşünülmektedir. Sağlıklı gönüllülerde kortizol uygulaması bilişsel bozulmaya neden olmaktadır. Bu etki kısmen frontal lobdan kaynaklanır. Sağlıklı gönüllülerdeki bu etki geçici olmakla birlikte, kortizol fazlalığının duygudurum bozukluklarındaki etkisi geri dönüşlü olmayabilir. Ayrıca yüksek kortizol düzeyleri hipokampüste hastalık döneminden sonra da süren hasara yol açabilir. Kortizol yüksekliği eğer böyle bir hipokampal işlev bozukluğuna yol açıyorsa ikiuçlu hastalardaki nöropsikolojik performans bozukluğunu açıklamak mümkün olacaktır. İkiuçlu bozuklukta bilişsel işlevler, duygulanım belirtilerinin yatışmasıyla birlikte bir miktar gerilemekte, ancak ara dönemdeki hastalarda bile kısmen sürmektedir. Geçirilen mani dönemi sayısının yüksek olması bilişsel yitimin varlığını yordayan etkenlerden biridir [45].

İkiuçlu bozuklukta HHB ekseni ve glukokortikoidlerin rolünün bu açıklaması, hastalığın sağaltımında antiglukokortikoid ilaçların denenmesini gündeme getirmiştir. Ancak günümüzde varolan antiglukokortikoid ilaçların yüksek yan etkileri nedeniyle klinik uygulamada kullanımları sınırlıdır [46].

Hipotalamus-Hipofiz-Tiroid Bezi Ekseni (HHT)

Nöroendokrin dizge ile ilgili çalışma alanlarından biri de HHT eksenidir. Çökkünlükte bu açıdan en önemli bulgu tiroid salıverен hormona (TRH) tiroid uyaran hormon (TSH) yanıtının azalması ve serum tiroksin (T4) düzeyinin yükselmesidir. Kontrollü araştırmalar tiroid işlevleri ile ilgili değişik bulgu-

ların kesinliğine kuşku düşürmektedir. Ancak, antidepresanlara dirençli çökkünlüklerde triiodotironin (T3) eklenmesi ile kimi olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi tiroid işlevleri üzerindeki ilgiyi artırmaktadır[6].

D. Biyokimyasal etkenler

Çökkünlük ve mani durumlarında biyokimyasal düzeneklerle ortaya çıkan değişikliklerin olduğu yadsınamaz; ancak bu değişikliklerin birer neden mi yoksa organizmanın zorlanmaya (strese) karşı tepkisini ayarlama sürecindeki moleküler düzeyde işlevler mi olduğu daha uzun süre tartışılacak gibi görünmektedir. Birincil bir endokrin bozuklukta hormon değişmelerine koşut olarak ruhsal belirtilerin de ortaya çıktığı bilinir. Ağır üzüntü ya da coşku durumlarında ikincil olarak hormon değişmeleri görülebileceği de gözönünde tutulmalıdır. Örneğin, ağır çökkünlüklerde sabah kortizol artmasının, bu hastalarda öncelikle sabahları görülen ağır sıkıntıya, yeni bir güne korku ve karamsarlık ile başlamanın stresine bağlı olabileceği de düşünülebilir. Örneğin, özkıyım olgularının beyinlerindeki serotonin değişikliklerinin özkıyımın nedeni mi, yoksa özkıyım öncesindeki ağır bir ruhsal acının ürünleri mi olduğu sorusuna henüz yanıt verilebilmiş sayılamaz.

Duygudurum bozukluklarının sağaltımında ilaçların etkili olduğu anlaşıldığından beri biyokimyasal araştırmalar büyük hız kazanmıştır. Bu çalışmalar ilaçların etki düzenekleri üzerinden giderek hastalıkların etiyopatogenezini aydınlatmayı amaçlamaktadır. Bu anlamda, henüz her yönüyle açıklayıcı bir biyokimyasal bozukluk saptanamamıştır. Günümüzde üzerinde en çok durulan araştırmalar ve bunlara dayanarak ileri sürülen varsayımlar şöyle özetlenebilir[10, 164].

Bu hastalarda monoamin nörotransmitterlerinden öncelikle *noradrenalin ve serotoninin* etkinlik düzeninde bozukluk olduğu ileri sürülmüştür. Korku, bunaltı, öfke gibi duyguların oluşunda adrenalin ve noradrenalinin önemi eskiden beri bilinmektedir. Kimi araştırmalarda ağır çökkünlük dönemleri geçiren hastaların önemli bir bölümünde, sinir dizgesi *noradrenerjik* işlevinin temel yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglikol (MHPG) düzeylerinin idrarda ve beyin omurilik sıvısında ya çok azaldığı ya da çok arttığı görülerek *noradrenerjik etkinlikte artma ya da azalma varsayımı* ortaya atılmıştır. *Noradrenalin* düzeyini azaltan *metildopa, propranolol ve reserpin* gibi ilaçların çökkünlüğe neden olabilmesi; noradrenalinin sinaptik kavşakta artmasına yol açan *amfetamin*in kamçılanmaya yol açması bu varsayımı desteklemek için kullanılmıştır. Mani durumlarında noradrenalinin arttığı; sağaltım ve korumada etkili olan lityumun bu hastalarda noradrenalin salınımını düşürdüğü ve geri-alımını artırdığı ileri sürülmüştür. Beyin sapındaki lokus seruleusta bulunan noradrenerjik nöronlar uzantılarını beyin korteksi, limbik dizge, bazal ganglionlar, hipotalamus ve talamusa gönderirler. Hipokampusa uzanan noradrenerjik nöronların zorlanmalara (strese) karşı duyarlığın dü-

zenlenmesinde ve lokus seruleusun süregen uyarılması ile öğrenilmiş çaresizlik duygusunun oluşmasında rol oynadığı sanılmaktadır [10].

Başka araştırıcılar da kimi hastalarda, *serotonin*in beyindeki ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asid (5-OH-IAA) düzeylerinin beyin omurilik sıvısında düşük bulunması nedeniyle, çökkünlüklerde *serotoninerjik etkinlikte bir azalma olabileceği varsayımını* ileri sürmüşlerdir. Artık sağaltımda yaygın olarak kullanılmakta olan *serotonin gerialım önleyicileri* ile başarılı sonuçlar alınması dikkati daha çok serotonin üzerinde tutmaktadır [10].

Beyindeki serotonerjik nöronlar uzantılarını beyin sapındaki arka rafe çekirdeklerinden korteks, hipotalamus, talamus, bazal ganlionlar, septum pellisidum ve hipokampusa gönderirler. Serotoninin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido, beden ısısı gibi işlevlerde önemli düzenleyici görevi vardır. Serotonin, adrenalin ve dopamin ile birlikte amaçlı devinim işlevlerinde, saldırgan davranışların kısıtlanmasında etkin yer alır.

Çelişkili bulgular veren yayınlar beyindeki katekolamin etkinliğinin azlığı ya da çokluğu varsayımını zayıflatmıştır. Duygudurum bozukluklarında artık şu ya da bu katekolamin etkinliğinde artma ya da azalma gibi yalın bir olaydan çok, daha karmaşık süreçlerin olduğu kabul edilmektedir. Nitekim, monoamin nörotransmiter dizgelerinin birbirleriyle bağlantılı olduğu; bir azalma ya da artma olduğunda birbirlerini denkleştirebildikleri; ayrıca nöropeptidlerin ve hormonların da nörotransmiter ve nöromodülatör olarak işlev yapabildikleri anlaşılmaktadır. Duygudurum bozukluklarında nörotransmiter etkinliğinin niceliğinden çok reseptörlerin yoğunluğu ve duyarlılığı (sensitivity) üzerinde durulmaktadır. Transmiterlerin etki düzeneklerini ve duyarlılıklarını gösterebilmek amacı ile beynin değişik bölgelerinde transmiterlerin reseptörlere bağlanma yetisi ve bağlanma noktaları üzerinde çalışmalar sürmektedir. Çalışmalar çökkünlüklerde ve özkıyım girişimlerinde daha çok serotonin etkinliğine önemli bir yer vermekle birlikte, konu henüz aydınlanmış sayılamaz.

Son yıllarda özellikle ikiuçlu bozuklukla ilgili olarak nörotransmiterlerin ve hücreiçi ileti süreçleri *hücre plastikliği* açısından incelenmektedir. Duygudurum bozukluklarında sinir hücresinin plastikliğinde ve hücresel dayanıklılıktaki değişikliklerin rolüne ilişkin farklı çalışmalardan gelen güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Bu kanıtları şöyle özetlemek mümkündür [192]:

- Zorlanma (stress) hipokampal hücrelerde atrofiye yol açmaktadır, bu durum uzun sürerse hücre ölümü görülmektedir.
- Zorlanma hipokampal nörogenezisi önlemektedir.
- Çökkünlüğü olan hastaların yapısal beyin görüntüleme incelemelerinde beyin hacminde azalma gösterilmiştir.
- Çökkünlüklerde glial hücre sayısında azalma beyin görüntüleme çalışmalarında gösterilen bölgelerde hücre sayısında ve büyüklüğünde azalma bulunmaktadır.

- Antidepresanlar hipokampal nörogenezisi artırmaktadırlar.
- Antidepresanlar zorlanmaya bağlı oluşan hipokampal atrofiyi engelleyebilirler.
- Lityum ve valproat hücre koruyucu protein Bcl-2'nin açılımını arttırmaktadır.
- Lityum ve valproat ikiuçlu bozuklukta birçok nörotransmiter ve ileti sürecinin merkezinde rol alan GSK-3β'yi (glycogen synthase kinase) önlemekte ve β-katenin düzeyini arttırmaktadırlar.
- Lityumun farklı etkilere karşı hücre koruyucu (neuroprotective) etkisi bulunmaktadır.
- Valproat ERK-MAP (mitogen activated protein)-kinaz yolağını etkinleştirmekte ve nörit büyümesini desteklemektedir.
- Lityum beyinde, bir sinir hücresi yaşam belirtisi olan N-asetilaspartat düzeyini artırmaktadır.
- Lityum, beyinde gri cevher hacmini artırmaktadır.

E. Nörofizyolojik çalışmalar

Duygudurum bozukluklarında çok sık olarak uykunun bozulması, duygudurumda gün boyu dalgalanmaların olması, kimi çökkünlüklerde uyku yoksunluğu ile iyileşmenin görülebilmesi, ikiuçlu duygudurum bozukluğu hastalarında bazen uykusuz kalmanın mani dönemini kamçılayabilmesi, kimi hastalarda çok belirgin mevsimsel döngülerin olabilmesi gibi nedenlerle *biyolojik beden saati düzeni (circadian rhythm) ile duygudurum bozuklukları arasında ilişki* üzerinde durulmaktadır. 1920'lerde Emil Kraepelin manik-depresif psikozun döngüsel (cyclic) özelliğine dikkati çekmişti. Öncelikle ikiuçlu duygudurum bozukluğunda mani ve çökkünlük dönemlerinin kimi hastalarda mevsimsel olarak geldiği bilinmektedir. Çökkünlük ve mani dönemleri boyunca hastalarda günlük duygudurum dalgalanmaları da görülmektedir. Ağır çökkünlüklerde sabah saatlerinde hastalık belirtilerinin daha ağır olduğu gözlenir. Manide uyku kısalır, fakat yorgunluk olmaz. Çoğu kez mani dönemi başlamadan önceki gecelerde uyku düzeni bozulur. İkiuçlu bozukluk gösteren kimi hastalarda çökkünlük ya da iyilik döneminde ani uyku yoksunluğu bir mani döneminin hemen başlamasına yol açabilmektedir.

Çökkünlüklerde biyolojik beden saatinde (circadian rhythm) düzen bozukluğu en belirgin olarak uykuda görülmektedir. Hastalarda uyku sırasında bütün gece boyu yapılan polisomnografik incelemelerde elde edilen EEG çekimlerinde şu özellikler bulunmuştur: ikiuçlu ve tekuçlu çökkünlüğü olan hastalarda uykunun süresi kısalır, derinliği azalır; uykuya dalmak daha uzun zaman alır; uyku sık bölünür ve uyanma erken olur. Normal uykuda hızlı göz hareketlerinin bulunduğu ve rüyaların görüldüğü uyku dönemleri (REM uykusu) yaklaşık bir buçuk saat aralıklarla 10-60 dakika sürer; uyku-

nun başında kısa olan REM süreleri uykunun sonuna doğru uzar [14]. (Ayrıntılı bilgi için bakınız: *Bölüm XXIII-II Ruhsal Etkenlere Bağlı Fizyolojik İşlev/Yapı Bozuklukları*). Çökkünlüklerde ise bu düzen bozulur. REM uykusu erken saatlere kayar ve ilk REM süreleri uzar. Yani uykuya daldıktan kısa bir süre sonra rüyalar görülmeye başlanır ve bu ilk REM dönemleri uzun sürer. Yavaş dalga ve REM-dışı uyku süresi azalır. CRH artışı uyku sürekliliğini bozar, yavaş dalga uykusunu azaltır. Büyüme hormonu salıveren hormon ise (BHSH) tersine uyku sürekliliğini ve yavaş dalga uykusunu arttırır. Sonuç olarak çökkünlükte uyku EEG değişikliklerinin hipotalamik CRH'nın BHSH salınımı üzerindeki görece baskınlığına bağlı olduğu düşünülmektedir. Atipik çökkünlükte ise uyku sürekliliği bozulmaz, REM uykusundaki değişiklikler de bunaltı düzeyi ile bağlantılıdır [13].

Son yıllarda çökkünlüklerde REM-dışı uyku ile ilgili çalışmalar da yapılmaktadır. Normal uykuda EEG'de delta aktivitesinin en yoğun olduğu devre ilk REM-dışı devredir, sonraki her REM-dışı devrede bu yoğunluk giderek azalır. İlk ve ikinci delta uykusu arasındaki oran *"delta uyku oranı"*olarak bilinir ve normalde 1'den büyüktür. Akut majör depresyonda bu oran 1'in altına iner. Çökkünlüklerde bu oranın düşüklüğü ile yineleme ve süregenleşme riski arasında bağlantı kurulmuştur. SSGÖ ilaç kullanan çökkünlüğü olan hastalarda belirtilerin düzelmesiyle birlikte delta uyku oranının da düzeldiği gösterilmiştir [13]. Manide ise REM süresi ve rüya uykusu kısa sürer. Uykudaki bu tür düzensizliklerle belirgin beden saati bozukluğu günün 24 saatinde devam eder. Beden saati düzeninin mevsimlere göre de bir ayarlanma içinde olduğu sanılmaktadır [164].

Beden saati düzenlenişi hipotalamus-hipofiz dizgesi ile ilgili nörohormonlara ve pineal bezin salgıladığı ileri sürülen *melatonin*'in niceliğindeki oynamalara bağlanmaktadır. Melatonin geceleri ve öncelikle uyku sürerken artmakta, gündüz ise daha az salgılanmaktadır. Pineal bezin mevsimsel ve gün-gece değişmelerine çok duyarlı bir çalışma düzeni olduğu sanılmaktadır. Gece-gündüze ve mevsime bağlı değişmelerle etkilenen melatonin salgılanması ve beden saati düzensizlikleri görüşü son yıllarda sağaltım alanında da yeni uygulamalar getirmiştir. Mevsimsel duygudurum bozukluğunun kış tipi olan bazı hastalarda gece melatoninin salınımının normal kontrollere göre geciktiği gösterilmiştir [133, 164].

II. Ruhsal-Toplumsal Etkenler

Duygularımızın fiziksel ve toplumsal çevre etkenleri ile ne denli etkilendiği herkesçe bilinir. Duygudurum bozukluklarında ruhsal-toplumsal etkenlerin yeri küçümsenemez. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve daha nice fiziksel ya da psikososyal olay gerçek duy-

gudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregenleşmesinde büyük rol oynarlar. İlk duygudurum bozukluğu dönemini genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar. Fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir; yani her kişide böyle bir bozukluğu başlatmaz. Ancak biyolojik ve ruhsal bir yatkınlığın varlığında bu etkenler rahatsızlığın başlamasında önemli rol oynarlar.

Çocukluğun erken dönemlerinde anne yitiminin çökkünlüğe yatkınlık açısından önemli bir etken olduğu genellikle kabul edilir. Bebeklik çökkünlüğünün anne yoksunluğu ile ilişkisi *Bölüm VII: Kişilik Gelişimi* ve *Bölüm XXVI: Çocukluk Çağı Sorunları ve Bozuklukları*'nda anlatılmıştır. Denebilir ki çok değişik ve özgül olmayan psikososyal zedelenmeler arasında çökkünlüğe yatkınlık sağlayan en önemli etken bebeklik ve ilk çocukluk yıllarında karşılaşılan ana-babadan uzun süreli ayrılma durumlarıdır. Bu çağda geçirilmiş bir bebeklik ya da çocukluk çökkünlüğü yaşamın sonraki dönemlerinde görülebilen çökkünlüklere yatkınlığın en önemli kaynaklarından biridir [30]. Bu tür yoksunlukların çocuğun zorlanmaya (strese) karşı hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi dizgesinin tepkimesini artırarak hem nöroendokrin dizgenin, hem beynin gelişiminde önemli izler bırakabileceği düşünülebilir.

Bunun yanı sıra, bebeklik çağında karşılaşılan beslenme bozuklukları da yatkınlığa hazırlayıcı bir etken olabilir. Gebeliğin ikinci ve üçüncü üçayında ağır kıtlık durumlarında açlık içinde yaşamış annelerin çocuklarında duygudurum bozukluğunun yaygın olabileceğine ilişkin epidemiyolojik bir çalışma yaşamın erken dönemlerindeki ruhsal-toplumsal ve biyolojik yoksunlukların önemini göstermesi bakımından anlamlıdır [33].

Duygudurum bozuklukları her toplumda görülmektedir. Yalnızca belirtilerde farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, Hıristiyan toplumlarında ağır çökkünlüklerde günah ve büyük suç işlemiş olma ve ceza görme korkusu sık belirtilirken; ülkemizde ve başka gelişmekte olan toplumlarda bunaltı ve bedensel belirtiler daha çok olmaktadır [174].

A. Hastalık-Öncesi Kişilik

Tekuçlu çökkünlük hastalarında bazı ortak kişilik özellikleri tanımlanmışsa da özgül bir kişilik yapısının varlığı tartışmalıdır. *Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri şunlardır: Aşırı sorumluluk duyma eğilimi, bağımlılık, özseverlik (narsisizm), titizlik, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi.*

Çökkünlük geçirmeye yatkın olan kişilerde oldukça belirli bir kişilik özellikleri kümesi bulunduğu görüşündeyiz. Bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, kuruntulu kişilerdir. Bu özelliklerin çoğu, yaşamın bir döneminde erdemli (meziyetli) bir kişiliği gösterir. Bu erdemler yüzünden bu kişiler genellikle sevilirler, sayılır-

lar, başarılı olurlar. Çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin bu hayır diyememe, hep vermeye çalışma, aşırı sorumluluk alma meziyetleri eziyet haline gelir. Kişi kendini ezilmiş, yenik düşmüş, birçok doyum ve uyum kaynaklarını yitirmiş hissetmeye başlar.

Ancak, şunu açıkça belirtmeliyiz ki, kişilik yapısı nasıl olursa olsun, hastaların bir bölümünde hastalık dönemleri belirgin bir psikososyal etken olmadan başlayabilir ya da yineleyebilir.

Mani dönemleri psikanalitik açıdan çökkünlüğe karşı bir savunma, aşırı cezalandırıcı süperegodan benliğin dizginleri koparması gibi açıklanmaya çalışılmışsa da, bu görüş pek tutunmamıştır. Çökkünlüklerin açıklanmasında ise, psikanalitik açıklamaların önemi daha büyüktür.

Psikanalizin başlangıç yıllarının önemli kişilerinden Karl Abraham manik-depresif psikoz geçirenlerde anal kişilik yapısı tanımlamış, ancak, bu görüş pek tutunmamıştır. İkiuçlu hastalar ara dönemlerde oldukça normal uyum yapabilen kişilerdir. Son yıllarda ikiuçlu bozukluklarda hastalık öncesi kişilik üzerine yapılan çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar Kraepelin'in bazı mizaçların manik depresif hastalığın kalıntısı gibi görünebileceği görüşünü temel almaktadır. Akiskal duygudurum bozukluklarında görülen dört mizaç özelliği tanımlamıştır. Depresif, hipertimik, siklotimik ve öfkeli mizaç olarak adlandırdığı bu kişilik özelliklerinin farklı duygudurum bozukluklarında normal toplumdan daha sık görüldüğünü gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Benzer amaçlarla geliştirilen kişilik boyutlarını değerlendiren ölçeklerle yapılan çalışmalarda ikiuçlu bozukluk ile bağlantı kurulabilen iki tip kişilik yapısı, özellikle, dikkat çekmektedir. Birincisi nörotiklik ya da olumsuz duygulanım olarak adladırılabilen öfke, bunaltı, depresyon, suçluluk ve başka olumsuz duygu ve bilişlere yatkın kişilik özelliklerinden oluşmaktadır. İkinci olarak ise yenilik arayışı, dışadönüklük, inhibisyonsuzluk ve oynak duygulanım yer almaktadır. Ancak hastalık öncesi kişilik çalışmalarının önemli yöntem sorunları taşıyan bir alan olduğu unutulmamalıdır [148].

B. Çökkünlüklerde Psikanalitik Görüş

Freud [51] "Yas ve Melankoli" başlıklı yazısında ruhsal çökkünlüklerdeki belirtilerin yas tutma sırasındaki belirtilere benzerliğine dikkati çekmiş ve bu iki durumu karşılaştırmalı olarak incelemişti. Yas tutan kişinin yitirdiği gerçek bir sevgi nesnesi vardır. Kişiden kişiye ve yitirilen nesneye olan bağlılığın derecesine göre bu yitimin ardından değişik şiddet ve sürede yas tutma olur. Bu sırada, genellikle, derin üzüntü, sıkıntı, ağlamalar, uyku bozukluğu, durgunluk, isteksizlik, bir şeyden zevk almama, dünyayı bomboş algılama gibi belirtiler görülür. Bir kaç haftadan bir kaç aya kadar süren bir zaman içinde yas belirtileri yavaş yavaş azalır ve söner. Arada bir anıların tazelenmesi ile duygularda yoğunlaşma olabilirse de kişi normal yaşama geçer.

Çökkünlüklerde ise, gerçek sevgi nesnesi yitimi olabilir de, olmayabilir de. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin var olması gerektiğini vurgulamıştır. Yani hasta sevdiği tarafından artık terk edilmiş gibi bir yitim duygusu içindir. Bu yitim duygusunun gerçek dayanakları olabilir ya da olmayabilir. Yani bu yitim duygusu tümüyle bilinçdışı etkilerle ortaya çıkabilir. Çökkünlüklerde gerçek ya da gerçekdışı yitim duygusunun eşliğinde "sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu ve buna bağlı olarak da özsaygı (self-esteem) yitimi olur. Oysa, çok sevdiği bir yakınını yitiren yaslı kişide bu tür "ben sevilmiyorum, ben kötüyüm" duygusu, yani özsaygının yitimi olmaz. Yas ile çökkünlükler arasındaki en önemli ayırıcı özellik dinamik açıdan budur.

Psikanalitik kuramın bilinçdışı, ikili-duygu (ambivalans), süperego yapısı kavramlarını, içe-atım ve başka savunma düzeneklerini bilmeden çökkünlüğü bu açıdan anlamak olanaksızdır. (Bakınız: *Bölüm V: Davranışın Psikodinamik Temelleri*, *Bölüm VI: Savunma Düzenekleri*). Fazla ayrıntıya kaçmadan bu karmaşık bilinçdışı etkenler ve düzenekler özetle şöyle sıralanabilir [51, 52]:

- Kişinin *üstbenliği* katı, acımasızca cezalandırıcıdır.
- İlişkilerinde *ikili-duygular (ambivalans)* egemendir. Yani sevgi ve nefret yan yana bulunur. Ancak nefret bilinçdışıdır.
- *İçe-atılmış (introjekte edilmiş)* olarak kişinin benliğinde yaşatılan sevgi nesnesine karşı güçlü ikili-duygular vardır.
- Belki gerçek bir duruma, ya da düşüncede olan bir değişime bağlı olarak bireyde bir *yitim duygusu* olur; sevdiği kişiyi ya da nesneyi yitirdiği duygusu gelişir, ya da gerçekten yitirmiştir.
- Bu yitim duygusu ikili duyguları, yani sevgi ve özlemle birlikte *bilinçdışı kin ve nefreti* uyarır.
- Katı üstbenlik yüzünden kin ve nefret bireyin kendine yöneltilir.
- Birey, kin ve nefreti kendine yöneltince *özsaygı düşer*; kişi kendini değersiz, küçük ve suçlu görür. Yaşam anlamını yitirir. Artık ölümü bile hak etmiştir. Böylece ruhsal çökkünlük oluşmuştur.

Bu çok özetlenmiş ve yalın açıklamada görülüyor ki: Temelde sevginin yanı sıra kin ve nefret, yani saldırgan dürtülerin bulunuşu çökkünlük için zorunludur. Bu dürtüleri dışa vuramayan ego, katı üstbenliğin diktası ile saldırgan dürtüleri bireyin kendine yöneltir. Görüldüğü gibi bu tür açıklama psikanalizin "*id psikolojisi*" döneminden kalmadır. Bütün çözümleme ikili duygulara, saldırgan dürtülere ve bunların kaynaklarına ilişkindir.

Psikanalitik benlik psikolojisinde (ego psikolojisi) önemli yeri olan *Edward Bibring*'in yaptığı (1953) ruhsal çökkünlüğün oluş düzeneğine ilişkin açıklama burada özetlenecektir [134]. Bibring'e göre benliğin rahat, uyumlu ve değerli olabilmesi için her kişinin gerçekleştirmeye çalıştığı beklentileri, erekleri vardır. Bunlara *benliğin özsevisel erekleri (narsisistik aspirations)* denir. Bibring *benliğin özsevisel erekleri* şöyle sıralar:

- Değerli sevilen, tanınan olmak; aşağı ve değersiz olmamak
- Güçlü, üstün, güvenli, büyük olmak; güçsüz ve güvensiz olmamak
- İyi ve seven olmak; saldırgan, yıkıcı, kırıcı olmamak.

Bu erekler, başlangıçta, bir takım dürtülere karşı geliştirilmiş savunmalar bile olsalar, artık kaynaklandıkları dürtülerden bağımsız benlik beklentileri olmuşlardır. Altbenlikle bağları kalmamış ya da zayıflamıştır. Bunlar *benliğin özerk erekleridir*. Benlik, özsaygısını (self-esteem) koruyabilmek için bu erekleri gerçekleştirme görevini yüklenmiştir. Bu görevi yerine getiremeyen benlik, kendi içinde bir çatışmaya girer. Yani ortada bir altbenlik, benlik, üstbenlik çatışmasının bulunması gerekmez. Bir kişide, bir yandan benliğin özsevisel (narsisistik) ereklerinin çok güçlü olarak sürdüğünü; bir yandan da bunların gerçekleşemeyeceğinin algılandığını düşünelim. Kimi insanlarda bu özsevisel beklentiler ve erekler çok yoğun ve güçlü olarak sürerken bir yaşam olayı, örneğin, emeklilik, hastalık, düş kırıklığı, bir zedelenme olayı yüzünden benlik içinde bu beklentilerin artık gerçekleşemeyeceği duygusu gelişir. Böylece *benlik içinde bir çatışma doğmuştur. Bir yandan çok güçlü özsevisel erekler, bir yandan da bunları gerçekleştirememe duygusu ile benlik güçsüz ve çaresiz kalır. Özsaygı düşer. Artık bu bir çökkünlük durumudur.*

Bibring'in bu açıklamasına dikkat edilecek olursa, saldırganlık dürtülerine, ikili duygulara ve içe-atılmış nesnelere fazla yer verilmemekte; bütün süreç, benlik içindeki gereksinimlerle, bunların gerçekleştirilememesi sürecine bağlanmaktadır. Bu, *ego psikolojisi* açısından çözümlemeye örnektir.

Klasik açıklama ile benlik açısından bakış birbirlerinin karşıtı olmayıp, birbirlerini tamamlayıcı niteliktedir. Uygulamada çökkün bir hastaya dürtü psikolojisi ile değil de benlik psikolojisi açısından bakmanın yararları ileride sağaltım bölümünde açıklanacaktır.

Her ne kadar tanı açısından önemli bir ayrılığı olmasa da burada bir de yaş dönümü çökkünlüğünün psikodinamik açıklaması üzerinde durmak istiyoruz. Kuşkusuz çökkünlüklerin genel oluş nedenleri üzerinde yazdıklarımız burada da geçerlidir. Ancak yaş dönümü çağının özelliklerini de kısaca belirtmekte yarar vardır. Kadında önemli hormonal değişiklik, aybaşı kesilmesi (menapause) ve doğurganlığın sona ermesi ile belirli bir yaş dönümünden söz edilebilir. Erkekte buna benzer bir dönemi, yani andropozu tanımlamaya çalışanlar olmuşsa da ne endokrin, ne üretkenlik, ne de psikolojik açıdan böyle bir dönemin kesin varlığı bilimsel olarak savunulamaz. Eski kitaplarda yaş dönümünün kadınlarda 40-50, erkeklerde 50-60 yaşları arasında olduğu yazılmıştır. *Yaşamın bu döneminde kadında önemli fizyolojik değişiklikler ve bunlara verilen anlamın etkisi (örneğin doğurganlığın durması) ile önemli ruhsal çalkantılar olabilmektedir.* Kimi kadınlarda bu dönem oldukça sarsıntılı geçer. Ayrıca 40-50 yaşları arası çocukların büyüdüğü ve aileden ayrıldıkları; onların evlenme ve işe bağlanma ile ilgili sorunlarının başladığı, emek-

liliğin yaklaştığı, yaşlanma ile ilgili kaygıların başladığı, sağlık sorunlarının sıklaştığı bir dönemdir.

Erikson bu dönemde üretkenlik duygusu yeterince oluşmayan kişilerde yaşamda beklenilenlerin artık gerçekleşmeyebileceğine ilişkin bir takım endişelerin başladığını ve aşırı durumlarda *üretkenliğe karşı duraganlık (stagnation)* denen bir yaşam dönemecini tanımlamıştır (Bakınız: *Bölüm VIII:Yaşamın Sekiz Evresi*). Bunun ağır derecesi çökkünlüktür. Bu yaşlarda çocukların yetiştirilmesi ile ilgili uğraşlar bitmiş; yeni kuşakların yaşayış biçimine uyum yapma sorunları ortaya çıkmaya başlamaktadır. Eşler arasında uzun süre ertelenmiş, fakat beklenmiş olan karşılıklı anlayış, yumuşama ve doyum-doyumsuzluk sorunları yeni baştan gündeme gelmektedir. Kimi kişilerde, iş ve eş yaşamında erişilmesi beklenen emeller, özlemi çekilen mutluluk umutları artık yavaş yavaş bir karamsarlığa, giderek umutsuzluğa doğru ilerlemektedir. Kimileri mutsuzluğu kabullenmekte, kimileri de yeni mutluluk ve doyum kaynakları aramak için o yaş için pek kolay olmayan çabalar içine girebilmektedir. Birçokları için eskiden katlanılmış güçlükler, acılar ve kahırlar artık çekilemez olmuştur.

Bütün orta yaştaki insanlar için böyle bir durumun olduğunu söyleyemeyiz. Ama değişik derecelerde benzer sorunlar ortaya çıkmakta; çeşitli çözüm yolları aranmakta; kimileri bulabilmekte, kimileri de bir çaresizlik içine düşebilmektedir. *İşte bir yandan bedensel, bir yandan ruhsal sorunların bastırdığı bu dönemde ağır çökkünlüklerin sık görülmesi olağandır.* Bu nedenle yaş dönümünde görülen çökkünlüğü klinik olarak ayrıca tanımlama gereği yersiz değildir.

C. Bilişsel (Cognitive) Görüş

A.T. Beck ve arkadaşları [22] tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre çökkünlük temelde bir duygudurum bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygudurum bozukluğu bilişsel bozukluğa ikincil gelişir. *Çökkünlüğe yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan a) kendisine, b) geleceğe ve c) dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır.* Bu olumsuz kavramlar (Beck'e göre "şemalar") giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür. Örneğin, evlilikte bir şeyin bozuk gitmesi hemen çocuklukta yerleşmiş olumsuz kavramları zincirleme uyarır ve kişi artık evliliğinde herşeyin kötüye gideceği, kendisinin değersiz ve sevilmeyen bir kişi olduğu, geleceğin karanlık, dünyanın bomboş olduğu yargılarını harekete geçirir. Gene örneğin, böyle bir kişinin eşi ve çocukları diyelim ki uçakla bir geziye giderken, uçağın düşeceği, kötü haber geleceği duyguları önde gelir. Varılan yerden yapılması gereken telefon konuşması gecikse, telefon hatlarının arızalı olabileceği düşüncesi akla gelmez, öncelikle bir felaket olabileceği düşüncesi kişiyi kemirir. Bu düşünceler *otomatiktir*, farkına varmadan, birdenbire akla gelirler; *çar-*

pıtılmıştır, gerçekleri tam olarak yansıtmazlar; *engelleyicidir*, çökkünlüğün sürmesine neden olurlar, bazı şeylerin değiştirilmesi için harekete geçmeyi engellerler; *sorgulanmazlar*, gerçeklere uygun ve doğruymuş gibi görünürler, bu nedenle doğru olup olmadıkları sorgulanmaz; *direngendir*, akıldan atılmaları zordur [169].

Bir bakıma bu kişiler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Böylece olumsuz düşünce ve kavramlardan duygudurum bozukluğu ortaya çıkar. Bu olumsuz düşüncelerin bilgi işleme sürecinin özellikleri şunlardır:

- *Keyfi çıkarsama (arbitrary inference):* Yeterli kanıt olmaksızın sonuç çıkarmak. Örn: Bir öğrencinin uğursuz olduğuna inandığı ayakkabılarını giymek zorunda kaldığı için sınavının kötü geçeceğini düşünmesi.
- *Seçici soyutlama (selective abstraction):* Bağlamından uzaklaştırılmış bir ayrıntıya odaklanmak, bütünün diğer yönlerini göz ardı etmek. Örn: Yolda karşılaştığı eski bir dostunun kendisine selam vermemesini, artık kendisini sevmemesine bağlaması.
- *Aşırı genelleme (overgeneralizaion):* Tek bir olaydan genellemeye gitmek. Örn: Erkek arkadaşıyla kötü giden bir ilişki sonunda, genç bir kızın, bütün erkeklerin bencil ve anlayışsız olduğu gibi, karşı cinse yönelik genel çıkarımlarda bulunması.
- *Olumluyu azımsama, olumsuzu abartma (magnification and minimization):* Olayların önemini çarpıtmak. Final sınavları genel olarak iyi geçen bir öğrencinin, tek bir sınavının iyi geçmemesi nedeniyle kendisini başarısız olarak algılaması.
- *Kişiselleştirme (personalization):* Kendisiyle bağlantısı olmayan olayları, kendisine yönelik değerlendirmek. Genç bir hekim adayının zorunlu hizmet yasasının çıkmasını kendi kişisel şanssızlığı olarak yorumlaması.
- *Hep ya da hiç tarzı düşünme:* Bütün yaşantıları iki karşıt kategoride toplamak. Mükemmel olamazsam, başarısız olduğum anlamına gelir, elimi attığım her işi mutlaka en iyi şekilde yapmalıyım, ya da hiç girişmemeliyim.

Bu görüşe dayalı sağaltım ilkeleri ileride "Duygudurum Bozukluklarında Sağaltım" başlığı altında özetlenccektir.

D. Davranışçı Görüş

Davranışçı yaklaşım daha çok bunaltı ve fobik bozukluklarla ilgilenmekle birlikte *Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik"* görüşüne kısaca değinmek gerekir. Köpeklere bir yandan elektrik akımı vererek onları bir kaçınma davranışına sokarken, bir yandan da kaçabilmeleri önlenirse bir süre sonra köpekler kaçma çabalarını bırakırlar, teslim olurlar; üzüntülü ve durgun bir çaresizlik

içine düşerler. Bu, insanlardaki çökkünlüğe benzemektedir. Bu görüşe göre, çökkünlük çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.

Özet

Duygudurum bozuklukları üzerinde yapılmış ve yapılmakta olan araştırmaların tümden gözden geçirilmesi genel bir psikiyatri kitabında hem olanaksız, hem gereksizdir. Yukarıdaki bilgiler araştırma alanlarına genel bir bakış amacı ile verilmiştir.

Açıkça görülüyor ki birçok başka ruhsal bozuklukta olduğu gibi duygudurum bozukluklarının oluş nedenleri de çeşitlidir. Yalnızca kalıtım, yalnızca amin metabolizması bozukluğu ya da yalnızca ruhsal-toplumsal etkenler etiyolojiyi açıklayabilmek için yeterli değildir. Son zamanlarda kalıtımsal ve nörobiyolojik araştırmalar büyük bir hızla artarken ve birçok yeni ipuçları ortaya konurken, bir yandan da ruhsal-toplumsal zorlanma etkenlerinin önemi daha çok ortaya çıkmakta ve bu etkenlerin nörobiyolojik düzeneklerle bağlantıları araştırılmaktadır. Örneğin çocuklukta yaşanmış olan ağır yitimlerin ve acı yaşam olaylarının sürekli uyarıcı etkisi ile gen yazılımı (tanscription) ve açılımı (expression) ile ilgili düzeneklerin etkilenebileceği ve sonraki yaşam dönemlerinde bunların yeniden tutuşabileceği ya da alevlenebileceği (kindling) düşünülmektedir. Bu tür çevresel etkilerle yapısı ya da işlemesi değişen genlerin beyinde anormal nörobiyolojik düzenekleri başlatabileceğine ilişkin görüşler ortaya atılmaktadır [97, 130, 164].

Çok genel sözcüklerle olsa bile duygudurum bozukluklarının etiyolojisinde önemli yeri olabilen etkenler şöyle özetlenebilir:

- Kalıtım (büyük olasılıkla çok-genli, çok-etkenli ve karmaşık düzenekli)
- Kişinin çocuklukta karşılaşmış olduğu yitimler ve acı yaşam olaylarının bıraktığı genetik, duygusal, bilişsel, davranışsal duyarlılık ve yatkınlık
- Yaşamın sonraki dönemlerinde içten (biyolojik) ya da dıştan (psikososyal) gelen uyaranların organizmaya binmesi; özellikle noradrenerjik, serotoninerjik ve endokrin dizgelerin etkinlikleri ve reseptör duyarlığı ile ilgili olarak henüz tam aydınlatılmamış anormal süreçlerin başlatılması ve sürdürülmesi.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA SAĞALTIM

Tekuçlu ve ikiuçlu bozukluklarda çökkünlüğün ele alınmasında ve sağaltımında farklılıklar olması nedeniyle önce çökkünlük dönemi ve tekuçlu bozuklukların sağaltımı, daha sonra ikiuçlu bozukluğun sağaltımı ele alınacaktır. İkiuçlu bozukluğun sağaltımı ise ikiuçlu çökkünlük sağaltımı, akut

mani sağaltımı, karma dönem sağaltımı, hızlı döngü sağaltımı ve ikiuçlu bozuklukta koruyucu sağaltım başlıkları altında incelenecektir. Kullanılan ilaçlar ve somatik sağaltım hakkında daha geniş bilgi için *Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı* ve *Bölüm XXIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım*'a başvurunuz.

Çökkünlük Dönemi ve Tekuçlu Çökkünlük Sağaltımı

1. Genel İlkeler

Çökkünlüklerin sağaltımında ilaçların, EKT'nin ve psikoterapinin etkisi kanıtlanmıştır. Hekim hastanın durumuna göre seçim yapabilir. Günümüzde çökkünlük sağaltımı büyük ölçüde antidepresan ilaçlara dayanmaktadır. Ancak çökkünlük belirtileri hafif, dolayısıyla çökkünlüğün yol açabileceği riskler az ise, hasta ilaç kullanmayı istemiyorsa hekim ilaç başlamayı erteleyebilir. Bir de bedensel hastalık ve ilaç ya da madde kullanımına ikincil gelişen çökkünlüklerde önce altta yatan nedenin düzeltilmesi gerektiği için antidepresan ilaç başlanmayabilir. Ancak ilaç başlanmayacak bile olsa hasta yakından izlenmelidir.

Önce hastanın genel fizik durumunu, çökkünlüğün ağırlığını, özkıyım tehlikesinin olup olmadığını değerlendirmek zorunludur. Tek bir çökkünlük döneminin sağaltımı genellikle fazla zorluk içermez. Hatta temel sağlık hizmeti veren birimlerde tanı konulursa sağaltımı da yapılabilir. Yukarıda tanımlanan sıklığı, yetiyitimine yol açması bakımından önemi nedeniyle çökkünlüklerin birinci basamakta tanınıp, tedavi edilebilmesi için uzun yıllar üniversiteler, ilaç sanayii ve Dünya Sağlık Örgütü'nce yürütülen eğitim çalışmaları Sağlık Bakanlığınca desteklenmiştir. Ancak son yıllarda Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatlarıyla sağlık güvencesi olan hastalarda antidepresan ilaçların pratisyen hekimler tarafından başlanması olanaksız hale getirilmiştir. Oysa, bu kadar ekonomik yük getiren bir hastalığın sağaltımı konusunda süreklilik gösteren sağlık politikalarına gerek vardır.

Aile ile işbirliği yapılabiliyorsa, ağır özkıyım riski ya da beslenme sorunu yoksa hastaların çoğu evde ayaktan sağaltım görebilir. Hastaya ve yakınlarına ruhsal çökkünlük ve sağaltım hakkında bilgi verilmelidir. Bu durumun bir ruhsal rahatsızlık olduğu, sık görüldüğü bildirilmelidir. Hastalığın iyileşeceği, fakat bunun bir süre alacağı anlatılır. Bu süre içinde hem hastalığın gereği, hem de ilaçların yan etkileri nedeni ile hastanın iş, gezme, konuk ağırlamak, cinsel ilişki, herkesi hoşnut etmeye çalışmak gibi beklentilerini askıya alması, ertelemesi, kendini zorlamaması salık verilir. Çünkü hasta bu tür işleri yapmaya zorlandıkça ve yapamayınca kendini daha yetersiz, değersiz görebilir, suçluluk duygusu artabilir, çökkünlüğü derinleşebilir.

Hasta yemiyor içmiyorsa, fizik durumu kötüye gidiyorsa, konuşmuyorsa, psikotik belirtileri (sanrı, varsanı) varsa, özkıyım düşünceleri ya da girişimleri olduğu anlaşılıyorsa hastaneye yatırmak gerekebilir. Böyle durumlarda çoğu kez en etkili ve hızlı sağaltım yolu elektrokonvülsif sağaltımdır.

Yemeyen içmeyen, beslenme yetersizliği belirtileri gösteren hastalarda damar ya da burun yoluyla gerekli besin ve sıvı verilebilir. Ağır tedirginliği ve bunaltıyı yatıştırmak için düşük doz antipsikotik ilaç ya da benzodiyazepinler gerekebilir. Hastanın uykusuzluğunu öncelikle gidermek için çoğu kez antidepresan ilaçlar yeterli olursa da, bunlara benzodiazepinler ya da başka uyutucu ilaçlar (hipnotikler) eklenebilir.

Çökkünlüklerin sağaltımında psikoterapötik yaklaşımın ve psikoterapinin önemi vardır. Bu nedenle, bölümün sonunda bu konuya ayrı yer verilmiştir.

II. Antidepresan İlaçlar *(9, 10, 26, 77, 101, 142, 161, 182, 191)*

Yaklaşık elli yıldan beri çökkünlüklerin sağaltımında etkili ilaçlar kullanılmakta ve yeni yeni ilaçlar satışa sürülmektedir. Halen kullanılmakta olan depresyon ilaçları etki mekanizmaları, ilaç etkileşimleri, yan etkileri açısından farklılık göstermekle birlikte etkinlikleri ve etki hızı açısından birbirinden farklı değildir. Dolayısıyla antidepresan ilaç seçiminde yan etki ve ilaç etkileşim özellikleri dikkate alınmalıdır. Antidepresan ilaçlarla sağaltımda aşağıda sıralanan sorunlar önemlidir:

- Antidepresan ilaçlara yanıt 2-3 hafta düzenli kullandıktan sonra başlar. Bu durumun sağaltıma başlarken hastaya mutlaka anlatılması gerekir. Aksi halde ilacın yararı olmadığını düşünen hasta ilacını kesebilir. İlaç etkisinin geç çıkması özkıyım riski yüksek olan hastalar için de önem taşır. Hızlı etki beklenilen bu gibi durumlarda elektrokonvülsif sağaltım yeğlenebilir.
- Ayaktan hastaların %20-35'i antidepresan ilaçlara yanıt vermez.
- Yan etkiler görülebilir ve dozla artar.
- Antidepresan ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli nokta ilaç etkileşimleridir. Özellikle seçici serotonin geri alım önleyicileri (SSGÖ) sitokrom P-450 enzim sisteminde inhibisyona yol açması nedeniyle enzim sistemiyle metabolize olan ilaçların kan düzeyini ve yan etkilerini arttırırlar

Etki mekanizmalarına göre Türkiye'de bulunan antidepresan ilaçları şu şekilde sınıflandırabiliriz*.

A. Trisiklikler (seçici olmayan noradrenalin ve serotonin geri alım önleyicileri) (amitriptilin, imipramin, klomipramin)

B. Seçici serotonin gerialım önleyicileri (essitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram)

C. Serotonin ve noradrenalin gerialım önleyicileri (venlafaksin, milnacipran)

D. Noradrenerjik ve seçici serotonerjik gerialım önleyicileri (mianserin, mirtazapin)

---

* Başka bir yerde yayınlanmamış olan bu sınıflandırmayı kullanmamıza izin verdiği için Doç. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu'na teşekkür ederiz.

E. Noradrenalin geri alım önleyicileri
   i. Seçici olmayan: maprotilin
   ii. Seçici: reboksetin
F. Serotonin modülatörleri (tianeptin, trazodon)
G. Dopamin ve noradrenalin geri alım önleyicileri (buprapion)
H. Geriye dönüşlü mono amino oksidaz (MAO) önleyicileri (moklobemid)

Bakınız *Bölüm XXVIII Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı* Tablo 8 (Trisiklik Antidepresanlar), Tablo 10 (Seçici Serotonin Geri Alım Önleyicileri), Tablo 11 (Trisiklik ve SSGÖ Olmayan Antidepresanlar).

Sağaltıma hangi ilaç ile başlanacağı konusu önemlidir. İlaç seçimini çökkünlüğün türüne göre yapabilmek için elde henüz yeterli bilgi yoktur. Bazı genel ilkeler aşağıda sıralanmıştır.

Hastanın fizik durumu incelenmeli, herhangi bir başka hastalık (kalp, akciğer, mide-barsak, böbrek hastalıkları, hipertiroidi ve başka endokrin sistem bozuklukları, prostat büyümesi, glokom vb.) olup olmadığı araştırılmalıdır. Bedensel hastalığı olan hastada ilaç seçimi bu hastalık ve kullandığı ilaçlara göre yapılır. Örneğin, kalp hastalarına, antikolinerjik yan etkilerden çok etkilenebilecek hastalara (prostat büyümesi, dar açılı glokom gibi) trisiklik antidepresan verilmez ya da kullanırken çok dikkatli olmak gerekir. Yaşlı hastalarda fizik muayeneye özellikle önem verilmelidir.

Ayaktan izlenen hastada genel olarak antidepresan ilaç seçiminde ilk seçenek seçici serotonin geri alım önleyicilerinden (SSGÖ) biri olabilir. Hastanede yatan ağır hastada ilk seçenek daha güçlü etkilerinden dolayı trisiklik antidepresanlar ya da venlafaksin olabilir [101, 161].

Ayaktan izlenen hastalara ilk seçenek olarak SSGÖ verilmesinin nedeni, bu gruptaki ilaçların yan etkilerinin daha az olması ve fazla uyuşukluk yapmamalarıdır. Ayrıca genellikle tek doz kullanılır ve doz arttırımına nadiren gerek olur. SSGÖ kullanımının bir diğer avantajı da özkıyım riski olan hastalarda kullanılmasının güvenli olmasıdır. Özkıyım amacıyla, aşırı dozda alındığı zaman bile ölümcül durumlara yol açma olasılığı düşüktür. Eğer kısmi yanıt alınır, tam iyileşme sağlanmazsa ilaç dozu arttırılabilir. Eğer dört hafta içinde hiç yanıt alınmazsa ilaç değişikliğine gidilir.

İlaçların etkili oluşu ve yan etkileri bireyden bireye büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Eğer hastanın daha önceki bir dönem için kullandığı ilaç etkili olmuşsa genellikle bu ilacı yeğlemek uygundur. Gene birinci derece yakınlarında çökkünlük öyküsü olan hastalarda, ilk seçenek hasta olan yakınının yarar gördüğü ilaç olmalıdır

Bedensel hastalıkların yanı sıra çökkünlüğü olan hastanın başka ruhsal hastalık ya da belirtilerinin varlığı da ilaç seçimimizi etkileyebilir. Örneğin hastanın obsesif kompülsif belirtileri varsa serotonerjik etkisi olan, anksiyete belirtileri varsa sedatif etkisi daha yüksek bir antidepresanı kullanmak uygun olur

Kullanılan ilaçların uygun etkili dozda ve uygun süre kullanılması gerekir. Bir dönem düzelir düzelmez ilaçlar çok azaltılır ya da kesilirse, rahatsızlık kısa bir sürede yeniden ortaya çıkabilir. Eğer yineleyen türden bir çökkünlük varsa ilacı uzun süre kullanmak gerekir. Araştırmalar sürdürüm dozunun sağaltım dozundan düşük olmaması gerektiğini göstermektedir [142].

Antidepresan ilaçların bir kısmının başlangıçta hastayı tedirgin edebilecek nitelikte yan etkileri vardır. Bu yan etkilerin çoğu genellikle ilk 10-15 günde görülürler ve zamanla azalırlar. İlacın iyileştirici etkisi 2-3 haftadan önce pek belli olmaz. Bu bilgiler hastayı ürkütmeden açıklanmalı, özellikle çok sık görülen yan etkilere karşı önlemler unutulmamalıdır. Yan etkiler nedeni ile ilaçların çoğunda, özellikle trisiklik antidepresanlarda, tam doza çıkılması 7-10 gün içinde yavaş yavaş artırılarak yapılmalıdır. Birdenbire verilen tam doz yan etkiler nedeniyle ilacın çabucak bırakılmasına neden olabilir.

Hastanın uzun süreli bir sağaltımı sürdürebilmesi için uykusuzluğunun ve bunaltısının kısa sürede giderilmesi gereklidir. Bunaltı, uykusuzluk ve tedirgin hareketlilik (ajitasyon) varsa yatıştırıcı ve bunaltı giderici etkisi daha yüksek olan ilaçlar yeğlenebilir ya da *benzodiyazepin* eklenebilir; *haloperidol* gibi antikolinerjik ve sedatif etkisi düşük bir nöroleptik birlikte kullanılabilir. Psikomotor yavaşlama, ağır isteksizlik, hep yatma eğiliminin belirgin olduğu hastalarda uyarıcı ve kalkındırıcı diye bilinen ilaçların (örneğin serotonin gerialım önleyicileri) sağaltımda daha etkili olduğu söylenemezse de, hastayı daha fazla yatağa bağlamama açısından bunlar yeğlenebilir.

Eğer hasta uygun dozda ilacı düzenli olarak kullanıyorsa ve 6-8 hafta içinde bir etki görülmezse bir başka grup ilaca geçmekte ya da EKT uygulanmasında yarar vardır.

Belli bir ilaç dozunun her hastada aynı kan düzeyini sağlamadığı görüldüğünden sağaltım süresinde kan düzeylerinin ölçülerek ayarlanması önerilmişse de, konu tartışmalıdır ve genellikle uygulanmamaktadır. Ancak, trisiklik antidepresan kullanan hastada 4-6 haftalık yeterli doza karşın yanıt alınamamışsa, hastanın ilaç almadığından şüpheleniliyorsa ya da yaşı ve bedensel hastalığı nedeniyle risk grubundaysa kan düzeyi ölçülebilir [101].

Aynı zamanda aynı gruptan birden fazla antidepresan ilaç birlikte verilmemeli; antikolinerjik etkisi fazla olan başka ilaçları birlikte kullanmaktan kaçınılmalıdır.

Yaşlı hastalarda antikolinerjik ve kardiyotoksik etkileri olabilen trisiklik ilaçlar yerine trisiklik olmayan ilaçlar yeğlenmeli ve doz daha düşük tutulmalıdır.

İlaçların farmakolojik özellikleri, etki düzenekleri, yan etkileri ve başka ilaçlarla etkileşimleri üzerinde daha geniş bilgi için *Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*'na bakınız.

Hastanın ilaç kullanmayı belirtiler düzeldikten sonra altı ay süreyle ve aynı dozda sürdürmesi sağlanmalıdır. Fluoksetin dışındaki SSGİ'ler kesi-

lirken genellikle hafif kesilme belirtileri görülebileceği için günlük dozların azaltılarak kesilmesi önerilir [10].

Psikotik belirtili çökkünlüklerde sağaltım

Eğer hastada psikotik belirtiler varsa tek başına antidepresan ya da antipsikotiğin bir yararı olmaz. Bu hastalarda ya antidepresan ve antipsikotik ilaçlar birlikte verilir ya da elektrokonvülzif tedavi (EKT) uygulanır. Psikotik çökkünlüklerde kontrollü ilaç çalışmaları daha çok trisiklik antidepresanlar ve birinci kuşak antipsikotiklerin kullanıldığı dönemlerde yapılmıştır. Yeni ilaçlarla yapılan çalışma az olmakla birlikte klinik uygulamada ikinci kuşak antipsikotikler ve yeni antidepresanlar kullanılmaktadır. Psikotik belirtili çökkünlükler EKT'nin birinci kullanım alanlarından biridir. Ancak, EKT uygulamasından sonra ilaçlarla sürdürüm sağaltımına geçilmesi gerekir [161]. EKT ile antipsikotik ve antidepresan ilaçların birlikte kullanılmasından hangisinin daha etkili olduğuna ilişkin bir izleme çalışması bulunmamakla birlikte EKT'nin psikotik özellikli çökkünlüğün sağaltımında biraz daha fazla etkili olduğu düşünülmektedir [138].

Çökkünlükte depreşme (relapse, nüks) ve yinelemeleri (recurrence) önleme

Batı ülkelerinde depreşmelerin %30'unun nedeni ilaçların yeterli doz ve sürede kullanılmaması olarak bildirilmekte ve yetersiz iyileşmenin uzun dönemli gidişi yordadığı düşünülmektedir. Temel sağlık birimlerinde depreşme oranları psikiyatri kliniklerinden daha düşük bulunmaktadır. Bu nedenle Batı ülkelerinde halk sağlığı açısından çok şiddetli olmayan çökkünlüklerin sağaltımının temel sağlık birimlerinde yapılmasına yönelik yaklaşımlar geliştirilmiştir [150]. Ülkemizde de çökkünlük sağaltımının yeniden temel sağlık hizmetlerinin içine alınması, sağaltıma uyumu artırmaya yönelik ilaç kullanmayı kolaylaştırıcı yöntemlerin uygulanmaya başlanması ve geliştirilmesi, depreşmeleri önlemede önem taşıyacaktır.

Çökkünlükte sağaltıma uyumsuzluğun ülkemizde son zamanlardaki en önemli nedeni ilaç yazdırmaktaki sıkıntılar olmakla birlikte tek neden bu değildir. Gene A.B.D.'de ilaç uyumsuzluğu %40 olarak bildirilmektedir. Koruyucu sağaltım sırasında orta hatta hafif şiddetteki yan etkiler bile ilaç uyumunu etkileyebileceğinden mümkün olduğunca yan etkisi az olan ilaçlar tercih edilmelidir. Akut dönem sağaltımının uzatılmasının depreşmeleri %25-50 oranında azaltacağı öngörülmektedir. Akut dönem ilaçla sağaltımın ardından bilişsel psikoterapinin yinelemeleri azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir [150].

Genel ilke olarak yineleyici çökkünlüğü olanlar, özellikle son hastalık döneminden önceki 5 yıl içinde başka bir hastalık dönemi daha geçirmiş olanlar veya dönemler arasında iyileşmenin yeterli olmadığı hastalar için 3 yıllık koruyucu sağaltım uygulanması düşünülebilir. Yineleme riski yüksek olan hastalar için 5 yıl veya daha uzun koruyucu sağaltım gerekebilir. İkiden daha

fazla ilaç kesme girişimi ve sonrasındaki bir yıl içinde yinelemenin görüldüğü durumlarda süresiz veya yaşam boyu koruyucu sağaltım düşünülebilir [89].

Çeşitli yaş gruplarında koruyucu sağaltım konusu ele alındığında, çocuk ve ergenlerde bu konuda yapılmış herhangi bir kontrollü çalışma verisi bulunmadığı görülmektedir. Erişkinler için önerilen sağaltım ilkelerinin ergenlerde de uygulanabileceği belirtilmektedir [89].

Yineleyen çökkünlüklerde bir diğer koruyucu ilaç seçeneği de lityumdur. Lityum ile koruyucu sağaltım sırasında önemli olan kan lityum düzeyinin 0.6-0.8 mEq/lt arasında tutulmasıdır. Bu kan düzeyi için genellikle 600-1200 mg arası lityum yeterli olur [10].

Sağaltıma dirençli çökkünlük

Majör depresyon tanısı ile ilaç başlanan hastaların 1/3'ü ilk kullanılan ilaca yeterli yanıt vermezler. Çökkünlük nedeniyle yoğun psikofarmakolojik ve psikoterapötik girişimlerde bulunulan hastalardan %15'inde ise çökkünlük belirtileri sürer. Bu konuda yapılan klinik çalışmalarda sağaltıma dirençli çökkünlüğün ortak bir tanımının kullanılmamış olması önemli bir yöntem sorunudur [23].

Bu noktada, son yıllarda yapılan, en geniş depresyon çalışması STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) çalışmasını özetlemekte yarar olduğu kanısındayız [50, 103, 143, 165] Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tarafından yapılan bu çalışmanın amacı majör depresyon tanısı konulan, ancak ilk kullandıkları antidepresan ilaca yanıt vermeyen hastalardaki sağaltım seçeneklerini değerlendirmek olarak bildirilmiştir. Yedi yıl süren bu çalışmaya 4000'i aşkın hasta alınmıştır. Çalışma her biri 14 haftalık 4 basamaktan oluşmaktadır:

1. *Basamak:* Majör depresyon tanısı konulan hastalara sitalopram 20m/gün başlanmaktadır. Eğer 14 hafta sonunda hastanın belirtileri tamamen düzelmediyse ya da yan etkileri nedeniyle ilacı kullanamadıysa 2. basamağa geçilmektedir.
2. *Basamak:* Sitalopramdan yarar görmeyen ya da kullanamayan hastalar seçkisiz olarak 7 gruba ayrılmaktadır: bunlardan dördü değiştirme (sertralin, venlafaksin, bupropion gibi bir başka ilaç ya da bilişsel psikoterapi), üçü sitalopramı sürdürürken eklenen buspiron, buprapion ya da bilişsel psikoterapi gibi farklı güçlendirme yaklaşımlarıdır.
3. *Basamak:* Bir önceki basamaktan yarar görmeyen hastalar gene (i) değiştirme (mirtazapin ya da nortriptilin) (ii) güçlendirme (lityum ya da tiroid hormonu) gruplarına ayrılır.
4. *Basamak:* Önceki basamaktan yarar görmeyen hastalar için iki seçenek vardır: tranilsipromin ve venlafaksin, mirtazapin birlikte kullanımı.

Bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- 1. basamaktaki hastaların %30'unda belirtilerin tamamen, %15'inde kısmen düzeldiği bildirilmiştir.
- 2. basamakta başka ilaca geçen hastaların %25'inin belirtilerinin ortadan kalktığı saptanmış. Üç farklı ilaç kullanan grup arasında fark bildirilmemiştir. Bu bulgu bir seçici serotonin geri alım önleyicisini (SSGÖ) kullanamayan ya da yararlanmayan bir hastanın bir diğerinden yararlanma olasılığını göstermesi açısından önemlidir.
- 2. basamakta ilaçla güçlendirme yaklaşımı uygulanan hastaların üçte birinde çökkünlük belirtileri gözlenmemiştir. İki grup arasında oranlarda fark olmamakla birlikte bupropion kullanan grubun, buspiron eklenen gruba oranla daha az yan etkiden yakındığı ve belirtilerindeki yatışmanın daha belirgin olduğu bildirilmiştir.
- 3. basamakta değiştirme uygulanan hastaların %10-20'sinde belirtiler kaybolmuştur. Bu basamakta kullanılan mirtazapin ve nortriptilin grupları arasında ne düzelme oranı, ne düzelme süresi ne de yan etki şiddeti açısından fark saptanamamıştır.
- 3. basamakta ilaç eklenen grupta düzelme oranı %20 olarak bildirilmiştir. Tiroid hormonu (T3) eklenen grupta yan etkiler nedeniyle ilacı bırakma oranı %10 iken, lityum eklenen grupta bu oran %23 olarak bulunmuştur.
- 4. basamakta daha önce tek olarak kullanılan iki ilaç venlafaksin ve mirtazapin birlikteliği ile bir MAO-önleyicisi olan tranilsipromin gruplarında hastaların %10'unda belirtilerin kaybolduğu bildirilmiştir. Ancak birleşik ilaç (kombinasyon) grubunda yan etkilerden yakınma ya da yan etkiler nedeniyle ilacı bırakma daha az görülmüştür.
- 1. basamakta yarar görmeyen hastalarda bilişsel psikoterapiye geçmenin ya da kullanılan ilaca eklemenin ilaç değiştirmek kadar etkili bulunduğu halde, etkisinin daha geç ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Sağaltıma dirençli çökkünlüklerde uygulanabilecek yaklaşımlar aşağıda sıralanmaktadır [111, 112, 161]:

1. seçenek yaklaşımlar

- Kullanılan antidepresan ilaca lityum eklenebilir (kan düzeyi 0.4-1.0 mmol/lt). Sağaltıma dirençli hastaların yarısında etkili bulunmuştur.
- Elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanabilir. (Bakınız *Bölüm XXIX: Ruhsal bozukluklarda Somatik Sağaltım Yöntemleri*).
- Tri-iodotironin (T_3) 20-50 µg/gün eklenebilir. Bu yöntem trisikliklerin yaygın kullanıldığı zamanlarda dirençli çökkünlüklerde sık başvurulan bir yöntemdi. Ancak araştırma sonuçları çelişkili bulunmuştu. SSGÖ'lerle yapılan iki çalışma olumsuz sonuç vermiştir. Yukarıda tanımlanan STAR*D çalışmasında sağaltıma dirençli hastalarda lityum ve T_3 eklenerek yapılan güçlendirme yaklaşımlarının etkisinin

birbirine eşdeğer olmakla birlikte sınırlı olduğu, ancak yan etkiler göz önüne alınınca T_3 ile yapılan güçlendirmenin bazı üstünlükleri olduğu bildirilmiştir [113].

- Venlafaksin 200mg'ın üzerindeki dozlarda verilebilir. Kan basıncı ve EKG takibi gerekir.
- SSGÖ'ye bupropion (400 mg'a kadar) eklenebilir. Ancak, bupropion Türkiye'de sadece sigarayı bırakma amacıyla kullanımı açısından ruhsatlıdır.
- SSGÖ'ye buspiron (60 mg'a kadar) eklenebilir.
- SSGÖ ya da venlafaksine mirtazapin ya da mianserin ekleyerek güçlendirilebilir.

2. seçenek yaklaşımlar

- Günde 200 mg'a kadar lamotrijin eklenebilir. Etkili olduğu kanıtlanmakla birlikte döküntü riski nedeniyle dozun yavaş arttırılması kullanılmasını güçleştirir.
- Bir beta-blokör olan pindolol günde tek doz 7.5 mg eklenebilir. Bu yöntemin ilaç etkisini hızlandırdığına ilişkin veriler bulunmakta, dirençli durumlarda araştırmalar çelişkili sonuçlar vermektedir.
- Fluoksetin ve olanzapin birlikte kullanılabilir.

Bu yöntemlerle iyileşmeyen hastalarda denenebilecek yaklaşımlar aşağıda sıralanmaktadır [112, 161]:

- Kullandığı antidepresana reboxetin 2-8 mg/gün eklenebilir. Bu konuda yeterli veri bulunmaktadır.
- Antidepresana aripiprazol 2.5-15 mg/gün eklenebilir. Bu konuda az sayıda yayın bulunmaktadır.
- Antidepresana ketyapin 300 mg/gün eklenebilir. Özellikle ikiuçlu bozukluk çökkünlük döneminde etkili olduğu gösterilmiştir; tekuçlu bozuklukta ketyapinin etkisini araştıran çalışmalar küçük ölçekli ve bir sonuca ulaşmak için yeterli değildir.
- Antidepresana risperidon 0.5-1mg/gün eklenebilir. Çok küçük ölçekli çalışmalar var.
- Antidepresana ziprasidon 160 mg/gün eklenebilir.
- Modafinil (Modiodal) 100-400 mg antidepresanla birlikte denenebilir. Bunaltıyı artırabilir.
- Pramipeksol (Pexola) 0.125-5mg/gün verilebilir. Bu konuda yayın azdır.
- SSGÖ ve TCA birlikte kullanılabilir. SSGÖ'lerin enzim önleyici etkileri nedeniyle TCA çok düşük dozda kullanılmalıdır.
- Kullandığı antidepresana Omega3 1-2 gr/gün eklenebilir.
- Yineleyici transkraniyel manyetik uyarım (rTMS) denenebilir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar yineleyici TMS'nin tek başına uygulanmasına dayanmaktadır; ilaç sağaltımına ek olarak uygulanma-

sı üzerinde yeterince çalışılmamıştır (Bakınız *Bölüm XXIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım Yöntemleri*).

- Yüksek doz TCA verilebilir.
- Vagal Sinir Uyarımı (VSU) uygulanabilir. Sağaltıma dirençli çökkünlüklerde yapılan VSU çalışmalarının hepsi plasebo kontrollüdür, henüz başka bir sağaltım grubu ile karşılaştırmalı çalışma bulunmamaktadır. Bakınız *Bölüm XXIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım Yöntemleri*).
- Çok yüksek doz (600 mg/gün) venlafaksin kullanılabilir. Yatan hastada kalp monitorizasyonu ile uygulaması gerekir.
- Venlafaksinle birlikte damar içi klomipramin kullanılabilir. Kalp monitorizasyonu gerekir.

III- Çökkünlüklerde elektro-konvülsif terapi (EKT)

Yukarıda belirtildiği gibi *özkıyım riski bulunan, yemeyen, içmeyen, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir.* Genellikle 8-10 EKT ile olumlu sonuç alınır. EKT sonrasında antidepresan ilaçlarla sağaltım sürdürülür. Koruyucu sağaltımda EKT, akut dönemde tam yanıt veren, sürdürüm ilaç sağaltımına uygun olmayan veya yanıt vermeyen hastalarda düşünülebilir. Genellikle ayda bir-iki EKT önerilmektedir. Yineleyici çökkünlüklerde akut durumun EKT ile sağaltımından sonra hastanın durumuna göre ayarlanmış seyrek EKT ve ilaçla birlikte yapılan sürdürüm sağaltımının yalnız ilaçlarla yapılan sürdürüm sağaltımına göre çok daha iyi geldiği bildirilmiştir[53]. Buna karşın bellek üzerine etkileri ve anestezi riskleri nedeni ile uzun süreli sağaltımda yeri tartışılmalıdır [89].

EKT konusunda daha ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım Yöntemleri.*

IV. Işıkla sağaltım (Foto-terapi)

Duygudurum bozukluğu olan kimi hastalarda biyolojik beden saati (circadian rhythm) düzeninde bir bozulmanın bulunduğuna ilişkin görüş daha önce açıklanmıştı. Bu düzenin en çok mevsimsel dönemler geçirenlerde bozulduğu sanılmaktadır. Ayrıca birçok çökkünlüklerde hastalığın şiddetinde sabah ve akşama göre dalgalanmalar da olabilmektedir. Bu gözlemlere dayanarak son zamanlarda *güneşin bütün dalga boylarını içeren ışıkla (all-spectrum light veya bright light*) sağaltımın kimi hastalarda olumlu sonuçlar verdiği saptanmıştır. Işıkla sağaltımda parlak güneş ışığı verecek derecede tüm spektrumlu floresan ışığın, hastanın bir metre uzağında günde 2-4 saat tutulması ve dakikada bir kez hastanın ışığa göz atması sağlanır. Üç veya dört gün içinde belirgin iyileşme olur; fakat ara verilince çökkünlük gene başlayabilir. Kış aylarında uzun süre çökkünlük ve yaz aylarında canlı bir iyilik gösteren mevsimsel duygudurum bozukluğu olan hastalarda başarılı sonuç alındığı

bildirilmektedir [92, 142]. Daha ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım Yöntemleri.*

V. Uyku Yoksunluğu Sağaltımı

İkiuçlu bozuklukta ani uyku değişiklikleri hastalık dönemlerinde de değişikliklere yol açabilmektedir. Bu hastalarda bazen bütün bir gece uykudan yoksun bırakılma mani döneminin başlamasına neden olabilmektedir. Bu gözleme dayanarak çökkünlüklerde uyku yoksunluğu sağaltımının kimi hastalarda iyi geldiği bildirilmiştir. Hastayı haftada bir veya bir kaç kez 24 saat süre ile uykusuz bırakmak için sürekli oyalamak ve hastanın bu konuda kesin işbirliğini sağlamak suretiyle uygulanmaktadır. İstatistiksel sonuçlar tartışmalı olsa bile kimi hastalarda antidepresanlarla birlikte uygulandığında uyku yoksunluğunun etkili olabildiğini denemeler göstermektedir ve dirençli olgularda hatırda tutmak gerekir. Ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölum XXIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltım Yöntemleri*

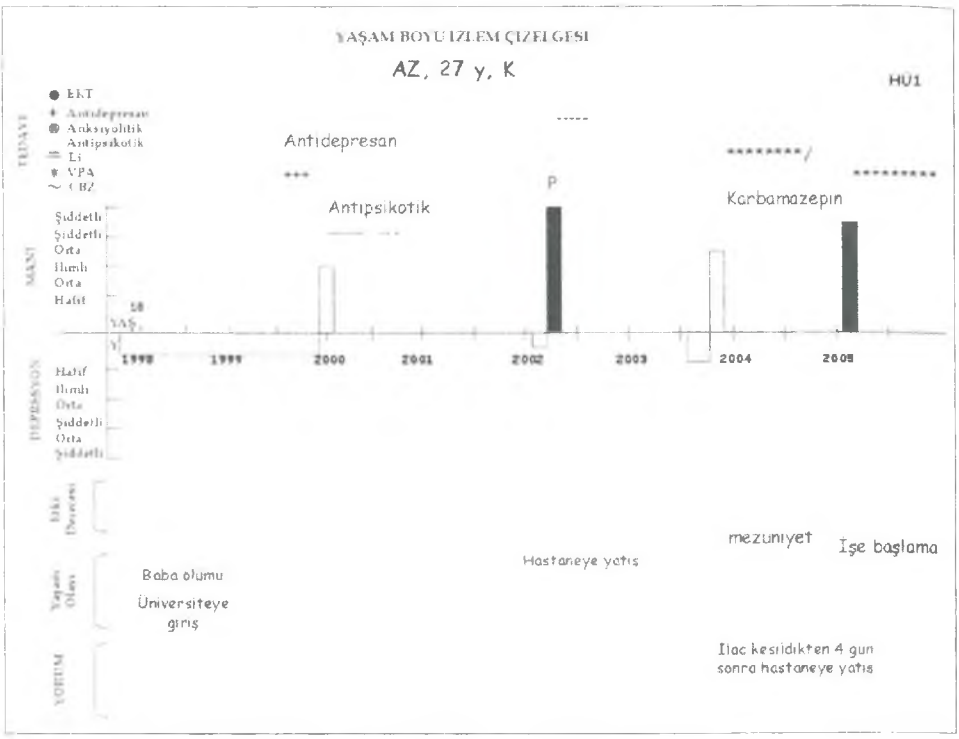
II. İkiuçlu Bozukluk Sağaltımı

Genel İlkeler

İkiuçlu bozukluk uzun süreli, dönemler halinde giden, gidiş özellikleri hastadan hastaya değişen bir hastalıktır. Hastalığın en temel özelliği de bu değişkenliktir. Hastayı değerlendirirken, kısa süreli önerilerde bulunurken ya da uzun süreli sağaltım planı yaparken hep hastalığın o zamana kadarki gidiş özellikleri göz önüne alınır. Geçirdiği hastalık dönemlerinin sayısı, tipleri, sıklığı, süreleri, ara dönemlerin uzunluğu; ara dönemlerdeki işlev düzeyi, kalıntı hastalık izlerinin, yeti yitiminin olup olmaması; daha önceki sağaltıma uyumu ve sağaltıma verdiği yanıt gibi hastalığın geçmiş seyriyle ilgili özellikler hastanın ele alınışının temelini oluştururlar [9].

Bu nedenle ikiuçlu bozukluğu olan hastayı izlerken hasta ve yakınları ile birlikte mutlaka hastalık dönemlerinin, yaşam olaylarının, kullandığı ilaçların yer aldığı bir *yaşam çizelgesi* çıkarılmalıdır. Bu çizelge hem hastaya, hem de hekime hastalığın uzun dönemli gidişi, yaşam olaylarının, mevsimlerin, ilaç kullanmanın ya da ilaç kesmenin hastalık gidişine etkilerini bir bakışta gösterebilmesi açısından sayısız yarar sağlar [121]. Çizelgenin bir örneğinin hastaya verilmesi, hastanın da sağaltım sürecine etkin olarak katılmasına, sağaltıma ve ilaçlara uyumunun artmasına yardımcı olur (Bakınız Şekil 1).

ŞEKİL 1
İkiuçlu Bozuklukta Yaşamboyu İzleme Çizelgesi



İkiuçlu bozukluğu olan hastayı izlerken hiç unutulmaması gereken bir nokta sağaltımın önemli sorunlarından birinin ilaca uyumsuzluk (noncompliance) olduğudur. İkiuçlu bozuklukta %64'e varan uyumsuzluk oranları bildirilmektedir. Yinelemelerin ve dolayısıyla yüksek morbidite ve mortalitenin en önemli nedeninin bu olduğu düşünülmektedir. Sağaltıma uyumsuzluğun hastalığın süregen niteliğini kabul edememek, ilaç kullanmak istememek, ilaçlara bağlı yan etkiler ya da iyileştiği ve artık ilaçlara gerek duymadığı inancı gibi çeşitli nedenleri vardır [76].

İkiuçlu bozukluğu olan hastanın ele alınmasındaki ana ilkeler şöyle özetlenebilir:

- Hasta ve yakınlarına hastalığın doğuştan gelen bir yatkınlık üzerine çevresel zorlanmalarla çıktığı açıklanmalıdır. Hastanın ve ailesinin sağaltıma etkin olarak katılmaları sağlanmalıdır. Hasta ve ailesiyle birlikte çizilen yaşam çizelgesi üzerinden bu işbirliğini sağlamak daha kolay olur. Örneğin hasta ve yakınları belirli yaşam olayları ya da ilaç kesmeyle hastalığın gidişinin ilişkisini görebilirler.
- İkiuçlu bozuklukta düzenli yaşamanın önemi vurgulanmalı, uykusuz kalmanın, hareketli gece hayatının, aşırı alkol kullanmanın duygu-

durum bozukluğu dönemlerini tetikleyebileceği bildirilmelidir. Bazı ilaçların da duygudurum bozukluğu dönemlerini tetikleyebileceği ya da kullandığı ilaçlarla etkileşimi olabileceği, bu nedenle hekimine danışmadan ilaç kullanmaması gerektiği söylenmelidir.

- Her hasta için hastalığın ilk belirtilerini tanımasına yardımcı olmak ve bu belirtiler yönünden dikkatli olması konusunda uyarmak gerekir. Örneğin kadın hastalarda sık karşılaşılan bir durum manik dönemin başlangıcında hastanın hamaratlaşması, büyük temizlik işleri başlatmasıdır. Gene bazı hastalarda çabuk sinirlenme, bazılarında uyku bozukluğu ilk belirti olabilir.
- Hasta ile birlikte yeni hastalık dönemlerini tetikleyebilecek durumların belirlenmesine çalışılmalıdır. Hastanın yaşam koşulları göz önüne alınarak duygudurum bozukluğu dönemlerinin ortaya çıkmasını engellemeye yardımcı olabilecek önlemler araştırılmalıdır. Örneğin: ikiuçlu bozukluğu olan bir hekimin ya da hemşirenin gece nöbetleri olan bir işte çalışmaması önerilebilir; küçük bebeği olan bir annenin gece uykusunun bölünmemesini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılabilir.

Genç bir kadın hastamızın bütün manik dönemleri duygusal bir yakınlaşma yaşadığı sıralarda başlıyordu.

Bir erkek hastamız iş yerinde sorumluluğunun arttığı örn: terfi, amirinin izinli olması gibi durumlarda hastalanıyordu.

- Hastanın yaşamındaki temel zorlanma (stres) etkenlerinin belirlenip ele alınmasının hastalık dönemlerinin önlenmesinde çok önemli katkısı olur.
- Hastalık dönemleri yatıştıktan sonra, ara dönemdeyken hastayla birlikte, hastalanması durumunda yapılacakların planlamasında (örn: kimi arayacak, hastaneye ya da doktora nasıl başvuracak) yarar vardır.

1. İkiuçlu Çökkünlüğün Sağaltımı

İkiuçlu bozuklukta çökkünlüğün sağaltımı sırasında hastalığın uzun dönemli gidişine olumsuz bir etki yapmamak gerekir. Bu nedenle güçtür; tek bir çökkünlük dönemi ya da tekuçlu çökkünlük sağaltımından farklıdır. İkiuçlu bozuklukta çökkünlük belirtileri mani belirtilerinden daha sık ve uzun süreli olmaktadır. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) bir çalışmasında 13 yıla yakın izleme süresinin %47.3'ünde duygudurum belirtileri olduğu ve çökkünlük belirtilerinin bu sürenin %67'sinde bulunduğu bildirilmiştir [72]. Ayrıca ikiuçlu çökkünlüklerde özkıyım riski de yüksektir ve özkıyım girişimlerinin yarıya yakını çökkünlük döneminde olur [59, 92].

Hastalık ikiuçlu ise antidepresan ilaç sağaltımı süresinde bir mani döneminin çıkabileceği her zaman göz önünde tutulmalıdır. İkiuçlu bozuklukta

çökkünlükten taşkınlığa kendiliğinden kayma olasılığı hep vardır ve böyle bir kaymayı yalnızca antidepresan ilaca bağlamak doğru değildir[1]. İlaçların kullanıma girmesinden önce de bu tip döngü değişiklikleri gözlenmiştir [12]. Ancak, antidepresan ilaçla hastanın çökkünlüğü düzelince, antidepresan ilacın sürdürüm dozunu ve süresini belirleyebilmek için hastanın yakından izlenmesi gerekir. Ayrıca hastaya ve ailesine bilgi verilerek mani döneminin ilk belirtilerini tanıması öğretilmelidir ve ilk belirtiler başlar başlamaz hekime bilgi verilmesinin gerekliliği vurgulanmalıdır.

İkiuçlu çökkünlük tanısı konulan hastada sağaltımı planlarken çökkünlüğün ağırlığı ve belirtilerin niteliği, hızlı döngülülük özelliğinin olup olmadığı, özkıyım riski, hastanın yaşı ve bedensel durumu, eşlik eden bedensel hastalıkları ve kullandığı ilaçlar, sosyal destek gücü, geçmiş hastalık öyküsündeki özellikler ile ilaç uyumu göz önüne alınmalıdır. Özkıyım riski yüksek, psikotik bulgulu, ağır hastaların ve sağaltıma uyum güçlüğü olup sosyal desteği de zayıf olan hastaların sağaltımlarının hastanede yatırılarak yapılmasının yararı vardır [182].

Lityumun ikiuçlu çökkünlükte etkili olduğu düşünülmekle birlikte mani dönemlerindeki etkisinin daha güçlü olduğu bilinmektedir [161]. Hafif ikiuçlu çökkünlüklerde ilk aşamada lityum başlamak, eğer lityum alıyorsa etkili kan düzeyine çıkmak önerilmektedir. Hasta başka bir duygudurum dengeleyici kullanıyorsa kesmeye gerek yoktur. Etkili kan düzeyindeki lityuma 2-3 haftada yanıt alınamazsa, sağaltıma antidepresan eklenir. Ağır ve orta şiddetteki çökkünlüklerde ise ilk aşamada lityum ve antidepresan ilaç birlikte başlanır ya da EKT uygulanır [182].

Antidepresanların ikiuçlu çökkünlük sağaltımında tekuçludaki kadar etkili olup olmadığı konusunda çelişkili bulgular vardır. Bazı çalışmalar sağaltıma dirençli çökkünlüklerin önemli bir kısmının gizli ikiuçlu bozukluk olduğunu göstermektedir [152]. Bir çalışmada da ikiuçlu bozuklukta antidepresanlara yanıt alınmama oranının ve antidepresan etkinin bir süre sonra kaybolma oranının, tekuçlu bozukluktan daha yüksek olduğu bulunmuştur [56]. Gene de bu konudaki bilgiler çelişkilidir. Antidepresan ilaçların ikiuçlu bozuklukta da tekuçludaki kadar etkili olduğu görüşünün [57] yanı sıra aşağıda ayrıntılı anlatılan STEP-BD çalışmasında ikiuçlu bozukluğun çökkünlük döneminde antidepresanların etkisi plasebodan yüksek bulunmamıştır [108]. İkiuçlu bozuklukta seçilecek antidepresanlar arasında etkililik farkı bulunmamakla birlikte *trisiklik antidepresanların SSGÖ, MAO önleyicileri ya da bupropiondan* daha fazla manik kaymaya yol açtığı bilinmektedir [57].

İkiuçlu çökkünlükte antidepresan ilaçları duygudurum dengeleyicilerle birlikte kullanmak manik kayma riskini çok düşürmektedir [6]. Ancak, bu konudaki bilgilerimiz kısa dönemli çalışmalara dayanmaktadır. Uzun süreli kullanım için yeterli veri bulunmamaktadır [57]. Genel uygulama ikiuçlu çökkünlüklerde antidepresan ilaçların belirtiler yatıştıktan sonra 3-6 ay içinde

kesilmesi yönünde olmakla birlikte bazı hastalarda duygudurum dengeleyicilerle birlikte antidepresanların daha uzun süreli kullanılması gerekmektedir.

Son zamanlarda ikiuçlu bozuklukta çökkünlük döneminin sağaltımı için ve koruyucu olarak kullanılması önerilen bir antiepileptik ilaç *lamotrijindir*. Akut duygudurum dönemlerindeki etkililiği henüz kanıtlanmış olmamakla birlikte iki uçlu çökkünlükte etkili olduğu ve manik kaymaya çok düşük oranda yol açtığı doğrultusunda yayınlar vardır [161]. Ciddi deri hastalıklarına yol açabilmesi nedeniyle dozunun çok yavaş artırılmasının gerekliliği akut dönemlerdeki kullanılabilirliğini zorlaştırmaktadır. Çökkünlüklerde *lamotrijinin* etkisini araştıran çok yeni iki çalışma, fazla çarpıcı olmamakla beraber etkili sonuçlar alındığını göstermektedir [68].

Antipsikotik ilaçlardan ketyapinin ikiuçlu bozukluk çökkünlüğünde etkili olduğunu gösteren iki geniş ölçekli çalışma bulunmaktadır. BOLDER I ve II adını taşıyan tamamen aynı araştırma deseninin farklı örneklemlerde kullanıldığı bu çalışmalar ilaç firması desteği ile yapılmışlardır. Çift-kör, seçkisiz, plasebo kontrollü bu iki çalışmada 8 hafta süreyle günlük 300 ve 600 mg. dozlardaki ketyapinin bipolar I ve II hastalarının çökkünlük dönemlerinde etkili olduğu gösterilmiş; manik kayma oranı plasebodan farklı bulunmamıştır [166]. Ketyapin Türkiye'de ve birçok ülkede ikiuçlu bozukluk çökkünlüğünün sağaltımında ruhsat almıştır.

Ağır psikotik belirtili ikiuçlu çökkünlüklerde eğer psikotik belirtiler duygudurum ile uyumlu ise ilk aşamada antipsikotik verilmeyebilir. Duygudurum dengeleyici ve antidepresan ya da EKT uygulaması denenir. Yanıt alınamazsa ya da kısmi yanıt alınırsa antipsikotik eklenir. Duygudurumla uyumsuz psikotik belirtilerin olduğu ağır ikiuçlu çökkünllüklerde ise duygudurum dengeleyici, antidepresan ve antipsikotik birlikte verilir ya da EKT yapılabilir [182].

İkiuçlu bozukluğun sağaltımı üzerine yapılan seçkisiz, kontrollü ilaç çalışmaları aslında günlük uygulamamızda karşılaştığımız hastaları tam olarak yansıtmamaktadır. Bunun en önemli nedeni klinik uygulamada karşılaştığımız ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda çoğu zaman eşlik eden başka ruhsal, kimi zaman da bedensel hastalıklar olması ve hastaların önemli bir kısmının özkıyım riski taşımasıdır. Oysa, ilaç çalışmalarına ektanısı olan hastalar, özkıyım riski olan hastalar alınmamaktadır. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tarafından yapılan ikiuçlu bozukluğun sağaltımı ile ilgili geniş kapsamlı STEP-BD çalışması bu sorunu gidermeyi amaçlayan ve gerçek yaşamda karşılaşılan türden hastaların izlendiği bir çalışma olması bakımından önem taşımaktadır. Bu çalışmadan burada kısaca söz etmek istiyoruz.

STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) 1998-2005 yılları arasında yapılan 4360 hastanın katıldığı geniş kapsamlı bir çalışmadır [145]. Çalışmanın amacı ruh hekimliği uygulamasında karşılaşılan iki uçlu bozukluk hasta örnekleminde akut mani ve akut çök-

günlük sağaltımı ile koruyucu sağaltım açısından en etkili yaklaşımları belirlemek olarak tanımlanmaktadır. Çalışmanın iki ayağı vardır. Belirtilerine göre hastalara bu iki ayaktan birine ya da ikisine girme olanağı verilmektedir. Çalışma ayaklarından birisi *En iyi Uygulama Ayağı*'dır *(Best Practice Pathway)*. Bu ayakta katılımcılar çalışma hekimlerinden biri tarafından görülmekte; katılımcı, hekimi ile birlikte kendisi için en iyi sağaltım planına karar vermekte, gerekirse bu planı değiştirmektedirler. Çalışmaya katılan hastalar duygudurum dengeleyicisi ilaçları (lityum, valproat, karbamazepin ya da bir başka duygudurum dengeleyicisi) kullanmayı sürdürmektedirler. Başka bir girişim yapılması gerektiği zaman, ikiuçlu bozuklukta uygulanan sağaltım yaklaşımlarından hangisinin en iyisi olduğu bilinmediği için hasta isterse ve 18 yaşından büyükse çalışmanın ikinci ayağına alınabilmektedir. *Seçkisiz Bakım Ayağı (Randomized Care Pathways)* olarak adlandırılan çalışmanın ikinci ayağı, farklı ek sağaltım setlerini içermektedir. Seçkisiz bakım ayağında farklı ilaç ve psikoterapi [bilişsel davranışçı, aile odaklı, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ile psikoeğitim (kontrol)] seçenekleri yer almaktadır. STEP-BD'nin bazı klinik çalışmaları ve sonuçları aşağıda özetlenmektedir:

- *Seçkisiz akut depresyon çalışması*: Bu çalışmaya katılan 366 hastanın hepsi lityum, valproat, karbamazepin ya da bir başka duygudurum dengeleyici kullanmaktadırlar. Hastanın kullandığı duygudurum dengeleyicisinin dozu ayarlandıktan sonra ek olarak paroksetin, bupropion ya da plasebo başlanmıştır. 26 hafta süren bu çalışma çift-kör olarak, yani hasta ve hekim hangi ilacı kullandığını bilmeden yürütülmüştür. Çalışmanın sonunda ilaç gruplarındaki 179 hastadan %24'ünün, plasebo grubundaki hastaların ise %27'sinin iyileştiği bildirilmiştir. İyileşme en azından 8 haftalık süre için bozukluğun (manik ya da depresif) yalnızca iki belirtisinin kalması olarak tanımlanmıştır. Buna göre ikiuçlu bozukluk depresyonunda paroksetin ya da bupropion eklenmesinin plasebodan farklı olmadığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmanın bir diğer sonucu da duygudurum dengeleyicilerine antidepresan ilaç eklemenin manik/hipomanik kaymaya yol açmadığıdır [108].
- *Seçkisiz akut depresyon çalışmasına* alınan hastalardan isteyenler (236 kişi) bir psikoterapi [bilişsel davranışçı, aile odaklı, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ve psikoeğitim (kontrol)] grubuna da katılmıştır. Ayrıca, STEP-BD *En iyi Uygulama Ayağı*nda olup *Seçkisiz Bakım Ayağında* olmayan bazı hastalar da psikoterapi çalışmasına alınmıştır. Katılan 293 STEP-BD hastasından %59'unun depresyonu düzelmiş, % 41'inin iyileşmemiş ya da çalışmayı bırakmıştır. Aile odaklı psikoterapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi, bilişsel davranışçı psikoterapi gibi yoğun (9 ay boyunca, haftalık 30-50 dakikalık görüşmeler) psikoterapilerin kısa süreli psikoeğitimden (6 hafta içinde toplam 3 kere 50 dakikalık görüşme) daha etkili olduğu, yoğun psiko-

terapi grupları arasında etkililik açısından istatistiksel fark olmadığı bildirilmiştir. Yoğun psikoterapi gruplarında iyileşme süresi ortalama 113 gün; psikoeğitimde ise ortalama 146 gün olarak saptanmıştır. Yoğun psikoterapi alan hastalarda iyilik süresi psikoeğitim grubunun 1.5 katı olarak bulunmuştur [144].

- Hastalığın süregen ve dönemlerle giden özelliği nedeniyle ikiuçlu bozukluğu olan birçok hastanın depresyonu çok sayıda sağaltım girişimine karşın düzelmemiştir. Sağaltıma dirençli ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda (66 kişi) aldıkları ilaçlara lamotrijin, inositol ya da risperidon eklenmiştir. Bu üç ilaç arasında en fazla ümit veren lamotrijin olarak bulunmuştur [111].
- STEP-BD çalışmasında ikiuçlu bozuklukta yinelemenin en güçlü yordayıcılarından biri olarak kalıntı belirtilerin varlığı bulunmuş; dolayısıyla belirtileri tümden düzeltmeye çalışmanın ikiuçlu bozuklukta sağaltımın ana amaçlarından biri olması gerektiği vurgulanmıştır [128].

İlaçlarla ilgili daha geniş bilgi "*Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*" bölümünde verilmiştir.

2. Akut Mani Sağaltımı

Genel İlkeler

Ağır mani dönemi ivedi ve yoğun bakım gerektirir. Zaman geçtikçe hastada durdurulamayan bir tırmanma olur ve riskli davranışların denetim altına alınması, hastanın ve çevrenin güvenliğinin sağlanması zorlaşır. Bu nedenle hastanın mümkün olduğu kadar erken dönemde ele alınması gerekir. Hastayı coşturucu, öfkesini arttırıcı, kamçılayıcı söz ve tutumlardan sakınılmalıdır. Aşırı uyarıcı, hareketli, gürültülü ortamlardan uzak tutmakta yarar vardır. Başlangıçta çok ağır gibi görünmeyen mani dönemleri, dış uyaranlarla kısa zamanda çok ağırlaşabilir. Çoğu kez, beklenirse yatışacağı umudu zaman yitirilmesine yol açar. Hastanelerde, derslerde bu hastaları uyarmaya, neşelendirmeye yönelik tutumlar hekimlik ahlâkına aykırıdır; bu tutumların hastalarda taşkınlığı artırabileceği bilinmelidir.

Mani döneminde hasta kendisini çok iyi hissediyordur, dolayısıyla genellikle hasta olduğuna inanmaz. Kendisini her zamankinden iyi hisseden bir insan zorla doktora getirilir ya da hastaneye yatırılırsa doğal olarak öfkelenir. Kendisine ve çevresine zarar verebilir. Hastaya hiçbir zaman şiddet kullanılmamalıdır. Gerekirse yardımcılarla birlikte açık, kesin, fakat zedelemeyen bir yaklaşımla hasta tutulabilir; yatıştırıcı iğneler yapılabilir; zorla hastaneye yatırılabilir. Hastaya bunların kendi sağlığı ve güvenliği için yapıldığı açıklanmalı, daha da önemlisi hissettirilmelidir.

Akut mani dönemindeki her hastanın hastaneye yatırılması gerekli değildir. Aile desteği güçlü olan birçok hastamızın mani sağaltımını ayaktan,

sık aralıklarla izleyerek yapmaktayız. Hastaneye yatışın gerektiği durumlar şunlardır [123]:

- Hastanın kendisine ya da çevresine zarar verici davranışlarının olması
- Devinimlerindeki artma ve uykusuzluğa ikincil, genel sağlık durumunun tehlike altında olması
- Ayaktan sağaltım önerilerine uymaması, ilaçlarını almaması

Ağır mani durumunda olan hastaya yoğun bakım gerekir. Bir odaya kapatılarak yalnız bırakılmamalıdır. Yakından denetim zorunludur. Hastanın beslenmesine, sıvı-elektrolit dengesine, temizliğine, fizyolojik işlevlerine özen gösterilmelidir. Aşırı kısıtlayıcı tutumun hastanın öfkesini arttıracağını unutmamak gerekir.

Mani dönemi yatıştıktan sonra da hasta yakından izlenmeli, muayenedeki eksik bilgiler tamamlanmalı, hastalık hakkında hastaya ve aileye bilgi verilerek koruyucu önlemler açıklanmalıdır.

Akut Manide İlaçla Sağaltım [9, 77, 101, 131, 123, 161, 186, 191]**:**

Daha önce koruyucu ilaç alıyor olsun, olmasın ikiuçlu duygudurum bozukluğu olan bir hasta akut mani dönemi içinde getirilmişse ve hasta ağızdan ilaç almayı kabul ediyorsa ilk seçilecek ilaç bir duygudurum dengeleyicisi olmalıdır. Akut mani sağaltımında *lityum ya da valproik asit* ikinci seçenek olarak da *karbamazepin* seçilebilir. Gerekirse buna benzodiazepin, antipsikotik ya da her ikisi birden eklenebilir. Tipik özellikler gösteren mani ya da hipomanide ilk seçilecek duygudurum dengeleyici, lityumdur [123]. Duygudurum dengeleyici ilaç kullanırken ortaya çıkan manide ise duygudurum dengeleyici ilacın kan düzeyinin saptanması ve düşükse etkili doza çıkarılması gerekir [161].

Lityum: Akut mani sağaltımı için uygun lityum kan düzeyi 1.0-1.25 mEq/lt arasındadır. Genellikle 1.5 mEq/lt. üstü toksik sınır başlangıcı olarak kabul edilir ve bu düzeyin üstüne çıkılmamasına özen gösterilir. Hastaya önce 2-3x300 mg/gün lityum karbonat verilir, beş gün sonra kan düzeyine bakılır ve bu düzeye göre doz artırılabilir. Lityum zehirlenme belirtilerini iyi bilmek gerekir. (Bakınız: *Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*). Mani dönemlerinde uygun dozda lityum 5-12 günde olumlu sonuç verir.

Valproat: Etkili doz 900-3000 mg arasında değişebilir. 750-1250 mg/gün başlangıç dozu ile başlanıp, kan düzeyi 50-120 µgr/ml arasında doz ayarlaması yapılır. Kan düzeyinin kararlı bir dengeye gelmesi yaklaşık bir hafta alır. Acil durumlarda kullanılan bir başka yöntem ise 20 mg/kg/gün dozundan yükleme uygulanması ile sağaltımın başlatılmasıdır. Bu dozda verildiği zaman valproatın mani belirtilerini hafifletici etkisi 3-5 gün içinde başlar, 5-12 gün içinde tam etkisini gösterir. Ancak yaşlı hastalarda yükleme sağaltımından kaçınmak gerekir. Karma dönemlerde ve madde kötü kullanımı olan iki uçlu hastalarda valproat, lityumdan daha etkilidir [101, 124].

Karbamazepin: Karbamazepin genel olarak düşük dozda (200 mg/gün) başlanır, doz kan düzeyine göre ayarlanır. Sürdürüm dozu genellikle 600-1800

mg/gündür. Kan düzeyinin 7-12 µg/ml arasında tutulması önerilir . Bir başka yaklaşım da ilaca yanıt alana ya da yan etkiler çıkana kadar doz artırılmasıdır. Karbamazepinin akut manide etkisi 6-12 gün içinde başlar [101, 155].

Hızla tırmanan ağır mani döneminde bu denli uzun zaman alabilecek bir sağaltım süresi birçok hekim ya da hastane için uygun olmayabilir. Duygudurum dengeleyiciye ek olarak antipsikotik ya da benzodiazepin verilmesi gerekebilir. Mani nöbetinin antipsikotiklerle yatışması birkaç saat, birkaç gün içinde sağlanabilir. Ağızdan almayan ve işbirliği yapamayacak kadar ağır hastalarda kas-içi antipsikotiklerle sağaltım zorunludur. Hasta ağızdan almayı kabul ederse, lityuma antipsikotik eklenebilir. Duygudurum dengeleyici ilaca antipsikotik eklenmesinin tek başına duygudurum dengeleyici kullanılmasından daha etkili olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir [156]. Düzelme sağlandıktan sonra antipsikotik azaltılarak kesilir ve lityum ile sağaltım sürdürülür.

Psikotik belirtiler gösteren akut mani dönemindeki hastalarda sağaltımın başlangıcında duygudurum dengeleyiciye antipsikotik ilaç eklenir. Psikotik özellikler göstermese de akut mani sağaltımında antipsikotikler sıklıkla kullanılır. İki uçlu bozuklukta birinci kuşak antipsikotiklerin kullanıldığı eski çalışmalar duygudurum dengeleyiciyle birlikte birinci kuşak antipsikotik kullanımının etkili ve güvenli olduğunu, özellikle mani dönemine eşlik eden psikotik belirtiler, taşkınlık, saldırganlık varsa yararlı olduğu sonucunu vermektedir. Duygudurum dengeleyicilerle birlikte verildiği zaman antipsikotikler düşük dozda istenen etkiyi sağlayabilir. Akut mani sağaltımı sırasında birinci kuşak antipsikotikler kullanıldıysa klinik belirtiler yatıştıktan sonra 2-6 ay içinde kesilmesi önerilmektedir. Son yıllarda akut mani sağaltımında ikinci kuşak antipsikotikler de yaygın olarak kullanılmaktadır. Olanzapin, ketiyapin, klozapin ve risperidon gibi ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar kısa süre içinde etkisini göstermekte, çökkünlüğü tetiklememekte ve yüksek dozda risperidon dışında ekstrapiramidal belirtilere yol açmamaktadırlar [186].

Daha önce ikiuçlu bozukluk tanısı konmamış, ilk duygudurum dönemi olarak mani atağı geçirmekte olan hastada sağaltıma antipsikotikle başlanabilir [161].

İlaçlarla ilgili daha geniş bilgi *Bölüm XXIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı'nda* verilmiştir.

Elektro-konvülsif Terapi (EKT)

Yemeyen, içmeyen, kuruma (dehidratasyon) belirtileri gösteren, saldırgan olabilen, antipsikotiklere yanıt vermeyen hastalarda EKT etkili bir yöntem olabilir. Hasta genellikle 6-8 EKT ile yatışır; bazen 10-12 hatta daha fazla sayıda EKT gerekebilir.

Hasta yatışınca duygudurum dengeleyicileri ile sağaltım sürdürülür.

3. Karma Dönem Sağaltımı

Tüm mani dönemlerinin %15-20'sinde karma dönem özellikleri görülür. Karma dönem sağaltımı mani sağaltımına benzemekle birlikte karma dönemdeki hastalarda duygudurum dengeleyicilere özellikle lityuma yanıt oranı klasik maniye göre daha düşüktür. Bu hastalarda duygudurum dengeleyici olarak *valproat* yeğlenmelidir. *Valproat* 20-30mg/kg başlanabilir. Hastanın uykusuzluğu, ajitasyonu ya da katatonik belirtileri varsa birinci planda seçilecek ilaç grubu *benzodiazepinler*dir. Belirtiler 4-5 gün içinde yatışmaya başlamazsa *lityum* eklenebilir. Üç hafta içinde yanıt alınamazsa valproat kesilip *lityum* ve *karbamazepin* ya da atipik antipsikotik başlanabilir. Dirençli hastalarda EKT etkili bir seçenektir. *Karma dönemde çökkünlük belirtilerine karşın antidepresanlar kullanılmamalıdır.* Bu hastalarda mani belirtilerini tetiklemeyen, antidepresan etkisi de olan bir duygudurum dengeleyici olarak *lamotrijin* sağaltıma eklenebilir. Ancak, ikiuçlu çökkünlük sağaltımında sözü edildiği gibi ağır deri hastalıklarına yol açabilmesi nedeniyle dozu yavaş arttırma gerekliliği akut dönemlerdeki kullanımını kısıtlamaktadır [91, 176(101)].

4. Hızlı Döngülülükte Sağaltım

Bir yıl içinde dört ya da daha fazla duygudurum dönemi yaşayan hastalar hızlı döngülü olarak kabul edilmektedir. Hızlı döngülü hastaların çoğunda sık ve şiddetli çökkünlük dönemleri vardır. Hızlı döngülü ikiuçlu bozuklukta izleme çizelgesi çok önem taşır. Bu hastalarda hızlı döngüye yol açan etmenler araştırılmalıdır. Antidepresan kullanılmasına bağlı manik kayma olup olmadığı belirlenmeli, tiroid işlevlerine bakılmalı, merkezi sinir sistemi hastalıkları (multiple skleroz, tümör, kanama) açısından incelenmelidir. Zekâ geriliği olan ikiuçlu bozukluk hastalarında da hızlı döngülülük sık görülmektedir [2, 36].

Hızlı döngülü hastanın sağaltımında amaç, içinde bulunulan duygudurum dönemini düzeltmek ve hızlı döngülülüğü durdurmaktır. *İlk aşamada antidepresan ilaçların kesilmesi gerekir.* Duygudurum dengeleyici kullanmayan hastada hızlı döngülülük ortaya çıktıysa içinde bulunduğu duygudurum dönemine uygun duygudurum dengeleyici ile sağaltıma başlanır. Hızlı döngülü ikiuçlu bozukluk sağaltımında lityum ve karbamazepin genellikle yarar sağlamaz. Bu hastalarda en etkili duygudurum dengeleyici ilaçlar valproat ve lamotrijindir. Hızlı döngülülük ortaya çıktığında duygudurum dengeleyici ilaç kullanan hastada ise içinde bulunduğu duygudurum döneminin sağaltımına yönelmek gerekir. Kullanılan duygudurum dengeleyici ilaç etkin doza çıkarılır, ikinci bir duygudurum dengeleyici eklenir. Gene yanıt alınmazsa atipik antipsikotik, tiroid hormonu eklenebilir; gerekirse EKT yapılabilir[2, 36, 161].

5. İkiuçlu Duygudurum Bozukluğunda Koruyucu Sağaltım

Genel İlkeler [9, 131, 170, 181, 187]:

İkiuçlu bozuklukta koruyucu sağaltım ile %70-80 oranında başarı sağlanabilmektedir. Bu başarı hastaların %70-80'ninde sağlanabileceği gibi, bir hastanın belirtilerinin %70-80'inin yatışması anlamına da gelir. Bir başka deyişle, kimi kişilerde koruyucu sağaltımın etkisi ile hastalık dönemleri daha seyrek ya da daha hafif gelebilir. Bu durumlarda, dönemin türüne göre antipsikotikler ya da antidepresan ilaçlar koruyucu ilaçlara eklenebilir. Çökkünlük olur da antidepresan ilaç eklenirse, bunların bir taşkınlığı kamçılayabileceği unutulmamalı, hasta yakından izlenmelidir. Hasta düzelmiş durumda iken hastaya ve aileye hastalık hakkında bilgi verilmeli, koruyucu sağaltımın özellikleri anlatılmalıdır.

Henüz çok sayıda hastalık dönemi geçirmemiş olan bazı genç hastalar, artık düzeldikleri, bir daha hastalanmayacakları inancıyla ilacı kesebilirler. Bu hastalara bazen, bir kaç kez ağır hastalık dönemi geçirmeden ve hastaneye yatmadan koruyucu sağaltımı kabullendirmek çok zor olabilir. Yakın zamanlara kadar, koruyucu sağaltıma başlamak için hastanın 2-3 yıl gibi bir dönem içinde en az iki hastalık dönemi geçirmiş olması önerilmekteydi [70]. Bir süre bekleyerek hastalığın gidişini tanımanın sağaltıma uyumu güçlendirici etkisi tartışılmaz. Ancak, son yıllarda koruyucu sağaltıma mümkün olduğu kadar erken başlamanın yararları üzerinde durulmaktadır. Özellikle, ailede ikiuçlu bozukluk öyküsü olan hastalarda, ilk şiddetli mani döneminden sonra, uzun süreli koruyucu sağaltım başlanması önerilmektedir. Daha önce geçirilmiş 3 ya da 4'den fazla duygudurum dönemi olmasının koruyucu sağaltımından sağlanacak yararı azalttığı düşünülmektedir. Bu nedenle, tanıdan emin olunca hastalara ve ailelerine, hastalığın yinelemeleriyle ortaya çıkabilecek toplumsal, ekonomik iş ve okul yaşamı ile ilgili riskleri olduğu gibi ilacı geç başlamanın yol açabileceği sorunları da iyice açıklamak gerekir.

Düzenli izlenemeyen, gerekli kan ölçümlerini ve incelemelerini yaptıramayan hastalarda lityum ile koruyucu sağaltım yapılması genellikle uygun olmaz.

Koruyucu sağaltıma başlandıktan sonra önemli bir neden olmadıkça koruyucu ilacın kesilmemesi önerilmektedir. Ancak, bir zorunluluk varsa ya da hasta ilacı kesme konusunda çok kararlıysa, koruyucu ilacı aylar içinde çok yavaş azaltarak ve hastanın klinik durumunu gözleyerek kesmek denenebilir. Lityum kısa sürede ya da birden kesilirse duygudurum bozukluğu dönemleri çok daha ağır biçimde ortaya çıkabilmektedir. Bu durumların olup olmayacağı önceden kestirilemez. İlaç kesilince hastalığın yineleme riskinin 23 kat arttığını gösteren bir çalışma bulunmaktadır [69].

Üstelik daha önce yarar görmüş olsa bile lityum kullanan bazı hastaların ilacı kesmeleri durumunda tekrar hastalandıkları zaman,yeniden başlanan lityumdan yarar görmeme olasılığı da söz konusudur [132]. Gerçi daha sonra

yapılan başka çalışmalarda lityumun akut manideki ve koruyucu sağaltımdaki etkililiğinde ilacın kesilmesi ve yeniden başlanması ile bir azalmanın saptanmadığı bildirilmiştir [41, 98, 168]. Sonuç olarak *"lityum kesilmesine bağlı ortaya çıkan direnç"* üzerinde her ne kadar görüş birliği sağlanmış değilse de klinik uygulamada, lityum başlama kararını verirken akılda tutulması ve hatta hastaya bildirilmesi gereken bir konu olduğu unutulmamalıdır.

Koruyucu sağaltım altında iken çocuk yapmak isteyen bir kadın hastaya ilaç alırken gebe kalmanın ve ilacı bırakmanın risklerini açıklamak, kararı kendisine bırakmak uygun olur. Özellikle doğumun hemen ardındaki günler ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda yeni bir duygudurum dönemi gelişmesi açısından çok risklidir. Karşılaşılabilecek riskler anlatıldıktan sonra eğer hasta gene de çocuk doğurmak istiyorsa gebelik zamanı planlanmalı, duygudurum dengeleyiciler yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir. Bu dönemde kadın doğum doktoruyla işbirliği içinde ovulasyon olup olmadığının izlenmesi gerekir. Gebeliğin ilk üç ayında psikotrop ilaç kullanmaktan kaçınılmalıdır. İkiuçlu bozukluğun koruyucu sağaltımında kullanılan duygudurum dengeleyicilerinin gebelik ve emzirme dönemlerindeki kullanımı konusunda daha geniş bilgi *Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*'nda verilmiştir.

Koruyucu öneriler arasında şu bilgilerin her hastaya açıkça anlatılması sağaltımın önemli bir parçasıdır:

- Uykusuz kalmak mani dönemini kamçılayabilir.
- Sürekli alkol almak mani ve çökkünlük dönemlerini tetikleyebilir ve gizleyebilir.
- İkiuçlu duygudurum bozukluğunun uzun süreli sağaltımı sırasında ortaya çıkabilen çökkünlük durumlarında koruyucu ilaçlara ek olarak antidepresanlar verilebilir. Bu ilaçların bir mani dönemine kaymaya yol açabileceğini bilmek, hastayı yakından izlemek gerekir.
- Ağır zorlanma (stres) etkenleri, önemli yaşam olayları duygudurum dönemlerinin ortaya çıkmasında rol oynayabilir, sağaltımı olumsuz etkileyebilir.

Aşağıda günümüzde yaygın olarak kullanılmakta olan koruyucu ilaçlar açıklanacaktır:

***Lityum* (Lithuril®):** İkiuçlu bozukluk tanısı konduktan, mani ya da çökkünlük dönemi düzeldikten sonra hastaya lityumla korunma yöntemi açıklanmalıdır. Bu hastalarda lityum ile % 70-80 başarı ile koruma sağlanabilmektedir. *Hastanın lityumu yıllarca düzenli alabilmesi, düzenli kan düzeyi ölçümleri ve başka kontrollerin yapılması, lityum öncesi tetkiklerin tamamlanmış olması zorunludur.* Bunları yapamayan hastalara lityum başlamak anlamsızdır, riskli olabilir.

Lityum ile korunmayı kabul etmiş *hastanın önce böbrek, tiroid, kan ve kalp durumu için şu incelemeler yapılır: Kan sayımı, idrar, açlık kan şekeri, kan üre azotu (BUN), serum kreatinin, kreatinin klirens, tiroid işlev testleri*

(T3, T4,TSH), EKG. Önemli bir sorun yoksa bunlar için ayrı ayrı uzman muayenesi gerekmez.

Bunlar normalse lityum karbonat 2 ya da 3 dozda toplam 600-900 mg/gün ile başlanır, 5-7 gün sonra kan düzeyi ölçülür. Kan düzeyine göre lityum miktarı ayarlanır. Korunma için uygun olan düzey 0.60-0.80 mEq/lt'dir. Bu düzey tutturulduktan sonra ölçme aralıkları yavaş yavaş uzatılır. Sonra, 2-3 ayda bir kan ölçümleri yapılması yeterli olur. Lityuma devam eden hastalar ilacı birden bırakırlarsa ağır mani dönemleri ortaya çıkabilir. Lityumla sağaltım ve korunmanın ayrıntılarını, lityumla zehirlenme belirtilerini iyi bilen ve hastasını yakından izleyen bir ruh hekimi için lityum sağaltımı genellikle zor olmayan ve hekimin yüzünü güldüren bir uygulamadır.

***Valproat* (Depakin®, Convulex®):** Valproat da ikiuçlu bozuklukta mani dönemlerinin sağaltımında ve koruyucu olarak etkilidir. Genellikle 800-2000 mg arasında dozlarda verilmektedir. İkiuçlu bozuklukta mani dönemlerinin sağaltımında ve koruyucu olarak lityum ve valproat birinci seçenek ilaçlardır.

***Karbamazepin* (Tegretol®, Karazepin®):** Karbamazepinin ikiuçlu bozuklukta hem mani döneminin sağaltımı hem koruyucu olarak etkili olduğu kanıtlanmıştır. Öncelikle sık döngülü hastalarda etkilidir. Karbamazepin lityuma ek olarak verilebilir. Lityum alamayan hastalarda yalnız başına denenmesi uygundur. Genellikle 400-800 mg/gün karbamazepin ile 6-10 µg/ml arasında uygun kan düzeyi sağlanır.

Karbamazepin ya da valproat kullanan hastalarda 3-6 ayda bir kan düzeyi ölçümleri, kan sayımı ve karaciğer enzimlerine bakılması gerekir.

***Lamotrijin* (Lamictal®)** son zamanlarda ikiuçlu bozuklukta koruyucu olarak kullanılması önerilen bir antiepileptik ilaçtır. Lamotrijin'in özellikle ağır çökkünlük dönemleri ile giden ikiuçlu-II hastalarında etkili olduğu bilinmektedir. Önemli deri hastalıklarına yol açabilmesi nedeniyle dikkatli kullanılması ve dozun yavaş arttırılması gerekir. 25, 50, 100 mg tabletleri olup günlük önerilen doz 12,5 mg ile başlanarak yavaşça artırılır, hastanın durumuna göre 100-300 mg arasında kullanılır.

Antipsikotikler: Son yıllarda yapılan klinik çalışmalar ikinci kuşak antipsikotiklerin özellikle ketiyapin ve olanzapinin duygudurum yinelemelerini, özellikle mani dönemlerini önleyebildiğini, iki uçlu çökkünlük sağaltımında da etkili olduğunu ve manik kayma görülmediğini bildirmektedir. Bu nedenle ikiuçlu bozukluğun sürdürüm ve koruma sağaltımında kullanılabileceği öne sürülmektedir. Ketiyapinin çökkünlüğü önleyici etkisinin neredeyse lityuma yakın olduğu bildirilmektedir [186]. İkinci kuşak antipsikotikler iki uçlu sağaltımında önemli bir seçenek sunmakla birlikte uzun dönemli kullanımda sorun olan yan etkileri özellikle ketyapin, olanzapin ve klozapinin hiperlipidemiye yol açmaları ve glukoz tolerans testini bozmaları uzun dönemli uygulamalar için dikkate alınması gereken özelliklerdir. Öte yandan ikinci kuşak antipsikotiklerle yapılacak koruyucu sağaltımın maliyetinin de yüksek olacağı unutulmamalıdır.

Daha geniş ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı.*

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA PSİKOTERAPİ

Gerek çökkünlüğün gerekse ikiuçlu bozukluğun sağaltımında yalnızca ilaç kullanımı yetersiz kalmaktadır. Her türlü ruhsal bozuklukta olduğu gibi bu hastalıkta da psikoterapötik yaklaşım önemlidir. Bu yaklaşımın genel ilkeleri *Bölüm XXX: Psikoterapiler*'de açıklanmıştır.

Akut mani durumunda hastaya değer veren, anlamaya, yardım etmeye çalışan, taşkınlığı artırıcı tutumlardan sakınan insancıl bir yaklaşımın dışında bir psikoterapi etkili değildir. Bu bozukluk herşeyden önce ilaçlar ya da EKT ile yatışır. İkiuçlu bozukluğun yaşam boyu süren, kişinin yaşamının çeşitli alanlarını etkileyen sonuçları olan, sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir rahatsızlık olması nedeniyle bireyde güvensizliklere, karamsarlıklara yol açabildiği, uzun süre sağaltım gerektirdiği için ilaçla sağaltımın yanı sıra psikoterapiye de gereksinim vardır. Öte yandan duygudurum bozukluklarındaki yinelemelerde psikososyal etkenlerin rolü önemlidir. Özellikle zorlanmalı yaşam olayları, aile içi çatışmalar (yüksek duygu dışavurumu), kronobiyolojik düzensizlik ve ilaç uyumunun bozuk olması yinelemelerde önemli rol oynar. Psikolojik yaklaşımlarla yinelemelerin azaldığı çeşitli klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Son yıllarda ikiuçlu bozuklukta çeşitli psikoterapi teknikleri (psikoeğitim, bilişsel sağaltım, kişilerarası sosyal ritim sağaltımı, aile odaklı psikoterapi) önerilmektedir. Bunların hastanın hastalığı anlaması, kabullenmesi, duygudurum oynamalarını tetikleyen durumları tanıması, hastalık dönemlerinin erken belirtilerini tanıması, sosyal yaşam ve uyku düzeninin sağlanması, yanlış ilaç ve alkol kullanımının azaltılması ve ilaç uyumunun artması yönünde yararları vardır [149, 75].

İkiuçlu bozuklukta kullanılan psikoterapi yaklaşımlarından biri de aile odaklı psikoterapidir. Duygudurum bozukluklarında uygulanan aile odaklı psikoterapi iletişim, sorun çözme ve baş etme yöntemleri geliştirme, psikoeğitim ve hastalık yinelemesinin provasına dayanmaktadır [149]. Tıpkı şizofrenide olduğu gibi yüksek duygu dışavurumu olan ailelerde yaşayan ikiuçlu bozukluğu olan hastalarda da hastalığın yineleme riski düşük duygu dışavurumu olan ailelerde yaşayan hastalara oranla daha yüksek olmaktadır. Aile odaklı psikoterapide ailedeki duygu dışavurumunu azaltmaya yönelik yaklaşımlar da yinelemeleri önlemede yarar sağlamaktadır [24, 107, 108]. Aile odaklı psikoterapinin ikiuçlu bozukluktaki etkisini değerlendiren bir seçkisiz, kontrollü klinik çalışmada (randomized clinical trial) bu yöntemin çökkünlük dönemlerini önlemede etkili olduğu ancak mani dönemlerini önlemede etkili bulunmadığı gösterilmiştir [109].

Çökkünlüklerde psikoterapinin yeri büyüktür. Ağır çökkünlüklerde kuşkusuz başlangıçta ilaç sağaltımı önceliklidir. Ancak, hasta düzeldikçe çökkün-

lüğe neden olabilecek, çökkünlüğü süregenleştirecek ya da yineletecek kişilik ve çevre etkenlerini psikoterapötik yöntemlerle ele almak gerekir. *Psikanalitik yönelimli psikoterapi, kişilerarası (interpersonal) terapi ve bilişsel sağaltım (cognitive therapy) etkili yöntemlerdir*[19] (Bakınız: Psikoterapiler bölümü).

Çökkünlüklerin psikoterapisinde gözönünde tutulacak temel ilkeler şöyle özetlenebilir:

- Çökkün hasta başlangıçta uzun konuşmalara ve çözümlemelere (analiz, tahlil) dayanamaz. Konuşmaya zorlamakla hasta gereksiz yere yüklenmemelidir. Fakat hastayı dinlemek, onun istediklerini anlatabilmesi için zaman vermek gereklidir.
- Çökkünlük dönemi sırasında hastaların günlük iş ve uyum beklentilerini en düşük düzeye indirmeleri için yardımcı olmak gerekir. Beklentiler yüksek tutulup da gerçekleştirilmedikçe yetersizlik, güçsüzlük, suçluluk duyguları artar ve çökkünlük derinleşir.
- Klasik psikanalitik kurama göre çökkünlüklerde varsayılan iki değerli (ambivalan) duyguların ve bilinçdışı nefretin deşilmesi ya da yorumlanması hastayı daha çok suçluluk duygularına itebilir ve bu nedenle de çökkünlük derinleşebilir. Psikanalitik açıdan *benlik psikolojisi* (ego psikolojisi) ilkeleriyle yaklaşım yapılmalıdır [125]. Çökkünlüklere benlik psikolojisi açısından *Bibring*'in yaklaşımının özü daha önce bu bölümde açıklanmıştı.
- Başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulanmalı; iyileşme olduktan sonra çökkünlüğe yatkınlık doğuran kişilik özellikleri ele alınmalıdır. Daha önce açıklandığı gibi bu hastalar herkesi hoşnut etmeye çalışan, aşırı verici, hayır diyemeyen, başkalarının dertlerini yüklenen, aşırı sorumluluk duyguları olan, öfkeyi belli etmekte güçlük çeken, ileri derecede duyarlı ve bağımlı olmaya eğilimli kişilerdir. Bu eğilimlerin çökkünlük ile bağlantıları hastaya gösterildikçe bunların azaltılması, bırakılması için yol gösterilmeye çalışılır. Hiç öfke tepkisi gösteremeyen bir kişi duygularını daha rahat açığa vurmayı, hakkını savunmayı, hayır diyebilmeyi öğrenebilmelidir. Geçirdiği çökkünlükten birşeyler öğrenen ve içgörü kazanan hasta genellikle sonraki uyumunda daha güçlü olur. Ancak, böyle bir değişimin sağlanması ailede kimi dengeleri sarsabilir. Örneğin karısının kendisine hiç ses çıkarmayışına alışmış geleneksel bir erkek için bu değişiklik kabul edilemeyecek bir durum olabilir. Bu nedenle eşlerin de birlikte ya da ayrı görülmesinde büyük yararlar vardır.
- Bilişsel açıdan hastanın çocukluktan beri *kendi benliğine, dünyaya, geleceğe* karşı geliştirmiş olduğu olumsuz ve karamsar değerlendirmeleri değiştirebilmesi için bunları görmesine ve değiştirebilmesine yardımcı olmak için *bilişsel (cognitive) terapi* yaklaşımı uygulanmalıdır [9]. Bu ruhsal sağaltım sürecinde, çocukluktan beri kendi benliğine,

dünyaya ve geleceğe bakışında olumsuz düşünce kalıpları geliştirmiş olan hastaya farklı bakış açıları ile seçenek düşünceler üretme yolları öğretilir.

- Bilişsel sağaltım gebelik, emzirme gibi nedenlerle ilaç kullanamayan, ilaç kullanmak istemeyen hastalarda ya da hafif çökkünlüklerde önerilebilir. Ancak bunların dışında en önemli uygulama alanı yinelemelerin (reccurrence) ve depreşmelerin (relapse, nüks) önlenmesi amacıyla kullanılmasıdır. Antidepresan ilaçların çökkünlüğün akut dönemindeki sağaltıcı etkisi, yinelemeleri ve depreşmeleri önleyici etkisinden daha güçlüdür [127].

Çökkünlüklerde yinelemeleri önlemeye yönelik bilişsel sağaltım özellikle aşağıdaki gibi yineleme riski bulunan hastalarda yeğlenmelidir [127]:

- Kalıntı belirtiler sürüyorsa
- Daha önce geçirilmiş çökkünlük dönemleri varsa
- Antidepresan ilaçlara ek olarak
- Belirtilerde düzelme başladığı sırada, henüz bazı belirtiler ve olumsuz bilişlerle çalışma olanağı varken başlanmalıdır.

Aileden biri çökkünlük geçiriyorsa bu, çoğu kez o ailede bir şeylerin iyi gitmediğinin göstergesi olabilir. Sık yineleyen çökkünlükler ya da taşkınlıklar bütün aile bireylerini etkiler. Aile bireylerinin tutumları da nöbetlerin ortaya çıkmasında ya da süregenleşmesinde, sağaltımın etkisiz kalmasında önemli etken olabilirler. Bunları aile bireyleri ile konuşmalı, onların sağaltıma katkıları sağlanmaya çalışılmalıdır.

Orta yaş sonrası çökkünlüklerde yaşlanma, emekli olma, yaşamdan beklenenlerin gerçekleşmemesi ile ilgili sorunlar, iş, uğraşlar, yaşamı anlamlı ve daha dolu yapacak konular açılır, hastaya yol gösterilir.

Duygudurum bozukluklarında hastaların çoğu lityum gibi koruyucu bir yönteme başlamadan önce birçok nöbet geçirmiş, hastanelerde yatmış kişilerdir. Erken yaşta korunmaya alınmış olanların dışında hastaların çoğu uzun yıllar bu hastalığın getirdiği ağır acılar, olumsuz hastane ve sağaltım koşulları, olumsuz aile ve toplum tutumları nedeniyle çok örselenmiş kişilerdir. Sonunda ne denli başarılı bir korunma sağlanmış olursa olsun bu kişiler yaşamlarında önemli birşeyler yitirmişlerdir. Bu nedenle bu hastalarda lityum ile başarılı korunma sağlansa bile uzun süre destekleyici, bilişsel ya da psikanalitik yönelimli psikoterapi çok yarar sağlayabilir.

Duygudurum bozuklukları, öncelikle çökkünlükler, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok sık karşılaşılan rahatsızlıklardır. Klinik uygulamada çökkünlükler için genellikle yeterli sağaltım yapılmadığı ya da yapılamadığı görülmektedir. Bu nedenle çökkünlüklerde iyileşmeyi güçleştiren ya da geciktiren etkenler özetle sıralanacaktır.

Sağaltımını Güçleştiren ya da Geciktiren Etkenler

A. Hekimle ilgili sorunlar

1.Tanı güçlükleri

- Bunaltı (anxiety), hipokondriyazis, obsesif, disosiyatif, somatik yakınmaların önde olmasına bağlı tanı güçlükleri nedeniyle çökkünlük tanısı atlanabilir.
- İlgi azlığı, içe kapanma, duygu azalması, unutkanlık, paranoid düşüncelerin bulunmasına bağlı tanı güçlükleri nedeniyle çökkünlük tanısı atlanabilir.
- Kültüre özgü anlatım biçimlerine bağlı tanı güçlükleri.
- Gizli ve atipik çökkünlük durumlarının tanı güçlükleri (örneğin hasta yalnız başağrısı, yalnız cinsel isteksizlik üzerinde durabilir).
- İkiuçlu ve tekuçlu duygudurum bozuklukları ve şizoafektif bozuklukların tanı sorunları.

2. İlaç sağaltımına bağlı güçlükler ve sorunlar:

- İlaç türünün ve dozunun iyi ayarlanmaması (ağır bir depresyonda hafif etkili ilaçlar, düşük doz ve kısa süre ilaç verilmesi).
- İlaç yan etkilerinin, kullanma süresinin ve biçiminin iyi açıklanmaması, alım biçiminin yan etkilere göre düzenlenmemesi, yan etkileri bilmeyen hastanın ürkmesi, bırakması, iyileşince erken kesmesi gibi.
- Kısa sürede sonuç alınamayınca başka ilaçlara geçilmesi.
- Gereksiz yere nöroleptik ya da trankilizan eklenmesi ile yan etkilerin çoğaltılması.
- Yan etkilere karşı uygun önlemlerin alınmaması.

3. Hastanın yakından ve sık izlenmemesi ile ilgili sorunlar: Hastalığın gidişini, özkıyım tehlikesini, ilaçların kullanım güçlüklerini, çevre ya da kişilik sorunlarını tanıyabilmek için hastanın sık görülmesi, yakından izlenmesi zorunludur.

4. Hastaya ve yakınlarına psikoterapötik yaklaşımın olmaması, bütün sağaltımın yalnız ilaçla yapılması.

5. Depresyon psikodinamiğine yeterince önem verilmemesi (hastada suçlanmayı, yetersizlik duygularını artırabilecek yorumlar, öneriler).

6. Hastayı değerlendirme ve sağaltım olanaklarının yetersizliği (hekimin bilgisizliği, ilgisizliği, ilaç yokluğu, hekim yokluğu ...)

B. Hasta ve Çevresi ile ilgili Güçlükler

- *Hastalığın sağaltıma dirençli oluşu; nöbetlerin sık, uzun sürmesi.*
- *Alkol / madde bağımlılığı gibi sorunların birlikte bulunuşu*
- *Örseleyici (travmatik) etkenlerin* ağırlığı, sürekliliği, sık yinelemesi.
- *Ağır kişilik bozukluğunun bulunuşu ya da kişilikle ilgili başka sorunlar.* Örneğin, değişmeye karşı dirençli katı kişilik, katı üstbenlik, aşırı duyarlılık, beklenti düzeyinin yüksek oluşu,

- *Aile içi sorunların ağırlığı ve sürekliliği.* Ailede beklentilerin, suçlama eğilimlerinin yüksek oluşu.
- *Başka hastalıklar* (kalp, arterioskleroz, diabet, demanslar, kanser vb.).
- *Yalnızlık*
- *Ailenin ya da hastanın hastalığı kabullenmeyişleri* ya da ekonomik, sosyal, psikolojik nedenlerle sağaltıma başvurmamaları.
- Hastanın hastalık öncesinde ya da iyilik dönemlerinde *iş ve uğraşlarının olmayışı* ya da bunların çok sınırlı oluşu.

KAYNAKLAR

1. **Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark** (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4(4):251-259.
2. **Akdeniz F (2003)** Hızlı döngülülükte sağaltım. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Ed S Vahip, O Yazıcı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara sf 91-105.
3. **Akiskal HS (2005)** Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. baskı Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. sf: 1559-1575.
4. **Akiskal HS. (2005b)** Mood disorders: clinical features. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. baskı Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. sf: 1611-1652.
5. **Aksel İŞ (1959)** Psikiyatri. İstanbul: İsmail Akgün Matbaası. Sf. 170-173.
6. **Altshuler L, Suppes T, Black D ve ark (2003)** Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. Am J Psychiatry 160:1252-62.
7. **American Psychiatric Association (1987 DSM-III-R)**. Washington D.C. (Kısaltılmış cep kitabının Türkçesi: E. Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği).
8. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, (DSM-IV). Washington, D.C. American Psychiatric Association (Kısaltılmış cep kitabının Türkçe çevirisi: Hekimler Yayın Birliği
9. **American Psychiatric Association (2002)** Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2002. Washington DC: American Psychiatric Association.
10. **Andreasen NC, Black DW (2006)** Mood disorders. Introductory Textbook of Psychiatry. 3. Baskı. American Psychiatric Publishing Inc Washington DC
11. **Angst F, Stassen HH, Clayton PJ ve ark (2002)** Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. J Affect Dis 68:167-181.
12. **Angst J, Sellaro R (2000)** Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry 48:445-457.
13. **Antonijevic IA (2006)** Depressive disorders-Is it time to endorse different pathophysiologies? Psychoneuroendocrinology 31:1-15.
14. **Aydın H, Yetkin S (2007)** Uyku: yapısı ve işlevleri. Temel ve Uygulamalı Nörobilimler'de, Ed S Karakaş. (Baskıda)
15. **Aydın İO, Uluşahin A (2001)** Depression, anxiety comorbidity and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: Applicability of GHQ-12. Gen Hosp Psychiatry ; 23 (2):77-83.
16. **Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E (2006)** The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. J Affect Disord 96:215-223.
17. **Ball WA, Whybrow PC (1993)** Biology of depression and mania. Current Opinion in Psychiatry, 6: 27-34.

18. **Baron M, Risch N, Hamburger R ve ark. (1987)** Genetic linkage between X-chromosome markers and bipolar affective illness. Nature; 326: 289-92.
19. **Bazire S (1999)** Psychotropic Drug Directory. Nr Salisbury (İngiltere): Quay Books.
20. **Bech P, Bolwig TG, Kramp P ve ark (1979)** The Bech-Rafaelson Mania Scaleand the Hamilton Depression Scale: evaluation of homogeneity and inter-observer reliability. Acta Psychiatr Scand 59:420-430.
21. **Beck AT (1961)** An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4:561-571.
22. **Beck AT, Rush JA ve ark. (1983)** Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.
23. **Berlim MT, Turecki G (2007)** What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials . Eur Neuropsychopharmacol, doi:10.1016/j.euroneuro.2007.03.009.
24. **Bernhard B, Schaub A, Kümmler P (2006)** Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. Eur Psychiatry 21:81-86.
25. **Berrios GE (1996)** The History of Mental Symptoms, Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. Cambridge University Press, Cambridge.
26. **Beyer JL, Nash J ve ark (2000)** Major Depressive Disorder. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Editörler: MH Ebert, PTLoosen, B Nurcombe. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
27. **Blazer II DG (2000)** Mood disorders: Epidemiology. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII'de Editörler: B J Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott/ Williams & Willkins . sf.1302.
28. **Blehar MC, DePaulo JR Jr, Gershon ES (1998)** Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. Psychopharmacol Bull 34:239-43.
29. **Bostwick JM, Pankratz VS (2000)** Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry, 157(12):1925-1932.
30. **Bowlby J (1961)** Childhood mourning and its implications for psychiatry. Am J Psychiatry, 118: 481-
31. **Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M ve ark (2005)** Magnetic resonance findings in bipolar disorder. Psychiatr Clin N Am 28:443-467.
32. **Braunig P, Krüger S, Shugar G (1998)** Prevalence and clinical significance of catatonic symptoms in mania. Compr Psychiatry 39:35-46.
33. **Brown AS, van Os J, Driessens C ve ark (2000)** Further evidence of relation between prenatal famine and major affective disorder. Am J Psychiatry 157: 190-195.
34. **Brundtland GH (1999)** Setting the WHO Agenda for Mental Health, Opening Speech. Geneva, 28-29 April 1999.
35. **Burt VK ve Rasgon N (2004)** Special considerations in treating bipolar disorder in women Bipolar Disord 6:2-13.
36. **Calabrase JR, Shelton MD, Rapport DJ ve ark (2001)** Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. J Affect Disord 67:241-255.
37. **Carlson GA, Bromet EJ, Driessens C ve ark (2002)** Age at onset, childhood psychopathology and 2-year outcome in psychotic bipolar. Am J Psychiatry 159:307-309.
38. **Corfman, E. (1982)** Depression, Manic-Depressive Illness and Biological Rhythms. National Institute of Mental Health, Science Reports I. Rockville, Maryland: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Publication.
39. **Coryell W, Endicott J, Andreasen N ve ark (1985)** Bipolar I, bipolar II, and nonbipolar major depression among the relatives of affectively ill probands. Am J Psychiatry 142:817-21.
40. **Coryell W, Pfohl B, Zimmerman M (1984)** The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression. J Nerv Ment Dis 172:521-528.
41. **Coryell W, Solomon D, Leon AC ve ark (1998)** Lithium discontinuation and subsequent effectiveness. Am J Psychiatry; 155: 895-898.
42. **Craddock N, Jones I (1999)** Genetics of bipolar disorder. J Med Genet 36: 585-594.
43. **Craddock N, Jones I (2001)** Molecular genetics of bipolar disorder. Br J Psychiatry; 178 (suppl. 41):128-33.
44. **Cusin C, Serretti A, Lattuada E ve ark (2000)** Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. Psychiatry Research 97:217-227.
45. **Daban C, Vieta E, Mackin P ve ark (2005)** Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. Psychiatr Clin N Am 28:469-480.

46. **Dieguez S, Staub F, Bruggimann L ve ark (2004)** Is poststroke depression a vascular depression? J Neurological Sciences 226:53-58.
47. **Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD (2006)** Recent developments and current controversies in depression. Lancet 367:153-167.
48. **Egeland JA, Gerhard DS, Pauls DL ve ark. (1987)** Bipolar affective disorders linked to DNA markers on chromosome 11. Nature 325:783-7.
49. **Emery OB, Breslau LD (1989)** Language deficits in depression. J. Gerontol; 44:85-92.
50. **Fava M, Rush AJ, Wisniewski SR ve ark (2006)** a comparison of mirtazapine and nortriptyline following two consecutive failed medication treatments for depressed outpatients: A STAR*D report. *Am J Psychiatry* 163:1161-1172.
51. **Freud, S. (1917)** Mourning and Melancholia: Standard Ed. 14: 237-260, London: Hogarth Press, 1955.
52. **Gabbard GO (2000)** Mood Disorders: Psychodynamic Aspects. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII'de Editörler: B J Sadock, VA Sadock, Philadelphia: Lippincott/ Williams & Willkins. sf.1331-32.
53. **Gagné GG, Furman MJ Carpenter LL ve ark (2000)** Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long-term antidepressant alone in depressed patients. Am J Psychiatry 157: 1960-1965.
54. **Geller B, Craney JL, Bolhofner K ve ark (2002)** Two year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. Am J Psychiatry 159:927-933.
55. **Gershon ES, DeLisi LE, Hamovit J ve ark (1988)** A controlled family study of chronic psychoses. Schizophrenia and schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 45:328-36.
56. **Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY ve ark (2004)** Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. Am J Psychiatry 161(1):163-5.
57. **Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM ve ark (2004)** Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. Am J Psychiatry 161:1537-47.
58. **Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark (2001)** Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi Türk Psikiyatri Derg 12: 89-98.
59. **Haddad PM, Dursun S (2002)** Pharmacological management of bipolar depression. Acta Psychiatr Scand 105:401-403.
60. **Hamilton M (1960)** A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 23:56.
61. **Hantouche EG, Akiskal H, Azorin JM ve ark (2006)** Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the French National Cohort of 1090 manic patients. J Affect Disord. 96:225-32.
62. **Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S ve ark (1998)** Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: Data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). J Affect Disord 50:163-173.
63. **Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ ve ark (2000)** Gender and bipolar illness; J Clin Psychiatry 61:393-6.
64. **Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA (2003)** Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 64:161-174.
65. **Hisli N (1989)** Beck Depresyon Envanteri'nin psikiyatri hastası ile ilgili geçerliliği. Psikoloji Dergisi, 21: 118-126.
66. **Hisli N (1989)** Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 23: 3-13.
67. **Horwath E, Weissman M (1995)** Epidemiology of depression and anxiety disorders. Texbook in Psychiatric Epidemiology'de. Editörler: MT Tsuang, M Tohen, GEP Zahner. New York: Wiley-Liss.
68. **Jefferson JW (2005)** Lamotrigine in psychiatry : pharmacology and therapeutics. CNS Spectrums. 10:224-232.
69. **Jefferson JW, Greist JH (2005)** Lithium. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbok of Psychiatry. Ed BJ Sadock, VA Sadock. 8. baskı, II.cilt. Lipincott Williams and Wilkins, Philadelphia. Sf 2839-2851.
70. **Joyce PR (1992)** Prediction of treatment response. Paykel ES (ed) Handbook of Affective Disorders. II. Baskı. Chuchill & Livingstone. 1992. Sf 453-62.

71. **Judd LL, Akiskal HS (2000)** Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. Pharmacopsychiatry 33:3-7.
72. **Judd LL, Schetler PJ, Akiskal HS ve ark (2003)** Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar-II disorders. Int J Neuropsychopharmacol 6:127-37.
73. **Kantarcı E, Erkoç Ş, Kulu D ve ark (1993)** Bech-Rafaelson Mani Ölçeğinin güvenilirliği. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa. Sf: 87.
74. **Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark (2001)** Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg 13:107-114.
75. **Karasu TB (1990)** toward a clinical model of psychotherapy for depression I: systematic comparison of three psychotherapies. Am J Psychiatry, 147: 133-147.
76. **Kasper S (2003)** Issues in the treatment of bipolar disorder. European Neuropsychopharmacology S37-S42.
77. **Kayaalp SO (2000)** Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 9. Baskı. 2. Cilt, Ankara: Hacettepe-Taş.
78. **Keck PE, McElroy SL, Rochussrn Havens J ve ark (2003)** Psychosis in bipolar disorder: Phenomenology and impact on morbidity and course of illness. Compr Psychiatry 44:263-269,
79. **Keller MB, Baker LA (1992)** The clinical course of panic and depression. J. Clin. Psychiatry, 53 (suppl 3): 5-8.
80. **Keller MB, Klerman GL ve ark (1984)** Long-term outcome of episodes of major depression; clinical and public health significance. JAMA, 252: 788-792.
81. **Keller MB, Labori PW ve ark (1986)** The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. Am J Psychiatry, 143:24-28. (+)
82. **Keller MB, Lavori PW, Coryell W ve ark (1993)** Bipolar I: A five year prospective follow-up. J Nerv Ment Dis 181:238-245.
83. **Kelsoe JR (2003)** Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. J Affect Disord, 73: 183-197.
84. **Kelsoe JR, Ginns EI, Egeland JA ve ark. (1989)** Re-evaluation of the linkage relationsip between chromosome 11p loci and the gene for bipolar affective disorder in the Old Order Amish. Nature; 342:238-43.
85. **Kennedy N Boydell J, Kalidindi S ve ark (2005)** Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. Am J Psychiatry 162:257-62.
86. **Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark (2005)** Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:593-602.
87. **Kılıç C (1998)** Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
88. **Kim EY, Miklowitz DJ (2004)** Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. J Affect Disord 82:343-352.
89. **Kora K, Uluşahin A (2007)** Depresyonda koruyucu sağaltım: ne ile, nasıl ve ne zamana kadar? Depresyon Sağaltım Kılavuzu. Ed S Vahip, O Yazıcı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara (Baskıda)
90. **Krüger S, Cooke GC, Spegg CC ve ark (2003)** Relevance of the catatonic syndrome to the mixed manic episode. J Affect Disord 74:279-285.
91. **Krüger S, Young LT, Braunig P (2005)** Pharmacotherapy of bipolar mixed states. Bipolar Disord 7:205-215.
92. **Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ (2002)** Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry 63:120-125.
93. **Lahmeye HW, Lilic JK (1991)** Seasonal affective disorder. Current Opinion in Psychiatry, 4: 56-59.
94. **Lewis L (2000)** Aconsumer perspective concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder. Biol Psychiatry 48:442-444.
95. **Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW ve ark (2007)** The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. Fam Pract 24:168-80.

96. **Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC ve ark (1994)** The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disord 31:281-94.
97. **Loosen PT, Beyer JL ve ark (2000)** Mood disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Editörler: MH Ebert, PT Loosen, B Nurcombe. New York: Lang Medical Books/ McGraw-Hill.
98. **Maj M, Pirozzi R, Magliano L (1995)** Nonresponse to reinstituted lithium prophylaxis in previously responsive bipolar patients: prevalence and predictors. Am J Psychiatry; 152:1810-1.
99. **Mantere O, Melartin TK, Suominen K ve ark (2006)** Differences in axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. J Clin Psychiatry 67:584-93.
100. **Marneros A, Röttig S, Wenzel A ve ark (2004)** Affective and schizoaffective mixed states. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254:76-81.
101. **Maxmen JS, Ward NG (2002)** Psychotropic Drugs Fast Facts. 3rd Edition. W.W. Norton & Company, New York, London
102. **McElroy SL (2004)** Diagnosing and treating comorbid (complicated) bipolar disorder. J Clin Psychiatry 65 Suppl 15:35-44.
103. **McGrath PJ, Stewart JW, Fava M ve ark (2006)** Tranylcypromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: A STAR*D Report. *Am J Psychiatry*. 163:1531-1541.
104. **McInnis MG, Dick DM, Willour VL ve ark. (2003)** Genome-wide scan and conditional analysis in bipolar disorder: evidence for genomic interaction in the National Institute of Mental Health Genetics Initiative bipolar pedigrees. Biol Psychiatry;54:1265-73.
105. **McIntyre RS Konarski JZ, Socynska JK ve ark (2006)** Medical comorbidity in bipolar disorder: implications for functional outcomes and health service utilization. Psychiatr Serv 57:1140-4.
106. **Merikangas KR, Chakravarti A, Moldin SO ve ark. (2002)** Workshop Reports: NIMH strategic plan for mood disorders research. Future of genetics of mood disorders research. Biol Psychiatry; 52:457-77.
107. **Miklowitz DJ, Buickians A, Richards JA (2006)** Early-onset bipolar disorder: a family treatment perspective. Dev Psychopathol 18:1247-1265.
108. **Miklowitz DJ, Otto MW, Frank A ve ark (2007)** Psycchosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Arch Gen Psychiatry 64:419-426.*
109. **Miklowitz DJ, Simponeau TL, Richards JA ve ark (2000)** Family-focused treatment of bipolar disorder: 1 year effects of a psychoeducational program in conjuction with pharmacotherapy. Biol Psychiatry 48:582-592.
110. **Murray CJL, Lopez AD (1996)** Global Burden of Disease . Geneva: World Health Organization.
111. **Neirenberg AA, Fava M, Triverdi MH ve ark (2006)** A comparison of lithium and T3 augmentation following two failed medication treatments for depression: A STAR*D report. Am J Psychiatry 163:1519-1530.
112. **Nemerroff C (2007)** The burden of severe depression: A review of diagnostic challlenges and treatment alternatives. J Psychiatric Research 41:189-206.
113. **Nierenberg AA, Ostacher MJ, Calabrese JR ve ark. (2006).** Treatment-resistant bipolar depression: A STEP-BD equipoise randomized effectiveness trial of antidepressant augmentation with lamotrigine, inositol, or risperidone. *Am J Psychiatry*, 163:210-216.
114. **Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LL ve ark (2004)** Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. Am J Psychiatry 161:1447-1454.
115. **Oral ET (2003)** Koruyucu sağaltım. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Ed S Vahip, O Yazıcı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara sf 75-90.
116. **Ormel J, Costa e Silva JA (1995)** The impact of psychopathology on disability and health perceptions. In Üstün TB, Sartorius N (eds), Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester, John Wiley and Sons Ltd sf: 335-346.
117. **Oswald P, Sourey D, Mendlewicz J (2003)** Molecular genetics of affective disorders. The International J Neuropsychopharmacology; 6:155-69.

118. **Öner Ö, Kılıç EZ (2000)** Çocuk ve ergenlerde bipolar affektif bozukluk ve hiperaktivite ayırıcı tanısı. Turk Psikiyatri Derg 11: 58-63.
119. **Özer S, Ayhan Y, Uluşahin A (2004)** Endofenotip yaklaşımı bipolar ve şizofreni genetiğindeki sorunları giderebilir mi? Türk Psikiyatri Derg 15:125-137.
120. **Özer S, Ulusoy S, Okur H ve ark (2003)** Şizofreni ve bipolar bozukluğun yüklülük gösterdiği geniş bir ailede psikoza yatkınlık geninin araştırılması. Türk Psikiyatri Derg 14:5-17.
121. **Özer S, Uluşahin A, Batur S ve ark (2002)** Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 37:31-37.
122. **Özer S, Uluşahin A, Ulusoy S ve ark (2004a)** Is vitamin D hypothesis for schizophrenia valid? Independent segregation of psychosis in a family with vitamin D dependent rickets type II. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 28:255-266.
123. **Özerdem A (2003)** Manik-hipomanik dönem sağaltımı. İki Uçlu Duygudurm Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Ed S Vahip, O Yazıcı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, sf 23-36.
124. **Özerdem A, Özkızıltan S, Alptekin K ve ark (1996)** İkiuçlu duygudurum bozukluğunda yaşam boyu izlem çizelgesi ve bir olguda kullanımı. Turk Psikiyatri Derg 7:128-132.
125. **Öztürk OM (1999)** Psikanaliz ve Psikoterapi. 3. basım. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
126. **Parker G, Roy K, Mitchell P ve ark (2002)** Atyical Depression: A reappraisal. Am J Psychiatry 159:1470-1479.
127. **Paykel ES (2007)** Cognitive therapy in relapse prevention in depression. Int J Neuropsychopharmacol 10:131-136.
128. **Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB ve ark (2004)** Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) Biol Psychiatry 55:875-881.
129. **Perlis RH, Ostacher MJ, Patel J ve ark. (2006)** Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 163:2, 217-224.
130. **Post RM (1992)** Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. Am J Psychiatry 149:999-1010.
131. **Post RM, Altshuler LL (2005)** Mood disorders: Treatment of bipolar disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII'de, Cilt I. Editörler: B J Sadock, VA Sadock, Philadelphia: Lippincott/ Williams & Willkins. sf:1661-1707.
132. **Post RM, Leverich GS, Altshuler L ve ark (1992)** Lithium discontinuation induced refractoriness: preliminary observations. Am J Psychiatry; 149:1727-9.
133. **Provencio I (2005)** Chronobiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. baskı Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. sf: 161-171.
134. **Rapaport (1959)** Edward Bibring's Theory of Depression. Collected Papers of David Rapaport (ed.) M. Gill, New York: Basic Books, 1964. (+)
135. **Rasgon N, Bauer M, Glenn T (2003)** Menstrual cycle related mood changes in women with bipolar disorder. Bipolar Disord 5:48-52.
136. **Reiser RP, Thompson LW (2005)** Bipolar Disorder. Hogrefe & Huber Publishers, Washington, Göttingen
137. **Rihmer Z, Angst J (2005)** Mood disorders epidemiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. baskı Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Sf: 1575-1582.
138. **Rothschild A (1999)** Mood disorders. The Harvard Guide to Psychiatry, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press. (+)
139. **Rothschild AJ (2003)** Challenges in the treatment of depression with psychotic features. Biol Psychiatry 53:680-690.
140. **Rouchell A M, Pounds R, Tierney JG. (2002)** Depression. In: Wise MG, Rundell JR (eds) Textbook of Consultation-Liason Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press sf: 307-38.
141. **Rudisch B, Nemeroff CB (2003)** Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. Biol Psychiatry 54:227-240.
142. **Rush AJ (2005)** Mood Disorders: Treatment of Depression. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII, Cilt I'de. Editörler: B J Sadock, VA Sadock, Philadelphia: Lippincott/Williams & Willkins. Sf;1652-1661.

143. **Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR ve ark (2006)** Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. N Engl J Med 354:1231-42.
144. **Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR ve ark (2007)** Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med (baskıda)
145. **Sachs GS, Thase ME, Otto MW ve ark (2003)** Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*, 53: 1028-1042.
146. **Sağduyu A, Rezaki M ve ark (1997)** Tartışma: Temel Sağlık Hizmetlerinde ruhsal sorunlar. Uluslararası Dünya Sağlık Örgütü Çalışması. (editörler) T.B. Üstün, A. Sağduyu, M. Rezaki. Ankara: Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü- DSÖ İşbirliği Merkezi Yayınları 1. sf. 104-117.
147. **Sağduyu A, Ögel K, Özmen E ve ark (2000)** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Derg 11: 3-16.
148. **Sawitz JB, Ramesar RS (2006)** Personality: is it a viable endophenotype for genetic studies of bipolar affective disorder. Bipolar Disord 8:322-337.
149. **Scott J, Colom F, Vieta E (2007)** A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychatric treatment for bipolar disorders. Int J Neuropsychopharmacol 10:123-129.
150. **Segal ZV, Pearson JL, Thase ME (2003)** Challenges in preventing relapse of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. J Affect Disord 77:97-108.
151. **Sells SR, Loosen PT (2000)** Bipolar Disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Editörler: MH Ebert, PTLoosen, B Nurcombe. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill
152. **Sharma V (2006)** Treatment resistance in unipolar depression: Is it an iatrogenic phenomenon caused by antidepressant treatment of patients with a bipolar diathesis? Medical Hypotheses 67:1142-1145.
153. **Shulman KI, Hermann N (1999)** Bipolar disorder in old age. Can Fam Physician 45:1229-37.
154. **Silverstone PH (1996)** Concise assessment for depression (CAD): a brief screening approach to depression in medically ill. J Psychosom Res ; 41:161-70.
155. **Singh V, Muzina DJ, Calabrese JR (2005)** Anticonvulsants in bipolar disorder. Psychiatr Clin N Am 28 :301-323.
156. **Smith LA, Cornelius V, Warnock A ve ark (2007)** Acute bipolar mania: a systematic review and meta-analysis of co-therapy vs. monotherapy. Acta Psychiatr Scand 115:12-20.
157. **Smoller JM, Finn CT (2003)** Family, twin and adoption studies of bipolar disorder. Am J Med Genet Part C (Semin. Med. Genet.) 2003; 123C: 48-58.
158. **Solomon DA, Keller MB, Leon AC ve ark (2000)** Multiple recurrences of major depressive disorder Am J Psychiatry 157:229-233.
159. **Steffens DC, Tupler LA, Krishnon KRR (1993)** The neuro-structural/neurofunctional basis of depression / mania. Current Opinion in Psychiatry 6: 22-26.
160. **Strober M, Carlson G (1982)** Bipolar illness in adolescents with major depression: Clinical, genetic and psychopharmacologic predictors in a three to four year prospective follow-up investigation. Arch Gen Psychiatry 39:549-555.
161. **Taylor D, Paton C, Kerwin R (2007)** The Maudsley Prescribing Guidelines. 9. baskı, Informa Healthcare
162. **Taylor MA (1992).** Are schizophrenia and affective disorder related? A selected literature review. Am J Psychiatry; 149: 22-32.
163. **Tegin B (1980)** Depresyonda Bilişsel Şemalar. Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü Doktora tezi
164. **Thase ME (2005)** Mood disorders: neurobiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VIII Cilt I'de. Editörler: B J Sadock, VA Sadock, Philadelphia: Lippincott/ Williams & Willkins. sf.11594-1603.
165. **Thase ME, Friedman ES, Biggs MM ve ark (2007)** Cognitive Therapy as a Second-step Treatment: A STAR*D Report. *Am J Psychiatry* 164:739-752.
166. **Thase ME, Macfadden, W, Weisler RH ve ark (2006)** Efficacy of Quetiapine in Bipolar I and II depression: A double-blind placebo controlled Study (The BOLDER II Study) J Clin Psychiatry 26:600-6.

167. **Thompson WK, Kupfer DJ, Fagiolini A (2006)** Prevalence and clinical correlates of medical comorbidities in patients with bipolar I disorder: analysis of acute-phase data from a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry 67:783-788.
168. **Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G ve ark (1997)** Effectiveness of restarting lithium treatment after its discontinuation in bipolar I and bipolar II disorders. Am J Psychiatry; 154:5 48-50.
169. **Tuğrul C, Sayılgan MA (1997)** Depresyonla Başa Çıkma Yolları. 3. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
170. **Tunca Z, Gülerdem A, Kaya N (2001)** Koruyucu Sağaltıma Alınan Hastaların İzlenmesinde Uygulamalar. 3 P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 8 (Eksayı 2): 9-18.
171. **Uluşahin A (2003)** Depresyona genel yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi 10:79-88.
172. **Uluşahin A (2004)** Bipolar Bozukluğun Genetiği. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 12: (Ek2) 31-38.
173. **Uluşahin A, Uluğ B (2000)** Bipolar bozukluk ve alkol madde kullanım bozuklukları ek tanı çalışmaları: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Derg, 11:300-308.
174. **Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES (1994)** A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish samples. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiolog, 29:31-39.
175. **Uluşahin A, Uluğ B (1997)** Clinical and Personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. J Affective Disorders, 42 (1997)1-8.
176. **Üçok A (2003)** Karma dönem sağaltımı. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Ed S Vahip, O Yazıcı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara. sf 43-51.
177. **Üçok A, Kraveli D (1998)** Comorbidity of Personality disorders with Bipolar Mood Disorders. Comprehensive Psychiatry 39(2):72-74.
178. **Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S ve ark. (2004)** Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 184:386-392.
179. **Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M (1997)** Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar. Uluslararası Dünya Sağlık Örgütü Çalışması. Ankara: Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü DSÖ İşbirliği Merkezi Yayını.
180. **Üstün TB, Von Korff M (1995)** Primary Mental Health Services: Access and provision of care. Mental Illness in General Health Care, (editörler: T.B. Üstün, N. Sartorius. Geneva: John Wiley & Sons, sf. 347-360.
181. **Vahip S (2000)** Koruyucu sağaltımda yanıtın belirlenebilirliği üzerine. 3 P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 8 (Eksayı 2): 19-22.
182. **Vahip S (2003)** Depresyon dönemi sağaltımı. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sagaltım Kılavuzu. Ed S Vahip, O Yazıcı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara sf 53-74.
183. **Valtonen H, Suominen K, Mantere O ve ark (2005)** Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. J Clin Psychiatry 66:1456-1462.
184. **Wells KB, Siewart K, Hays RD ve ark. (1989)** The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Medical Outcomes Study. JAMA 1989; 262:954.
185. **World Health Organization (1992)** The ICD-10 Classifiction of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization. (Turkçe çeviri, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, çevirenler: F. Cuhadaroğlu, I. Kaplan, G. Özgen, M. O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993
186. **Yatham LN (2005)** Atypical antipsychotics for bipolar disorder. Psychiatr Clin N Am 28:325-347.
187. **Yazıcı O (2000)** Ne zamana kadar koruyucu sagaltım? Kesmek Olası mı? 3 P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 8(Eksayı 2): 28-35.(+).
188. **Yazıcı O, Kora K ve ark (1999)** Predictors of Lithium Prophylaxis in Bipolar Patients. J Affective Disorders, 55:133-142.
189. **Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark (2002)** Unipolar mania: a distinct disorder? J Affect Disord 71 97-103.
190. **Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark (1978)** A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 133:429-435.
191. **Yüksel N (2000)** Ruhsal Hastalıklar. Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
192. **Zarate CA, Singh J, Manji HK (2006)** Cellular Plasticity Cascades: Targets for the Development of Novel Therapeutics for Bipolar Disorder. Biol Psychiatry 59:1006-1020.

BÖLÜM XIX

ÖZKIYIM*
(İntihar)

Dr. M. Sezai Berber**

"Öyle bir gün geliyor ki, insan olması gerektiği yerde olmak istiyor. Ama kimi kez yaşamak için, intihar etmekten daha çok cesaret gerekiyor."

ALBERT CAMUS

İnsan doğasına tümden aykırı olan özkıyım (intihar) davranışı kişiyi, yakınlarını ve toplumu birçok açıdan etkiler. Özkıyımın sınırları da tam açık değildir; kaza diye kayıtlara geçen birçok ölüm özkıyım olabileceği gibi, tehlikeli sporlarla uğraşan ve sürekli risk alan kişilerin de gizli bir özkıyım davranışı içinde oldukları bildirilmiştir. Ayrıca, kendisine bir şey olmayacağı ve uçacağı düşüncesi ile yüksekten atlayan, gerçeği değerlendirme bozukluğu olan hastanın kayıtlara özkıyım olarak geçen davranışının ne kadar gerçekten özkıyımı amaçladığı tartışılabilir.

Özkıyım eğilimleri ile eylem arasında her zaman saptanabilir dolaysız bir ilişki kurulamayabilir. Gizli özkıyım eğilimleri olan çeşitli hastalar ve bağımlılar, kazalar aracılığıyla ya da ihmal sonucu dolaylı özkıyım yolları bulabilirler. Dolaylı yolları seçen gizli özkıyım eğilimli olanların sanıldığından daha

---

* "İntihar sözcüğü Türkçe'ye Tanzimat'ta girmiştir. Eski Türkçe sözcüklerde bu sözcüğe rastlanmamaktadır. Suicide sözcüğünün kökeni Latince sui cidium ve sui caedere (kendini öldürme) sözcükleridir. Ortaçağda 12. yüzyılda Avrupa dillerinde görülmeye başlamıştır[10]. 'Suicide' sözcüğünün karşılığı olarak Tanzimat'ta Türkçe'ye çevrilen eserlerde 'kendini katletme'nin yerine 'intihar' sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. Bu sözcük Arapça'da 'kurban' demek olan 'nahr' dan gelmektedir. İntihar yerine Türkçe'de özkıyım sözcüğünü uygun buluyoruz.

** Psikiyatri Uzmanı, S.B. Ankara Dışkapı Y. B. Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği

yaygın oluşu nedeniyle, bunların üzerinde önemle durmak gerekir.

Özkıyım davranışı yalnızca ruhsal bir sorun değildir. Çok eski çağlardan beri dinler, felsefeciler, yazarlar, düşünürler, toplumbilimciler özkıyım davranışı üzerinde durmuşlardır. Psikiyatri, özkıyım davranışının hastalık ve önlenmesi boyutu ile ilgilenir. Tıbbi tanıbilim (nozoloji) içinde özkıyım davranışını nereye koyacağımız da tam açık değildir. Belirti, bulgu, tanı, komplikasyon, sendrom, son, sonuç olarak değerlendirilirse de, kanımızca tıbbi tanıbilim içinde "belirti"ye daha çok uymaktadır. Hastalıkları sınıflama dizgelerinden ne DSM'de ne de ICD'de özkıyım davranışı hastalık olarak kodlanmaz. DSM IV TR'de major çökkünlük ve sınırda kişilik bozukluğunun belirtileri olarak anılır. ICD 10'da ek bölümde "Sıklıkla Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklarla İlgili Başka Durumlar" başlığı altında "Hastalık ve Ölümün Dış Nedenleri" alt başlığında X 60-X 84 kodları arasında "Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme" olarak ele alınır.

Özkıyım davranışı, ağır ruhsal ve bedensel rahatsızlıkları olan hastalarda görüldüğü gibi, bir sorunu ve hastalığı olmayan, zorlu yaşam koşullarına karşı çaresizlik ve umutsuzluk tepkisi veren normal kişilere kadar geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Özkıyımın doğrudan doğruya tek bir özgül nedeni yoktur, birçok etken birlikte özkıyıma götürür.

TANIM

Özkıyım, insanın bilerek ve isteyerek yaşamına son vermesidir.

Özkıyımın, tarihsel, toplumsal, kültürel, felsefi, dinsel, ekonomik, biyolojik, genetik, psikolojik, psikiyatrik, mesleksel, epidemiyolojik vb. boyutları vardır. Özkıyımın değerlendirilmesinde özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimleri ya da tamamlanmış özkıyımlar ve amacı gizli, yüksek risk taşıyan kararsız davranışlar (parasuisitler) üzerinde durulmalıdır. "Başarılı ve başarısız","dikkati çekme" gibi deyişlerden kaçınılmalıdır. Çünkü bu deyişler aşağılayıcı ve hüküm vericidir, altta yatan riskin önemsenmemesine yol açabilir. Özellikle sınırda (borderline) kişilik bozukluğu olanlarda görülen kendini incitici davranışların yanlış değerlendirilmesine, böylelikle gözden kaçırılmasına neden olur.

Durkheim'e göre, "Ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına özkıyım denir... Özkıyımlar, alışılmış davranışların abartılmış biçiminden başka bir şey değildir[17]."

Toplumbilimci olan Delmas'a göre intihar, bir seçmeyi, bir ölüm istencini ifade eder. "Özkıyım, aklı başında bir insanın, yaşamakla ölmek arasında bir seçme yapabileceği halde, her türlü ahlak baskısı dışında ölümü seçip kendini öldürmesidir[3]."

TARİHÇE

Neredeyse bütün dinlerce yasaklanmış olmasına karşın, özkıyım bugüne dek hep varolmuştur. Toplumsal ve dinsel yaptırım ve yasakların olması, her dönemde değişen sıklıkta özkıyım davranışını engelleyememiştir.

Özkıyımla ilgili ilk bilimsel sınıflandırma bir toplumbilimci olan Emile Durkheim tarafından yapılmıştır. Durkheim özkıyımı *egoistik*, *anomik* ve *altruistik* tip olarak 3'e ayırmıştır. Egoistler, yalnız içe kapanık ve çevreleri ile yeterince bütünleşmemiş bireyler olurken; anomik tipler ise başkalarına ayak uyduramayan, iş kaybı, sevginin kaybı gibi yaşamdaki değişimlere uyum sağlayamayan ya da süreğen olarak hep böyle olanlardır. Altruistler, başkalarının iyiliği için, örneğin arkadaşını kurtarmak için el bombasının üstüne kendini atan bir asker gibi, bir fedakarlık sergilerken ölmüşlerdir[17].

SIKLIK VE YAYGINLIK

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 2007 verilerine göre her gün yaklaşık 3 000 kişi özkıyım sonucu ölmektedir. Bu da yaklaşık her 30 saniyede bir ölüme denk gelmektedir[49]. Son 50 yılda özkıyım oranları Dünya genelinde yaklaşık % 60 artmıştır ve günümüzde 15-34 yaş arasındaki nüfusun en önemli üçüncü ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre özkıyım olgularının yaşa göre dağılımına bakıldığında 1950 yılında 45 yaş üstü özkıyımlar tüm özkıyımların % 60'ını oluştururken, 2000 yılında bu oran % 45'e inmiştir[47-48].

Özkıyım girişimlerinin, tamamlanmış özkıyımlardan en az 10-30 kat daha fazla sıklıkta olduğu bildirilmektedir. Geçen yüzyılda bazı alt nüfuslarda özkıyımlardan ölümlerde belirgin kaymalar olmasına karşın (örneğin, artmış ergen ve azalmış yaşlı oranları) yaklaşık 100.000 kişi başına 20 özkıyımla ölüm oranı sabit kalmıştır[41].

- Kuzey ve Doğu Avrupa ülkelerinde özkıyım sıklığı 40/100.000 dolaylarındadır. DSÖ'ye göre Rusya Federasyonu'nda özkıyım sıklığı erkeklerde 69,3/100.000 ve kadınlarda 11,9/100000 ile dünyada birinci sıradadır.
- Güney Afrika ve Asya ülkelerinde ise 100.000'de 2'nin altına düşmektedir.
- Tamamlanmış özkıyımların hızı erkeklerde kadınlardan 2-3 kat daha fazladır[47-48].

Türkiye'de tamamlanmış özkıyımların sıklığı, diğer Avrupa ülkelerine ve ABD'ye göre daha düşüktür. Fakat özkıyım hızlarında sürekli bir artış vardır.

Türkiye'de 2005'de kaba özkıyım hızı[45]:

- Toplam 100.000'de 3.75
- Erkeklerde 100.000'de 4.72
- Kadınlarda 100.000'de 2.67 dir

Bu sayılara göre özkıyım hızı 10 yıl içinde erkeklerde % 60, kadınlarda % 41 artmıştır. Ancak bu artışın istatistiksel kayıtlardan mı kaynaklandığı yoksa gerçek bir artış mı olduğunu belirlemek olanaklı değildir.

- Büyük şehirlerde özkıyım hızları Türkiye geneline göre yaklaşık 2 kat daha yüksektir. Türkiye'de 100.000'de 5.3 ile en yüksek özkıyım hızının olduğu bölgeler Batı Marmara ve Ege bölgeleri, en düşük olduğu bölge ise 100.000'de 2.6 ile Orta Anadolu bölgesidir. Erkeklerde özkıyım hızları kadınlardan yaklaşık 1.5 kat daha yüksektir. Ancak, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri, kadın-erkek dağılımı açısından ülkenin diğer bölgelerinden farklılık göstermektedir.
- 2005 yılında tamamlanmış özkıyımlar kadınlarda (% 40.1) ve erkeklerde (% 46.7) ile en çok ası (toplam % 44.3) ile olmuştur; ikinci sıklıkta ise kadınlarda (% 27.1) kimyasal madde, erkeklerde ise (% 29.2) ateşli silahlar kullanılmıştır[45].
- Türkiye'de tamamlanmış özkıyımlarda yaş grubuna göre incelendiğinde kadınların 15-29, erkeklerin ise 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Özkıyım yapan erkeklerin yaklaşık % 36'sı kadınların ise % 53'ü 30 yaşından küçüktür.
- Ölümle sonuçlanan her özkıyım olgusuna karşılık en az 10-30 özkıyım girişimi ile karşılaşılmaktadır. Dünyada özkıyım girişimi hızı 100.000'de 45-350 arasında değişmektedir. Özkıyım girişimleri kadınlarda erkeklerden 1.5-3 kat fazladır. Hem erkekler hem kadınlar, özkıyım girişimi aracı olarak sıklıkla ilaç ve kimyasal maddeleri kullanmaktadır.
- Özkıyım girişimlerinin büyük bir bölümünde yerleşiklik kazanmış bir psikopatolojiden çok güncel yaşam sorunları ve kriz durumları söz konusudur. Yine de bu kişilerde konan psikiyatrik tanı sıklığı çeşitli çalışmalarda % 30-60 arasında bildirilmiştir. Kriz durumu ile başvuran kişilerin % 10-20'sinin özkıyım davranışı ile bir ilişkisinin olduğu bildirilmektedir.
- 1989-1992 yılları arasında Avrupa'da yapılan bir araştırmada yer alan merkezlerdeki ortalama özkıyım girişimi hızı erkeklerde 100.000'de 167, kadınlarda 100.000'de 222'dir. Aynı çalışmanın Türkiye'deki merkezinde saptanan bulgulara göre ise 1998-2002 yılları arasında özkıyım girişimi hızı ortalaması 100.000'de 46.89 olarak saptanmıştır. Bu hız, Avrupa'daki diğer merkezlerde saptanan hıza göre daha düşük olmakla birlikte, özkıyım girişimi hızı bu 4 yıl içinde % 93.59 artış göstermiştir[32, 35, 36].

Cinsiyet, yaş, ırk ve etnik grup farklılıkları

ABD'de, ırk farkı olmaksızın, kadınların özkıyım girişimleri yaklaşık erkeklerin 3 katı olmasına karşın, erkeklerde tamamlanmış özkıyım oranları kadınlardan kabaca 3 kat daha fazladır.

Oranlardaki bu farkın bir açıklaması, kadınların çökkünlük geçirdiklerinde veya başka bir ruhsal sorunu olduğunda erkeklere oranla daha çok

tıbbi yardım aramaları olabilir. Hasta rolü, kadınlar için kendini hastalığa dayanmak zorunda hisseden birçok erkeğe oranla daha az rahatsızlık veren bir durumdur.

Özkıyım çocukluk döneminde nadirdir. Ergenlikten sonra özkıyım hemen hemen yaşla doğru orantılı artmaktadır. Burada 20 ila 30 yaş arası erkeklerin oranının 30 ila 40 yaş arası erkeklerden biraz daha yüksek olması ile iki evreli bir artış vardır.

Özkıyım oranları ABD'de Protestan ve Yahudilere ait oranlar Katoliklere ait oranlardan yüksektir. Müslümanlarda özkıyım hızları Hıristiyan ve Yahudilerden daha da düşüktür.

ÖZKIYIMIN OLUŞ NEDENLERİ

Ruhsal Etkenler

Sigmund Freud, "Yas ve Melankoli" (1916) adlı yazısında, sevgi nesnesinin yitimi ve bu yitimin neden olduğu yaralanma ve düş kırıklığı sonucu çökkünlük ve yas tutmanın başladığını bildirir. Çökkünlükte özsaygı yitimi vardır, yasta özsaygı yitimi yoktur. Eğer yitirilen ve içe atılan sevgi nesnesine karşı olan duygular ikideğerli (ambivalan) ise kişinin içine atılmış sevgi nesnesine karşı olan sevginin yanı sıra bulunan düşmancıl duygular, yıkıcı düşünceler ve öldürme düşünceleri kişinin benliğine yönelir. Kişi böylece kendi içindeki sevgi nesnesini kendini öldürerek yok etmek ister. Freud'a göre özkıyım bu tür ağır çökkünlüğün sonucu olarak ortaya çıkar. Freud "başkasını öldürmeyi düşünmeyen hiçbir kimsenin kendi kendine kıyamayacağını" söylemiştir.

Bu kitabın *"Duygudurum Bozuklukları"* bölümünde ayrıntılı olarak değinildiği gibi Psikanalitik benlik psikolojisinde (ego psikolojisi) önemli yeri olan *Edward Bibring'e* göre (1953) bir kişide, bir yandan benliğin özsevisel (narsisistik) ereklerinin çok güçlü olarak sürdüğü, bir yandan da bunların gerçekleşmeyeceğinin algılanması durumunda benlik güçsüz ve çaresiz kalır, bu çökkünlük durumudur. Bu aşamada çıkış yolu olarak özkıyım benliğin gündemine gelebilir. Bibring'in bu açıklamasında bütün süreç, benlik içindeki gereksinimlerle, bunların gerçekleştirilememesi duygusuna bağlanmaktadır[33].

Karl A. Menninger, bütün özkıyımların bileşeni olmak üzere özkıyım triadını açıklayarak "ölmek, öldürmek ve öldürülmek" için bir arzu olduğuna, her özkıyımda değişen oranda bu üç arzunun birlikteliğine dikkati çekmiştir.

Aaron Beck[6] özkıyımı bilişsel çarpıtmaların sonucu olarak görür. Çökkünlük ile ve özellikle çökkünlükteki umutsuzluk ve çaresizlik ile özkıyım arasında güçlü bir bağ olduğunu düşünür. Çökkün hasta *kendisini* zayıf, güçsüz ve yetersiz, *çevreyi* olumsuz, desteklemeyen olarak görür ve *geleceğin* de böyle devam edeceği biçiminde bilişsel çarpıtması sonucu olumsuz yorumlar yapar.

Felaketleştirme (katastrofizasyon), küçültme, büyültme ve aşırı genelleme en önemli bilişsel çarpıtmalardır. Bu çarpıtmaların sonucu olarak yardımsızlık, umutsuzluk ve güçsüzlük görülür: Bu gibi durumlarda kişi, özkıyımı çaresiz yaşamından çıkış için tek çözüm yolu olarak görür.

Shneidman [31], özkıyımı dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemi olarak anlar. Dayanılmaz acılar ruhsal gereksinimlerin engellenmesinden kaynaklanır. Özkıyıma başvuran kişi dayanılmaz acılara katlanmak yerine yaşam yitimini yeğlemektedir. Shneidman özkıyımın anlamsız bir eylem olmadığı kanısındadır. Ona göre en anlamsız gibi görünen bir özkıyım girişiminin bile kendi sistemi içinde bir mantık bulunmaktadır. Bu mantığa göre sorunların tek çözüm yolu kendine kıyımdır.

Shneidman'a göre:

1. Kişiyi özkıyım eylemine götüren uyaran dayanılmaz ruhsal acılardır.
2. Özkıyımdaki gerilimin nedeni ruhsal gereksinimlerin engellenmesidir.
3. Özkıyım eyleminin amacı çözüm aranmasıdır.
4. Özkıyımın bir başka amacı bilincin yitimidir.
5. Çaresizlik, umutsuzluk, yalnızlık, utanç ve suçluluk duyguları, devinim yetilerinin yitimi, bağımlılık ve benzerleri özkıyımın "asıl" nedenleridir.
6. Çözüm olanakları azaldığını düşünür, ölüm ya da kalım seçenekleri arasında sıkışmıştır.
7. Ölüm ile kalım arasında iki değerlilik (ambivalans) vardır, damarlarını keser ama aynı zamanda yardım ister.
8. Özkıyım davranışında olanların ortalama % 80'i niyetlerini bildirirler. Özkıyım davranışı acılarının anlaşılması, kendisine yardım edilmesi için çevreyi etkinleştirme çabasıdır.
9. Özkıyım evden, işten, arkadaştan ayrılıştan farklı, dönüşü olmayan bir ayrılıştır.
10. Daha önceki sorunlarını çözme biçimi, özkıyıma yönelten davranışın anlaşılmasına ve geleceği değerlendirmede yol göstericidir.

Özkıyım eylemine girişmek için bunların bir ya da ikisi yetersizdir, özkıyım davranışı için birçoğunun beraberliği gerekir[31].

Shneidman'ın özkıyım tanımlamasının eleştirisini yapan Dr. Celal Odağ'a göre ağır benlik bozuklukları gösteren hastaların bize öğrettiği bulgulardan bir tanesi, duyguların çok şiddetlendiği durumlarda benliğin bunlar arasında gerçekçi bir ayırım yapamayışıdır. Hasta korkudan söz eder, ama saldırganlık söz konusudur. Ya da tam tersi, öfkeli ve saldırgandır, ama bu öfke ve saldırganlığın temelinde şiddetli korkular bulunmaktadır. Bu hastalar görüşmelerde acıdan söz etmezler. Katlanılmaz acıların, dayanılmaz korkuların algılanmaya başlandıkları durumlarda, onları *"bir belirsizlik", "bir boşluk", "bir karmaşa"* olarak nitelendirirler[31].

Algılamadaki çarpıklıklar ve algılama eksikliklerinin özkıyım eylemlerindeki etkileri çok şiddetlidir. Örneğin ölüm, özkıyım eylemlerinde genellikle umut veren bir olgu gibi ya çarpık algılanır ya da ölümün acılığı ve geriye dö-

nülmez oluşu yadsınarak bilinç alanından tümden uzaklaştırılır. Bu olgular özkıyım eyleminin amacının bilinç yitimi olduğu savını pek doğrulamazlar. Bazen gerilimin çok arttığı ve içsel uyaranlarla benliğin baş edemediği durumlarda bilinç yitimi ortaya çıkabilir. Ama burada ortaya çıkan bilinç yitimi amaç değil gerilimin sonucudur[31].

Biyolojik Etkenler

Özkıyım hakkındaki biyolojik kuramlar, özkıyımların altında yatan ruhsal durumun sıklıkla çökkünlük olması nedeniyle, çökkünlük çalışmaları içinde ele alınmıştır. Biojenik amin metabolizması hakkında yapılmış çalışmalar ve çökkünlükteki bireylerin beyinlerindeki serotonin (5-HT) ve noradrenalin düzeyleri çalışmaları daha sonraki birçok çalışmanın temelini oluşturmuştur. Beyinde ilgili alanlarda serotonin ve noradrenalin nörotransmisyonunda göreli bir yetmezlik olduğu ve bunun çökkünlükle sonuçlandığıdır. Bu yetmezlik, yetersiz üretime, sinapsta transmitterin aşırı gerialımına ya da reseptör sistemde bir bozulmaya bağlı olabilir. Birçok çalışma çökkünlük sırasında özkıyımla ölmüş kişilerin beyinlerinde 5-HT'nin, yaşayan çökkün hastaların beyin omurilik sıvılarında (BOS), 5-HT'nin major metaboliti olan 5-hidroksi indolasetik asit (5-HIAA) düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir. Çökkünlükte biyolojik aminlerle ilgili çalışmalar *Duygudurum Bozuklukları* bölümünde (Bölüm XVIII) açıklandığı için burada ele alınmayacaktır.

Nemeroff özkıyım sonucunda ölenlerin BOS'larında kortikotropin-salıverici faktör (CRF) yoğunluğunda artış ve frontal korteklerinde CRF bağlanma reseptörlerinde azalma olduğunu belirtmiştir[40]. Nemeroff, Emery ve Mann bu araştırmalara dayanarak özkıyımda stres-diyatez modelini öne sürmüşlerdir. Buna göre, kalıtımsal olarak ataklığa (impulsivite) eğilimli olan bireyler, karşılaştıkları zorlanmalar, özellikle geçirdikleri çökkünlük sırasında, kendilerine çocukluk döneminde travmaya maruz kalmayanlardan daha çok zarar verme eğilimi göstermektedirler[41]. Özellikle fiziksel ya da cinsel taciz gibi çocukluk çağı travmaları, bireyleri, çökkünlük döneminde özkıyım dürtülerine düşüncesizce karşılık verme durumunda bırakabilir. Alkol bağımlılığının, çökkünlüğü olan hastalarda özkıyım riskini büyük ölçüde artırdığı bilinmektedir. Mann, alkolün kendisinin, çökkünlüğü olan hastalarda olduğu gibi beyinde 5-HT düzeyini azalttığını bulmuştur[42]. Bu bulgu ayrıca alkolün 5-HT2'yi artıran antidepresanlara karşı nasıl bir dış kökenli antagonist olduğunu da gösterir. Bunun yanı sıra alkolün frontal korteksin baskılayıcı etkisini ortadan kaldırması ile denetimsiz atak davranışların da özkıyım olaylarında rolü olabilir.

Çökkünlük hastalığı olan birçok kişi ne özkıyım girişiminde bulunmuş ne de özkıyım yapmamıştır. Özkıyım eylemi yapanlar ve yapmayanlar arasındaki farklar nelerdir? Mann özkıyım girişiminde bulunanların çökkünlüğü ve umutsuzluğu daha öznel yaşadıkları ve özkıyımı daha fazla hayal ettiklerini ileri sürmektedir[43].

HASTANIN ÖZKIYIM YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özkıyım davranışı ile ya da başka yakınmalarla başvuran tüm olgularda özkıyım hakkında dikkatli ve ayrıntılı sorgulama yapmak her psikiyatrik değerlendirmenin bir parçasıdır.

A- Özkıyım hakkında hastaya sorular sorulması adım adım ilerler. Şimdi veya geçmişte özkıyım düşünce, plan ve davranışı olup olmadığı sorgulanır. Hastanın çökkünlük sırasında özkıyıma eğilimli olup olmadığını anlamak için, hekim en genel sorularla başlar. Örneğin "Bazen, keşke doğmasaydım diyecek kadar kendinizi çok kötü hissediyor musunuz?" ya da "keşke ölseydim diyecek kadar?" gibi sorular sorulabilir. Eğer hasta bu tip duyguları reddederse ve güvenilir bir yanıt veriyorsa bu konudaki sorgulama yeterli olabilir. Eğer hasta bu tür duygu ya da düşünceleri olduğunu söylüyorsa şu tür sorularla muayeneye devam edilir; örneğin "hiç kendinize zarar verme düşünceleriniz olmuş muydu?". Bu düşüncelerin ne olduğu, eyleme geçilip geçilmediği, şimdiki durumda bu düşüncelerinin olup olmadığı sorulmalıdır. Şu anda kendisine zarar vermesi yönünde eylem planı olup olmadığı, nasıl bir eylem düşündüğü, eylemin nedenleri, buna ilişkin korkuları araştırılır. Kararlılık derecesi hakkında bilgi edinilmeye çalışılır. Eğer daha önceki girişimlere ilişkin bilgiler varsa, bunların ne kadar kararlılık gösterdiği ve hastanın ölüm hakkındaki niyeti anlaşılmalıdır. Yüksek ölümcül düzeydeki yöntemlerle ölme niyeti ciddi boyuttaki girişimlerin varlığı özellikle endişe vericidir. Düşük ölümcül düzeyli ve ölüm isteği yüksek olmayan geçmiş girişimler daha az endişe vericidir. Ancak bu gibi durumlarda da hekimler dikkatli olmalıdır. Bunun da ötesinde, bu ipuçlarına karşın, sonraki girişimlerin her zaman bir öncekiler ile kıyaslanabilir ölümcül düzeyde ve niyette olacakları öngörülemez. Örneğin bugün birkaç analjezik almış bir hasta belki yarın kendine ateşli silah kullanabilecektir. Hastalara sormak önemli bilgi sağlar, hekimin sorması ile gelecekteki özkıyım girişiminin şiddeti hakkında bilgi edinilir.

B- Psikiyatrik hastalıklar değerlendirilir. Major çökkünlük, ikiuçlu duygudurum bozukluğu (özellikle çökkünlük ve karma epizod), şizofreni, anoreksiya nevroza, alkol ve diğer madde kullanım bozukluğu. B kümesi kişilik bozuklukları, özellikle sınırda kisilik bozukluğu araştırılır. Çökkünlüğü olan hastalarda özkıyım düşünceleri ve eğilimleri dikkatli ve ayrıntılı biçimde araştırılmalıdır. Kilo kaybı, zayıflama, uyku bozukluğu, kabızlık gibi bedensel yakınmalarla gelen hastalarda, gizli çökkünlük olabileceği her zaman düşünülmeli ve hekimler olası özkıyım riski açısından uyanık olmalıdır.

C- Bedensel hastalıkların özkıyım riski değerlendirilir. Multipl skleroz, Huntington hastalığı, beyin ve spinal kord zedelenmeleri gibi sinir sistemi hastalıkları, malign hastalıklar, AIDS, özellikle erkeklerde kronik tıkayıcı akciğer hastalığı, hemodiyalize giren böbrek yetmezlikleri ve süregen ağrılı hastalıkları olanlarda özkıyım riski araştırılmalıdır.

D- Psikososyal durum değerlendirilir. Sosyal desteğin olmayışı, yalnız yaşama, işsizlik, sosyoekonomik durumda gerileme, aile ile zayıf ilişki, ev içi şiddet araştırılmalıdır

E- Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel kötüye kullanım ile genetik ve ailesel etkiler değerlendirilmelidir. Ailede birinci derecede yakınlarının tamamlanmış özkıyımı ve madde kullanım bozukluğu veya ruhsal hastalıkları risk etkenleridir.

F-Bireysel güçleri ve zedelenebilirlik özellikleri değerlendirilir. Başa çıkma yetenekleri, kişilik özellikleri, strese önceki yanıtları, gerçeği değerlendirme yetisi, ruhsal acıya katlanma gücü değerlendirilmelidir.

Özkıyım Riski Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler

Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE)

Linehan ve arkadaşları[24] tarafından, insanları intihar davranışından alıkoyan pozitif ve negatif nedenleri belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme türü (self-report) bir ölçektir. Puan aralığı 70-420'dir ve 1-6 arası Likert tipi puanlanmaktadır. Toplumumuza uyarlanmış 70 maddelik formu bulunmaktadır[15,42].

İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)

Cull ve Gill'in[12] geliştirdiği bir ölçektir. Amacı ergen ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmektir. Umutsuzluk (HP) (12 madde), İntihar Düşüncesi (SI) (8 madde), Kendini Olumsuz Değerlendirme (NSE) (9 madde), Düşmanlık (HP) (7 madde) olmak üzere 4 alt ölçeği vardır. Her alt ölçek için ayrı puan toplamı elde edilirken tüm puanların toplamı da genel intihar olasılığı puanını verir. Tuğcu tarafından Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır[44].

UCLA Yalnızlık Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları[40] tarafından geliştirilmiştir. Bireyin yalnızlık duygusunu ölçen 20 soruluk likert tipi bir ölçektir. Alınan puanın artması bireyin daha yoğun yalnızlık yaşadığının göstergesi olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Demir tarafından yapılmıştır[14].

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve arkadaşları[6] tarafından geliştirilen 20 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Sorulara "doğru yanlış" şeklinde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0-20'dir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Durak tarafından yapılmıştır[16].

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck[5] tarafından geliştirilen ve depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri, belirtilerinin derecesini objektif olarak ölçmeye yarayan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği Hisli tarafından yapılmıştır[20].

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

Hollan ve Kendal[21] tarafından geliştirilen, depresyonla ilişkili olan olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını ölçen, 30 soruluk likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Şahin ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır[43].

ÖZKIYIMIN GÖRÜLDÜĞÜ RUHSAL BOZUKLUKLAR

Eksen I Bozuklukları ve Özkıyım

Duygudurum Bozuklukları

Ölümle sonuçlanan özkıyımların % 60-70'inin ruhsal çökkünlük hastalığında olduğu kabul edilir. Yaşam boyu özkıyımla ölüm riski, ikiuçlu duygudurum bozukluğu olan çökkün kişilerde (manik dönemden çok çökkünlük dönemindedirler) yaklaşık %15-20; diğer duygudurum bozuklukları için ise yaklaşık %10 olarak hesaplanmıştır. Özkıyım düşünceleri bulunan iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların yarısının çökkünlükte, % 47'sinin karışık dönemde, % 4,3'ünün manik dönemde, % 16'sının belirtilerin çok yatıştığı dönemde ve % 4,9'unun da iyileşme döneminde görüldüğü bildirilmiştir[4].

Şizofreni

Özkıyım şizofrenide en önde gelen ölüm nedenidir. Şizofreni hastaları duygudurum bozukluklarından sonra en yüksek özkıyım oranlarını gösterirler ve özkıyımdan ölüm yaygınlığı %10 dolayında bildirilmiştir. Şizofrenili hastalardaki özkıyım oranları normal nüfustaki oranın 8,5 katıdır[19, 27].

Şizofrenide özkıyım için genel olarak kabul edilen yüksek risk etkenleri

Önceden özkıyım girişimlerinin bulunuşu, hastalığın şiddeti, birlikte giden başka bir hastalık olması, toplumdan soyutlanmış olma, kişisel ilişkilerde zorlanma, erkek olma, genç yaş, hastalık tanısının yeni konmuş olması, hastaneden yeni taburcu olmasıdır.

Görece daha düşük risk etkenleri

Komut veren varsanılar, orta ya da yüksek oranda premorbid işlevsellik, umutsuzluk, yüksek dozda ilaç kullanımı, şiddet öyküsü, yakın geçmiş-

te önemli yitim olmasıdır[27]. Kuzey Finlandiya'da yapılan bir çalışmada 16 yaşında iken iyi okul başarısı olan ve sonradan psikoz gelişenlerde özkıyım riskinin okul başarısı düşük olanlara göre daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür[1]. Şizofrenili hastalar, ilk defa ciddi bir ruhsal hastalıkları olduğunun farkına vardıklarında ve hastalıklarının alevlenme dönemlerinin görece iyileşmesinden sonra çökkünlük yaşadıklarında daha kırılgan ve incinebilir olurlar.

Şizofrenide görülen belirtilerin en ciddisi özkıyım davranışıdır. Şizofreni hastasının özkıyımı konusunda bu kitabın "Şizofrenide Psikoterapiler" bölümünde aktarılan Bleuler'in "hastaları denetim altında tutmanın kendisi de özkıyım dürtüsünü uyandırmakta, artırmakta ve sürdürmektedir" görüşlerinin önemine dikkat çekmek isteriz.

Başka Eksen I Bozuklukları: Özellikle *madde bağımlılığı* ve *panik bozukluğu* özkıyımda birincil olmaktan çok yardımcı etken olarak önemlidirler. Majör çökkünlük bozukluğuna ya da şizofreniye eşlik eden panik bozukluğu ya da madde bağımlılığı, özkıyım riskini önemli derecede artırır.

Alkol bağımlılığı özkıyım için önemli bir risk etkenidir. Alkol alanlarda özkıyım riski psikiyatrik hastalığı olmayan nüfusa göre 60-120 kat daha fazladır. ABD'de yapılan bir çalışmada alkol kullanan bireylerde özkıyım girişimi oranı % 24 iken, bu oran diğer psikiyatrik hastalıkları olanlarda % 5 dolayındadır[46]. Özellikle alkol bağımlılığının yanı sıra, çökkünlük dönemleri, stresli yaşam olayları, kişiler arası iletişim zorlukları, kötü sosyal destek, yalnız yaşama, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı ektanısı olması, özkıyım için yüksek risk oluşturur[38].

Anoreksiya nervozalı hastaların % 3-20'si özkıyım girişiminde bulunurken, bu oran *bulimiya nervosa*'da % 25-35'dir. Özkıyım anoreksiya nervozada ikinci en önemli ölüm nedenidir [13].

Eksen II Bozuklukları ve Özkıyım

Amerikan Psikiyatri Birliği'nın 2003'de yayınladığı kılavuza göre özkıyım sonucu ölen bireylerin yaklaşık % 30'unda, özkıyım girişiminde bulunanların ise % 40'ında kişilik bozukluğu bulunmaktadır[2]. Tanı ölçütlerinden biri özkıyıma eğilimli olma olan sınırda kişilik bozukluğu özkıyım ile en yakın ilişkisi bulunan Eksen II tanısıdır. Bu hastalarda sıkça görülen kendine zarar verme davranışı (örneğin yüzeysel bilek kesileri) genellikle bir bunaltıdan kurtulma isteğidir ve ölme isteğinin bir yansıması olarak gözlenmezler. Ancak, hastaların kendilerini öldürmeyecekleri anlamına gelmemektedir. Kendilerini öldürebilirler ve bu nedenle de dikkatli gözlemlenmelidirler. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda suçluluk duygusu pek görülmese de bu kişilerin özkıyım riski yüksektir. Sınırda kişilik bozukluğu ile major çökkünlüğün birlikte olması durumunda, özkıyım girişimi sayısının ve ciddiyetinin anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur[39]. Yapılan bir çalışmada, antisosyal kişilik

bozukluğunda yaşam boyu özkıyım riski % 5 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada bu rakamın düşük olduğu, ancak, antisosyal kişilik bozukluğu olanların riskli davranışlara eğilimli olduklarını, bu yüzden özkıyım ve kaza ile ölümü birbirinden ayırmanın zorluğuna dikkat çekilmiştir[25,26]. Eksen II bozukluklarında atak (impulsive) davranış eğilimi, özkıyıma eğilim ile yakından ilişkilidir. 1959 ile 2001 arasında yapılan 31 yayının incelendiği bir analizde özkıyımla ölenlerin % 3,2'sinde bir kişilik bozukluğu olduğu gösterilmiştir[7]. Yapılan bir derlemede ise çalışmaların çoğunluğunun sınırda ve anti-sosyal kişilik bozukluğuna odaklandığı; ancak, diğer kişilik bozukluklarında da özkıyım davranışları ve kendini yaralama birlikte olabileceği belirtilmiştir[22].

Eksen III Bozuklukları ve Özkıyım

Eşlik eden tıbbi durumlar da özkıyım riskini arttırır. Özellikle süreğen ve iyileşme olasılığı düşük hastalıklar, ağrılı durumlar, epilepsi, Huntington hastalığı, beyin damar olayları, multipl skleroz, bunamalar, AIDS ve kafa zedelenmeleri gibi merkez sinir dizgesi bozuklukları da bunlar arasında sayılabilir. Merkez sinir dizgesi bozukluklarının bazen kendileri, bazen kendilerinin yol açtığı çökkünlük ya da yol açtığı atak davranışlar özkıyım riskini daha da arttırabilirler. Ölümcül hastalıklar özellikle riskin yüksek olduğu durumlardır[41]. Kronik hastalıkların tedavilerinde kullanılan ilaçlar özellikle kortikosteroidler çökkünlüğe yol açarak özkıyım riskini artırabilir.

RİSK ETKENLERİ

Özkıyım riskini artıran ivedi etkenler:

- Kişide özgül bir eylem planının varlığı, böyle bir planı yerine getirmede kullanılacak araçların (özellikle ateşli silahların) bulunması,
- Önceden yapılmış özkıyım girişimleri,
- Birlikte madde bağımlılığı olması,
- Çökkünlükle birlikte panik bozukluğu bulunması
- Kişisel ilişkilerde, mesleksel, sağlık, ekonomik ve statü gibi alanlarda yeni yitimlerin olması
- Ölmek için ciddi bir niyetin bulunması[18,23].

Jan Fawcett tarafından yapılmış bir çalışma, kadınlarda erkeklerden daha çok olmak üzere, bir özkıyım girişiminden sonraki 6 ayın riskli bir dönem olduğunu göstermiştir[2]. Her iki cinsiyet için, özkıyım girişimi ya da niyetini bildiren konuşmalardan sonraki 2-10 yıl içinde özkıyım riskinin belirgin derecede artmış olduğu görülmüştür. Bu bulgu, özkıyım girişimlerinin, özkıyım niyeti bildirenlerin hiçbir zaman göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir. Girişimler, ölümle sonuçlanan özkıyımların en güçlü göstergeleridir. Fawcett ayrıca, çökkünlükte görülen ağır bunaltının önemli bir risk etkeni olduğunu bildirmektedir. Çökkünlüklerde görülen bu tür bunaltının, benzodiyazepin ya da atipik antipsikotik ilaçlarla hızla sağaltımı gerekir. Önceden

bir girişim ya da özkıyım niyeti belirtmeyen, gizli sanrıları olan çökkünlükteki bir hastada beklenmedik tamamlanmış bir özkıyım görülebilir.

Uzun dönemli ya da süreğen risk etkenleri:

- Bunlar arasında geçmiş özkıyım girişimi öyküsü,
- Atak davranış öyküsü,
- Çökkünlük olması
- Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü olması,
- Yalnız yaşama,
- Boşanmış ya da ayrılmış olma
- Beyaz ırktan, erkek ya da yaşlı olma gibi durumlar sayılabilir.

Ölümcül ilaç ve zehirli maddelere ulaşma kolaylığı akut ve süreğen risk etkenidir ve eğer hasta özkıyıma eğilimli ise bu ulaşma kolaylığı riski akut olarak artırır. Fakat hasta o anda özkıyıma eğilimli olmasa bile, bu ulaşım kolaylığı alt grupların riskini artırır. Hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, polisler ve silah bulunan evlerde yaşayanlar gibi özel alt grupların ulaşım kolaylığı açısından riski yüksektir[8,18].

Çocukluk çağında karşılaşılan fiziksel ya da cinsel yönden kötüye kullanılmış olma gibi durumların ve zorlayıcı yaşam olaylarının özkıyım riskini genel nüfusa göre 8-13 kat artırdığına ilişkin veriler vardır[11,34].

ÖZKIYIM GİRİŞİMLERİ

Acil seviste düşük ölüm riski olan özkıyım girişimleri genellikle önemsenmeyen bir tutum içinde sağaltım görürler. Görevliler bu kişileri dikkat çekmek için özkıyım girişimi yapan kişiler olarak değerlendirebilir. Gerçekte bu başvuruların da bütün başka hastalar gibi her zaman ciddiyetle ele alınmaları gerekir. Acil servise özkıyım girişimiyle gelenlerin % 8-10'u zaman içinde kendilerini öldürürler. Diğer yandan özkıyım yapanların üçte ikisi önceden özkıyım girişiminde bulunmamışlardır[7].

ÖZKIYIM YÖNTEMLERİ

Özkıyım için kullanılan aracın seçimi yere, zamana ve ulaşma olanaklarına bağlı olduğu gibi birtakım kişisel tutkulara ve korkulara da bağlı olabilir. Özkıyım için kullanılan yöntemin bazen özel ve sembolik bir anlamı olabilir; kimilerinde de özkıyım yöntemi acıyı, çirkinliği önleme, ölümden ya da yaşamdan kaçınmadaki çare ve isteği yansıtabilir. Örneğin bir kişinin vücuduna darbe gelmeden veya parçalanmadan ölmek istemesi veya bir başkasının güçlülük simgesi olan bir silaha başvurması gibi kişisel özellikler de rol oynayabilir.

Bütün özkıyımların yaklaşık % 60'ında ateşli silahlar en sık kullanılan yöntemdir. Ateşli silahlara ulaşabilmenin azaltılması özkıyım girişimlerinin toplam sayısını azaltmasa bile özkıyımdan ölümleri daha azaltacaktır. ABD'de bütün özkıyımların % 57'si ateşli silahlarla (erkeklerde % 62) olmaktadır.

Eğer ergenlerin evlerinde ateşli silah varsa özkıyım 4-10 kat fazla olmaktadır. ABD'de ikinci sıklıkta özkıyımla ölüm erkeklerde ası, kadınlarda zehirlenme ile olmaktadır. Avrupa'da ası erkeklerde birinci sıklıkla özkıyımla ölüm nedenidir. Özkıyım hızı evli olanlara göre boşanmışlarda 4 kat daha fazladır[29].

Tamamlanmış özkıyımlarda daha çok silah, ası, yüksekten atlama gibi öldürücülüğü yüksek yöntemler kullanılmaktadır.

ÖZEL GRUPLAR

Ergenler

Ergenlerde çökkünlüğün belirti ve bulguları yetişkinlerle aynı olmayabilir. Sessiz, mükemmeliyetçi, iyi çocuk denilen ve hiçbir zaman başını belaya sokmayan fakat kendinden beklenen mükemmellik düzeyini sürdüremeyen çocukların yanı sıra çökkün olan ve dürtüsel atak hareketleri fazla çocukların da risk grubunda olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde ani davranış değişikliği görüldüğünde çökkünlük düşünülmelidir. Okul başarısında ya da arkadaş ilişkilerinde değişiklik örtülü bir çökkünlüğün göstergesi olabildiği gibi madde kullanımının başlangıcını düşündürmelidir.[23] Özkıyıma başvuran ergenlerin ana babaları sıklıkla çocuklarının özkıyım öncesinde herhangi bir hastalık belirtisi olmadığında ısrar ederlerse de yakından yapılan bir incelemede bunun nadiren doğru olduğu görülmektedir[41].

Ergenler yaşlı nüfusa oranla bulaşıcılık ya da taklit edici etkilere karşı daha duyarlıdırlar. Birbirini taklit eden özkıyımlar ergenlerde daha sık görülür. Bununla birlikte özkıyım haberlerini dramatize eden ve romantikleştiren, ölümleri tetikleyen olayları neden olarak bağlantılandıran ve ayrıntılar sunan medya öyküleri de ergenlerde özkıyım riskini artırabilir.

Gençlerde görülen özkıyımlar ise, kişilerarası ilişkilerde çatışma veya kayıp, madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları, antisosyal davranış, bunaltı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz, yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar ve özgüven eksikliği, ümitsizlik, mükemmeliyetçilik gibi davranış özellikleri ile ilişkilendirilmiştir[9].

Ergenlerde özkıyım davranışı bu kitapta ayrıca *"Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları"* bölümünde ele alınmıştır.

Yaşlılar

En yüksek özkıyım oranları yaşlılarda görülür. ABD'nin tüm nüfusunun yaklaşık olarak %12'sini oluşturmalarına rağmen, ABD de tamamlanmış özkıyımlarının yaklaşık %19'u yaşlı gruptadır[41]. Ergenlerde olduğu gibi, yaşlı bireyler çökkünlüklerini yaşlı olmayanlardan daha farklı ifade ederler. Çökkün yaşlılar daha içe dönük olurlar, iştah ve uyku bozuklukları sık olur. Bu grupta çökkünlüğün somatik belirtileri sıkça bulunur. Yaşlı kişinin şüpheli somatik yakınmalarına hiçbir neden bulunamadığında çökkünlük düşünül-

melidir. Bunaması olan yaşlı hastada antidepresanlar, çökkünlüğü iyileştirmede yardımcı olabilirler. Yaşlıların özkıyım girişimlerinin, diğer yaş gruplarına göre ölümcül olma oranı daha yüksektir. 70 yaşından büyük olan yaşlılar ölümcül özkıyımlarının %70'inde ateşli silahları kullanırlar. Ayrıca, yaşam döngüsü boyunca özkıyım oranları 1990 ve 2004 yılları arasında belirgin bir şekilde düşmesine karşın, bu yaşlı grubunda bir düşme olmamıştır.

YASAL KONULAR

Türk Ceza Kanunu'nun 84. maddesine göre özkıyım davranışı suç değildir. Ancak başkasını özkıyıma azmettirmek, teşvik ve yardım etmek suçtur. Bir kimse hastalığı dolayısıyla çektiği dayanılmaz acılar dolayısıyla yardım istese bile, bu kişinin özkıyımına yardım suçtur (madde. 84/1). Cumhuriyetin ilanından sonra, özkıyımı suç sayılmamaktadır. Özkıyım girişiminde bulunan kişi, ölümden kurtulursa bir cezaya çarptırılmaz. Ancak, özkıyım için uyuşturucu madde kullanan veya ruhsatsız silahla özkıyım girişiminde bulunanlar uyuşturucu madde kullanmaktan veya ruhsatsız silah taşıma suçundan yargılanırlar. Birlikte intiharlarda, birbirini özkıyıma ikna eden kişilerden birinin ölmesi, diğerinin kurtulması halinde, kurtulan taraf başkasını özkıyıma ikna suçundan ve yardım etmekten suçlu duruma düşer.

ÖZKIYIM ÖNCEDEN KESTİRİLEBİLİR Mİ, ÖNLENEBİLİR Mİ?

Özkıyımı daha önceden kesin olarak kestirmek kolay değildir. Yukarıda açıkladığımız risk etmenlerine çok büyük bir dikkat ve özenle önem veren bir hekim bazı durumlarda özkıyım olaylarını önceden kestirerek önlemler almayı bilebilir. Öngörüyü sağlayacak psikolojik testler ve ölçekler arasında Beck'in umutsuzluk ölçeği görece en yakın öngörü sağlasa bile genellikle testlerin güvenilirliği düşüktür.

Tüm özkıyımları önlemek ya da kesin olarak hastayı özkıyımdan korumak olası değildir. Ancak, bazı özel toplum kesimlerinde ve kişilerde özkıyım riskini azaltmak olasıdır. Örneğin, devamlı gözlem altında olsa bile, psikiyatri kliniğine yatırmak, özkıyımı önlemenin garantisi değildir. Fakat hastanede olma gerçekten bir fark yaratır. Hastaneye yatırmak yalnızca hastayı korumakla kalmaz, sağaltımın başlaması, risklerin azaltılması, desteklerin harekete geçirilmesi ve hastanın bakım sonrası güvenliği açısından düzenlemelerin yapılması için zaman kazandırır.

ABD'de Hastalıkları Önleme Merkezi (Center for Disease Control-CDC) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, özkıyım yapanların yaklaşık en az %50'si ölmeden önceki bir ay içinde, bir pratisyen hekime başvurmuşlardır. Pratisyen hekimlere yönelik "çökkünlük ve özkıyım" tanıma ve sağaltımı konularında eğitim programlarının bu açıdan çok yararlı olabileceği düşünülmelidir.

SAĞALTIM

Hekim özkıyım girişimi ile gelen hasta ile görüşmeye başlamadan önce özkıyım hakkındaki önyargı ve tabularının üstesinden gelmelidir[97]. Hekimin, özkıyım davranışını nasıl değerlendirdiğinin farkında olması gereklidir. Hekim özkıyım davranışı konusunda düşüncelerini önceden belirlemeli ve bu tür başvurularla uğraşıp uğraşamayacağı konusunda kendisini tanımalıdır.

Özkıyım girişiminde bulunan bir hasta ile ilk karşılaşıldığında hem hekim hem de hastanın birçok karmaşık özel duyguları vardır. Hasta özkıyım girişiminde bulunduğu için kendini mahcup, utanç içinde ve belki de suçlu hisseder ya da ölemediği için kendine karşı öfkeli olabilir. Uzun süre komada ya da yoğun bakımda kalmışsa önemli bedensel sorunları, unutkanlık, bitkinlik gibi belirtileri olabilir.

Hekim de uzun süreli izlediği bir hasta ise üzüntü, öfke duyabilir, hayal kırıklığı ve başarısızlık hissi yaşayabilir. Sağaltım için en iyi seçenekleri düşünmek yerine hastayı suçlar bir davranış içine girebilir. Hekim bazen de bocalama ile gereğinden fazla önlem alınması gerektiğini düşünebilir. Örneğin, hemen hastaneye yatırılmasını, hemen ilaçlarda köklü değişiklikler yapılmasını, EKT uygulamasını düşünebilir.

Hekim önceden izlemediği bir hasta özkıyım girişimi ile ilk geldiğinde ne yapacağını şaşırabilir, kendisini bu konuda yetersiz hissedebilir, hastanın durumunu, risk etkenlerini bilmediği için telaşa kapılabilir. Hastanın çevresinin telaşına veya öfkesine katılabilir. Hasta kendisi ya da yakınları tarafından yardım almak için getirilir. Özkıyım davranışında bulunanlar yardım görecekleri konusunda ikideğerli duygulara sahiptirler. Bu aşamada hekimin kararsızlığı sağaltım ilişkisini olumsuz etkiler.

Birincil amaç burada ve şimdi ilkesine uygun olarak

1- Hastayı anlamaya, ona ulaşmaya
2- İyi bir hasta hekim ilişkisi kurmaya
3- Hastaya terk edilmediği, bırakılmadığı, değer verildiği duygusunu sağlamaya çalışılmalı
4- Bir yaşam kurtarıcı olarak değil, yapabilececkleri sınırlı olan, ama umudunu kesmeden, yardımcı olmaya çalışan bir kişi olarak yaklaşılmalı.
5- Hasta ile güç denemesine girilmemelidir.

M.Orhan Öztürk'e göre *"Her türlü özkıyım düşüncesi ya da girişimi ciddiye alınmalıdır. Her özkıyım düşüncesinin anlatımı ya da girişimi ciddi bir uyarıdır, bir yardım çağrısıdır. Kimi insanlar kendilerini gerçekten öldürmek istemedikleri halde, bir öfke yüzünden kısa süreli bir tepki ile yüzeysel gibi görünen bir özkıyım girişiminde ölebilirler, sakat kalabilirler. Bu nedenle her türlü özkıyım girişiminin büyük tehlikesi olabileceğini hekimin bilmesi, kabul etmesi, ciddiye almamak gibi bir tutuma girmemesi gerekir. Hekimler çökkünlüklerin genellikle iyileştiğini, iyileşince de özkıyım düşüncelerinin kalmadığını belirterek hastasına güvence verebilir. Fakat ağır bunaltılı, melankolik çökkünlüklerde bazen böyle güvencelerin yararı olmayabileceğini de bilerek hasta ve ailesi ile*

açık konuşabilmeli, hastalığın bir hastanede daha etkili biçimde sağaltım göreceğini vurgulayarak hastaneye yatmanın zorunlu olduğunu anlatabilmelidir. Hastadan gizli, ona açıklamalar yapmadan aile ile birlikte yapılan planların hekim-hasta ilişkisini olumsuz etkileyeceğini bilmek gerekir[33]".

Celal Odağ özkıyım sonrası gelişen dinamiklere dikkati çeker *"Özkıyım girişimlerinin çevrede korku, yardım etme isteği ve suçluluk duyguları uyandırdığını biliyoruz. Bunlara yetersizlik, çaresizlik duygularının ve öfkenin eklenmesi dinamiği daha da şiddetlendirir. Bu, çevrenin kendisini savunma arayışına iter. Bir suçlu aranır ve bulunur. Genellikle kurban ile ilgileniyormuş gibi görünüp, çevreden biri şiddetle suçlanır. Suçlanan psikoterapist, psikiyatrist, hemşire ya da kurbanın bir yakınıdır. Suçlamaların şiddeti çevreden başka bir kişinin yıkımına, "ikinci bir kurban verilmesine" neden olabilir. O yüzden özkıyımların neden oldukları toplumsal dinamiğin bilinmesi çok önemlidir*[31]".

Hastaneye Yatırma

Özkıyıma eğilimli hastalarda birincil olarak duygulanım bozukluğu, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı, sınırda kişilik bozukluğu gibi hastalıklar bulunur. Yeterli aile ve sosyal destekleri varsa, özkıyım riski düşük hastaların ayaktan sağaltım görmesi uygun görülebilir. Bu, ayrıca hastanın güvenilir ve işbirliği yapabileceğini, hekimle aralarında olumlu bir ilişki kurulabileceğini gösterir. Yüksek risk altında olan hastalar hastaneye yatırılmalıdır. Hastaneye yatışın gönüllü olması yeğlenir; fakat hasta reddederse, gönüllü olmadan da zorunlu yatış yapılabilir. Hastaneye yatırma kararı verilince yatışa kadar olan zaman içerisinde hastanın ailesinin ve arkadaşlarının yardımını almak gereklidir. Onlara, önlemler açısından ilaçların kaldırılması, denetimli verilmesi, özkıyım için kullanılabilecek araçların uzaklaştırılması gibi konularda bilgiler verilmelidir. Hastanın verdiği gizli sayılabilecek bilgilerin, hastanın yaşamını korumada önemli olduğu görülürse, bu bilgilerin gizliliğini korumak zorunlu değildir.

"En sıkı önlemler altında bile özkıyım olayları görülebilir. Hekim risk göze almadan hasta bakamaz ve hiçbir zaman özkıyıma karşı kesin koruyucu önlem alamaz. Fakat bu konuda her zaman uyanık olmalıdır. Çok sıkıntılı ağır çökkün hastalarda, duruma göre aileyi, arkadaşlarını uyarmak, hastanın yalnız bırakılmamasını söylemek gerekebilir. Özkıyım riski yüksek hastalarda hastanın yakınlarına bildirmek gerekir. Her türlü özkıyım düşüncesi ya da girişimi ciddiye alınmalıdır.....fakat özkıyımı önlemek amacı ile özellikle süreğen hastaları çok uzun süre hastanede tutmak yarardan çok zarar getirir. Bir sağaltım kurumunda özkıyıma karşı önlemler, hastaların özerklik, özgürlük gereksinimlerini engelleyecek, terapötik ortamı olumsuzlaştıracak nitelikte olmamalıdır[33]."

Hasta yatırılsa da yatırılmasa da, temel ilke altta yatan hastalığın sağaltımı ya da sorunun giderilmesidir. Bunun için gerekli ilaçlar yanında psikoterapi zorunludur.

Bu konuda aşağıdaki ilkeler göz önünde tutulmalıdır:

- Özkıyım riski olan hastalarda ilaç sağaltımı denetimi altında yapılmalıdır. Ayaktan izlenenlerde aile ile işbirliği yapılarak ilaçların günlük dozda verilmesi sağlanır.
- Özkıyımda genellikle alta yatan patoloji çökkünlük, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı gibi sorunlar olduğundan, hastanın bu bozukluklarda kullanılan ilaçlarını düzenli kullanması sağlanmalıdır.
- Özkıyım riski olan, ayaktan sağaltım gören hastaların yalnız bırakılmaması gerekir.
- Çok ağır çökkün hastaların hastaneye yatırılarak EKT sağaltımı görmesi gerekebilir.
- Yatarak ya da ayaktan sağaltımı gören özkıyım riski olan hasta hekimi tarafından çok yakından izlenmelidir, sık görülmelidir. Ayaktan izlenenlerin en az haftada bir görülmesi uygun olur.
- Psikoterapi hastanın durumuna göre düzenlenmelidir. Psikoterapinin başlangıcında hastanın günlük sorunlarının konuşulması yanı sıra özkıyım girişimlerine neden olan olayların, duyguların, düşüncelerin iyice anlaşılmasında büyük yarar vardır.

Özkıyımla ilgi kuramlar psikolojik ve biyolojik yönlere ağırlık verseler bile, özkıyıma eğilimli hastalar için en uygun sağaltım çok yönlü olmalıdır. Depresyonda farmakoterapötik girişimler hastaların yaklaşık olarak %60'ında etkilidir ve benzer rakamlar psikoterapi için de verilmiştir. Yaklaşımları birleştirmek bu oranı %70'lere götürür.

Psikoterapi

Özkıyıma eğilimli hastalarda psikoterapi son derecede önemlidir. Hasta hastaneye yatırılmışsa daha başlangıçta hastanın sık görülmesi, özkıyım eğilimlerini anlatmasına olanak sağlanması gerekir. Eğer hasta bir özkıyım girişiminden sonra yatırılmışsa onu suçlamadan dinleyebilmek son derecede önemlidir. Hastanın şimdiki durumda var olan ya da olmayan özkıyım düşüncelerini ve eğilimlerini anlamaya çalışırken neden şimdi var ve neden şimdi yok gibi sorularla hastanın özkıyım eğilimlerini uyaran etkenleri açıklamaya çalışmak gerekir. Uygulanacak psikoterapinin türü altta yatan psikopatolojiye ve hastanın durumuna göre düzenlenmelidir.

Psikoterapi gören özkıyıma eğilimli poliklinik hastası, genellikle akut olarak intihara eğilimli olmayana kadar, en az haftada bir görülmelidir.

İlaç Sağaltımı

Psikoterapide olduğu gibi, ilaç sağaltımında da birincil belirleyici, altta yatan bozukluğun sağaltımıdır. Özellikle ilaca karşı geçmişte bir direnç öyküsü olan, çökkünlükteki ve özkıyıma eğilimli hastalarda elektrokonvulsif tedavi (EKT) seçilebilir.

Günümüzde antidepresan ilaçlarla yapılan sağaltımı ile çökkünlüklerin büyük bir kesimi düzeldiğinden, bu hastalarda olası özkıyım oranının da düştüğü

düşünülebilirse de bu konuda yeterli kontrollü araştırmalar yoktur. Ancak, iki uçlu duygudurum bozukluğunda koruyucu ilaçların kullanılmasıyla büyük başarı sağlandığı için bu hastalıktaki özkıyım olgularının azaldığı bildirilmiştir[41].

KAYNAKLAR

1. **Alaraisanen A, Miettunen J, Lauronen E ve ark (2006)** Good School Performance is a Risk Factor of Suicide in Psychoses: a 35-year follow up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort Acta Psych Scand. 114:357-362.
2. **American Psychiatric Association (2003)** Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviours. Am J Psychiatry 160 (October Supplement).
3. **Arkun N (1978)** İntiharın Psikodinamikleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.
4. **Baldassano CF (2006)** Illness Course, Comorbidity, Gender and Suicidality in Patients With Bipolar Disorder J. Clinical Psychiatry 67 suppl 11.
5. **Beck AT (1961)** An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-71.
6. **Beck AT, Weissman A, Lester D ve ark.** (1974) The Measurement of Pessimism: the Hopelessness Scale. J Consult Clin Psychol, 42:861-865.
7. **Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D (2004)** Psychiatric Diagnoses And Suicide: Revisiting The Evidence. Crisis 25:147-155.
8. **Boxer PA, Burnett C, Swanson N (1995)** Suicide and Occupation: A Review of the Literature. J Occup Environ Med 37:442-452.
9. **Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA (2006)** Adolescent Suicide and Suicidal Behavior J. Child Psychology And Psychiatry 47:3/4 372-394
10. **Bronisch T (2001)** Suicide. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences'de Editörler Smelser NJ, Baltes PB. Palo Alto and Berlin Elsevier Science Ltd.
11. **Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM (1999)** Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:1490-1496.
12. **Cull JG, Gill WS (1990)** Suicide Probability Scale: Manuel. Western Psychological Services, Los Angeles.
13. **Debra LF, Keel PK (2006)** Suicidality in Eating Disorders: Occurrence, Correlates and Clinical Implications Clinical Psychology Review 26 769-782
14. **Demir A (1989)** UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 7(23): 14-19.
15. **Durak A, Yasak-Gültekin Y, Şahin NH (1993)** İnsanları Yaşama Bağlayan Nedenler Nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin Güvenirliği ve Geçerliği. Türk Psikoloji Dergisi, 8: 7-20.
16. **Durak A (1994)** Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9:1-11.
17. **Durkheim E (1897)** Le Suicide-Etude Sociologique. İntihar, Toplumbilimsel İnceleme. Fransızcadan çeviren Özer Ozankaya 1986 Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi.
18. **Garlow SS, Purselle D, D'Orio B (2004)** Psychiatric Emergenciences. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology'de Editörler Schatzberg AF, Nemeroff CB 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Publishing ltd
19. **Harris EC, Barraclough B (1997)** Suicide as an Outcome For Mental Disorders A Meta-Analysis. Br J Psychiatry 170: 205-228.
20. **Hisli N. (1988)** Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi; 6:118-126.
21. **Hollan SD, Kendall PC (1980)** Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 4:383-395.
22. **Krinskaya K ve ark (2006)** Suicide and Deliberate Self-Harm in Personality Disorders. Current Opinion in Psychiatry. 19:95-101.

23. **Kutcher S, Chehil S (2007)** Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals. USA, Blackwell. Publishing
24. **Linehan MM, Goodstein JL ve ark. (1983).** Reasons for Staying Alive When You are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51: 276-286.
25. **Links PS, Gould B, Ratnayake R (2003)** Assessing Suicidal Youth with Antisocial, Borderline or Narcissistic Personality Disorder. Can J Psychiatry 48:301-310.
26. **Links PS, Kolla N (2005)** Assessing and Managing Suicide Risk, American Psychiatric Publishing Textbook Of Personality Disorders'de. Edited By Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, Washington DC, American Psychiatric Publishing, Pp 449-462.
27. **Lori P at All (2005)** Suicide Among Patients with Schizophrenia: A Consideration of Risk and Protective Factors Md. Annals Of Clin. Psychiatry Vol: 17 No: 3.
28. **Mann JJ, Waternaux C, Haas GL ve ark (1999)** Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. Am J Psychiatry. 156,181.
29. **Maris RW (2002)** Suicide. The Lancet 360, 319-26.
30. **Nemeroff CB, Owens MJ, Bisset G (1988)** Reduced Corticotropin Releasing Factor Binding Sites in Frontal Cortex on Suicide Victims. Arch Gen Psychiatry. 45:577.
31. **Odağ C (2002)** İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. (ikinci baskı) İzmir, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı yayınlarıNo:3.
32. **Ozguven HD, Sayıl I (2003)** Suicide Attempts in Turkey: Result of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Can. J Psychiatry, 48. No 5, 324-329.
33. **Öztürk MO (2004)** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10. Basım, 2004 Ankara
34. **Plunkett A, O"Toole B, Swanston H at All (2001)** Suicide Risk Following Child Sexual Abuse. Ambul Pediatr 1:262--266.
35. **Sayıl I, Ozguven HD (2002)** Suicide and Suicidal Attempts in Ankara in 1988: Result of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour Crisis 23 (1): 11-16.
36. **Sayıl I, Ozguven HD (2004)** Suicidal Behaviour in Turkey, Suicidal Behaviour in Europe'da Editors: Schmidtke A, Leo DD, Bille-Brahe U & A. Kerkhof, Hogrefe and Huber Publisher, Göttingen, p.225-232.
37. **Shea SC (2002)** The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. USA, John Wiley and Sons
38. **Sher L (2006)** Alcoholism and Suicidal Behaviour: A Clinical Overview. Acta Psychiatr Scand 113: 13-22.
39. **Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM ve ark (2000)** Characteristics of Suicide Attempts of Patients with Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comperative Study. Am J Psychiatry 157:601-608.
40. **Spielberger CD ve ark (1983)** Assesment of anger: The State Trait Anger Scale. Bucher NJ, Spielberger (ed) Advances in Personality Assessment, Hillsdale, NJ 2 159-187.
41. **Sudak HS (2005)** Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII'de. Editörler BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
42. **Şahin NH, Batıgün AD, Şahin N (1998)** Reasons for Living and Their Protective Value: A Turkish sample. Archives of Suicide Research. 4: 157-168.
43. **Şahin NH, Şahin N (1992)** Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire. J Clinical Psychology, 48:51-57.
44. **Tuğcu H (1996)** Normal ve Depresif Kişilerde Çeşitli Faktörlere Göre İntihar Olasılığı. Yayınlanmamış doktara tezi Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
45. **Türkiye İstatistik Kurumu (2007)** Intihar İstatistikleri-Suicide Statistics 2004-2005, Türkiye Istatistik Kurumu matbaası, Ankara
46. **Weissman MM, Myers JK, Harding PS (1980)** Prevalance and Psychiatric Heterogenity of Alcoholism in a United States Urban Community. J Stud Alcohol 41:672-681.
47. **World Health Organization (2007)** 12 Kasım 2007 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html
48. **World Health Organization (2007)** 12 Kasım 2007 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/changes/en/index.html.
49. **World Health Organization (2007)** 10 Ekim 2007 http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/index.html

BÖLÜM XX

I

NEVROTİK, STRESLE İLGİLİ ve SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Nevroz ve *psikonevroz* terimleri eşanlamlıdır. Klasik psikiyatride çok oturmuş gibi görünmekle birlikte bu terimler artık bırakılmaktadır. Terim aslında sözcük olarak pek anlam taşımadığı gibi kesin bir tanımını yapmak da güçtür. ICD-10 ve DSM-IV'de bu terim artık kullanılmamakta, ICD-10'da yalnızca genel bir başlığı belirleyici terimlerden biri olarak ve tırnak içinde kullanılmaktadır. 19. Yüzyıl başlarında *nevroz* terimi şimdiki nevropati, yani bedendeki sinirlerin organik ya da işlevsel hastalığı karşılığında kullanılırdı. Zamanla anlamı değişti. 19. yüzyılda *Charcot, Janet, Breuer ve Freud* nevroz anlayışına büyük katkıda bulundular.

Klasik olarak *psikonevroz* bireyde bunaltı (anxiety) ya da bunaltıya karşı özel savunma belirtileri ile kendini belli eden, bireyin gerçekle bağlantısının kopmadığı, toplumsal uyumunun genellikle fazla bozulmadığı, psikozlara göre bütün işlevlerde bozukluğun daha hafif olduğu rahatsızlıklar kümesidir. Nevrozlarda gerçeği değerlendirme yetisi (reality testing) bozulmaz. Yani hasta hastalığını bilir; kendi kafasındaki düşünceleri, korkuları saçma bulur. Neyin düşünce, istek, imge, düş ve neyin eylem ya da dışarda olan bir olay olduğunu ayırt eder.

Psikanalitik kuramına göre nevrozlarda temel patoloji *bunaltıdır*. Bunaltının öznel ve nesnel belirtileri ya olduğu gibi yaşanır ya da bastırılır ve yerine özel savunma düzenekleri ile oluşan belirtiler geçer. Örneğin yer değiştirme (displacement) düzeneği ile bunaltı, asıl kaynağından özel bir nesneye ya da duruma aktarılır ve böylelikle fobiler, obsesyonlar, kompulsiyonlar oluşur. Bunaltı önce bastırılır; sonra bedensel bir işlev bozukluğuna döndürülebilir ve böylelikle histerik nevroz (konversiyon nevrozu) ortaya çıkar.

TABLO I

Psikoz ve Psikonevroz Ayırımı

	Psikozlarda	Psikonevrozlarda
	Genellikle	Genellikle
Hastalığın şiddeti	ağır	görece hafif
Kişilik bütünlüğü ve benlik işlevleri	dağılmış	dağılmamış
Benlik sınırları	belirsiz	belirli
Beden imgesi	bozuk	bozuk değil
Gerçeği değerlendirme (reality testing)	bozuk	bozuk değil
Hastalığı kabullenme	olmayabilir	vardır
Yanılsama ve varsanılar	olabilir	yoktur
Duygulanım bozukluğu	olabilir	olabilir
Düşünce bozukluğu	vardır	yok ya da az
Bilişsel bozukluk	olabilir	yoktur
Savunma düzenekleri	gerileme	bastırma
	yadsıma	saplanma
	yansıtma	yer değiştirme
	içe-atım	yalıtım
	bölünme	karşıt-tepki kurma
	somutlaştırma	yapma-bozma
		döndürme
		somatizasyon
Toplumla uyum	bozuk	yeterli, iyi olabilir.
İş uyumu	bozuk veya çalışamaz	yeterli, iyi olabilir.
İnsan ilişkileri	bozuk, çelişkili, tutarsız.	genellikle bozulmaz

ICD-10'da nevrotik stresle ilgili ve somatoform bozuklukların sınıflandırılması şöyledir[102]:

F40 Fobik bunaltı bozuklukları
F41 Başka bunaltı bozuklukları
F42 Obsesif-kompulsif bozukluklar
F43 Ağır strese tepki ve uyum bozuklukları
F44 Disosiyatif bozukluklar (konversiyon bozuklukları)
F45 Somatoform bozukluklar
F48 Başka nevrotik bozukluklar

DSM-IV'te ise bu bozukluklar iki ayrı tanı başlığı altında yer almaktadırlar [4]:

Bunaltı Bozuklukları:

330.01 Panik bozukluğu, agorafobisiz

330.21 Panik bozukluğu, agorafobili

330.22 Agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan

330.23 Özgül fobi

00.3 Obsesif kompülsif bozukluk

309.81 Travma sonrası stres bozukluğu

308.3 Akut stres bozukluğu

300.02 Yaygın bunaltı bozukluğu

293.89 Bunaltı bozukluğu bedensel bozukluğa ya da maddeye bağlı

300.00 Bunaltı bozukluğu başka türlü adlandırılamayan

Somatoform Bozukluklar

300.81 Somatizasyon bozukluğu

300.81 Farklılaşmamış somatoform bozukluk

300.11 Konversiyon bozukluğu

07.xx Ağrı bozukluğu

.80 Psikolojik etkenlerin eşlik ettiği ağrı bozukluğu

.89 Hem psikolojik hem de genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği ağrı bozukluğu

300.7 Hipokondriazis

00.7 Beden dismorfik bozukluğu

300.81Somatoform bozukluk başka türlü sınıflandırılamayan

I

BUNALTI BOZUKLUKLARI*

Bunaltı bozuklukları duygudurum bozuklukları ile birlikte toplumda çok yaygın olarak bulunmakta ve önemli işgücü yitimine neden olmaktadır. Son yıllarda Avrupa'da yapılan ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışması hem bu bozuklukların yaygınlığını ve neden olduğu işgücü yitimi ile getirdiği yükü göstermiş, hem de bu hastaların yeterli bakımı alamadığını ortaya koymuştur [49, 70].

SIKLIK VE YAYGINLIK

Bunaltı bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında bildirilmektedir. 12 aylık yaygınlık oranları ise %5.6 ile 19.3 arasındadır. Yüzdelerdeki bu farklılık kullanılan tanımlar, sınıflandırma sistemleri ve örneklem seçimi ile ilgili olabilir. Türkiye Ruh Sağlığı Profilinde bunaltı bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak bildirilmiştir [52]. Genel toplumda en sık görülen bunaltı bozuklukları özgül fobilerdir, bunu sosyal fobi izlemektedir. Yaygınlığı en düşük olan bunaltı bozukluğu ise obsesif-kompülsif bozukluktur [66].

Bunaltı bozuklukları genellikle erken yaşlarda başlar; ortaya çıkma açısından en riskli dönem 10-25 yaş arasıdır. Olguların %80-90'ında belirtiler 35 yaşından önce ortaya çıkar.

Özgül ve sosyal fobi çoğunlukla çocukluk ya da erken ergenlikte ortaya çıkar.

Yaygın bunaltı, panik bozukluğu ve agorafobi tipik olarak geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlar. İlk belirtilerin ortaya çıkması genellikle 25-30 yaş arasında olur.

Obsesif-kompülsif bozukluk en çok 15-39 yaşları arasında başlar.

Bir bunaltı bozukluğu olan hastaların büyük bir çoğunluğunda bir başka bunaltı bozukluğu daha bulunur. Bunaltı ya da duygudurum bozukluğu hastalarının yarısından çoğunda bu iki bozukluk bir arada görülmektedir. Yaşam boyu bunaltı bozukluğu tanısı konulanların ¾'ünde yaşam boyu en az bir başka ruhsal bozukluk daha görülmektedir[66].

---

* "Anxiety, anxiété" karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi ruh hekimlerince "kaygı" sözcüğü kullanılmaktadır. Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak, tasalanma ve endişe duygusudur. Örneğin, "annemin sağlığı konusunda kaygılanıyorum, Türkiye'nin ekonomik durumu beni kaygılandırıyor" gibi. Ayrıca, kaygı sözcüğü ruhsal bozukluklardaki yoğun, zorlu bunaltıyı karşılamamaktadır. Örneğin, panik bozukluğundaki, çökkünlüklerdeki bunaltıya kaygı demek klinik durumun gerçek niteliğini ve niceliğini yansıtmamaktadır. Halk arasında da kullanılan ***"bunaltı"*** sözcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygundur.

Toplum çalışmalarında genel olarak bunaltı bozukluklarında iyileşme oranları %12-25 olarak bildirilmiştir [8]. ESEMeD çalışmasında yaşam boyu bunaltı bozukluğu olan kişilerin %60-70'i görüşmeden önceki son 6-12 ayda da bu belirtilerinin bulunduğunu bildirmişlerdir[49].

YAYGIN BUNALTI BOZUKLUĞU

Bunaltı (anksiyete) korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bunaltıyı sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlik, gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Ağır derecelerinde kişinin benliği bu ruhsal acı (psychic pain) altında ezilir; en güçlü bedensel ağrının bile bu denli rahatsız edici olmadığı hasta tarafından söylenir. Hasta bu sıkıntının giderilmesi için her şeye razı olduğunu anlatır. Bunun gerçek yaşamdaki anlamını ve şiddetini kavrayabilmek için şöyle bir örnek verilebilir: Çocuklukta ya da yetişkin yaşta, şiddetli korkulu bir düşle uykudan uyanınca, kısa bir süre, bu yoğun korku ile yüreğimizin göğüs kafesinden fırlarcasına çarptığını anımsayabiliriz. Bunun bir düş olduğunu anlayınca rahatlarız ve yeniden uykuya geçebiliriz. İşte bunaltı bireyin uyanık iken yaşadığı, daha uzun süren, kaynağı kişi tarafından açıklanamayan böyle bir durumdur.

Yaygın bunaltı bozukluğu belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamış, yani belli bir düşünsel ya da devinimsel içeriği olmayan, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtileri ile yaşanan bir bozukluktur.

Sıklık ve Yaygınlık

Bir belirti ve sendrom olarak bunaltı birçok hastalıkta ya da gelip geçici olarak zor yaşam durumlarında görülebilir. Aslında böyle bir bozukluğun bağımsız olarak varlığı bile tartışmalıdır. Bu bozukluğun temelde depresyona bağlı olduğuna ilişkin veriler de artmaktadır. Yaygın bunaltı bozukluğunun genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlık oranı % 3-6 olarak bildirilmektedir [50]. Temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen bunaltı bozukluğu yaygın bunaltı bozukluğudur [101]. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmektedir. Ülkemizde temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalar arasında %2 oranında ICD-10'a göre tanı konulabilen yaygın bunaltı bozukluğu saptanmıştır[76]. Bu düşük oran, ICD-10 gereğince, tanıda altı ay süre ölçütüne uyulmasından kaynaklanır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında12 aylık bir dönem içinde kadınlarda % 0.8, erkeklerde % 0.5 oranında bulunmuştur[52].

Belirtiler ve Bulgular

I- Genel görünüm ve davranış

Hastada genel bir huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık, bazen yerinde duramama vardır.

II- Konuşma ve ilişki kurma

Hastanın sesinde heyecanlı bir titreklik, zor konuşma olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz, gergindir.

III- Duygulanım

Hasta, içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir şey olacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun nedenini ve nesnesini bilmez. Kırsal kesimden gelen birçok hasta bu duyguyu içinde "bun, bunguluk, bun basması, korkutuyorlar, göğsüme bastırıyorlar, karabasan, bunaltı" gibi sözcüklerle anlatmaya çalışır. Bunaltı durumu uzun sürdüğünde, hastada derin bir yılgınlığa neden olduğundan sıklıkla, ruhsal çökkünlük belirtileri de birlikte bulunabilir[51].

IV- Bilişsel yetiler

Hastanın bilişsel yetilerinde temelde bir bozukluk yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle dikkati çabuk dağılabilir ve bu nedenle geçici unutkanlıklar olabilir. Anlama ve öğrenme azalabilir. Eğer bilişsel yetilerde belirgin bozukluk varsa, o zaman hastada başka bir rahatsızlığın da olabileceği düşünülmeli ve belirtinin türüne göre durum incelenmelidir.

V- Düşünce süreci ve içeriği

Hastanın düşünce sürecinde belirgin bozukluk olmaz. Yakınmalarını büyük bir telaşla ve sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış gibi olabilir. Düşünce içeriğinde tasaları baskındır. Tasalanma düzeyi açısından yaygın bunaltı bozukluğu ile çok endişeli, evhamlı kişiler arasında niteliksel değil, niceliksel bir fark olduğu düşünülmektedir. Yaygın bunaltı bozukluğu olan kişilerdeki tasalanma, kontrol denekl erinin tasasıyla karşılaştırıldığında daha sık, daha uzun süreli, daha yaygın, eşlik eden bedensel belirtiler daha çok sayıda ve denetlenmesi daha güçtür[52].

VI- Bedensel ve fizyolojik belirtiler

Hastanın öznel bunaltı duygusu yanı sıra en önemli belirtiler otonomik kamçılanış ile ilgili olanlardır: Kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, gözbebeklerinde genişleme, ağız kuruması, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusma, boğazda düğümlenme, soluk almada güçlük, hava açlığı, ellerde, ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar. Bütün bu belirtiler organizmanın "ivedi tehlike karşısında kaçma ya da dövüşe ha-

zırlanma" biçiminde ortaya çıkan ve tehlike karşısında otonom sinir dizgesinin aşırı etkinliğe geçmesi ile ilgili belirtilerdir. Ancak, yaygın bunaltıda bu tehlikenin ne olduğu, nereden geldiği kişi tarafından bilinmemektedir ve bu özelliği ile doğal korku tepkisinden ayırt edilir.

Bu hastalarda genellikle, yaşam olayları karşısında ve ilişkilerde çabuk kaygılanma, meraklanma, gerginlik, tedirginlik, aşırı terlemeler, sıcak soğuk basması, çabuk irkilme, dikkat dağınıklığı, uyku bozukluğu, çabuk kızma ve huysuzluk görülür.

Tanı

DSM ve ICD dizgelerinin tanı ölçütleri birbirinden farklıdır. DSM-IV tanısı daha çok *tasalanmaya (worry)* odaklanırken, ICD-10 tanısı koyabilmek için belirti sayısı önem taşımaktadır. Her ne kadar iki dizge ile toplumda benzer yaygınlık oranları bulunsa da iki sistemle konulan tanılar arasındaki uyum düşüktür [32]. Öte yandan yaygın bunaltı bozukluğunun tanı geçerliliği ile panik bozukluğu ve majör depresyondan ayrımı tartışmalıdır [79].

Yaygın bunaltı bozukluğunda bir başka tartışmalı konu da süre ölçütüdür. Örneğin DSM-III'de süre en az bir ay olarak belirtilmiş iken, DSM-III-R, DSM-IV ve ICD-10'da en az altı ay gibi bir sürede zamanın büyük bir kısmında hastanın bunaltı içinde olması bir tanı ölçütü olarak gösterilmektedir. Hastalar zaman zaman hafifleyen ya da sönen, fakat ağır uyum bozukluğuna yol açmayan bunaltıyı aylarca, yıllarca çekebilirler. Klinik deneyimlerimize göre, kesintisiz yaygın bunaltının en az altı ay süreyle zamanın büyük kısmında bir hastada bulunması seyrek görülen bir durumdur. Ülkemizde, yaygın bunaltı bozukluğu olan hastaların çoğunda, tanı için zorunlu görülen altı aydan önce bunaltı somatizasyona dönüşmektedir.

Bunaltı bozukluklarında ölçme ve değerlendirme araçları

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) [87]

40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin, belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini göz önüne alarak yanıtladığı bir ölçektir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiği dikkate alınarak doldurulur. Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları tamamlanmıştır [73].

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale) [43]

Son 72 saatteki bunaltı düzeyini belirlemek için kullanılan bir ölçektir. Görüşmeci tarafından doldurulur. 0-4 arasında değerlendirilen toplam 14 sorudan oluşur. Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır[103].

Ayırıcı Tanı

Yaygın bunaltı bozukluğunda başka bir ruhsal hastalığın bulunma oranı (ektanı) %91.3 olarak bildirilmektedir [34]. Başka bir deyişle yaygın bunaltı bozukluğunun neredeyse tamamı obsesif-kompulsif bozukluk, çökkünlük, hipokondriazis, kronik alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi durumlarla birlikte bulunmaktadır.

Yaygın bunaltı bozukluğunun ayırıcı tanısında şunları göz önünde tutmak gerekir:

Fobiler: Fobik bozuklukta bunaltı özel durumlarda ya da nesneler karşısında ortaya çıkar ve kişi bu durumlardan kaçınmaya çalışır (agorafobi, sosyal fobi gibi). Bu durumların dışında hastada belirgin bunaltı genellikle görülmez. Fakat fobik hastaların da sıklıkla çabuk heyecanlanan, ürken, sıkıntılı kişiler olduğunu göz önünde tutmak gerekir. Yani hastada yaygın bunaltı bozukluğu, fobiler ya da panik bozukluğu birlikte bulunabilir.

Panik bozukluğu: Bunda bunaltı önceden kestirilemeyen nöbetler halinde gelir ve nöbetler genellikle gün boyu sürmez. Ayrıca bu nöbet sırasında şiddetli ölüm korkusu ya da kontrolünü yitirme, delirme korkusu olur. Nöbetler arasında ise hastada yaygın bunaltı değil, panik nöbetinin gene geleceği korkusu vardır.

Obsesif-kompulsif bozukluk, hipokondriazis ve depresyon: Bu bunaltı çok sık görülen bir belirtidir. Ayrıca bu üç rahatsızlık birlikte bulunabilir. Hastada bu bozukluklara özgü klinik belirtilerin bulunup bulunmadığı soruşturulmalıdır.

Şizofreni: başlangıç dönemlerinde ya da depreşme durumlarında zaman zaman panik derecesine varan ağır ve uzun süren bunaltı belirtileri görülebilir. Şizofrenideki bunaltı genellikle garip, anlaşılması güç açıklamaları da içerir. Hasta acayip algıları, varsanıları ve düşünceleri içinde çok bunaltılı olabilir.

Akatizi: Özellikle birinci kuşak antipsikotik alan hastalarda yan etki olarak, çoğu kez başka yan etkilerle birlikte garip bir iç sıkıntısı, yerinde duramama yani *akatizi* görülebilir ve bu durum yaygın bunaltı ile çok karışabilir. Antipsikotik alan hastalardaki ilaca bağlı akatizi ile nevrotik yaygın bunaltıyı ayırt etmek gerekir. Birinci kuşak, yüksek güçlü antipsikotik kullanma öyküsü önemlidir. Nöroleptik alan hastalarda görülen *sıkıntılı yerinde duramama (akatizi)* yanı sıra antipsikotiklere bağlı başka ekstrapiramidal sistem belirtilerine dikkat etmek gerekir. Antipsikotik alan hastalardaki sıkıntılı yerinde duramama antiparkinson ilaçlarla giderilebilir. Her iki tür sıkıntı da benzodiazepinlere olumlu yanıt verir.

Bedensel hastalıklar: Hipertiroidi, anjina pektoris, paroksismal atrial taşikardi, mitral kapak prolapsusu, feokromasitomada da bunaltı belirtileri görülür[32].

Toksik etkenler: Amfetamin, LSD, steroidler, antipsikotikler, sempatomimetikler (efedrin), aşırı kahve-çay alınmasına bağlı bunaltı belirtileri ortaya çıkabileceği gibi alkol, benzodiazepin ve başka bağımlılık yapan maddeleri bırakma durumlarında da uzun süreli bunaltı belirtileri görülebilir.

Gidiş ve Sonlanış

Yukarıda da söz edildiği gibi yaygın bunaltı bozukluğunun süre ölçütü tartışmalı bir konudur. DSM-IV ve ICD-10'da tanımlandığı gibi en az altı ay zamanın büyük bir kısmında süren bunaltı klinik uygulamada sık karşılaşılan bir durum değildir. Hastalar zaman zaman hafifleyen ya da sönen, fakat ağır uyum bozukluğuna yol açmayan bunaltıyı aylarca, yıllarca çekebilirler. Yaygın bunaltı bozukluğundaki bunaltı, dönemler halinde gelmekten çok dalgalanmalar gösterir.

Yaygın bunaltı bozuklukları kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülür. Ortalama başlangıç yaşı 21 olarak bildirilmektedir[78]. Daha geç (30-40 yaşlarından sonra) başlayan yaygın bunaltı bozukluğu, genellikle başka bozukluklara ikincil olarak gelişmektedir. Yaygın bunaltı bozukluğu olan hastaların 40 yıllık bir izleme çalışmasında yaş ilerledikçe bunaltının yerini somatizasyon bozukluğu belirtilerinin aldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada 50 yaşın üzerinde süregenleşme nadiren bulunmuştur[79]. En azından bizim toplumumuzda, sağaltım görmeyen hastaların çoğunda bir süre sonra konversiyon, hipokondriazis ya da başka somatoform bozukluk belirtileri ortaya çıkar ya da tipik çökkünlük başlar. Yaygın bunaltı bozukluğu sağaltım görmezse süregenleşebilir. Sağaltıma uyumu iyi olmayan hastalarda, kadınlarda ve erken başlayan yaygın bunaltı bozukluğunda hastalık daha kötü gidiş göstermektedir[79].

Yaygın bunaltı bozukluğu olan hastalarda fobiler, panik nöbetleri, ruhsal çökkünlük, süregen alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi bozuklukların da sıklıkla birlikte bulunabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca yaygın bunaltı bozukluğu olan hastaların %50'sinde eşlik eden kişilik bozukluğu da bulunmaktadır.

Yaygın bunaltı bozukluğunun gidişini *olumsuz etkileyen etkenler* aşağıda sıralanmıştır:[27]

- Çökkünlük ektanısı bulunması
- Kisilik bozukluğu ektanısı bulunması
- Belirtilerin şiddetli olması
- Nörotiklik düzeyinin yüksek olması
- Sosyal uyumun zayıf olması
- Düşük sosyoekonomik düzey
- İşsizlik
- Ayrıca klinik gözlemlerimiz süregen aile içi sorunlar ve çatışmaların hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Oluş Nedenleri

Fobiler ve panik bozukluğu tanımlandıktan sonra ele alınacaktır.

Sağaltım

Fobiler ve panik bozukluğu tanımlandıktan sonra ele alınacaktır.

PANİK BOZUKLUĞU*, **

Eski yayınlarda panik nöbetleri özel durumlarda görülen bir sendrom olarak ele alınmaktaydı. Örneğin paranoid psikozda, akut organik beyin sendromlarında (deliriyum tremens gibi), eşcinsellik korkusuyla ortaya çıkan panik durumlarında olduğu gibi. Panik nöbetleri bütün bunaltı bozukluklarında ya da başka ruhsal bozukluklarda ortaya çıkabilir. Panik bozukluğu ise kendiliğinden ve beklenmedik panik nöbetleri ile giden bir bunaltı bozukluğudur. DSM IV'te Bunaltı Bozuklukları ana başlığı altında "panik bozukluğu" olarak, ICD-10'da ise "F41 Başka bunaltı bozuklukları" başlığı altında "F41.0 Panik bozukluğu (paroksismal bunaltı nöbetleri)" olarak sınıflandırılmaktadır[64, 102].

Sıklık ve Yaygınlık

Panik nöbetlerinin fobiler ile ayırımı yapılabildikçe sanıldığından çok daha sık görüldüğü anlaşılmaktadır. Fobi olarak bilinen birçok bozukluğun aslında panik nöbeti ya da panik nöbeti korkusu olduğu için bu bozukluk epidemiyolojik açıdan da önemlidir. Yaşam boyu en az bir panik nöbeti geçirme olasılığı %10 olarak bulunmuştur. Panik bozukluğunun genel nüfusta yaşam boyu yaygınlık oranı % 1-2 olarak bildirilmiştir[5, 65, 99, 109]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre genel toplumda panik bozukluğu kadınlarda %0.5, erkeklerde % 0.2dir[42]. Ankara Gölbaşında sağlık ocağına başvuran hastalarda panik nöbeti yaygınlığı %3.4, panik bozukluğu yaygınlığı ise %0.2 olarak bulunmuştur[76].

Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmektedir. Korku ifadesinin ve agorafobik kaçınma davranışlarının belirmesinde cinsiyetler arası fark kültürel etkenlerin rolüne bağlanabilir[71]. Genel olarak bunaltı bozuklukları ve çökkünlüklerin kadınlarda daha çok görülmesi kadının hem ruhsal, hem de biyolojik zorlanmalara (stres) daha çok uğraması ile ilgili olabilir.

Belirtiler ve Bulgular

I. Genel görünüm ve davranış

Panik nöbetleri olmayınca hastanın genel görünümünde belirgin bir bozukluk yoktur. Ancak panik nöbeti olduğu sırada hasta ileri derecede endişeli ve telaşlı görünür.

---

* Ülkemizde panik bozukluğunda görülen "panik nöbeti" karşılığında "panik atak" denmesi halk arasında da giderek yaygınlaştı. Koylu, kentli hastalardan "bende panik atak hastalığı var" dendiğini sık işitiyorum. İki tıbbi sözcüğün bu denli kısa sürede bu denli yaygınlaştığını hiç görmemiştim. Sanırım hem panik hem atak gibi iki keskin sözcük sıkıntılarını anlatmaya çalışan hastalara çekici geliyor. "Atak" sözcüğünü de asıl anlamını bilmeden benimsemişler. Bunu başlangıçta kimi hekimler İngilizceden çeviri yaparken İngilizce ve Türkçe kurallarını fazla düşünmeden "panik bozukluk, panik atak" diye yazdılar, böyle kullandılar. Bu yanlışı sürdürenlerin sayısı az değil (M.O.Ö).

** Biraz gramer: İngilizce'de iki isim yan yana gelebilir. Örneğin "anxiety disorder", "drug effect" "panic disorder" gibi. Türkçe'de iki isim böyle bir amaçla yan yana getirilince ikincisi ek alır. Anksiete bozukluğu, ilaç etkisi, panik bozukluğu gibi". İngilizce'de panik isimdir. "I am panic" hiç bir zaman denemez. "I am panicky" ya da "I am in a panic" denir. Toplumun tıp terimlerini bilmemesini kınayamayız, ama hekimlerin dili yanlış kullanmalarını kınayabiliriz.

II. Konuşma ve ilişki kurma

Panik nöbetleri olmadığı zamanlarda hastanın konuşmasında, kişilerle ilişki kurmasında bozukluk görülmez. Ama, panik nöbeti sırasında hasta ağır korku ve panik durumu içerisinde rahat konuşamaz, sesi titrer. Klinik belirtilerin ağırlığı altında hasta ile ilişki kurmak güç olabilir. Hasta yaşadığı panik belirtilerinin ya da panik nöbetini yeniden yaşamak korkusunun üzerinde konuşmak isteyebilir.

III. Duygulanım

Panik nöbetleri sırasında hastada ileri derecede korku ve uyarılma durumu vardır. Ne zaman geleceği önceden kestirilemeyen, akut ve ağır bir korku nöbeti bütün duygulanıma egemendir. Panik nöbeti yatıştıktan sonra hastanın en önemli yakınması panik nöbetini yeniden yaşama korkusudur. Panik nöbeti sırasında, aşağıda açıklanacak olan fizyolojik belirtilerin yanı sıra, hastada şiddetli bir *ölüm korkusu ya da delirme, özdenetimini yitirme korkusu* belirgindir. Nöbet geçtikten sonra özdenetimi yitirme ya da ölüm korkuları da daha hafif olmak üzere sürebilir. Hasta panik nöbetinin yinelemesinden korkar. Buna *beklenti bunaltısı* (anticipatory anxiety) denir. Genel olarak nöbetler ya kendiliğinden, yani ortada bir uyarıcı durum yokken ya da psikososyal bir uyarandan bir süre sonra ortaya çıkar. Bu uyaran aslında ileri derecede sarsıcı, korkutucu bir uyaran olmayabilir. Fakat hastaların önemli bir kısmında panik nöbetinden birkaç hafta, birkaç ay önce yaşanmış önemli bir yaşam olayı (örneğin ölüm, ayrılık, aşağılanma gibi) öyküsü bulunabilir. Ancak, bunların özgül bir stresör olduğu söylenemez.

IV. Bilişsel yetiler

Genel olarak panik nöbetleri dışında hastanın yönelimi, algılaması ve bütün başka bilişsel yetileri yerindedir. Fakat panik nöbeti sırasında hastada zaman zaman sanki çevresini tanımıyormuş, algı bozukluğu varmış gibi bir durum ortaya çıkabilir. Hasta zihinsel karışıklık, şaşkınlık içinde olabilir. Ayrıca öze yabancılaşma (depersonalizasyon), gerçekdışılaşma (derealizasyon), yani kişinin kendini ve çevresini değişmiş olarak algılaması görülebilir.

V. Düşünce süreci ve içeriği

Panik nöbeti dışında hastanın düşünce sürecinde ve içeriğinde bozukluk yoktur. Fakat çoğu hastada nöbet ya tekrar gelirse, geldiğinde kendisine ne olur, ne yapar türünden kaygılarla giden *beklenti bunaltısı* sık görülür. Muayene sırasında bunaltının altında yatan bilişsel tema "...olursa ne olur?" tarzı sorular ile açığa çıkarılabilir. Örneğin "Panik nöbeti sırasında en kötü ne olabilir?".

VI. Bedensel ve fizyolojik belirtiler

Panik nöbeti sırasında şiddetli ölüm ya da delirme korkusu yanı sıra görülen fizyolojik belirtiler otonom sinir dizgesinin kamçılanışına bağlıdır:

- Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma,
- Terleme
- Titreme
- Soluğunu alamıyor, boğuluyor duygusu, solunumun sıklaşması,
- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın ağrısı
- Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- Gerçekdışılaşma (derealization), öze yabancılaşma (depersonalizasyon),
- Uyuşma ya da karıncalanma duyumları
- Üşüme, sıcak-soğuk basmaları,
- Sık idrara çıkma,
- Kan basıncının yükselmesi,

Bu nöbetler genellikle 5-10 dakika sürer, sonra şiddeti azalır. Başlangıçta hasta neye uğradığını şaşırır. Bazen ölüm korkusu ya da deli olma korkusu yüzünden hasta çevresinden yardım bekler. Hemen yakınlarından doktora götürülmesini ister. En çok bir kalp krizinden korkularak acil servise yetiştirilen hastanın nöbeti hekimle biraz konuştuktan sonra yatışmaya başlar.

Çoğu zaman kişi bu panik nöbeti sırasında öleceğinden, inme inceceğinden ya da özdenetimini yitirerek delireceğinden korkar. Hastaya delirmek ne demektir diye sorulduğunda bunun tanımlamasını yapamaz. Bu, gerçekte özdenetimi tümden yitirme, ya düşüp olduğu yerde bayılma ya da çılgınca bağırma, çılgınca bir şey yapma korkusudur. Çoğu zaman yanında güvendiği birileri olursa ölmek, kendini kaybetmek, özdenetim dışı bir şey yapmak, düşüp bayılmak korkusu yatışır. Panik hastasını değerlendirirken mutlaka kendini güvende hissetmeye yönelik bu tip davranışlar ya da zihinsel yöntemler soruşturulmalıdır.

Tanı

Panik nöbetlerinin ne zaman, nerede geleceği genellikle belli olmaz. Diğer bunaltı bozukluklarında olduğu gibi baskın belirtiler kişiden kişiye değişebilir. Yukarıda sayılan bedensel belirtilerle birlikte hemen her zaman bir ölüm korkusu ya da kontrolünü kaybetme, çıldırma korkusu vardır. Hasta bir kez panik nöbeti geçirdikten sonra yeni bir panik nöbeti geçireceğine ilişkin sürekli bir korku duyar. Buna *beklenti bunaltısı (anticipation anxiety)* denir. Panik nöbeti belirli durumlarda oluyorsa hasta bu ortamlardan kaçınmaya başlayabilir. En çok *agorafobili panik nöbetleri* görülür. Kalabalık içinde, açık yerlerde, sokakta, pasajda, otobüste, hastanın tıkanıp kalmış, yalnız, yardımcısız, çaresiz hissettiği herhangi bir yerde ortaya çıktığı zaman bu duruma yeni tanımlamaya göre agorafobili panik nöbeti denmektedir.

Panik bozukluğu tanısı için ICD-10 şu ölçütleri sıralamıştır:

Kesin tanı için bir ay içerisinde birkaç kez ağır otonomik bunaltı nöbeti geçirilmiş olmalıdır. Bu nöbetler:

a) Bir dış tehlikenin bulunmadığı durumlarda ortaya çıkar;
b) bilinen ya da önceden kestirilebilen durumlarla sınırlı değildir;
c) ara dönemlerde bunaltı belirtileri pek bulunmamaktadır (beklenti bunaltısı dışında).

DSM-IV hastada en az bir ay süre ile "beklenti bunaltısının", yani panik nöbeti geçirme korkusunun bulunmasını ön koşul olarak belirtmektedir. DSM-IV'te panik bozukluğu iki kümeye ayrılmaktadır:

- Panik bozukluğu, agorafobili
- Panik bozukluğu, agorafobisiz

Panik nöbetleri bulunmaksızın da fobik bir bozukluk türü olarak *agorafobi* görülebilmesi nedeniyle, agorafobi konusu ileride *Fobik Bozukluk* başlığı altında ayrıca ele alınacaktır.

Panik Bozukluğunda Ölçme ve Değerlendirme Araçları

Panik Agorafobi Ölçeği (Panic and Agoraphobia Scale)[9]

Panik bozukluğu tanısı olan hastalarda panik nöbetlerini, fobik kaçınmayı, beklenti bunaltısını, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancının şiddetini değerlendirir. Özellikle ilaç ve psikolojik sağaltım yöntemlerinin etkinliğinin araştırıldığı klinik çalışmalar ve başka tanı gruplarındaki panik bozukluğu ve agorafobi belirti örüntüsünü değerlendirmek amacıyla kullanılır. Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları tamamlanmıştır [93].

Gidiş

Panik bozukluğunda *olumsuz gidiş göstergeleri* şöyle sıralanabilir [83]:

- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Sağaltımın gecikmesi
- Fobik kaçınmanın şiddeti
- Duygudurum bozukluğu, kişilik bozukluğu, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu gibi rahatsızlıkların eşlik etmesi (ektanı)
- Kadın cinsiyet (erkek ve kadınlarda benzer düzelme oranları olmakla birlikte kadınlarda yineleme daha sık)
- Panik bozukluğunda da, süregen aile içi sorunlar ve çatışmaların hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilediğine ilişkin klinik gözlemlerimiz bulunmaktadır.

Ayırıcı Tanı

Bütün bunaltı bozukluklarında olduğu gibi panik bozukluğunda da bir başka bunaltı bozukluğu ya da ruhsal hastalığın birlikte görülme olasılığı çok yüksektir (%92.2) [66].

Bedensel hastalıklar

Kalp atımı düzensizlikleri bazen panik nöbetlerindeki bedensel yakınmalarla birlikte bunaltıya da yol açabilir. En çok *mitral kapak prolapsusu (MVP) ve paroksismal atrial taşikardi (PAT)* olan hastalarda panik nöbetlerine benzer sıkıntılı durumlar görülebilir. Hatta bir ara MVP ile panik bozukluğu arasında nedensel bir bağ olabileceğine ilişkin yayınlar çıkmışsa da böyle bir ilişki olmadığı anlaşılmıştır. Fakat bu iki durum birlikte bulunabilir. İyi bir kardiyolojik inceleme ile tanı konur. Ani kan basıncı artmaları ve taşikardi nöbetleri gösteren *feokromositoma ve hipertiroidi*li hastalar ayırt edilmelidir.

Ayırıcı tanıda aşırı kahve ve çay alımı (kafeinizm), steroid tedavisi, amfetamin zehirlenmesi, bazı alışkanlık yapan maddelerin (alkol, barbituratlar, benzodiazepinler) bırakılması durumlarında yoksunluk belirtileriyle birlikte panik ve ajitasyon sendromları gözönünde tutulmalıdır. Toksik ya da başka organik nedenlere bağlı deliryum durumlarında panik benzeri bunaltı olabilir. Deliryum durumlarında hastanın bilinci zaman zaman sislenir, yönelim ve algı bozukluğu görülür.

Ruhsal Bozukluklar

Paranoid psikozlarda izlenme ve kötülük görme sanrıları şiddetli olursa hasta birden büyük bir korku içine girebilir. Bu durumda panik nöbetindeki belirtiler görülebilir. Buradaki panik durumu asıl izlenme ve kötülük görme sanrılarına bağlı olduğu için asıl tanı paranoid bozukluk tanısıdır.

Şizofreninin başlangıç dönemlerinde bazen kendini ve dünyayı değişiyor, parçalanıyormuş gibi algılayan genç hastalarda; bazen de korkutucu, dehşet verici işitme ve görme varsanıları olanlarda panik nöbetlerine benzer korkular ortaya çıkabilir.

Eşcinsellik korkusuna bağlı panik: Seyrek de olsa, eşcinsel dürtülerinin farkına vararak birdenbire kendisinin eşcinsel olabileceği ya da eşcinsel tanınacağı korkusu ağır bir panik nöbeti derecesinde yaşanabilir. Hasta her zaman eşcinsel eğilimlerinin bilincinde değildir. Yadsıma (denial) düzeneğinin işlemesi ile bu dürtüler bilinçdışı tutulur. Yansıtma (projection) düzeneği ile de dıştan kendisine eşcinsellik ithamları ya da eşcinsel yaklaşmalar yapılacağı korkusu ile hasta panik durumuna girebilir. Dışardan gelen tehlike algısı ile üstüne alınma düşünceleri (referans fikirleri) ve giderek paranoid sanrılar oluşur (Bakınız *Bölüm XVII: Sanrılı Bozukluklar*).

Panik bozukluğunu en çok *yaygın bunaltı* ve *fobik bozukluklardan* ayırt etmek gerekir. ***Yaygın bunaltı bozukluğu*** *(generalized anxiety disorder)* uzun sürelidir; korkunun derecesi panik nöbetindeki kadar şiddetli değildir. *Fobilerde* ise panik nöbetine benzer korkular ancak özel fobi nesnesi ya da durumu ile karşılaşınca görülür. Sınıflandırma tanı ölçütlerine göre, *eğer beklenmedik biçimde nöbetler geliyorsa, hastada fobi olsa bile tanı panik bozuk-*

luğu tanısıdır. Örneğin, panik nöbetleri geçirdiği için yalnız başına sokağa çıkma fobisi olan bir hastada tanı agorafobili panik bozukluğu tanısıdır.

Panik bozukluğu olan hastalarda sıklıkla *çökkünlük, ikiuçlu duygudurum bozukluğu, saplantı zorlantı bozukluğu* birlikte bulunabilir. Bu bozuklukların birlikte bulunup bulunmadığının incelenmesi tanı ve sağaltımda son derecede önemlidir[5].

Oluş Nedenleri

Fobik bozukluk tanımlandıktan sonra ele alınacaktır.

Sağaltım

Fobik bozukluk tanımlandıktan sonra ele alınacaktır.

FOBİK BOZUKLUK

Klasik anlamda fobi, normalde korkulmayacak belli bir durum ya da belli bir nesne ile karşılaşınca ortaya çıkan korkudur. Hasta bu durum ya da nesne karşısında bu denli korkulmayacağını bilir; korkusunu anlamsız, yersiz bulur. Fakat yine de korktuğu nesne ya da durumdan kaçınır. Eski yayınlarda sayısız fobiler eski Yunanca adlarla sıralanmıştır. *Zoofobi: hayvan korkusu, klaustrofobi: kapalı yer korkusu, agorafobi: açık yer korkusu, eritrofobi: yüz kızarması korkusu, mizofobi: pislik korkusu, niktofobi: gece korkusu, koprofobi: dışkı korkusu, pirofobi: ateş korkusu, ksenofobi: yabancı korkusu...*

Sıklık ve Yaygınlık

Fobilerin yaygınlığını saptamak güçtür. Yaşamı çok kısıtlamayan hafif durumlarda çoğu kez hekime başvurulmaz. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan büyük bir epidemiyolojik araştırmada altı aylık bir süre içinde nüfusun % 5-12'sinde fobik bozukluk saptanmıştır. Fobiler kadınlarda erkeklerden en az iki üç kat fazladır[7]. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında yetişkinler arasında panik bozukluğu %0.4, agorafobi % 0.6, sosyal fobi %1.8, özgül fobi % 2.7 oranında bulunmuştur*[52]. Agorafobi, sosyal fobi ve özgül fobilerin toplam oranı A.B.D. bulgularından çok farklı değildir.

Belirtiler ve Bulgular

Fobik kişide, fobi nesnesi karşısındaki bunaltı belirtilerinin dışında başka bir bozukluk genellikle bulunmaz. Daha önce panik nöbetinde sayılmış olan klinik belirtiler hastada fobik nesne ya da fobik durum karşısında aynı şekilde ortaya çıkar. Bu belirtiler burada tekrarlanmamıştır. Fobik durumdan ya da nesneden uzaklaşınca, bütün belirtiler yatışır ve hasta bir daha böyle bir duruma girmemeye çalışır, fobi nesnesinden ya da durumundan kaçınır.

Fobik hastayı muayene ederken kaçınma davranışı ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Örneğin örümcek fobisi olan bir insan, örümceklerden kaçınır,

örümceğin bulunabileceği yerlerden (karanlık köşeler gibi) kaçınabilir, bazısı örümceği düşünmekten de kaçınır, televizyonda örümcek ya da örümceğe benzeyen canlılarla ilgili belgeselleri izlemekten, bir kısmı ise örümceği çağrıştıran eşyalardan bile (örneğin, süpürge) kaçınabilir [64].

Fobik bozukluklarda da bir başka ruhsal hastalık ya da bunaltı bozukluğu sıklıkla bulunur (agorafobide %87.3, özgül fobide %83.4, sosyal fobide %81) [66].

ICD-10'da fobiler şöyle sınıflandırılmıştır:

F40 Fobik bunaltı bozuklukları
- F40.0 Agorafobi
  - 00 Panik bozukluğu yok
  - 01 Panik bozukluğu var
- F40.1 Sosyal fobi
- F40.2 Özgül fobiler
- F40.8 Başka fobik bunaltı bozuklukları

F40.9 Fobik bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş

DSM-IV'de ise fobik bozukluklar *bunaltı bozuklukları* anabaşlığı altına alınmıştır. Bu sınıflandırma bölümün başında verilmiştir.

AGORAFOBİ

Fobiler arasında sık görülen agorafobi eskiden yalnız meydanlardan, açık yerlerden korku olarak bilinirdi. Şimdi agorafobi çok daha geniş anlam taşımaktadır. Yalnız başına kalmaktan, yalnız sokağa çıkmaktan, kalabalık yerlere girmekten, örneğin sinema, tiyatro, tünel, köprü, pasaj, asansör, otobüs, vapur, uçak gibi yerlerde duyulan korkular ve bu yerlerden kaçınma davranışı artık agorafobi sayılmaktadır. Bu korku bireyin bir yerde kurtulamayacakmış gibi tıkanıp kalması, çıkamaması ya da yardımsız, çaresiz kalma, bu yüzden ileri derecede utanılacak bir duruma girmekten ya da panik nöbeti gelmesinden korkusudur. Hastaların bir kesimi daha önce geçirmiş olduğu bir panik nöbetini tekrar yaşama korkusu yüzünden yalnız başına sokağa çıkamamakta, kalabalığa girememekte, otobüse binememektedir. Bu durum ICD-10'a göre *panik bozukluğu olan agorafobi*, DSM-IV'e göre ise *agorafobili panik bozukluğu*dur.

Görülüyor ki hem ICD-10, hem DSM-IV agorafobi ile panik bozukluğu arasında yakın bir bağ olduğunu kabul etmektedir. Aradaki sınıflandırma farkı kodlamada gibi görünmektedir. DSM-IV'de agorafobi "panik bozukluğu agorafobili" ya da "panik bozukluğu öyküsü olmayan agorafobi" olarak kodlamaktadır. Bu iki durum arasındaki en önemli fark "agorafobili panik bozukluğu"nda hasta girdiği ortamdan değil, o ortamda panik nöbeti geçirmekten ve onun sonuçlarından (ölmek, aklını kaçırmak, kontrolünü kaybetmek) korkar. "Panik bozukluğu öyküsü olmayan agorafobi"de ise hasta

korkmaktan korkar. İki durumu ayırt edebilmek için hastaya "Bunaltı hissetmeyeceğinizden emin olsanız gene de (bu ortama) girmekten korkar mısınız?" diye sorulabilir. A.B.D.'de yapılan geniş epidemiyolojik araştırmalarda panik nöbeti öyküsü olmayan agorafobi yaygınlığının düşük olduğu ve böyle bir tanı sınıfının tartışılabileceği savunulmaktadır[65]. ICD-10'un yukarıdaki sınıflandırması daha yalın ve yeterlidir.

Agorafobi bireyin herhangi bir yerde panik nöbeti geçirme korkusuna bağlı olabilir. Hiç panik nöbeti geçirmemiş bir kişide de bir yerden çıkamama, kurtulamama, bir seçeneği olmaması, zayıf, çaresiz kalarak utanılacak bir durumda kalması korkusuna bağlı olarak da agorafobi gelişebilir. Ağır agorafobikler yaşamın birçok etkinliğinden uzaklaşır. Bir süre sonra yaşamları o kadar kısıtlanabilir ki zamanla ciddi çökkünlük durumlarına da girebilirler.

> 33 yaşında, iki çocuklu, ev kadını. Yalnız başına evde kalamama, yalnız sokağa çıkamama, otobüs, taksiye binememe, tek başına herhangi bir mağazaya girememe, karanlık, asansör, uçak, köpek korkularından yakınmaktaydı. Evde zorunlu olarak yalnız kaldığında sanki birisi kendisine saldıracakmış gibi kapıları kilitliyor, tekrar kilitliyor, perdeleri tümden kapatıyordu. Yıllardır evinin hemen yakınındaki manava, berbere gidemiyordu. Muayene sırasında belirgin bir çökkünlük içindeydi ve bunaltıya bağlı çeşitli bedensel yakınmaları vardı. Son yıllarda bütün yaşamı felç olmuş gibiydi. Yalnız kaldığında soluk darlığı, boğazında sıkılma duygusu, çarpıntı, terleme, ürperme, baş dönmesi, bulantı, karın ağrısı, ellerinde uyuşma, ölüm korkusu ile giden tipik panik nöbetleri tanımlıyordu. Sosyoekonomik düzeyi oldukça yüksek bir hekimin kızı, yüksek eğitim görmüş birinin eşi olmasına karşın, rahatsızlığın başlamasından yıllarca sonra ilk kez bir hekime kendi istediği için getirilmişti. İlk muayeneler ve sonraki görüşmelerde alınan öyküye göre hastanın korkuları ilkokul çağına dek uzanıyordu. İlkokul çağındaki korkuları tipik okul korkusu belirtileri olduğu halde ailenin dikkatini çekmemiş, yalnızca okulda başarısız, belki de geri zekâlı olarak kabul edilmiş, ilkokuldan sonra okula gitmemesi ailede bir sorun olmamıştı. Ürkek, güvensiz olmasına karşın gösterişli fizik yapısıyla 16 yaşında evlenmişti. Kendisinden yaklaşık 13 yaş büyük olan kocasına bağlanmış, çocuklarını oldukça iyi yetiştirebilmişti. Yıllar boyunca süregelen korkularına evdekiler alışmış, uyum yapmışlardı.
>
> Tanısı bir açıdan tartışılabilir olan bu hasta sağaltım bölümünde anlatılacağı gibi ters niyetli alıştırma (exposure ve paradoxical intention) ile birlikte analitik yönelimli kısa psikoterapi ve klomipramin ile sağaltımdan son derece yararlanmış ve yaklaşık 20 yıldan fazla süren korkuları geçmişti. Uzun süreli izlemede iki uçlu duygudurum bozukluğu da saptanan hastada panik nöbetleri yıllarca yinelemedi.

SOSYAL FOBİ

(Sosyal bunaltı bozukluğu)

Toplum içinde konuşurken ya da herhangi bir eylem yaparken kızarma, terleme, ellerin titremesi, kendini küçük düşürecek yanlış bir şey yapma korkusu olarak tanımlanır. Bu nedenle kişi topluluk içine girmekten kaçınır. Böyle durumlara girmek zorunda kalınca bunaltının bütün öznel ve nesnel

belirtileriyle rahatsız olur. Hasta bu korkunun ve belirtilerinin topluluk içinde herkes tarafından fark edileceğinden de korkarak topluluğa girmekten çeşitli bahaneler bularak kaçınır. Kaçınamadığı durumlarda, örneğin bir konuşma yapacaksa günler hatta bazen haftalar önceden beklenti bunaltısı başlar. Sorunun en önemli kısmını bu beklenti bunaltısı oluşturabilir. Sık görülen sosyal fobi belirtileri arasında topluluk önünde konuşma, yeme, içme ya da halka açık tuvaletleri kullanma sayılabilir.

Sosyal fobiyi başka bunaltı bozukluklarından ayıran özelliği hastanın başkalarının kendisi hakkında ne düşüneceği üzerinde fazla durmasıdır. Örneğin sosyal fobisi olan bir insan yalnız başınayken bunaltı belirtisi yaşamaktan korkmaz. Oysa, agorafobili panik bozukluğu olan bir kişi panik nöbeti geçirirken yanında başka kimse yoksa, ölmekten her zamankinden daha da çok korkar. Başka bir deyişle, agorafobisi olanlar bunaltı belirtilerinden korkarken, sosyal fobisi olanların korkusu başkalarının önünde küçük düşmektir.

Ülkemizde tipik sosyal fobi türünde olmasa bile topluluğa girme, toplulukta konuşma, toplulukta özgürce davranabilme konularında değişik derecelerde çekingenlik oldukça sık görülen bir durumdur. Bunların büyük bir kısmı klinik düzeyde bir rahatsızlık olarak ele alınmayabilir. Ama gerçekten yüzü kızaracak, elleri titreyecek ya da topluluk içinde yanlış bir şey yapacak diye ileri derecede endişe ve kaygıya kapılan, böyle durumlardan kaçınan kişilerin hekime başvurmaları da oldukça sık görülmektedir. A.B.D.'de bu oranın bir çalışmaya (Epidemiologic Catchment Area –ECA, 1980) göre %2.3, bir başka çalışmaya (National Comorbidity Survey-NCS, 1994) göre % 13.3 bulunduğu bildirilmiştir[65] Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sosyal fobi kadınlarda % 2.3, erkeklerde % 1.1 olarak bulunmuştur[52].

ÖZGÜL FOBİLER

Belli nesneler ya da durumlardan anormal korkudur. Örümcek, kelebek, kedi, köpek, hamam böceği, karanlık, fırtına, kapalı yer, yükseklik fobileri en sık karşılaşılan özgül fobilerdir. Bunları agorafobi ve sosyal fobilerden ayırt ettiren özellik korkunun özgül durumlar ve nesneler karşısında belirmesidir. Bu özgül nesneler ve durumlar olmadığında hastada rahatsızlık belirtisi yoktur. Bunlardan uzak olduğu sürece hastanın yaşamı etkilenmemektedir. Yalnız fobi nesnesi ya da durumuyla yüz yüze gelince panik derecesinde korku ortaya çıkmaktadır. Hasta bu nesne ve durumların nerelerde bulunabileceğini önceden inceler ve ona göre sakınarak sıkıntıdan kendini korumaya çalışır. Fakat sık karşılaşılan nesnelere (örneğin, köpek, kedi, hamam böceği gibi) karşı korku yaşamı çok kısıtlayıcı olabilir. Birçok kişinin bazı durumlardan ya da nesnelerden korkusu olabilir; ancak, eğer klinik olarak çok şiddetli sıkıntı vermiyor ve kişinin ilişkilerini ve işlev düzeyini bozmuyorsa bu duruma fobi denilmez.

55 yaşında bir kadın hasta kendisine köpek değmesinden korkusu o denli aşırı idi ki eşi ile yolculuk sırasında arabaya koşan köpeklerden birinin arabaya değmiş olabileceğini düşünerek dehşete kapılıyordu. Yolda eşine yalvararak ilk benzin istasyonunda durduruyor, arabayı yıkattırıyordu. Kimi yolculuklarda araba birkaç kez yıkanıyordu. Aynı hasta kızının apartmanında bir köpek olduğu için kızını, torunlarını görmeye kesinlikle gidemiyordu.

Fobiler korkunun ortaya çıktığı uyarana göre üçe ayrılabilir

Nesne fobileri (böcek, kelebek, köpek, sivri uçlu eşya gibi)

Durum fobileri (kapalı yer, açık yer, asansör, yüksek yer, karanlık yer, yüz kızarması, kalabalıkta konuşmak korkuları gibi)

İşlev fobileri (altına kaçırma, gaz kaçırma, terleme, yüz kızarması vb.)

Fobilerde Ayırıcı Tanı

Fobilerde tanı koyma genellikle kolaydır. Hasta özgül durumlardan nasıl korktuğunu, kaçtığını anlatır. Bu korkuyu anlamsız ve gereksiz bulduğunu, fakat elinde olmadığını söyler. *Fobileri yaygın bunaltıdan, panik bozukluğundan ve obsesif-kompulsif bozukluktan ayırt etmek gerekebilirse de çok hastada bunlar bir arada bulunur.* Ayırıcı tanıda, fobileri deliryumda görülen özel panik ve korku tepkilerinden ayırt etmek gerekir. Deliryum sırasında olan şiddetli korkuları tanımak genellikle kolaydır. Hastada büyük bir şaşkınlık, çevresini değerlendirememe, tanıyamama ve yönelim bozukluğu olur. Bazen *paranoid hastalarda* aşırı kuşkuculuk yüzünden toplumdan kaçma durumu sosyal fobiye benzer gibi görünürse de, fobisi olanlarda insanlardan kuşkulanma olmaz; kişi insanlardan değil, kendi korkusundan yakınır. Paranoidlerde ise tehlikenin insanlardan geleceği düşünülerek kuşkuculuk ve ona göre kendini savunma davranışları ortaya çıkar. *Şizofrenideki toplumdan çekilme (social withdrawal)* sosyal fobiden çok farklı nitelikte bir insanlardan uzaklaşma, içe kapanma belirtisidir.

BUNALTI, FOBİ VE PANİK BOZUKLUĞUNUN OLUŞ NEDENLERİ

Bunaltının Ruhsal Kökeni

Her şeyden önce bunaltı bozukluklarında psikodinamik etkenler, öğrenme ilkeleri ve biyolojik etkenlerin birlikte işlemekte olduğunu belirtmek gerekir. Kimi hastalarda dinamik, kimi hastalarda öğrenme, kimi hastalarda da biyolojik etken daha ağırlıklı olabilir. Fakat etiyolojiyi ele alırken ve bir değerlendirme yaparken her hastada bu üç etkeni göz önünde tutmak gerekir.

Psikanalitik Görüş

1970'lerin ortalarına dek, bunaltı ve fobilerin oluş nedenleri ve oluş biçimi daha çok *Freud*'un başlattığı psikanalitik kuramla açıklanıyordu. Bunaltının oluş biçimi ve kökeni bu kitabın başlarında *Bölüm V: Davranışın Psikodina-*

mik Temelleri'nde açıklanmıştır. Buna göre, *bunaltı (anxiety) temelde bir iç çatışmanın (intrapsychic conflict) ürünüdür.* Psikanalitik yapısal varsayıma göre iç çatışma, benlik ve altbenlik (ego ve id) ya da benlik ve üstbenlik (ego ve süperego) arasında oluşmaktadır. Altbenliğe özgü bilinçdışı dürtülere karşı denge kurmaya çalışan benlik, herhangi bir nedenle zayıflar ya da dürtülerin gücü artarsa, benlik-altbenlik arasında bir çatışma ortaya çıkar. Çatışma, benliğin dürtüler karşısında çözüm bulamadığını, baş edemediğini gösterir. Bu bir tehlike olarak algılanır. *Bunaltı benlikte bir tehlikenin habercisidir; bir alarm işaretidir.* Bu bakımdan bunaltı, benliğin homeostatik işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisidir. Tıpkı dış tehlike karşısında organizmanın korkuyla tepki göstermesi gibi. Psikanalitik kuramda bilinçdışı dürtüler yasak cinsel ya da saldırgan dürtülerdir.

Organizmanın bir tehlike içinde olduğunun algılanması adrenerjik dizgenin kamçılanmasına, böylece bunaltının otonomik belirtilerinin ortaya çıkması ile bunaltının klinik düzeyde yaşanmasına yol açar. Bunaltı benliğin bir alarm işaretidir demiştik. Çatışma durumunda kalan benlik bunaltıya karşı savunma düzeneklerini harekete geçirir. (Bakınız *Bölüm VI Benliğin Savunma Düzenekleri*). *Yer değiştirme (displacement) düzeneği bunaltının belli bir nesneye ya da duruma bağlanmasını sağlar. Böylece fobi oluşur. Kişi fobik durumdan kaçınabildikçe kendini rahat hissedecektir. Freud*[36] ilk olarak bir erkek çocuktaki at fobisinde bilinçdışı baba korkusunun ata aktarılarak fobi geliştiğini ileri sürmüş ve fobilerin psikodinamik incelemesinde ilk adımı atmıştı. Psikanalitik açıdan, bunaltıya karşı savunmalar yetersiz kalınca *açık bunaltı (free floating anxiety)* görülür. Klinik açıdan bu tür bunaltıdaki belirtiler yaygın bunaltı bozukluğundaki görünümdedir.

Bunaltı, kaynağına göre dört türe ayrılabilir:

Üstbenlik (süperego) bunaltısı: Katı, cezalandırıcı bir üstbenliğin kişiyi eylemlerinden ya da eğilimlerinden ötürü aşırı denetleyici olması ve cezalandırılacakmış gibi bir duygunun ortaya çıkmasıdır. Bu duygu bireyde suçluluk duygusu ve bunaltı biçiminde yaşanır.

İğdişlik (castration) bunaltısı: Kaynağını Ödipal çatışmalardan alan yaralanma, bedenine zarar gelecek sakat kalacak gibi korkuların bulunması ile belirlidir. İğdişlik bunaltısı ayrıca başarısızlık korkusu, cinsel korkular, otorite karşısında aşırı sıkıntı duyma ve sinme biçiminde de görülebilir.

Ayrılma bunaltısı (separation anxiety): Sevilen bir kişiyi yitirme ya da ondan uzaklaşma, kopma bunaltısıdır. Ayrılma bunaltısı en çok çocukluk çağında görülür. Küçük çocuğun annesinden ayrılması yaşamın belki en acı, en sıkıntı veren olaylarındandır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, sevilen ya da ileri derecede bağlılık duyulan kişiden ayrılma korkusu da çocukluk çağından kalma temel bunaltının bir bakıma yeni baştan yaşanması gibidir. Aslında sevilen kişiden ayrılma genellikle derin bir özlem duygusu uyarır. Fakat ayrılma bunaltısında birey sevdiği kişiyi tümüyle yitirecekmiş, dünyada yapayalnız, desteksiz, çaresiz kalacakmış gibi hisseder.

Altbenlik (id) bunaltısı: Çeşitli nedenlerle egonun denetim gücü azaldığında (örneğin psikozlarda, yaşlı kişilerde) ya da altbenlik dürtülerinin aşırı güç kazandığı durumlarda (örneğin ergenlik çağında, uyaran yoksunluğu durumlarında) dürtülerin bütün çıplaklığı ile ortaya çıkarak başıbozuk eylemlere yol açabileceği korkusu aşırı derecede olabilir. Kişi altbenlik dürtüleri karşısında sanki denetim gücünü yitirecekmiş gibi hisseder. Bu nedenle hem üstbenlik cezasından, hem de gerçeklere ters düşme tehlikesinden dolayı derin korkuya kapılabilir. Dikkat edilecek olursa *altbenlik, üstbenlik, iğdişlik bunaltısı birbiriyle bağlantılıdır* ve aslında bunları birbirlerinden ne klinik olarak, ne de psikodinamik yönden ayırt etmek kolay değildir. *Ayrılma bunaltısı (separation anxiety)* ise insan yaşamında son derece özel yeri olan en önemli bunaltılardan biridir. Bu konu "*Bölüm VII: Kişilik Gelişimi*" ve "*Bölüm XXVI: Çocuk Ruh Sağlığı*"nda ayrıca ele alınmıştır. Altbenlik, benlik ve üstbenlik arasındaki çatışmayı ve buna bağlı fobik bozukluğu en azından kuramsal düzeyde anlayabilmek için şöyle bir örnek verebiliriz:

Genç bir kadında hem çevresinden hem kendi içinden gelen ağır baskılar sonucunda öyle bir başkaldırma gereksinimi doğuyor ki içinden başını alıp gitmek, kaçmak, bütün değerlerini bırakmak, çıldırmak, çırılçıplak soyunup sokaklara çıkmak gibi eğilimlerle karşı karşıya geliyor. Bu eğilimlerin bir kesimi bilinçli olsa bile bir kesimi de (örneğin çırıl çıplak soyunup sokaklara fırlamak) bilincin kolay kolay kabul edemeyeceği, kesinlikle benliğe yabancı tutulacak yasak eğilimler olabilir. Böyle bir durumda bilinçdışı soyunup sokaklara fırlamak dürtüsü ile bunu şiddetle yasaklayan üstbenlik yargıları ve böyle bir eğilimi hiç uyumsal (adaptif) bulamayacak olan benliğin (egonun) çabaları gerçek bir iç-çatışmayı oluşturur. Böyle bir iç-çatışma benlikte bir tehlike olarak algılanınca kişide yalnız başına sokağa çıkma korkusu türünden fobik bir bozukluk ortaya çıkabilir. Bu tür bir fobide kişinin kendi kendini denetleyemeyeceği korkusu bir agorafobiye dönüşmüştür; bir başka deyişle dürtüye bağlı korku sokağa çıkma korkusu ile yer değiştirmiştir (displacement).

Bu örneğin verilmesi her sokağa çıkma korkusu olan kişide böyle bir bilinçdışı düzeneğin işlediği anlamını taşımamaktadır. Bu tür durumlara çok değişik nedenlerin yol açabileceği unutulmamalıdır.

Varoluşcu Görüş[63]

Görüngüsel (fenomenolojik) ve varoluşcu felsefeyi benimsemiş felsefeciler ve ruh hekimleri (Kierkegard, Husserl, Heidegger, Jaspers, Binswanger gibi) bunaltıyı varoluşun temelinde bulunan varlıkbilimsel (ontolojik) bir özellik olarak görürler. *Gerçek bunaltı, kişinin varoluşunun yok edilebileceğinin, kendisinin ve dünyasının tümden yitirilebileceğinin, "hiç" olabileceğinin ayırımına varmasıdır.* Korku, kişinin varlığının dışında olan bir tehlikeye karşı tepki, *bunaltı ise kişinin doğrudan doğruya varoluşuna, özüne bir tehdittir.* Korku, başka duygusal tepkiler gibi nesnel olarak incelenebilir. Bunaltı ise ancak varoluşa (dasein) yönelik bir tehdit olarak anlaşılabilir. Varoluşcu ve fenome-

nolojik yaklaşımın önemli katkısı ruh hekiminin ya da ruhbilimcinin bireyi tanıyabilmesi için her türlü tanı kavramlarından, ön bilgilerden ve önyargılardan kendisini arındırarak, o bireyin varoluşsal kaygılarını, bunaltılarını anlamaya çalışmayı önermesidir. Bir başka bireyin gerçek bunaltısını, yani onun varoluşuna yönelik tehditi ancak bu yolla anlamak olasıdır.

Davranışçı Görüş

Davranışçı görüşe göre bunaltı ve fobiler öğrenilmiş durumlardır. Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı biyolojik temeli olan bir tepkidir. Kişi hiç korku uyandırmayan bir nesne ile sık sık karşılaşırken eş zamanlı olarak ağrılı bir uyaranla da karşılaştırılırsa korku duyulmayan nesneden kaçınma (avoidance) davranışı oluşacaktır. Bir başka deyişle, bireyde, korku uyandırmayan nesneye karşı koşullandırılmış korku tepkisi doğacaktır. Bu öğrenilmiş bir fobidir. Hayvanlarda böyle fobiler deneysel olarak yaratılabilmektedir. İnsanda basit koşullu öğrenme yerine çok karmaşık öğrenme süreçleri ile bu tür korkular yerleşebilmektedir. Örneğin, ana babanın sürekli hastalık korkuları gösterdiği bir ailede çocukta da örnek alarak öğrenme ile hastalık fobileri oluşabilmektedir. Davranışçı sağaltım ile fobilerde iyi sonuçlar alınması fobilerin oluşunda davranışçı okulun görüşünü güçlendirmiştir.

Bilişsel Görüşler

Son yıllarda bunaltı bozukluklarına psikolojik yaklaşımlar *tasalanma (worrying)** üzerinde odaklanmakta; hastalıkların ortaya çıkmasında ve sürmesinde bu tasalanmanın ve bununla ilgili bilişsel süreçlerin rolü üzerinde durmaktadırlar.

Bilişsel Kaçınma (Cognitive Avoidance) Kuramı: Borkovic'in geliştirdiği bu kurama göre *tasalanma (worry)*, bunaltıdan kaçınma yoludur. Bu kurama göre tasalanma imgelemeden çok iç konuşma şeklinde, yani sözel olmaktadır. Sözel, başka bir deyişle bilişsel özelliği ile tasalanma, canlı, duygusal açıdan sarsıcı imgelemeyi durdurarak korku yanıtını sonlandırmayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla, tasalanma daha derin duygusal kaygılar ya da olumsuz olaylarla ilgili kaygılı uyarılma ya da felaket beklentisinden bir kaçınma çabası olarak tanımlanmaktadır. Bu kurama göre, tasalanma bunaltının bedensel belirtilerini ve sempatik etkinliğin bastırılmasını sağlar. Böylece, tasalanma olumsuz duygulardan kaçınma ya da dikkatin bilişsel etkinliğe odaklanması yoluyla kişinin duygularının farkındalığını da azaltır.

---

* İngilizce'deki yalın "worry" sözcüğü son zamanlarda bilişsel-davranışçı psikoterapide bir terim niteliği kazanmıştır. "Worry" üzerinde değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir. Türkçe karşılık olarak Farsça bir sözcük olan "endişe" sözcüğünün kullanılmakta olduğunu görüyoruz. Türkçe sözlüklerde endişe, kaygılanma, üzülme, tasalanma gibi sözcükler eşanlamda gösterilmektedir. Dilimizde kullanılış biçimiyle "endişe" sözcüğünün korku, telaş, üzüntü gibi daha çok duygu yüklü bir anlam taşıdığı kanısındayız. "Worry" karşılığında bilişsel yanı da belirgin olan "tasa, tasalanma" sözcüğünü daha uygun buluyoruz. "Worry"de olduğu gibi "tasalanma" sözcüğünün kavramsal içeriğinde yakın ya da uzak gelecekte kaygı, endişe, üzüntü verecek bir olaya, bir duruma ilişkin anlam bulunmaktadır.

Tasalanmanın bu noktada işe yaraması ya da yaradığı algısı bir başa çıkma yöntemi olarak tasalanmanın kullanılmasını pekiştirir. Özetleyecek olursak, bu yaklaşıma göre tasalanma, duygusal olarak daha yüklü konulardan kaçınma, bunların yerine seçilen daha az önemli konulara odaklanmayı sağlayan bir süreç olarak anlaşılabilir[24, 32].

Üst-biliş (Meta-cognition) Görüşü: Bu görüşe göre yaygın bunaltı bozukluğundaki tasalanma yalnızca bir bunaltı belirtisi değil, aynı zamanda üstbilişsel düşünceler tarafından tetiklenen bir başa çıkma yöntemidir. Bu modele göre iki tip tasalanma vardır:

1. tip tasalanma: Günlük yaşamdaki tasalardır: Örneğin parasal konular, sevdiklerinin sağlık durumları, sosyal ortamlar, bedensel sağlık gibi. İnsanların bu tip tasalara kapılmaları, bu şekilde daha etkili başa çıkabilecekleri şeklindeki olumlu bir üstbilişe sahip olmalarından kaynaklanır.

2. tip tasalanma: Tasalar üzerine tasalanmadır. Başka bir deyişle, tasalanmanın tehlikesi ve denetlenemezliği üzerine olumsuz düşünceler olarak tanımlanabilir.

Bu yaklaşımda düşüncelerin sıralanış şekli önemlidir. Tasalanma süreci bir kere tetiklenince tasalanma işlevi üzerine olumlu üstbilişsel düşüncelerin (örn: *tasalanırsam, kötü şeyler olmaz; tasalanmak benim kötü şeylere hazır olmamı sağlar*) ortaya çıkmasıyla sürer. Böylece kişinin tehlikeyle ilgili bilgilere duyarlılığı ve tasası artar. Denge tersine dönerek olumsuz 2. tip tasalanma (örn: *tasalarım benim aklımı kaçırmama yol açacak, tasalarım hiç dinmeyecek*) başlar. İkinci tip, olumsuz tasalanmanın ortaya çıkması ile kişi gene tasaları üzerinde denetim sağlamaya ve sıkıntısını azaltmaya çabalar. Bu çabalara örnek olarak kaçınma, güvence arama, rahatsız eden düşünceleri durdurmaya, dikkatini dağıtmaya çalışma verilebilir. Ancak, bu çabaların bunaltıyı yatıştırıcı etkisi olmadığı gibi, bir başa çıkma yöntemi olarak bunaltıyı pekiştirmeye yol açtığı da söylenebilir [32].

Belirsizliğe Dayanamama (Intolerance of Uncertainty) Görüşü: Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı gelişen bir tepkidir. Bunaltı ise nesnesi belirlenememiş ya da tanınmayan, tehlike olasılığı içeren durumlarda ortaya çıkan, korkuya benzer bir tepkidir. Korkudan farkı bunaltının nesnesinin belirsiz oluşudur ve asıl tehdit edici olan da bu belirsizliktir. Yatkın kişilerde belirsiz durumlarda olumsuz bir olayın gerçekleşeceği beklentisi vardır. Olumsuz olayın gerçekleşme olasılığı ne kadar düşük olursa olsun bu beklenti görülür [19]. Yaygın bunaltı bozukluğunun başlaması ve sürmesinde belirsiz durumlara olumsuz tepki gösterme yatkınlığı bulunur. Bu görüş, sorun çözmeye yardımcı olan tasalar ile, çözülemeyecek hatta hiç karşılaşılamayacak durumlara ilişkin tasalanmayı birbirinden ayırır. Bilişsel yaklaşımın bu ikinci tür tasalanmada yararı olabileceği vurgulanmaktadır.

Bu görüşe göre yaygın bunaltı bozukluğunun dört bileşeni bulunmaktadır[32]:

- Belirsizliğe dayanamama
- Tasalanma ile ilgili yanlış olumlu inançlar

- Sorun çözme becerisinin zayıflığı
- Bilişsel kaçınma

Duygulanımın Düzenlenmesinde Bozukluk (Emotional Dysregulation) Görüşü: Yaygın bunaltı bozukluğunda önerilen en yeni yaklaşımdır. Bu yaklaşımda tasalanmanın olumsuz duygulanımdan kaçınma işlevini gördüğünü öne süren bilişsel kaçınma modeli benimsenir. Ancak, yukarıda *bilişsel kaçınma kuramı* başlığı altında tanımlanan kuramın yaygın bunaltı bozukluğu olan kişilerin *tasalanmaya* neden bu kadar yatkın olduklarını yeterince açıklayamadığı görüşü ile geliştirilmiştir. Bu modele göre yaygın bunaltı bozukluğu olan kişiler hem duygularını daha yoğun yaşarlar, hem de bu duygularını daha zor tanırlar ve daha zor yönlendirebilirler. Yoğun yaşanan bu duygular istenmeyen ve tiksinilen bir durumdur. Bu durum, kişiyi duygularından kaçınmaya, onları denetlemeye, yok saymaya iter. Yani, yaygın bunaltı bozukluğu olan kişilerdeki tasalanma, duyguların denetlenme çabası sonucu oluşan bilişsel bir süreçtir[24, 32].

Paniğin bilişsel kuramı: Yukarıda da açıklandığı gibi bunaltının bilişsel açıklamasında tehdit algısının önemli rolü vardır. Panik nöbetleri de bu hastaların bunaltının bedensel belirtilerini şiddetli bir tehdit, bir felaket gibi yorumlaması olarak açıklanmaktadır. Bunaltının bedensel belirtilerinin bu yanlış yorumlanması bu belirtilerin şiddetlenmesine yol açarak geri-bildirim düzeneği ile hızla bir panik nöbeti şiddetine ulaşır. Örneğin, hastalar kalp çarpıntısını (palpitasyon) ya da kalp atımının hızlanmasını kalp krizi olarak yorumlarlar. Bu yorumlama yoğun bir bunaltıya, aynı zamanda çarpıntı, sersemlik, göğüste sıkışma hissi gibi fizyolojik uyarılma belirtilerine neden olur. Belirtilerin şiddetlenmesi ve çeşitlenmesi ile ilk yorum doğrulanır ve giderek belirtiler tırmanır. Bu yaklaşım hastanın geçirilen panik nöbetlerinin beklenen felaketle sonlanmadığını görmesine karşın, panik nöbetlerinin sürmesini biliş ile davranış arasındaki bağ ile açıklamaktadır. Örneğin, bayılmaktan korkan hasta belirtiler ortaya çıkınca oturur ya da kalp krizi geçirmekten korkuyorsa, belirtiler o sırada yaptığı hareketi bırakmasına, dinlenmesine yol açar. Böylece hasta kendisini felaketten koruduğuna inanır. Başka bir deyişle her panik nöbeti, nöbetin felaketle bağlantısının olmadığı görüşü yerine "neredeyse olacağı" inancının yerleşmesine neden olur[82].

Çevresel Etkenler

Yaşamın ilk yıllarındaki yaşam olayları: Yaygın bunaltı bozukluğunun çocuklukta çocuğun kendine bakım veren kişiye güvensiz bağlanmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Güvensiz bağlanma, bakım veren ve bakım alan arasında rollerin değişmesine yol açar. Çocuk olası tehditlere aşırı duyarlılaşır ve hem kendisi, hem de kendisine bakım veren için tasalanmaya başlar. Bu ortamda büyüyen çocukta, erişkin dönemde dünyanın tehlikeli bir yer olduğu düşüncesi yerleşmiş ve tasalanma etkili bir başa çıkma yolu olarak öğrenilmiştir.

Ayrıca, çocukluktaki travmatik yaşantılar, erişkin yaşamdaki davranışlar ve ruhsal işlevler üzerinde olumsuz etki yapabilir. Epidemiyolojik çalışmalar bunaltı bozukluğu olan kişilerin çocukluklarında cinsel ve fiziksel kötü muameleye uğrama oranının, eşleştirilmiş kontrollerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aslında, çocuklukta uğranan kötü muamele ve yaşamın ilk yıllarındaki travmatik olaylar her tür psikopatoloji için risk oluşturmaktadır; başka bir deyişle bunaltı bozukluklarına özgü değildir. Yaşamın ilk yıllarında ana-babadan ayrılma, toplumsal etkileşim olanaklarının bulunmaması ve bunaltı bozukluğu olan bir aile yakınını örnek alma yaygın bunaltı bozukluğunun gelişmesinde rol oynadığı düşünülen başka etkenlerdir [32].

Bunaltının Biyolojik Kökenleri

Son 20 yılda bunaltı, panik bozukluğu ve fobilerin oluşunda biyolojik etkenlerin oynadığı rol daha çok anlaşılmış ve önem kazanmıştır. Artık bu bozuklukların etiyolojisinde yalnızca psikanalitik ve davranışçı-bilişsel görüşlere bağlı kalınmamaktadır. Uzun zamandan beri korku, bunaltı ve öfke tepkilerinde otonom sinir dizgesinin uyarılış durumuna geçtiği bilinmektedir. Bir zamanlar korkuda adrenalinin, öfkede ise noradrenalinin daha fazla salgılandığı ileri sürülmüşse de konu bu denli basit değildir.

Deneysel Bunaltı Oluşturma Çalışmaları: Yaygın bunaltı bozukluğu, özellikle uyaransız panik nöbetleri geçiren hastaların birçoğunda damar-içi *sodyum laktat enfüzyonu ile ya da %5 CO_2'li hava soluyarak* deneysel bunaltı ya da panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Deneysel bunaltının, panik nöbetlerinin yaratılabilmesi, bu bozukluğu ve benzerlerini laboratuvarda değişik yönden inceleme olanağını vermiştir. Bu araştırmalara dayanarak panik nöbetleri geçiren hastalarda beynin amigdala çekirdeklerinde, parahippokampal bölgede ve lokus seruleusda noradrenerjik dizgenin etkinliğinde kalıtımla geçen bir bozukluğun olduğu; merkezi kemoreseptörlerde aşırı bir duyarlılığın varlığı öne sürülmüştür[6, 11, 12, 15, 16, 17 20, 22, 86, 98]

Kalıtım: Bunaltı bozukluklarında birbirlerinden ayrı yerlerde yetiştirilmiş ikizlerde yapılan araştırmalar ve aile ağacı incelemeleri kalıtımsal etkenin varlığını göstermektedir. Bütün bunaltı bozuklukları arasında *kan-yaralanma fobisi (blood injury phobia)* kalıtıma en çok bağlı olandır [59]. Panik nöbetleri geçiren hastaların birinci derece akrabalarında panik nöbetlerinin, majör depresyonun ve alkolizmin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Panik bozukluğunun ikiz araştırmalarında, tek yumurta ikizlerinde eş-hastalanma (concordance) oranı değişik araştırmalarda % 30-65 arasında bulunmuştur. Çift yumurta ikizlerinde ise bu oran % 4-9 dolayındadır. Birinci derece akrabalarda bunaltı bozukluğu olasılığı % 15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda % 6'dır. Panik bozukluğu görülme olasılığı birinci derece akrabalarda kadınlar için % 33, erkekler için % 17 (ortalama % 25); kontrol grubunun akrabalarında % 2 olarak bulunmuştur. Agorafobili hastalarda da aile yüklü-

lüğü yüksektir[22, 60, 100]. Yaygın bunaltı bozukluğunda da ailesel yığılım olduğu bilinmektedir. Çok yüksek olmayan bir kalıtılabilirlik (heritability) oranı bildirilmektedir. %30-40 düzeyindeki bu oran yaygın bunaltı bozukluğunda çevresel etkenlerin önemini göstermektedir[32]. Sonuç olarak çeşitli araştırmalarla bunaltı bozukluklarında kalıtımsal bir yatkınlığın olabileceği görüşü desteklenmektedir. Bu bozukluklarda özgül olarak belirtilerin kendisinin değil, aşırı duyarlı bir otonom sinir dizgesinin kalıtımsal olarak geçtiği ve çevredeki koşullarla da hastalık belirtisinin biçimlendiği düşünülebilir.

Beyin Görüntüleme: Normal bireylerde beklenti bunaltısı sırasında orta prefrontal kortekste bölgesel kan akımında azalma gösterilmiştir. Beklenti bunaltısı ile birlikte kalp hızında artışın bulunduğu durumlarda sağ dorsolateral prefrontal kortekste, sol alt temporal korteks ve sol amigdaloid-hipokampal bölgede kan akımında artma saptanmıştır. Ancak, beyin görüntüleme işlemleri sonucu ortaya çıkan bu yerel etkinlik artışlarının altta yatan bir patolojiyi mi yoksa bir telafi düzeneğini mi gösterdiği açık değildir[62].

Bunaltı ve Bellek İlişkisi

Bunaltının ve zorlanmanın (stres) hem hayvanlarda hem de insanlarda bilişsel işlevleri etkilediği uzun süredir bilinmektedir. Son yıllarda bunaltı, korku ve bellek ilişkisi üzerinde yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Aşağıda bu çalışmalardan elde edilen bazı bilgiler özetlenmiştir:

Bunaltı ve belleğin nöroanotomisi: Beyinde korkunun koşullanmasından sorumlu bölge amigdaladır. Amigdala, orta temporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bu çekirdekler arasında korku yanıtı ile ilgili olanlar bazal amigdala, yan (lateral) amigdala ve merkez çekirdekleridir. Duyusal talamustan alınan uyaranlar yan amigdalaya, oradan da merkez çekirdeğe iletilirler. Bu döngüye *kısa döngü yolu* adı verilir. Bazal çekirdek, yan ve merkez çekirdekler arasındaki bağlantıda rol oynar. *Uzun döngü yolu*nda ise duyusal korteks, insula ve prefrontal korteksten yan çekirdeğe uyarılar gider. Bilgiler buradan korku yanıtının otonomik ve davranışsal belirtilerini ortaya çıkartan beyin sapı ve talamusa iletilir.

Kısa süreli, oynak belleğin protein sentezine bağlı bir süreç sonucu kalıcı uzun süreli belleğe dönüşmesine *güçlendirme (consolidation)* denilmektedir. *Belleğin güçlendirmesinde* ve korku koşullanmasındaki plastisitede amigdalanın yan çekirdeği rol almaktadır. Yan ve merkezi çekirdeklerdeki lezyonlar koşullandırılmış korkuyu ve buna bağlı uzun süreli korku belleğini bozabilir. Bazal çekirdekteki lezyonlarda ise korku yanıtlarının bozulabileceğine ilişkin veriler bulunmaktadır. Korkunun oluşmasında yan çekirdeğin uzun döngü yolundaki moleküler düzeneklerin rolü vardır. Belleğin güçlendirilmesi N-metil-D-Aspartat (NMDA) reseptörleri ve voltaja bağlı kalsiyum kanalları aracılığı ile hücre içine kalsiyum girmesiyle olur. Voltaja bağlı kalsiyum kanallarının bloke edilmesi uzun süreli belleği etkilemez, yalnızca kısa süreli belleği bozar; yani,

uzun süreli bellekte NMDA reseptörlerinin rolü vardır. Bazı hayvan çalışmalarında, NMDA reseptörlerinin bloke edilmesi ile hem korku duygusunun oluşması hem de korkunun dışavurulması yetilerinin yitirildiği bildirilmiştir. Bu hayvan çalışmalarının insanlara uyarlanması henüz sınırlıdır. Ancak, NMDA reseptör antagonistleri ve kalsiyum kanal önleyicilerinin belleğin güçlendirilmesini ve bunaltının yatışmasını sağladığı düşünülmektedir. Bir NMDA reseptör antagonisti olan *memantin Alzheimer* hastalarında nöron plastikliğini artırıp, hipokampustaki eksitotoksisiteyi azaltarak belleği güçlendirici bir ilaç olarak kullanılmaktadır. Hayvan çalışmalarında memantinin bunaltı giderici etkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar vardır. İnsanlarda ise bunaltı giderici etkisi henüz incelenmemiştir. Voltaja bağlı sodyum ve kalsiyum kanallarını bloke eden *lamotrijin*in ve voltaja bağlı kalsiyum kanal önleyicisi *pregabalin*in bunaltı giderici etkileri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır [39].

Yeniden güçlendirme (reconsolidation) belleğin yineleyen etkinleşmeler sonucu daha da oturmasıdır. Duygu yüklü bir uyaranın, yüksüz (nötr) bir uyarana oranla hatırlanması daha olasıdır ve çoğunlukla duygu yüklü uyarandan önce gelen sözcüklerin unutulmasına yol açar. Yeniden güçlendirmeye NMDA reseptörleri ve β-adrenerjik reseptörler katılır. Bir β-adrenerjik reseptör antagonisti olan propranolol kullanırken duygusal yükü olan sözcüklerin hatırlanmasının engellendiği, öte yandan duygu yükü olmayan sözcüklerin korunduğu bilinmektedir. β-blokörlerin duygusal uyaranla ortaya çıkan amneziyi düzelttiği; yeniden güçlendirmeyi engellediği, fakat yeni anıların oluşmasını engellemediği bildirilmiştir [39].

Korkulu olaylarla beyinde amigdala, hipokampus ve prefrontal kortikal döngülerin etkilendiği bilinmektedir. Korkuya karşı geliştirilen savunma yanıtları striatum, hipotalamus ve beyin sapından kaynaklanmaktadır. Sosyal fobi döngüsünde ise amigdala ve prefrontal kortekse ek olarak putamen ve talamusun da rol oynayabileceği düşünülmektedir [62].

Öğrenme, bellek ve bunaltıda kolinerjik taşınımın yeri önemlidir. Birçok ayrı asetil kolin reseptörü bellek-bunaltı ilişkisinde farklı düzeneklerle rol oynar [46].

Bunaltıda ayrıca, beyindeki ana önleyici nörotransmiter olan GABA'nın da rolü bulunmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında, beklenti bunaltısı sırasında ve korkulu yüz ifadeleri gören ergen ve erişkinlerde amigdalada GABA etkinliğinde artış görülmektedir. Amigdaladaki GABAerjik etkinlik artışı ile sosyal bunaltı puanlarının yüksekliği arasında bir bağlantı bildirilmiştir [46].

SAĞALTIM

Bunaltı bozuklukları bireye büyük acı veren, ağır güvensizliğe, yetiyitimine neden olabilen rahatsızlıklardır. Bütün diğer bozukluklarda olduğu gibi bunaltı bozukluklarında da hastaların sağaltımında göz önünde tutulması gereken temel ilkeler aşağıda sıralanmıştır [27, 7, 68]:

- Sağaltıma hastalığın erken dönemlerinde başlanması, süregenleşmenin önlenmesi açısından önemlidir.
- Çökkünlük, alkol-madde kötü kullanımı gibi ektanıların olup olmaması sağaltım planını etkiler. Bu nedenle hastanın başlangıçta iyi değerlendirilmiş olması önemlidir.
- Değerlendirme tamamlandıktan sonra hastaya eğitim ve zekâ düzeyine uygun olarak bunaltının psikolojik ve biyolojik boyutları açıklanmalı, gerekiyorsa yazılı materyel verilmelidir.
- Hasta ile iyi bir ilişki kurulması ve sürdürülmesine özen gösterilmelidir. Sağaltım planı hastayla birlikte oluşturulmalıdır.
- Bunaltı bozukluğu olan hastalarda genel bir öneri olarak bunaltı yapıcı etkisi nedeniyle günlük kafein tüketimini azaltmaları önerilmelidir.
- Hastadan sağaltım süresinde bunaltı belirtilerini kaydetmesi istenmelidir. Özellikle sağaltımın ilk dönemlerinde belirtilerin yakından izlenmesinde yarar vardır.
- İlaç ve psikoterapi seçenekleri hasta ile tartışılmalı, hastanın seçimleri dikkate alınmalıdır.
- Bunaltı bozukluğu olan hastaların ilaç yan etkilerine özellikle duyarlı oldukları unutulmamalıdır.
- Bunaltı bozukluklarının kısa süreli (altı ay) sağaltımında antidepresanların etkili olduğu kanıtlanmıştır. Uzun süreli kullanım için yeterli veri bulunmamaktadır. Ancak, sağaltım kılavuzları bunaltı bozukluklarında antidepresanların12-24 ay kullanılmasını; yüksek alevlenme riski varsa daha uzun süreli de kullanılabileceğini bildirmektedirler.

Yaygın Bunaltı Bozukluğunda Sağaltım

Yukarıda açıklandığı gibi yaygın bunaltı bozukluğunda oldukça uzun sürebilen, zaman zaman artan bir bunaltı durumu vardır Bu rahatsızlıkta en önemli sağaltım araçları ilaç sağaltımı ve psikoterapidir.

İlaç Sağaltımı

Bunaltı giderici ilaçlar: Bunlar genellikle *benzodiazepin* türevleridir. Benzodiazepinler yaygın bunaltı bozukluğunda çok hızlı ve etkili olarak bunaltının yatışmasını sağlarlar. Hastalar etkisinden çok hoşnut olur. Ancak, bağımlılık yapabilmeleri nedeniyle özellikle süregen bunaltılarda *uzun süre, düzenli kullanılmamaları* uygun olur. Bağımlılık yapıcı özelliği ve uyku verici etkisi nedeniyle bu ilaçlar özellikle süregen bunaltılarda hiçbir zaman ilk sağaltım seçeneği değildirler. Bu ilaçlar kesilirken bunaltı belirtilerinde önemli oranda, geri tepme olarak şiddetlenme görülür[27]. Akut durumlarda ağızdan ya da damar yoluyla verilebilirler.

Adrenerjik etkinliği kesen ve betablokör diye bilinen ilaçlar (*propranonol* gibi) özellikle taşikardi ve tremor gibi belirtilerin baskın olduğu durumlarda yeğlenebilir. Günlük ortalama doz: ağızdan 40-120 mg.

Buspiron *(Buspon 5 mglık tablet, ortalama doz 20-30 mg/gün)* bir azaspirodekanedion türevi olup yaygın bunaltı bozukluğunda kullanılabilen uyku vermeyen, bağımlılık sorunu yaratmayan bir bunaltı gidericidir. Bunaltı giderici etkisi 2-4 haftada görülmeye başlandığından akut olgularda yeğlenemez. Ayrıca, eşlik eden çökkünlük belirtilerine de bir yararı bulunmamaktadır.

Antidepresanlar: Yaygın bunaltı bozukluğunun sağaltımında hem etkili ve güvenilir bulunmaları, hem de eşlik eden çökkünlük belirtilerinde de yararlı olmaları nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadırlar:

Seçici serotonin geri alım önleyicileri *(SSGÖ) (esitalopram, sertralin, paroksetin);* Bütün sağaltım kılavuzları bunaltı bozukluklarında ilk sağaltım seçeneği olarak SSGÖ'leri önermektedir.

Serotonin-noradrenalin geri alım önleyici *(venlafaksin):* SSGÖ'lerle birlikte yaygın bunaltı bozukluğunun sağaltımında ilk seçilecek ilaçlar arasındadır.

Noradrenalin-seçici serotonin geri alım önleyiciler *(mianserin, mirtazapin):* Uyku verici etkileri dikkate alınmalıdır.

Noradrenalin gerialım önleyicisi olan *reboksetin* panik bozukluğunda ve çökkünlükteki bunaltı belirtilerinde etkili olmakla birlikte yaygın bunaltı bozukluğundaki etkisi kanıtlanmış değildir.

Trisiklik antidepresanlar: 1990'lara kadar yaygın bunaltı bozukluğunda özellikle imipramin en yaygın kullanılan ilaçtı. Yan etkileri daha az olan ilaçların bulunmasıyla kullanımları azalmıştır. Kesilme sonrası belirtilerin alevlenmesini önlemek için ilaçların azaltılarak bırakılması önerilir.

Antiepileptikler: *Pregabalin (Lyrica)* yakın zamanda Amerika'da yaygın bunaltı bozukluğu için ruhsat almıştır. Ancak, yan etkileri nedeniyle kullanımı sınırlıdır.

Yaygın bunaltı bozukluğu sağaltımında kullanılan ilaçlarla ilgili ayrıntılı bilgi için *Bölüm XXVIII Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*'na bakınız.

Psikoterapi

Gevşeme (relaxation) yöntemleri: Hastaya kaslarını gevşetme, rahat soluma, düşünceleri rahatlık verici konulara yönelterek bunaltıyı azaltma egzersizleri yaptırılır. Süregen hastalarda bir yararı yoktur.

Bilişsel-davranışçı sağaltım: Yaygın bunaltı bozukluklarında en etkili psikoterapi yaklaşımıdır. Hastanın bunaltı öncesi ve sonrası algıları, beklentileri ele alınarak yapılır. *Alıştırma (exposure)* yöntemleri kullanılır. Bilişsel-davranışçı terapide asıl amaç zorlayıcı yaşam olayları karşısında daha etkin bir rol alınması ile sorun çözme becerilerini arttırmak ve bunaltı belirtilerine katlanma gücünü yükseltmeye dayanmaktadır. Yaygın bunaltı bozukluğunda bu sağaltım 3-6 ay içinde birer saatlik toplam 10-20 görüşme saatinden oluşur. Hafif durumlarda hastaya kendine yardım kitapları ya da kısa süreli bilişsel-davranışçı sağaltım önerilebilir[27].

Destekleyici psikoterapi: Sıkıntı verici bilinçli sorunlar ele alınarak bunlara çözüm yolları bulunmaya, hastaya güven verici, rahatlatıcı yollar gösterilmeye çalışılır. Sorunlarını dinlemek, paylaşmak genel olarak her hastayı rahatlatan bir yöntemdir.

Çözümleyici (analitik) psikoterapi: Bunaltının bilinçdışı kaynaklarını incelemeyi ve içgörü kazandırarak hastanın köklü çözüm yolları bulmasını amaçlayan psikoterapidir.

Yaygın bunaltı bozukluğunda hem ilaç sağaltımının, hem de bilişsel-davranışçı psikoterapilerin plasebo ile karşılaştırmalı çalışmaları iki sağaltım yaklaşımının da benzer derecede etkili bulunduğunu göstermektedir. Çökkünlüğün eşlik ettiği durumlarda ise bilişsel-davranışçı psikoterapinin ilaç sağaltımından daha güçlü antidepresan etki sağladığı bulunmuştur. Ayrıca, bilişsel-davranışçı psikoterapiden altı ay sonraki izlemelerde sağaltımdan sağlanan yararın sürmekte olduğu gösterilmiştir. İki sağaltım türü arasında bilişsel-davranışçı terapi özellikle çökkünlük belirtileri ve sağaltım etkisinin sürmesinde daha yararlı bulunmuştur. Ancak, iki yaklaşımın birlikte kullanılmasının bu iki yaklaşımın tek tek uygulanmasına göre bir üstünlüğü olup olmadığı henüz bilinmemektedir[27].

Panik Bozukluğu ve Fobilerin Sağaltımı

Fobik bozuklukta yalnız başına ilaçların önemli bir etkisi yoktur. *Bilişsel-davranışçı sağaltım* uygulanmalıdır. Kimi hastalarda bilişsel-davranışçı sağaltımı desteklemek amacı ile bunaltı giderici ilaçlar kullanılabilir. Fobik bozukluklar genelde süregen rahatsızlıklar olduğu için sağaltımda yalnız başına ilaçlara dayanmak rahatsızlığın daha da süregenleşmesine ya da hastanın ilaç bağımlısı olmasına yol açabilir.

Panik bozukluğunun sağaltımında hastaların %75'inin ilaçlara iyi yanıt verdiği bilinmektedir. Ayrıca, başta bilişsel-davranışçı terapi olmak üzere psikoterapinin de panik bozukluğu sağaltımındaki etkisi kanıtlanmıştır. Karşılaştırmalı çalışmalar bu sağaltım yöntemlerinin etkililikleri arasında fark göstermemektedir. Bu nedenle sağaltım planı yaparken ektanı bulunup bulunmamasına, kurumun olanaklarına, hastanın seçimine, önceki sağaltımlardan gördüğü yarara göre karar verilir[83].

Panik bozukluğunda ilaç ve bilişsel davranışçı psikoterapinin birlikte kullanılması tartışmalıdır. Çünkü bu iki tedavinin birlikte uygulandığı durumlarda uzun dönemde yalnız bilişsel-davranışçı terapiye oranla daha olumsuz sonuç alındığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak, dirençli hastalarda iki yaklaşımın bir arada uygulanması önerilmektedir[82]. Panik bozukluğunun sağaltımında ilaç ya da psikoterapi hangi yöntem seçilirse seçilsin *psikoeğitim* yani hastaya panik nöbetlerinin ne olduğu ve oluş mekanizmaları hakkında bilgi vermek çok önemlidir[3].

İlaç Sağaltımı

Panik bozukluğunda (agorafobili olsun ya da olmasın) en çok kullanılan ilaçlar şunlardır[15, 6, 15, 83, 86, 90, 104]:

- ***Serotonin geri alım önleyicileri (SSGÖ):*** Panik bozukluğunun ilaçla sağaltımında ilk seçenektir. *Sitalopram* (günlük doz 20-60 mg), *esitalopram* (günlük doz 10-30 mg), *fluoksetin* (günlük doz 20-60 mg), *fluvoksamin* (günlük doz 100-300 mg), *paroksetin* (günlük doz 20-60 mg.), *sertralin* (günlük doz 50-200 mg).
- ***Serotonerjik ve noradrenerjik geri alım önleyicisi:*** *Venlafaksin* (günlük doz 75-150 mg)
- ***Noradrenerjik ve seçici serotonin geri alım önleyicisi:*** *Mirtazapın* (günlük doz 15-30 mg)
- ***Noradrenalin geri alım önleyicisi:*** *Reboksetin* doz (günlük doz 4-8 mg)
- ***Trisiklik antidepresanlar (TSA):*** *Klomipramin* (günlük doz 100-150 mg), *imipramin* (günlük doz 100-150 mg)
- ***Benzodiazepinler:*** *Alprazolam* (günlük doz: 2-3 mg), *klonazepam* (günlük doz 0.5-2mg), *Lorazepam* (günlük doz 0.5-2 mg), *Diazepam* (günlük doz 5-30 mg)
- ***MAO önleyicileri:*** *Moklobemid* (günlük doz 300-600 mg), *fenelzin* (günlük doz 15-45 mg) (ülkemizde yoktur)

Bu ilaçlarla ilgili daha ayrıntılı bilgiler *Bölüm XXVIII Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı*nda verilmiştir.

Hem TSA, hem de SSGÖ'lerin doğrudan antipanik etkileri olduğu gösterilmiştir. Panik nöbetlerinin sıklığını ve şiddetini azaltırlar, beklenti bunaltısını ve agorafobiyi giderirler, eşlik eden çökkünlük belirtilerini yatıştırırlar. İmipramin ve klomipramin SSGÖ'lerin kullanılmaya başlanmasından önce çok yaygın kullanılırlardı. Günümüzde panik bozukluğunun sağaltımında ilk seçenek SSGÖ'lerdir. SSGÖ'ler, TSA ve benzodiazepinler kadar etkili ve yan etkileri açısından daha rahat kullanılabilen ilaçlardır. Venlafaksin, reboksetin, mirtazapin ve moklobemidin de panik bozukluğunun sağaltımında etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır[83].

Panik bozukluğunun sağaltımı sırasındaki önemli bir sorun antidepresan ilaçların başlanması sırasında geçici olarak bunaltının artmasıdır. Hastaların %18-35'inde görüldüğü bildirilen bu bunaltı artışı sırasında uykusuzluk, çabuk sinirlenme, yerinde duramama ve panik nöbetlerinin şiddetlenmesi görülebilir. Bu konuda hastaya bilgi verilmesi ve ilk birkaç günden sonra hafifleyip iki hafta içinde geçeceğinin açıklanmasında yarar vardır. Gerekirse bu sırada hastanın benzodiazepin kullanması önerilebilir. Bu geçici bunaltı belirtilerinin sağaltımın başında serotonin reseptörlerinin aşırı uyarılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağaltımın düşük dozlarda başlanıp arttırılması bu belirtilerin ortaya çıkmasını önleyebilir[83].

İlaç dozu: Panik bozukluğu sağaltımında kullanılan antidepresanların etkili dozu hastadan hastaya bireysel farklılıklar gösterir. Bazı hastalarda

25-50 mg /gün klomipramin etkili olurken bazılarında 150 mg/güne çıkılması gerekebilir. Gene, paroksetin de bazı hastalarda 40-50 mg/gün dozlarda etki gösterebilir[83].

Sağaltımın süresi ve kesilmesi: Sağaltım süresinin 8 ay ile 2 yıl arasında olmasını önerenler bulunmaktadır. İlacı bir yıl kadar sürdürdükten sonra kesilmesiyle hastaların %50'sinde belirtilerin depreştiği bilinmektedir[83]. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin Sağaltım Kılavuzu panik belirtileri yatıştıktan sonra en az bir yıl sağaltımın sürdürülmesini önermektedir [3].

Aniden bırakılırsa antidepresanlara bağlı kesilme belirtileri görülebilir. SSGÖ'lerin ani kesilmesi 2-3 gün içinde sersemlik, baş dönmesi, başağrısı, uykusuzluk, bunaltı, halsizlik, çabuk sinirlenme, kusma, ishal, tremor, titreme, terleme ve parestezilere yol açabilir.

Benzodiazepinlerin panik belirtilerini yatıştırmakta etkili olduğu kuşku götürmez; etkileri antidepresanlara göre daha erken başlar. Ancak, uzun süreli kullanımda bağımlılığa yol açmaları, sağaltım sonrası yüksek alevlenme oranları nedeniyle bırakılması çok zor olmaktadır. Kullanım süresi uzadıkça ilacın kesilmesi daha da zorlaşmaktadır. Bu nedenle, günümüzde benzodiazepinler daha çok hızlı etkinin gerektiği hastalarda, uyku bozukluğu olanlarda antidepresan ilaçlarla birlikte sağaltımın ilk 4-6 haftasında ya da sağaltıma dirençli hastalarda kullanılmaktadır [3, 83].

Psikoterapi

Bilişsel-davranışçı sağaltım: Fobilerin ve panik bozukluğunun sağaltımında bilişsel-davranışçı yöntemlerin başka psikoterapi türlerinden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımda önce hastanın felaket düşüncelerinin ve bunu sürdüren güvenlik arama davranışlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirmeler hastaya özgü belirti ve yorumlarla şekillendirilir ve yukarıda paniğin bilişsel kuramında tanımlanan bedensel duyum-felaket yorumu-korku kısır döngüsü kendi terimleri ile hastaya açıklanır. Felaket açıklamalarının yerini alabilecek başka düşünce seçenekleri üzerinde çalışılır [82]. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğunda en etkili yöntemin üstüne giderek alıştırma (exposure) uygulaması olduğu anlaşılmıştır. Alıştırma yönteminde hastanın fobik durumla özellikle karşılaşması ve korku doğuran durumun ya da nesnenin üzerine azar azar artan derecede ve sürelerle gitmesi istenir. Örneğin yalnız başına sokağa çıkmaktan korkan hastaya, giderek artan süre ve uzaklıkta, sokağa çıkma ve korkuya dayanma alıştırmaları yaptırılır.

Buna ek olarak *ters niyetlenme (paradoxical intention)* yönteminin de birlikte kullanılması sağaltımı güçlendirmektedir. Bu hastalar zaten korkudan korkmaktadırlar. Korkuyu çağırarak üstüne gitme ve alıştırma yönteminde hastaya korktuğu yerde *korkunun gelmesini isteme* öğretilir. Hastaların önemli bir kesiminde korku ya gelirse diye endişeli bir bekleyiş, kendi kendi-

ne "korkma, bir şey olmayacak" türünden bir güvence vermenin ardından "ya gelirse" düşüncesi korku ya da paniğin gelmesinde önemli bir uyarıcı olabilmektedir. Oysa, hasta korkunun gelmesini *istemeyi*, yalın deyişle "bu panik ya da korku gelsin, onu iyice tanıyayım" demeyi başarırsa, korku ya da panik zaten gelmemekte; gelse bile bu korkunun etkisi ile kendisine bir şey olmayacağını öğrenmektedir. Bu yaklaşımda hastadan başlangıçta rahat olduğu zamanlarda panik nöbetini çağırması istenir. Giderek aynı alıştırmayı panik nöbetinin gelmesinden en çok korktuğu ortamlarda, örneğin, yalnız başına sokağa çıktığında yinelemesi istenir. Artan sürelerle yapılan bu alıştırmalar ile kendine bir şey olmadığını gören hastanın güven duygusu artar; kaçınma gereksinimi azalır ve söner. Bu yöntemde *kontrfobik savunma* düzeneğinin pekiştirilmekte olduğu ileri sürülebilirse de hastada kontrfobik düzenekleri artırıcı bir yol izlenmemekte ve *alıştırma (exposure)* temel alınmaktadır. Bir başka deyişle, hastaya "korkma bir şey olmaz" diyerek cesaret aşılaması yapılmamakta, azar azar korkunun üzerine gitmesi öğretilmektedir.

Eskiden hiç iyileşmez sanılan ağır ve süregen agorafobi hastalarının bu yolla çok düzelebildikleri görülmektedir. Özgül fobilerde ve sosyal fobilerde de alıştırma yöntemi etkilidir. Bunlarda özellikle *dizgeli duyarsızlaştırma (systematic desensitization)* yöntemi ile de iyi sonuçlar alınabilmektedir (Bakınız *Bölüm XXX: Psikoterapiler*).

Çözümleyici (analitik) psikoterapi: Panik nöbetlerinde ve fobik nevrozda çözümleyici sağaltımın kısa sürede çok etkili olmadığı kabul edilmektedir.

SAPLANTI-ZORLANTI BOZUKLUĞU

(Obsesif-kompulsif Bozukluk-OKB)

Obsesif-kompulsif bozukluklar saplantı ve/ya da zorlantıların görüldüğü, genellikle süregen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur[95]. *Saplantı (obsession)* istenç (irade) dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı (ego-dystonic), bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen *düşünce, imge ya da dürtüler*dir. Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlâk anlayışına, inançlarına ters düşer ve kabul edilemez. Başka bir deyişle saplantılar *benliğe yabancıdırlar (ego-dystonic). Zorlantı (compulsion)* ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen *hareketler*dir. Önce, saplantının doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve bu yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratır. Zorlantılar bazen dışarıdan gözlenebilen bir davranış, bazen de zihinsel bir eylem şeklinde olabilir. Saplantı ve zorlantılara şu örnekler verilebilir: Temiz olduğunu bildiği herhangi bir şeye dokunduğunda elinin kirlendiğini düşünerek (*saplantı*) kişinin birçok kez el yıkama zorunluluğunu hissetmesi, tutkulu

biçimde birçok kez elini yıkaması (*zorlantı*); abdest alırken gelen Tanrı'ya küfür düşünceleri (*saplantı*) yüzünden kişinin abdestini birçok kez yeni baştan almak zorunda kalması ya da içinden belli bir duayı tekrar tekrar okuması (*zorlantı*) gibi. Kişi, saplantılarının aklına gelmemesi ya da zorlantılı hareketleri yapmamak için kendini zorlar; fakat zorladıkça istenmeyen düşünceler gene gelir, istenmeyen hareketler tekrar tekrar yapılır. Halk dilinde bunlar "*takıntı*" olarak da bilinir.

Tarihçe

Saplantı ve zorlantılar insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski din kitaplarında saplantılara ve zorlantılara işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Kaldı ki dinsel ve büyüsel törenlerin kaynağında büyük oranda obsesif-kompulsif bozukluktakine benzer savunma düzeneklerinin işlediği görülür. Buna ileride gene döneceğiz.

Shakespeare'in *Macbeth*'inde obsesif-kompulsif nevrozun klasik bir örneğini görürüz. Lady Macbeth'in etkilemesi ile kocası Macbeth, kral Duncan'ı öldürür. Bundan sonra Lady Macbeth'de el yıkama hastalığı başlar. "*Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez*" der ve sürekli ellerini yıkar.

20. yüzyılın başlarında Fransız ruh hekimi *Pierre Janet* fobileri, saplantı ve zorlantıları bir başlık altında topladı ve buna "*psikasteni*" adını verdi. *Janet*'ye göre psikasteni bireyde istenç (irade) zayıflaması sonucu ortaya çıkıyordu. *Freud,* fobilerdeki ruhsal neden ve düzeneklerin obsesif-kompulsif nevrozdaki ruhsal nedenlerden ve psikodinamik düzeneklerden farklı olduğunu görerek, fobik nevrozla obsesif-kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak inceledi. Obsesif-kompulsif nevrozun psikodinamiği ve ruhsal kökeni hakkındaki çağdaş görüşler *Freud* tarafından geliştirilmiştir. 20. yüzyılda öğrenme kuramları ile de obsesif-kompulsif nevroz etiyolojisine ve sağaltımına önemli katkılar sağlanmıştı. 20. yüzyılın sonlarına doğru bu hastalıkta önemli kalıtımsal-nörobiyolojik etkenlerin olabileceğine ilişkin veriler elde edilmiştir. Bunlar ileride "*Oluş Nedenleri*" başlığı altında açıklanacaktır.

Sıklık ve Yaygınlık

Bazı hastalar belirtiler hafif olduğundan hekime gitmezler; bir kesimi hastalıklarını gizler; kimseye belli etmek istemezler; fakat kendi evleri içinde açıkça bellidir. Bir kesimi de yıllarca süren hastalığı artık benimsemişlerdir. Hastalık, kişi tarafından tanımlanmadıkça, bir yakınma olarak getirilmedikçe muayenelerle tanınması hemen hemen olanaksızdır. Bu nedenlerle bu bozukluğun sıklığını, yaygınlığını saptamak son derecede güçtür. 1980'lere dek bu hastalığın seyrek görüldüğü düşünülmekteydi. A.B.D. ve Kanada'da yürütülen epidemiyolojik araştırmaların sonuçları nadir olmadığını gösterdi. Bu araştırmalara göre obsesif-kompulsif bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı (life time

prevalence rate) % 2.5-3 olarak bulunmuş ve bu ülkelerde, majör depresyon, fobiler, alkol/ilaç kötü kullanımından sonra dördüncü sıklıkta görülen ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir. A.B.D. araştırmaları erkek ve kadın arasında görülme sıklığı bakımdan büyük bir ayrım olmadığını göstermektedir[65]. Ancak, kadınlarda zorlantılı yıkama daha sık görülürken, erkeklerde cinsellikle ilgili saplantılı düşünceler ve saplantılı duraksama daha yaygındır[97].

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık bir sürede genel toplumda toplam saplantı-zorlantı bozukluğu oranı % 0.5; kadınlarda (%0.6) erkeklere (%0.2) göre üç kat yüksek bir oran bulunmuştur[52]. Ülkemizde saplantı zorlantı bozukluğunun kadınlarda daha yüksek oranda görülmesinin nedenlerini araştırmalarla aydınlatmak gerekir.

Başlangıç Yaşı

Obsesif-kompulsif bozukluk genellikle genç yaşta başlar. Büyük çoğunlukta başlangıç 18-25 yaşları arasındadır. Küçük çocukluk yaşlarında bile görülebilir. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar[94]. Ancak, hekime başvurma genellikle belirtiler ortaya çıktıktan 10-15 yıl sonra olmaktadır[97]. Orta yaşlarda, hatta yaşlılıkta, ağır yaşam koşulları içinde, geç başlayan türleri de vardır.

Belirtiler ve Bulgular

I. Genel Görünüm

Aşırı düzenli, titiz ve aşırı kontrollü görünümleri dikkat çeker. Aşırı yıkama ve temizlemeye bağlı olarak ellerinde kontakt dermatit görülebilir.

II. Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşma düzgün ve aşırı derecede denetimlidir. Sözcükleri seçerek konuşur. En küçük bir eksik bırakmama çabası yüzünden ayrıntıcılık belirgindir. İlişkilerinde sıkıcı olacak denli saygılı ve kuralcıdırlar.

III. Duygulanım

Saplantı ve zorlantılar hastayı son derece tedirgin eder. Hasta saplantı ve zorlantılarının kendisine çok büyük *bunaltı* verdiğini anlatır. Fakat herhangi bir nedenle zorlantılarını yerine getiremeyince bunaltı daha da artar. Böylece hasta bunaltıyı yatıştırmak için zorlantılara başvurur, zorlantılar yineledikçe de bunaltısı artarak bir kısır döngü içine girer. Bunun yanı sıra hastadan yaşam öyküsü alınırken, acı veren travmatik olayları duygudan *yalıtılmış* biçimde, sanki bir başkasının başından geçen olaylarmış gibi kuru bir dille anlattığı gözlenir (*yalıtma-isolation düzeneği*).

IV- Bilişsel Yetiler

Bu hastalar genellikle zeki, bellekleri güçlü kişilerdir. *Algı ve yönelim bozukluğu olmaz*. Çok süregenleşmiş ağır türlerde bazen algı bozukluğu izleni-

mi edinilebilir. Örneğin kediye dokunmaktan kaçınan ve uzaktaki kediye değdim mi, değmedim mi saplantıları yüzünden elbiselerini temizlemeye veren bir hastada olduğu gibi. Bu hasta aslında elbiselerinin kediye değmemiş olduğunu bilir, fakat gene de saplantılı kuşkuları yüzünden algılaması kesinlikten uzaklaşmıştır. Yineleyen saplantılar nedeni ile *dikkat dağılabilir*, verim düşebilir. Hastaların birçoğu zorlantıları yaparken yaptım mı, yapmadım mı kuşkusuna kapılarak yaptıklarını sanki hemen unutmuş gibi görünebilirler. Nöropsikolojik çalışmalarda OKB hastalarında görsel-uzamsal bellek, sözel bellekte bozulma, bilgi işleme hızında azalma olabildiği bildirilmiştir[56].

V- Düşünce Süreci ve İçeriği

Düşünce düzgün, eksiksiz, ayrıntıcı bir akış gösterir. Düşünce içeriğinde sık sık gelen, yineleyen, inatçı saplantılar (obsesyon) vardır. Hasta bunların saçma olduklarını bildiğini, fakat bir türlü engelleyemediğini söyler. Bir başka deyişle bu düşünceler *benliğe yabancıdır (ego-dystonic)*. Hasta bunları kabul edemez; mantığına, görüşlerine, ahlâk anlayışına, inançlarına ters bulur. Bu düşüncelerden kurtulmaya çalışır. Fakat herhangi bir düşünceyi atmaya çalışmak, ister istemez o düşünceyi kafada yaşatmaktır. Çabaladıkça artar, sıklaşır ve hasta çok bunalır.

Düşüncede *iki-değerlilik (ambivalence)* belirgindir. Sürekli *ikircikliik (tereddüt), kararsızlık* dikkati çeker. Sanki her düşüncenin bir olumlu, bir olumsuz yanı vardır. Bir şeyi kuralına göre yaptım mı, yapmadım mı; düşündüm mü, düşünmedim mi; yapsam mı, yapmasam mı kararsızlıkları ve obsesif kuşkuları içinde hasta ileri derecede bunalır ve çevresindekileri de sıkar. Kapılar, pencereler, havagazı musluğu, karyola altları tekrar tekrar kontrol edilir. Geçtiği yerden acaba bir köpek de geçmiş olabilir mi, köpek pisliği arabasının kapısına değmiş olabilir mi, elini sıktığı insanlar tuvalete gittiklerinde ellerini yıkamamış olabilirler mi, kapı tokmakları, para vb. dışkı ile, meni ile kirlenmiş olabilir mi kuşkuları düşüncelerini kaplar. Çeşitli eşyalara dokunmaktan kaçınmaya çalışır; dokunduğu zaman elini yıkaması gerekir. Kimileri ise bir yerde bir süre oturup kalktığında, bir yere ziyarete gittiğinde oturduğu koltukta, bulunduğu yerde bir şeyler unutmuş olabileceği kuşkusu yüzünden tekrar tekrar bakarak araştırır. Bunlara *kuşku saplantıları* denir.

Kimi hastalarda evren nedir, uzayın ötesinde ne vardır? Tanrı var mıdır? Tanrı varsa, Tanrıyı kim yaratmıştır? Tanrıyı yaratan bir şey varsa, onu yaratan kimdir şeklinde uçsuz bucaksız *metafizik saplantılar* görülür. Kimilerinde kanser, kuduz, AIDS gibi hastalık saplantıları hastanın zihnini sarar ve bunlar fobi haline gelebilir. Kimi hastalarda *sayma saplantıları* bulunur, düşündükleri sayıları ya da gördükleri şeyleri saymaktan kendilerini alamazlar. Otomobil plakaları, evlerin numaraları, apartmanların kaç kat olduğu sayılır. Kimilerinde de bu sayı sayma dışarıdan anlaşılmayan bir tutku halinde olur. Örneğin herhangi bir düşünceye ya da eyleme başlamadan önce kafasında bir sayı tutar; bunu saydıktan sonra eyleme geçer, fakat saydıktan sonra sayıp

saymadığı konusunda kuşkuya düşer; tekrar sayar, yapılacak hareketi de yineler. Sayılan sayıların sıra ve düzeni bozulunca sayma yeni baştan yapılır. Belli sayılar uğurlu, belli sayılar uğursuzdur. Uğursuz sayı akla gelince hemen uğurlusu ile uzaklaştırılmaya çalışılır.

Kötü, çirkin, ayıp, saldırgan bir şey düşünmek ya da yapmakla ilgili saplantılar sık görülür. Örneğin, ağzımı açarsam ağzımdan ayıp bir şeyler çıkar mı, deli olup çocuğumu boğar mıyım, birine saldırır mıyım, birinin cinsel organına bakar mıyım gibi. En bunaltıcı saplantılardan biri de Tanrıya küfürlerdir. Tanrı korkusu ve dine bağlılığı güçlü olan kişilerde görülür. Kimi hastalar bu yüzden sık sık dualar okur, tövbe eder, abdest alır, namaz kılarlar. Hastaların çoğu kuşkularını ve değişik saplantılarını yakınlarına, hekime tekrar tekrar sorarak çevrelerini yıldırırlar.

VI. İçgörü

Obsesif-kompulsif bozuklukta hasta saplantılarını saçma ve anlamsız olarak görür ama belirtilere direnir. Ancak, klasik tanımına aykırı olarak bazı hastalarda saplantıların saçma bulunmadığı, saplantılara karşı fazla bir direnmenin görülmediği durumlar olabilmekte ve bu durumlar *içgörünün düşük olduğu obsesif-kompulsif bozukluk* olarak adlandırılmaktadır[94].

VII. Davranış

Zorlantılar (kompulsiyon): Genel olarak saplantıları gidermek, onları yansızlaştırmak (nötralize etmek), etkisizleştirmek için yapılan zorunlu hareketlerdir. Belli yerlere dokunma ya da dokunmama; kapıları, pencereleri, havagazı musluklarını tekrar tekrar açıp kapayarak denetleme; evdeki eşyaya birisi dokununca bu eşyanın temizlenmesi; saatlerce bulaşık ve çamaşır yıkama, yıkayıp durulama; saatlerce süren, belli bir düzen içinde yapılan ve düzeni bozulunca tekrar tekrar yapılan banyo ve en sık görülen bitmek bilmez el yıkama zorlantıları olabilir. Hasta bu hareketlerinin gereksiz ve saçma olduğunu bildiğini, fakat içinden gelen bir zorlantı ile bunları yapmak zorunda kaldığını anlatır. Bu hareketleri yapmazsa büyük bunaltısı olur; saçmalığını bildiği için bunları durdurmaya çalışır. Durduramayınca gene bunaltıya girer. Bu belirtiler öylesine ağırlaşabilir ki hasta günün büyük bir kısmını artık kalıplaşmış, törensel (ritual) nitelik kazanmış hareketleri yinelemekle geçirir. Başka bir iş yapamaz olur. Saplantı ve zorlantıların artması ile ağır bunaltı belirtileri içinde kalan hasta derin acı çeker; yaşamı felce uğrar, zaman zaman da belirgin çökkünlüğe girebilir.

> 50 yaşlarında bir kasaba imamı camide abdest alırken, dua okurken, namaz kıldırırken aklına sık sık Allaha küfür takıntıları geliyor ve abdestini, dualarını yinelemek zorunda kalıyordu. Muayene için geldiğinde büyük sıkıntı ile yerlere kapanarak bu hastalıktan kurtarılmak için yalvarıyordu.

Tikler: Obsesif kompulsif bozukluk özellikle çocukluk döneminde bazı hastalarda tiklerle birlikte görülmektedir.

VIII. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Bu hastalarda bunaltıya özgü fizyolojik belirtiler görülür. İleri derecede el yıkayanlarda ellerin derisinde bol miktarda sabun ve deterjan izleri, hatta yaralar görülebilir.

Saplantı-zorlantı Bozukluğunun Türleri

Saplantı zorlantı bozukluğu olan hastaların belirtilerinin değerlendirildiği faktör analizi çalışmaları ile hastalığın farklı türleri tanımlanmıştır[94]:

1. Zorlantılı temizleme, el yıkama ile birlikte olan pislik bulaşması ve hastalık kapma saplantıları
2. Kontrol etme zorlantılarıyla birlikte olan kuşku saplantıları (örneğin: bir şey düşürdüm mü, düşürmedim mi; kapıyı kilitledim mi kilitlemedim mi?)
3. Simetri, düzen ve sayılarla ilgili saplantı ve zorlantılar
4. Biriktirme ve toplama zorlantıları
5. Saplantılı duraksama (tereddüt)

Saplantı-zorlantı Bozukluğu Yelpazesi

Son yıllarda obsesif-kompulsif bozukluğun bunaltı bozuklukları arasında yer alması tartışma konusu olmuştur. Aşağıda söz edilen birçok başka bozukluğun obsesif-kompulsif bozukluk ile ortak ailesel, klinik, nörofizolojik ve sağaltım özellikleri gösterdiğine ilişkin araştırma bulgularının yayınlanmasıyla, OKB'nin bunaltı bozukluğu tanı grubundan çıkarılarak *obsesif-kompulsif yelpaze bozuklukları* olarak ayrı bir tanı grubu oluşturulması önerilmektedir[10].

Saplantılara benzer şiddetli bunaltıya yol açan girici (intrusive) düşünceler ile zorlantıya benzer saplantıları ve bunaltıyı yatıştırmaya yönelik hareket ve zihinsel eylemlerle giden *beden dismorfik bozukluğu* ve *hipokondriazis*in OKB yelpazesinde (spektrum) oldukları düşünülmektedir. Bu iki bozukluk da tıpkı OKB gibi özellikle serotonerjik ilaçlardan yarar görmektedir. Bu bozukluklar dışında aralıklı patlama davranışı bozukluğu (intermittent explosive disorder), kleptomani, yeme bozuklukları, garip, yineleyici (stereotypic) kendini yaralayıcı davranışlar gibi dürtü kontrol bozukluklarının ve Tourette bozukluğu, patolojik kumar oynama ile kıl yolma (trikotilomani) gibi kompulsif özellikler taşıyan klinik durumların OKB yelpazesinde sayılabileceğine ilişkin görüşler bulunmaktadır[88].

Tanı

DSM-IV'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanısını koymak için saplantı ve zorlantıların olması; bir dönem saplantı ve zorlantıların aşırı ya da anlamsız olduğunun kabul edilmesi; saplantı ve zorlantıların günde bir saatten uzun sürmesi ve kişinin işlev düzeyinde önemli bir bozulmanın olması gerekmektedir. Ayrıca, saplantı ve zorlantıların içeriğinin başka bir ruhsal bozuk-

luğun belirtileriyle sınırlı olmaması ve bozukluğun bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaması koşulları da bulunmaktadır. ICD-10, DSM-IV'den farklı olarak, saplantı ve zorlantıların en az iki hafta boyunca sürmesi ölçütünü de getirmektedir[4, 102].

Ölçme ve Değerlendirme Araçları

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale /YOBCS) [40]:

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen 19 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları iki ayrı grup tarafından yapılmıştır [92, 48].

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi / MOKSL (Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire) [45]:

Obsesif, kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek için hastanın kendi doldurduğu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Türkçe çeviri ve geçerlilik, güvenirlik çalışmaları yapılmıştır [29, 92].

Ayırıcı Tanı

Şizofreni: Şizofreninin, özellikle başlangıç döneminde, hastada obsesif-kompulsif bozukluktakine benzer belirtiler olabilir. Dikkatli bir gözlem ve izleme ile şizofreninin başka belirtilerinin saptanması tanıya götürür. Şizofrenideki saplantılar ve zorlantılar genellikle acayiptir ve kalıplaşmış yinelemeler biçimindedir (stereotipiler). Ayrıca hastada bunaltı azdır ya da künt duygulanım vardır. Obsesif-kompulsif bozuklukta ise bunaltı şiddetlidir. Şizofrenisi olan hastalar genellikle saplantı ve zorlantılarını önlemek için uğraşmaz, bunların kendisine çok sıkıntı verdiğini, yaşamını kısıtladığını belirtmezler.

Fobik bozuklukta: Tipik fobik bozuklukta fobiye özgü korkular vardır. Zorlantılı yinelemeler yoktur. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastaların birçoğunda fobiler de bulunur. Nitekim, Pierre Janet bu iki bozukluğun tek bir hastalık olduğunu ileri sürmüş, buna "psikasteni" adını vermişti.

***Hipokondriazis*:** Kişinin bir bedensel hastalığı olduğu düşüncesinin şiddetli kaygıya yol açtığı *hipokondriazisi* de obsesif-kompulsif bozukluktan ayırt etmek güç olabilir.

Beden dismorfik bozukluğu: Beden dismorfik bozukluğunda normal görünümdeki bir kişinin dış görünümündeki hayali ya da hafif bir kusur konusunda yoğun kaygı duyması durumu da obsesif-kompulsif bozuklukla karışabilir. Burada kişinin saçma bulduğu ancak, aklından atamadığı bir saplantıdan çok, *aşırı değer verilmiş bir düşünce,* başka bir deyişle sanrıya oranla daha az mantıksız ve uzun süreli bir inanç söz konusudur.

Çökkünlük: Saplantı-zorlantı bozukluğu olan hastalarda hafif ya da ağır *çökkünlük* durumu sıklıkla görülür. Çökkünlüğün tanınması sağaltımda son derece önemlidir. Kimi çökkün hastalarda özellikle çeşitli hastalıklarla, sevdikleri, merak ettikleri kişi ve durumlarla ilgili saplantılı kuruntular olabilir. Klinikte her iki bozukluk sıklıkla birlikte görülebilir.

Gilles de la Tourette Sendromu: Obsesif kompülsif bozukluk çocuklarda görüldüğünde *Gilles de la Tourette* ya da başka tik hastalıkları da düşünülmeli, tik bozukluğu belirtileri araştırılmalıdır

Gidiş ve Sonlanış

Saplantı-zorlantı bozukluğu genellikle yavaş, sinsi bir başlangıç gösterir. Ancak, belirtileri özellikle gebelik ya da yas dönemlerinde ani başlayan hastalar vardır. Saplantı-zorlantı bozukluğu süregen, direngen (inatçı) bir hastalıktır. Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Bazı hastalarda dönemsel (epizodik) alevlenmeler görülebilir[94]. Başlangıçta hastalar saplantılarını ve zorlantılarını kendileri anlamsız, gereksiz buldukları için gizlemeye çalışabilirler. Kendi çabaları ile yenebileceklerini düşünürler. Yıllarca çabaladıktan sonra hekime başvururlar. Belirtiler arttıkça ve yayıldıkça hastanın yaşamı kısıtlanır, verimi düşer, çevresindekiler bıkar ve ancak böyle bir durumda hekime başvururlar. Hekime geldiklerinde çoğu artık iyice süregenleşmiştir. Araya panik, çökkünlük gibi bir bozukluk girerse hekime başvurma daha erken olabilir. Saplantılar ve zorlantılar arttıkça hastanın uyumu bozulur; işine bakamaz, çevresi ile ilişkilerini sağlıklı yürütemez. Eskiden bu rahatsızlığa iyileşmez gözü ile bakılırdı. Ancak, günümüzde ilaçlarla ve davranış sağaltımı ile hastalıkta belirgin düzelme olabileceği bilinmektedir.

Oluş Nedenleri

Biyolojik Etkenler

30-40 yıl öncesine dek bu bozukluğun daha çok ruhsal kökenli olduğu kabul edilirdi. Hastalığın sık görüldüğü araştırmalarla saptanınca ve bazı ilaçların etkili olabileceği gösterilince, bu bozukluğa karşı ilgi, sanki yeni keşfedilmiş bir hastalık gibi arttı. Son yıllarda, psikiyatrideki genel akıma koşut olarak saplantı-zorlantı hastalığının genetiği ve nörobiyolojisi üzerinde araştırmalar çoğaldı. Bu konuda son yılların biyolojik çalışmaları farklı alanlarda toplanmıştır:

Kalıtım Çalışmaları

Aile, ikiz ve ayrışım çözümlemesi (segregation analysis) araştırmaları saplantı zorlantı bozukluğunda kalıtımsal geçişin rolü olduğunu göstermektedir. Aile çalışmaları başlangıçta özellikle erken başlangıçlı saplantı-zorlantı bozukluğunda ailesel yüklülüğün daha fazla olduğunu göstermekle birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalarda ailesel yüklülüğün başlangıç yaşından bağımsız olduğu sonucunu vermektedir. Tek yumurta ikizlerinde % 80'nin üstündeki oranlarda eşhastalanma (concordance) bildirilmiştir. Kalıtım kalıbını incele-

yen ayrışım çözümlemesi çalışmalarından bir kısmı, otozomal dominant geçiş gösteren bir tek gen modelini destekler niteliktedir. Ancak, ayrışım çözümlemesi çalışmalarına toplu olarak bakıldığı zaman saplantı-zorlantı bozukluğu genetiğinin çok-etkenli, çok-genli bir kalıtım kalıbı ile daha iyi açıklanabileceği görülmektedir. Moleküler genetik çalışmalarda serotonin (serotonin taşıyıcı gen, serotonin reseptör genleri, triptofan hidroksilaz geni) ve dopamin (dopamin taşıyıcı gen, dopamin reseptör genleri) dizgelerinde rol oynayan, ayrıca monoaminlerin yıkımında rolü olan (COMT, MAO-A) birçok aday gen ile ilişkilendirme çalışmaları yapılmıştır. Bazı umutlandırıcı bulgular olmakla birlikte henüz yeterli bir sonuç alınamamıştır [55].

Gilles de la Tourette hastalığı olanlarda ve bunların birinci derecede akrabalarında daha yüksek oranda saplantı-zorlantı bozukluğu dikkati çekmektedir[75].

Nörokimyasal Çalışmalar

Serotonin Dizgesi: Bir trisiklik antidepresan olan klomipramin obsesif-kompulsif bozuklukta etkili iken, desipramin gibi başka benzer trisiklik ilaçların etkili olmadıkları gösterilmiştir. Bu bulgu klomipraminin öbür trisikliklerden farklı olarak serotonerjik özelliğini düşündürmüş ve fluoksetin, fluvoksamin gibi seçici serotonin geri alım önleyicilerinin de bu hastalıkta etkili olduğu görülünce dikkat serotonin sistemi üzerine yönelmiştir. Ayrıca bu hastalarda beyin-omurilik-sıvısı (BOS) serotonin ve serotonin metaboliti 5-hidroksi-indolasetik asit düzeyleri, serotonin reseptörlerinin moleküler incelenmesi ve serotonerjik genlere ilişkin bulgular da saplantı-zorlantı bozukluğunda serotonerjik sistemin rolünü desteklemektedirler[88].

Dopamin dizgesi: Dopamin agonisti ilaçlar hem sağlıklı kontrollerde hem de saplantı-zorlantı bozukluğu hastalarında garip, yineleyici (stereotipik) devinimlere yol açarlar. Saplantı-zorlantı bozukluğunun sağaltımında güçlendirme amacıyla kullanılan dopamin reseptörlerini bloke eden ilaçlar hastalığın belirtilerini hafifletirler. İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları saplantı-zorlantı bozukluğunda striatumdaki dopamin reseptörlerinde anormallik göstermektedir. Bazı saplantı-zorlantı bozukluğu hastalarında dopaminerjik aday genlerin etkili olduğu gösterilmiştir.

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Saplantı-zorlantı bozukluğu hastalarında işlevsel beyin görüntüleme (SPECT, PET, fMRI) çalışmalarında en tutarlı ve kesin bulgu orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdeğin başındaki etkinlik artışıdır. Belirtileri tetikleyerek yapılan çalışmalarda orbitofrontal korteks, singulat korteks, striatum ve talamusta etkinlik artışı bildirilmiştir. Sağaltım öncesi ve sonrasını karşılaştıran az sayıdaki çalışmada başarılı ilaç ya da bilişsel-davranışçı psikoterapi uygulamasından sonra sağaltım öncesi görülen anormalliklerin düzeldiği saptanmıştır. Bu alandaki en ilginç çalışma bulguları sağaltım öncesi prefrontal

korteksteki etkinlik artışının sağaltıma (ilaç ve bilişsel-davranışçı psikoterapi) iyi yanıtı göstermesidir[67].

Nöropsikolojik çalışmalar

Birçok çalışmada saplantı-zorlantı bozukluğunun bilişsel işlevlerde bozulma ile giden bir bozukluk olduğu gösterilmiştir. Ancak, bilişsel işlevleri değerlendiren bu çalışmalar açık ve bozukluğa özgü bir nöropsikolojik profil ortaya koyamamışlardır. Gene de saplantı-zorlantı bozukluğunda görsel-uzamsal (visiospatial) ve sözel bellekte bozulma, bilgi işleme hızında azalma gibi bulgular bulunmaktadır[41, 56].

Otoimmün Bozukluk

Streptokok enfeksiyonları sonrası oluşan otoimmün yanıtlar striatumda işlev bozukluğuna yol açarak zorlantılara, tiklere ve duygulanımda oynaklığa yol açabilmektedir.

Psikososyal Etkenler

Toplumsal ve kültürel etkenler

Saplantı-zorlantı bozukluğunun oluşunda toplumsal etkenlerin yeri kesinlikle aydınlatılmamış olmakla birlikte obsesif-kompülsif kişilik yapısının toplumsal tutumlarla bağlantısı olabileceğine ilişkin veriler vardır. Titiz, kuralcı, törenci, özellikle çocukluk çağında aşırı kuralcı ve disiplinci eğitim veren toplumlarda düzenli, temizliğe fazla değer veren, zaman ve düzen kavramı daha güçlü gelişmiş kişilikler yetiştiği kabul edilebilir. Buna Japon toplumu örnek verilmektedir. Fakat Japon toplumunda obsesif-kompülsif bozukluğun başka toplumlara göre daha sık görüldüğüne ilişkin bir bulgu yoktur. Ancak, bu bozukluğun üst sosyo-kültürel düzeydeki kesimlerde ve tuvalet eğitimine aşırı düşkün, utanç, suçluluk, günah duygularını fazla geliştiren ailelerde daha sık görüldüğü sanılmaktadır. Ancak, bu konuda iyi düzenlenmiş araştırmalar olduğunu söylemek güçtür.

Freud, dinlerin oluşunda obsesif-kompulsif düzeneklerin önemine işaret etmiş; hatta dinleri bir tür obsesif-kompulsif nevroz olarak görmüştü. Ona göre dinsel törenler ve ibadet bireyin içindeki olumsuz, yasak dürtüleri bastırmak için kullanılan yineleyici, kalıplaşmış *karşıt tepki kurma (reaction formation) ve yapma-bozma (undoing) düzeneklerinden* başka bir şey değildir. Toplumumuzda çok sık görülen uğursuzluğa karşı birkaç kez tahtaya vurma, güzel bir çocuk görüldüğünde maşallah, tuh tuh gibi sözler söyleme aslında nevroz belirtisi olmasa bile; bunlar inanılan bir kötülüğü, uğursuzluğu kovmak için yapılan ve büyüsel düşünceye dayalı zorlantılı devinimlerdir.

Obsesif-kompulsif bozukluk bir kültüre ya da bir çağa özgü değildir. Temel özellikleri farklı çağlarda ve farklı kültürlerde aynı olmakla birlikte kültürel etkiler hastalığı çeşitli açılardan etkiler. Özellikle dini inançların belir-

tilerin şekillenmesinde önemli rolü olmaktadır. Müslüman ülkelerde yapılan çalışmalarda en sık karşılaşılan saplantıların dini temalı oldukları bildirilmiştir[97]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada obsesif-kompulsif bozukluğu olan bir hasta örnekleminde dini içerikli saplantıların %42 oranında bulunduğu gösterilmiştir. Ancak, aynı çalışmada dindarlık ile herhangi bir obsesif-kompulsif belirti arasında ilişki bulunamamıştır [91].

Psikodinamik Etkenler

Saplantı-zorlantı bozukluğu için önerilen psikanalitik kuramın geçerli olmadığına ilişkin görüşler son yıllarda artmakta, nörobiyolojik çalışmalar ağırlık kazanmaktadır. Kuşkusuz zamanla bu yaygın ve çok acı verici hastalığın tümden bir beyin hastalığı olduğunun kanıtlanması ve ilaçlarla kökünden kazınabilmesi olasıdır. Ancak, bu hastalıkta psikanalitik sağaltımın başarısızlığı kanıtlanmış olsa bile psikanalitik kuramın getirdiği özgün açıklamaların ve düzeneklerin tümden geçersiz olduğunu söylemek kolay değildir.

Psikodinamik etkenleri açıklayabilmek için önce obsesif-kompulsif kişilik yapısını psikanalitik açıdan özetlemek gerekir. Klasik psikanalitik kurama göre obsesif-kompulsif kişilik *anal kişilik* özellikleri taşır ve *anal dönemde saplanma (fixation)* belirtileri gösterir. Bu belirtiler: *cimrilik, aşırı düzenlilik, aşırı titizlik, inatçılık, kararsızlıktır.* Anal dönemde saplanmanın anlamı şöyle özetlenebilir: Anal dönemde çocuğun dürtülerinde iki yönlülük, iki-değerlilik (ambivalence) belirgindir. Dışkının, sidiğin içeride tutulması ya da dışarı bırakılması birbirine karşıt, iki yönlü istek ve eylemlerdir. Yani iki yaşına giren çocuk, yaşamında ilk olarak *dürtüsel yönden yüklü, fakat birbirine karşıt iki yetiyi (tutma ve bırakma) kullanabilme* durumuna gelmiştir. Fakat bu yetinin kullanılması başlangıçta kendisinin değil, annenin isteğine ve onun eğitim biçimine bağlıdır. Çocuğun doğal yapısında oluşan bu birbirine karşıt iki eğilim toplumla, çevreyle, aileyle sürtüşmeye yol açar. Çocuğun anal bölge ve işlevlerinin aşırı denetlenmesi, annenin, ailenin istediği zamanda, istediği yerde dışkılama ve işeme büzgeç (sfinkter) kaslarının işletilmeye zorlanması ailede, toplumda bu işlevlere aşırı önem vermenin bir göstergesidir. Bu yüzden *bu dönemdeki saplanma karşıt iki-değerli (ambivalent) tutum ve duyguların artmasına neden olur. Kişi bir eylemi yapma ve yapmama arasında bocalar. Saplantı-zorlantı bozukluğunda da her istek, düşünce ve eylemin bir olumlu, bir olumsuz yanı vardır.* Obsesif kişilikte anal döneme özgü kirlilik, karşıtçılık, saldırganlık, inatçılık eğilimlerine karşı belli savunma düzeneklerinin yerleştiğini görürüz. Bunların en önemlileri *karşıt-tepki kurma (reaction formation), yalıtma (isolation), yer değiştirme (displacement)* savunma düzenekleridir. (Bakınız: *Bölüm VI: Benliğin Savunma Düzenekleri*). Bu savunmaların yerleşmesiyle saplantılı (obsesif, anankastik) kişilik gelişir. *Bu kişiler, içlerindeki olumsuz duygu ve eğilimlerin tam karşıtı davranış gösterirler (karşıt-tepki); çocukluktaki olaylara ilişkin duygularını yalıtırlar (isolation) ve başka bir nesneye aktarırlar (displacement).* Saplantılı kişilik yapısı gös-

teren bireylerdeki ikili-duygulanım (*ambivalans*), tuvalet işlemleriyle aşırı uğraşma, aşırı titizlik, cimrilik, kabızlık gibi belirtiler doğrudan doğruya anal dönemle ilgili işlevlere saplanma belirtisi olarak görülmektedir. Anal kişilikte görülen cimrilik, inatçılık, düzenlilik Erikson'un tanımladığı aşırı tutma, tutunma, denetim altında tutma eğilimlerinin davranışa yansımasıdır. (Bakınız: *Bölüm VII: Kişilik Gelişmesi*).

Obsesif-kompulsif kişiliğin temel sorunu birbirine karşıt dürtülerin benliği sıkıştırması ve benliğin de bunlar üzerinde denetim sağlama çabasında olmasıdır. Böyle bir kişi birbirine karşıt eğilimler, dürtüler arasında seçim yapmakta güçlük çeker; *özerklik duygusunu (sense of autonomy)* yeterince kazanamamıştır. Dikkat edilecek olursa obsesif-kompulsif bozuklukta kişinin sürekli olarak kendi içinden gelen, bir türlü kabul edemediği, fakat sanki büyüsel gücü ile gerçekleşecek gibi algılanan düşünce ve eğilimlere karşı sürekli bir savaşım vardır. Bu savaşım, olumsuz düşünce ve eğilimleri kovmak, bozmak, ortadan kaldırmak, etkisizleştirmek; bunların yerine olumlu düşünce ve eylemleri getirme çabasıdır.

Obsesif-kompulsif kişiliğin temel savunma düzenekleri bastırma, karşıt tepki kurma ve yalıtmadır. Obsesif-kompulsif bozukluk oluştuğunda ise bu düzeneklere eklenen *yer değiştirme* ve *yapma-bozma (undoing)* düzenekleri ile rahatsızlığın belirtileri oluşur. Halk arasında uğursuzluğu, kötü bir şey olmasını önlemek amacıyla kullanılan "maşallah" deme, tahtaya vurma gibi gelenekler de yapma-bozma düzeneğine örneklerdir. El yıkama zorlantısında ruhsal kirlilik duygusu, bedensel pislik duygusu ile yer değiştirirken yapma-bozma düzeneğinin işlediğini görüyoruz. Birey ellerini kirlenmiş olarak algılamakta, hemen arkasından ellerini uzun süre yıkayarak kirlenme duygusunu gidermeye çalışmaktadır. Fakat kirlilik duygusu tümden bilinçdışıdır ve üstbenlik ile ilgili suçluluk duygusuna bağlı olduğundan kişi elini ne denli yıkarsa yıkasın, kendisini temizlenmiş saymamaktadır. Shakespeare'in tanınmış Machbeth oyunundaki Lady Macbeth'in ellerini bir türlü temizleyememesi işlettirdiği cinayet karşısında içindeki bitmek bilmez suçluluk duygusuna bağlıdır.

İşte *Freud*, obsesif-kompulsif nevrozu olan hastaları inceleyerek bu düzenekleri tanımlamış; bu düzeneklerin harekete geçmesinin, aşırı kullanılmasının ruhsal kaynaklarını bulmaya çalışmış; obsesif-kompulsif nevrozun oluşunu anal dönemde saplanmaya bağlamıştı. Ona göre çocukluktaki anal döneme özgü dürtüler yetişkin yaşamdaki bireyin bilinçdışında etkinliklerini sürdürmektedir. Birey, yetişkin çağda çocukluktan kalma anal dürtülere, anal eğilimlere karşı kendisini az önce tanımladığımız özel savunma düzenekleriyle koruma zorunluluğunu duymaktadır. Bu savunma düzeneklerinden *karşıt-tepki kurma (reaction formation)* düzeneğini anımsatırsak konu daha iyi aydınlanabilir. Karşıt-tepki kurma düzeneğinde kişinin benliği, altbenlikteki (id) bilinçdışı yasak dürtü ve eğilimlere karşıt olan tepkiler geliştirerek kendini savunmaya çalışmaktadır. Örneğin, bilinçdışı kin, nefret, kabalık eğilim-

lerine karşı kişi aşırı derecede kibar ve nazik; pislik, kirlilik eğilimlerine karşı anormal derecede titiz, temizlik düşkünü olmaktadır. Benlikçe kabul edilemeyen birçok dürtü ve gereksinim aşırı baskıcı, bağnaz, ahlakçı bir tutumla durdurulmaya çalışılmaktadır. Normal ve doğal dürtülerini, örneğin cinsel uyarılışları bile kendine, başkalarına yasak sayarak, katı ahlakçı tutum gösterebilirler. Tanrıyı seven, ona bağlı olan, ahlak değerlerinden zoru olmayan kişi için dinsel inançları kuşkusuz rahatlatıcı, esenlik veren duygulardır. Ama sık sık dinden, imandan söz ederek başkalarını suçlayan, aşırı dinci görünen kişinin yaptığı kendi içindeki ayartıcı dürtülere karşıt bir tutum geliştirme, bunları başkalarına yansıtma çabasından başka bir şey değildir. Sürekli olarak sıkıştıran olumsuz bilinçdışı dürtülere karşı, kişi de bunların tam karşıtı davranış ve tutumlar geliştirerek kendini korumaya çalışmaktadır.

Obsesif-kompulsif kişiliği ya da obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde düşüncede ve eylemde iki-değerliliğin (ambivalance) yanı sıra *büyüsel düşünce* üzerinde ayrıca durmak gerekir. Bu kişiler düşündükleri bir şeyin eylem haline dönüşebileceğini sanırlar, inanırlar; bu yüzden korkuya kapılırlar. Sevilen bir kişiye karşı nefret, kin duygusu belirince ya da onun ölebileceğini düşününce, kişi gerçekten sevdiği kişinin öleceğini, ona büyük bir uğursuzluk geleceğini de düşünür. Bu bakımdan uğur ve uğursuzluk kavramı saplantı ve zorlantıları olan kişinin düşüncesinde önemli yer alır. Bu tür düşünce, düşüncenin *büyüsel (magic)* bir gücü olduğu kanısına dayalıdır. Yani kafamızdaki bir istek, bir duygu, bir bakış büyüsel bir etki ile dışımızdaki birini etkileyecek ya da bir olayın ortaya çıkmasına neden olabilecektir. Aslında, insanoğlu çok eski çağlardan beri bilmediği, savaştığı halde yenemediği, açıklayamadığı doğal olayları büyüye, doğaüstü güçlere bağlama eğilimi göstermiştir. İlkel insan kendisine yapıldığını sandığı büyüyü ve gelebilecek bir uğursuzluğu gidermek için saplantılı-zorlantılı davranış biçimlerine benzeyen, kendine özgü bir takım törenler uygulamıştır. Obsesif-kompulsif nevrozu olan hastanın kafasındaki olumsuz düşüncenin gücüne ve doğurabileceği uğursuzluğa karşı savaşmak için yaptığı hareketler, yöntemler yapma-bozma (undoing) düzeneğine örnektir. O halde bireyin içindeki olumsuz duyguların yalnız olumsuz duygular olarak yaşanması değil, aynı zamanda çocukluk çağındaki *büyüselliği ve tüm-güçlülüğü* (omnipotence) taşıması gerekir. Yetişkin bir kişinin düşüncelerinde böyle ilkel, çocuksu ve büyüsel bir nitelik olunca, bu düşünceleri gidermek için garip, anlaşılmaz, saçma gibi görünen eylemler ortaya çıkar ve yineler (zorlantı, kompulsiyon). Bu zorlantılar kişiyi tümden rahatlatmaz. Çünkü savunmalar olumsuz dürtüyü ortadan kaldıramaz; onların tam karşıtı davranışlara neden olarak bir bakıma onların sürmesine de yol açarlar ve kişinin bunaltısı sürer.

Davranışçı Görüş

Davranışçı görüş köklerini öğrenme kuramlarından almaktadır. Bu görüşe göre, saplantı ve zorlantılar örnek alınarak öğrenilmiş davranışlardır.

Bir bakıma bunlar belli sorunları çözmek için bulunmuş, yavaş yavaş koşullandırılmış davranış örüntüleridir. Bunların altında bilinçdışı yasak dürtüler aramak gerekmez. Öğrenilmeyle kazanılmış yanlış davranışlardır. Ters öğrenmeyle bunlar bırakılabilir, söndürülebilir. Obsesif-kompulsif bozuklukta öbür sağaltım türlerine göre daha etkili olduğu anlaşılan bilişsel-davranışçı psikoterapinin temeli bu noktaya dayanmaktadır[19,48,52]. Ancak, davranışçı görüş uzun yıllar belirgin obsesif-kompulsif bozukluk göstermeyen bir insanın nasıl olup da yaşamının bir döneminde birdenbire ya da kısa bir süre içerisinde, ağır obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri göstermeğe başladığını açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Davranışçı okulun görüşlerinin geçerliği bir dereceye kadar kabul edilse bile, obsesif-kompulsif bozukluğun psikodinamik açıklaması bu hastalığın anlaşılması bakımından son derecede önemlidir.

Sağaltım

Saplantı-zorlantı bozukluğunda en verimli sağaltım ilaç ve bilişsel davranışçı sağaltımın birlikte uygulanmasıdır.

İlaç ve somatik sağaltımlar

Saplantı-zorlantı bozukluğunda hastaların %90'ının ilaç sağaltımından klinik olarak anlamlı sayılabilecek bir yarar sağladığı bildirilmektedir. Bu hastalarda güçlü bir serotonin geri alım önleyicisi olan *klomipramin* ve *seçici serotonin geri alım önleyicilerinin* (SSGÖ) (*Fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram)* kullanılması ile oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır Bu ilaçların saplantı-zorlantı bozukluğundaki etkileri yalnızca çökkünlüğün düzelmesine bağlı değildir [25, 31]:

Serotonin geri alım önleyici ilaçlar saplantı-zorlantı bozukluğunun sağaltımında depresyon ve başka bunaltı bozukluklarında olduğundan daha yüksek doz ve uzun sürede etkili olurlar. Bu hastalarda klomipraminin günlük dozunu 250-300, fluvoksaminin 200-300, fluoksetinin 60-80, paroksetin ve sitalopramın 40-60, sertralinin 225 mg'a kadar çıkılması gerekebilir. Saplantı-zorlantı bozukluğunun ilaç sağaltımı ile ilgili olarak aşağıdaki noktalar önem taşır:

- Klomipramin bütün SSGÖ'lerden daha etkili bulunmaktadır [25].
- Sağaltıma uyum SSGÖ'lerle klomipraminden daha fazla olmaktadır.
- Yukardaki iki maddeye dayanarak saplantı-zorlantı bozukluğunun sağaltımında ilk seçim olarak SSGÖ'ler kullanılmakta, klomipramin ikinci seçenek olarak önerilmektedir.
- Yüksek dozlarda ilaç yan etkileri daha fazla görüldüğü için hastaların klinik belirtilerdeki değişme ve yan etkiler açısından izlenerek ilaçların yavaş artırılmasında yarar vardır.
- İlaçların erken dönemdeki etkisini belirlemek güçtür; asıl etki haftalar hatta bazı hastalarda aylar sonra ortaya çıkar. Belirtilerde düzel-

me bir yıla kadar sürebilir. Bu nedenle doz değişikliği için 12 hafta beklenilmesi önerilmektedir.
- İlaçlara tolerans geliştiği gösterilmemiştir.
- İlaçların etkilerinin yavaş ortaya çıkması hastaların sağaltımın yararını değerlendirmesini güçleştirir. Bu nedenle saplantı ve zorlantıların şiddetini ölçmekte kullanılan yukarıda sözü geçen (YBOCS, MOKSL) ölçme araçlarının kullanılması ilaçların etkisini belirlemek açısından önem taşır.
- Panik bozukluğundan farklı olarak bu hastalarda ilaç başlanır başlanmaz, ilk günlerde bir kötüleşme görülmez.
- İyilik hali ilaçlar kullanıldığı sürece devam eder. İlaçların en az iki yıl kullanılması önerilmektedir.
- Ancak, bu ilaçların saplantı-zorlantı bozukluğu olan hastaların %30'unda etkileri yeterince yüz güldürücü olmamaktadır. Özellikle toplama ve biriktirme zorlantıları ile cinsel, dinsel ve somatik saplantılarla giden ve zayıf içgörüsü olan hastalar ilaçlardan daha az yarar görmektedir[25].

Serotonin geri alım önleyicilerinden yeterli yanıt alınamayan saplantı-zorlantı bozukluğu hastaları için önerilen yaklaşımlar aşağıda sıralanmaktadır[25, 31, 44, 60]:

- Bilişsel davranışçı sağaltımın eklenmesi
- Doz arttırma.
- Bir SSGÖ'den yarar görmeyen hastada başka bir SSGÖ'ye geçilmesinin bazı hastalarda işe yaradığı bildirilmiştir.
- SSGÖ ve klomipraminin birlikte kullanılması farmakokinetik etkileşimler nedeniyle riskli olmaktadır. Bu nedenle dozu azaltmak gereklidir. Ayrıca EKG ve plazma ilaç düzeyinin izlenmesi önerilmektedir.
- *Güçlendirme yaklaşımları:* Düşük doz risperidon, ketiyapin, haloperidol, klonezepam, aripiprazol, pindolol ekleme ya da damar-içi klomipramin uygulama.
- *Derin beyin uyarımı:* İnternal kapsül ön bacağında talamo-orbitofrontal liflere yerleştirilen elektrodlarla uygulanan derin beyin uyarımından etkili sonuçlar alındığı bildirilmiştir[44]. Bakınız *Bölüm XXIX Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltımlar.*
- *Cerrahi yaklaşımlar:* Çok ağır, süregen, sağaltıma dirençli hastalarda kimi ülkelerde seyrek olarak ön singulatomi, subkaudat trakotomi, limbik lökotomi, ön kapsülotomi gibi cerrahi yöntemler uygulanmaktadır[60]. Bakınız *Bölüm XIX: Ruhsal Bozukluklarda Somatik Sağaltımlar.*

Bilişsel-Davranışçı Sağaltım

Saplantı-zorlantı bozukluğunun sağaltımının temel taşlarından biri bilişsel-davranışçı psikoterapidir. Karşılaştırmalı çalışmalarda bilişsel-davranışçı sağaltımın en azından serotonerjik ilaçlar kadar, belki daha fazla etkili

olduğunu göstermiştir. Yaşayarak alıştırma (invivo exposure) gibi davranışçı yöntemlerin eklenmediği salt bilişsel yaklaşımın da bilişsel-davranışçı psikoterapi kadar etkili olduğu gösterilmiştir[81].

Bilişsel-davranışçı sağaltımda hasta ile birlikte saplantı-zorlantı bozukluğu belirtilerinin nasıl geliştiğini ve nasıl sürdüğünü açıklayan, hastaya özgü bir sağaltım planı oluşturulur. Bu sağaltım planında hastanın saplantı-zorlantı bozukluğu belirtilerine zemin hazırladığı, hastalığı başlattığı ve hastalığı sürdürdüğü düşünülen etkenler, hastanın temel inançları, saplantıları, yorumları, bunların yol açtığı duygular, başa çıkma yöntemleri bulunur. Temel inançları ve bunlara dayanan olumsuz değerlendirmeleri tartışılarak ve bazı davranışçı deneyler ile çürütülmeye çalışılır. Hastanın bu temel inançlarına seçenek oluşturacak düşünceler geliştirmesine yardım edilir. Kullanılan davranışçı yöntemler arasında özellikle *yaşayarak alıştırma (in vivo exposure) ile yanıtı ertelemenin (response prevention)* birlikte kullanılması çok etkili bulunmuştur[69]. Yaşayarak alıştırma ve yanıtın ertelenmesi ile eski temel inançların bırakılması ve yeni oluşturulan düşünce seçeneklerinin pekiştirilmesi sağlanır[81]. Bu yöntemde hasta bütün belirtilerini hafiften ağıra, kolaydan zora doğru bir liste içinde sıraya sokar. En hafif ve en kolay belirtilerden giderek ağırlaşan ve zorlayan belirtilere doğru üstüne giderek alıştırmalar yapılır. Örnek: Elleri kirlenecek diye bir yere dokunmayan bir kişiye önce kolay dokunabileceği şeylere dokunma; el yıkamayı artan sürelerle erteleme; el yıkama sürelerini ve yıkama sayılarını giderek azaltma alıştırmaları yaptırılır. Dokunma ile ortaya çıkan bunaltıya dayanma ya da bunaltının artmasını isteyerek daha çok dokunma; el yıkamayı azaltırken de bunaltıya katlanma ya da bunaltının gelmesini, artmasını isteme (paradoxical intention) öğretilir. Bu sırada hastanın bunaltısını yatıştırıcı gevşeme yolları öğretilir. Ayrıca, bilişsel alıştırmalarla hastaların kendilerini başka konulara, başka düşüncelere, başka etkinliklere yönlendirmeleri öğretilir.

Psikanaliz ya da Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi

Sonuçları çok yüz güldürücü sayılmaz. Bu hastalar özellikle geçmiş travmatik yaşantılarına karşı ağır duygusal yalıtım (isolation) içinde olduklarından, yaşam olayları bütün ayrıntıları ile fakat duygudan yalıtılmış biçimde anlatılır. Bu nedenle sağaltımda hastalarda büyük ve uzun süren direnç görülür. Ağır hastalarda yıllarca süren psikanaliz sonuçsuz kalabilir. Ayrıca, bu hastalarda değişmeye ve değişikliklere karşı direnen katı bir kişilik yapısının olması da sağaltımı zorlaştırır.

Genel Öneriler

Obsesif-kompulsif bozuklukta hastaları uğraşılara yöneltmenin çok büyük yararları vardır. Hastanın zevk aldığı bir uğraş saplantıları, zorlantıları azaltır. Kadın hastalar sıklıkla hastalıklarını ev işlerine aktararak aşırı titiz-

likleri nedeniyle evde büyük baskı, denetim kurarlar; ev temizliğinin kendisi hastalık olur ve bu titizlik, temizlik hastalığı çevreden de pekiştirilir. Bu tür hastalarda evin dışında değişik uğraşıların bulunmasına çalışılmalıdır.

ÖRSELENME YA DA ZORLANMA ETKİSİNE BAĞLI BOZUKLUKLAR

Örselenme (travma) kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Örneğin ilk çocukluk yıllarında annenin yitimi çocuk için ağır bir örselenmedir. Bu tür bir yitim çocuğu ağır biçimde etkileyebilecek akut bir örselenme olduğu gibi, yaşamın çok sonraki yıllarında da kendisini belli eden, derin izler bırakan süregen nitelikte bir örselenmedir. *Psikanalitik tanımlamada örselenme* benliğin (egonun) üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta içten ya da dıştan gelen uyaranlar kümesi ile karşı karşıya kalmasıdır. Zorlanma (stres) organizmanın denge-durumunu (homeostasis) bozan herhangi bir etkendir. Her türlü hastalığın tetiklenmesinde değişik derecelerde kısa ya da uzun süreli zorlanmaların önemli etkisi bulunmaktadır. Bu bölümde kullanılan *örselenme kavramı* temelde bu tanımlamadan çok farklı olmamakla birlikte, daha çok kişinin *kendisinin ya da yakınlarının yaşadığı bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak, birden gelen ağır örseleyici olayları içermektedir.* Kişinin böyle bir tehlike ile karşılaşmadığı, fakat bu tür örseleyici olaylara tanık olduğu durumlar da örselenme etkisi yapabilmektedir ve bu nedenle böyle tanıklıklar da örselenme sayılır. Ağır örseleyici (travmatik) olaylar arasında *trafik ve uçak kazaları, deprem, sel gibi doğal afetler, ağır dayak, işkence görmek, ırza saldırı, terörist elinde rehin tutulmak, toplama kampında kalmak, savaşta uzun süre siperde ya da bombardıman altında kalmak gibi herkes için ağır zorlanma (stres) yaratabilecek durumlar* sayılabilir.

Bir bireyin akut ağır örseleyici bir olaydan etkilenmesi kuşkusuz olayın şiddeti ile yakından ilgilidir. Ancak, örselenme ve zorlanma karşısındaki dayanma gücü kişinin kalıtımsal yapısına, gelişimsel özelliklerine, öğrenmelerle geliştirdiği benlik (ego) gücüne, böyle bir olaya karşı hazırlıklı olup olmadığına ve daha birçok etkene bağlıdır. Bir başka deyişle zorlanmanın etkisi bireyden bireye değişir. Biri için ağır zorlanma olabilecek olay bir başkası için aynı derecede zorlanma yaratmayabilir. Ağır örselenme ve zorlanma altında kalan insanların hepsi aynı bozulma, yıkılma belirtilerini göstermezler. Örneğin büyük depremlerden sonra insanların hepsi çok ağır örselenme ve zorlanma altında kalmaktadırlar; hepsi ruhsal ve bedensel olarak etkilenmektedirler; ama hepsinde ruhsal bozukluk görülmemektedir.

17 Ağustos 1999, Marmara depremi, deprem bölgesi içinde olan insanları ağır bir örselenme ile karşı karşıya bırakmış ve bunun ruhsal etkileri çok belirgin biçimlerde bölgede görülmüştür. Bu depremde açıkça görülmüştü

ki örselenme yalnızca deprem bölgesinde yaşayan insanlarda olmamakta, depreme çok uzak bölgelerde de TV aracılığı ile depremin etkisine tanık olunmakta ve bu tanık olma da yatkın kişilerde ağır örseleyici etki yapabilmektedir.

> 17 Ağustos depreminden yaklaşık 2-3 hafta sonra gördüğüm 28 yaşında, evli, bir çocuklu kadın hasta depremden 500 km. uzaktaki bir kentten gelmişti. Bu kentte insanlar Kocaeli depremini belli belirsiz hissetmişlerdi. Deprem olduktan sonraki birkaç gün içinde hastamız günün 24 saatinde yer sarsıntısı yaşadığını sanıyordu. Yürürken ayaklarının altındaki yerin, yatarken yatağının sarsıldığını algılıyor, sürekli bir korku, dehşet içinde yaşıyor, büyük bir telaş içinde 5 yaşındaki çocuğunu korumaya çalışıyordu. Uykusu ve yemesi ileri derecede bozulmuş, toplumdan çekilmiş, iş yapamaz olmuştu. (MOÖ)

Örseleyici durumların hem olayın olduğu zamana özgü akut etkileri, hem de süregen etkileri bulunmaktadır. ICD-10 ve DSM-IV'de *örselenme ve zorlanmaya bağlı ruhsal bozukluklar iki ana başlık altında incelenmektedir:*

A. Akut zorlanma bozukluğu (ICD-10'da akut stres tepkisi)

B. Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu (travma sonrası stres bozukluğu)

Akut Zorlanma Bozukluğu

Yukarıda tanımlanan türden ağır bir bedensel ya da ruhsal örselenme sonucu gelişen geçici bir bozukluktur. Bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerde olağan dışı bedensel ya da ruhsal zorlanmaya bağlı olarak ortaya çıkar. Tanı koymak için zorlanmayla belirtiler arasında zamansal ilişki olması gerekir. Genellikle saatler ya da günler içinde azalarak geçer. ICD-10'a göre olağan dışı zorlanma bireyin ya da yakınlarının güvenliğini ve bedensel bütünlüğünü tehdit eden travmatik bir olay [örneğin doğal ya da insanların yol açtığı yıkımlar, savaş, ağır kazalar, saldırıya uğrama, tecavüz ya da bireyin içinde bulunduğu sosyal konum ve ilişkilerinde olan ani, tehdit edici değişiklikler (aileden birkaç kişinin ani kaybı, evinin yanması)] olarak tanımlanmaktadır [102]. Bir iki günden 3-4 haftaya dek sürebilir, fakat büyük bir çoğunluk 3-4 gün içinde düzelir. DSM-IV en az iki gün sürme ölçütünü vurgulamakta ise de ICD-10 daha esnek ve uygun bir tutumla genelde 24-48 saat içinde düzelme olduğunu belirtir[4, 102].

Sıklık

Akut zorlanma bozukluğunun sıklığı toplumdan topluma, bölgeden bölgeye, ülkeden ülkeye büyük değişiklikler gösterir ve bir sıklık oranı vermek zor, belki de olanaksızdır. Örneğin ülkemizde trafik kazaları, doğal yıkım olayları (afetler) fazla olduğundan akut stres bozukluğunun çok sık görüldüğünü ve bunların büyük bir çoğunluğunun hekimlere gelmeden düzeldiğini söyleyebiliriz.

Belirtiler ve Bulgular

Hasta ya çok sessiz, durgun ya da şaşkın, bazen de saldırgan bir devingenlik (agitation) içinde olabilir. Büyük huzursuzluk belirtileri, çılgınca devinimler gösterip, bağırıp çağırabileceği gibi donakalmış gibi de görünebilir. Hastayla konuşmak, ilişki kurmak çok güç olabilir. Kendisini yatıştırmak isteyenlerin ayırımında değil gibidir. Bu durum kısa zamanda ortaya çıkan disosiyatif belirtilerin yoğunluğuna bağlıdır. Bu belirtiler kısa sürede yatışsa bile toplumdan çekilme daha uzun sürebilir.

Çoğu hastada *ağır bunaltı ve panik* bütün klinik görünüme egemendir. Buna bağlı otonom sinir dizgesi uyarılması ile kalbin hızlı atması, terleme, yüz kızarması, bedende, kollarda, bacaklarda titremeler olabilir. Kimi hastalarda ağır öfke tepkileri görülebilir. Birçok hastada da ya böyle ağır bir bunaltılı, öfkeli durumdan kısa süre sonra ya da hemen başlangıçta *duygusal tepkilerde donukluk, duygu yitimi,* kendini çok ötede, uzaklarda ve hiç bir şey hissetmiyormuş, dışardan gözlüyormuş gibi algılama (öze yabancılaşma, depersonalizasyon) olabilir. Kimi hastalarda çevrenin değişik algılanması türünden *gerçekdışılaşma (derealizasyon)* görülebilir. Başlangıçta bilinç bulanıklığına benzer bir *şaşkınlık* vardır. Dikkat dağınıklığı, uyaranları algılamada zorluk, zaman, yer ve kişilere karşı *yönelim bozukluğu* dikkati çeker. Travmatik olaya ve olayın çevresinde olup bitenlere karşı *tam ya da kısmi bellek yitimi (disosiyatif amnezi)* olabilir.

Hastanın bunaltı durumuna, öfke ve sinirliliğine göre düşünce akışı çok yavaşlamış ya da çok hızlanmış olabilir. Aşırı korku ve bunaltı içinde olan bu hastalarda sinirli, tedirgin devingenlik (ajitasyon) ya da donakalım gibi bir devinimsizlik görülebilir. Daha seyrek olarak çevreye saldırabilir, bağırıp çağırabilir. Fakat başlangıçta hareket artması olsa bile kısa sürede hasta durgunlaşır, çökkün bir görünüm ortaya çıkar. Korku ve bunaltıya bağlı olarak otonom sinir dizgesinde kamçılanma belirtileri görülür. Hasta sürekli bir uyarılış içinde olduğundan sık sık *irkilme tepkileri* görülebilir ve uyku bozukluğu olabilir.

Kocaeli depreminden 3 hafta sonra yapılan bir çalışmada depremle karşılaşmış olanların %59'unda ölüm korkusunun, %70'inde korku ve dehşet duygularının, %64'ünde ağır çaresizlik duygularının anlatıldığı bildirilmiştir[26] Depremin çok yaygın ve şiddetli olması, sayısız artçı depremlerin yanı sıra koruyucu, rahatlatıcı önlemlerin gecikmesinin, yetersizliğinin de korkuların artmasına, daha uzun sürmesine neden olduğu kabul edilebilir.

Gidiş ve Sonlanış

Akut zorlanma bozukluğu olaydan hemen sonra başlar ve genellikle kendiliğinden 2-3 gün içinde düzelir. Dört haftadan daha uzun süren olgularda tanıyı gözden geçirmek, travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın bunaltı, panik, çökkünlük bozuklukları başta olmak üzere başka tür ruhsal bozuklukları

düşünmek gerekir. Trafik kazalarından sonra ortaya çıkan akut zorlanma bozukluğu olan hastaların %80'ninde örselenme sonrası zorlanma bozukluğu (travma sonrası stres bozukluğu) geliştiği bildirilmiştir[7].

Sağaltım

Bu bozukluk genellikle 2-3 gün içerisinde düzeldiğinden özel bir sağaltım gerekmeyebilir. Bu gibi durumlarda aile yakınları, arkadaşlar, gönüllü yardımcıların yakın ilgisi kişinin düzelmesinde etkili olur. *Bunaltıya ve uyku bozukluğuna karşı bunaltı giderici diazepam (5-10 mg/gün), alprazolam (0.5-2 mg/gün), klonazepam (0.5-2 mg/gün)* gibi ilaçlar genellikle yeterli olur. Çok hareketli ve saldırgan durumlarda antipsikotik gerekebilir.

Çoğu olguda örseleyici durumun sona ermesi ya da böyle bir durumdan uzaklaşma ile belirtiler yatışır. Ölümler, ağır sakatlıklar olmuşsa, hastanın yakınları önemli destek sağlar ve akut zorlanma bozukluğu yerini doğal bir yas sürecine bırakır. Bozukluk 3-4 haftadan uzun sürerse tanı gözden geçirilerek gelişen travma sonrası zorlanma bozukluğu ya da çökkünlüğe yönelik sağaltıma geçilir.

Örselenme Sonrası Zorlanma Bozukluğu

(Travma Sonrası Stres Bozukluğu / TSSB)

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu yukarıda tanımlanan olağan dışı örseleyici durumlarda gecikmiş ve uzamış olarak ortaya çıkan bir belirtiler kümesidir. Olağan dışı örseleyici olay hemen herkeste şiddetli sıkıntıya yol açacak nitelikte olmalıdır. Örneğin, doğal ya da insanların yol açtığı yıkımlar, savaş, ağır kazalar, saldırıya uğrama, tecavüz, işkence, başkalarının vahşi biçimde öldürülmesine tanık olmak [102].

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu günümüzde bütün dünyada ruh hekimliğinin önemli konularından biridir. Hem doğası, hem de az gelişmiş toplumsal yapısı ile ülkemizin insanları çok ağır örseleyici olayları hemen hemen her gün yaşamaktadırlar. Depremler, seller, toprak kaymaları, trafik kazaları, terör ve işkence, cinsel saldırı, töre cinayetleri günlük yaşamımızda sık karşılaşılan, büyük ruhsal, bedensel acılara, sakatlıklara, ekonomik yitimlere neden olan ağır örseleyici olaylardır.

Sıklık

Dünyada afetler son 40 yılda 3 kat artmış, son 20 yılda 3 milyon kişinin ölümüne ve 800 milyon kişinin etkilenmesine yol açmıştır. Örneğin depremler, son 20 yılda bir milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmuşlardır. Ölümlerin % 80'den fazlası aralarında Türkiye'nin de bulunduğu dokuz ülkede toplanmıştır. Bu veriler ışığında, afetlerin insan topluluklarını gelişigüzel etkilediğini söylemek güçtür. Bu durumu yaratan etmenlerin başında ülkenin az gelişmişliği veya yoksulluğu gelmektedir [2].

Ülkemizdeki trafik kazalarının çoğu insanlarımızın bilgisizliği, aldırmazlıkları, savsaklayıcı tutumları, aymazlıkları, çıkarcılıkları, kadercilikleri ile ilgili olduğundan depremlerden bile daha önemli bir sorun olarak yıllardır sürmektedir. 17 Ağustos 1999 depremi Türkiye'de örseleyici olaylar karşısında bireyin, toplumun ve devletin ne denli hazırlıksız, bilinçsiz olduğunu göstermiştir. Depremin kendisi kadar depremden sonra yardımların gecikmesi, insanların eşit yardımlar alamaması, yakınlarını yitirmesi, sakat kalma, toplumsal desteklerin, yeterli barınağın, beslenmenin olmaması gibi bir çok yan etkenler de örseleyici olaylar olarak görülmelidir. Türkiye akut ve süregen travma sonrası stres bozukluklarını incelemek için bir laboratuar gibidir. Ülkemizde bu alanda yapılan araştırmaların sayısı son yıllarda artmakta, yardım ve sağaltım için merkezler kurulmaktadır.

17 Ağustos depreminden sonra TSSB toplum taramalarında %20, çadırlarda yaşayanlarda %47, sağaltım için başvuranlarda ise %63 olarak saptanmıştır[54]. Kocaeli'de yapılan bir başka çalışmada deprem sonrası üç yıllık toplam TSSB oranı %14.6, TSSB nokta yaygınlığı ise %11.7 olarak bulunmuştur[72].

Yukarıda da belirtildiği gibi örselenme sonrası zorlanma bozukluğunun sıklığı toplumdan topluma, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye, hatta mevsimden mevsime büyük değişiklikler gösterdiğinden genel sıklık ve yaygınlık yüzdeleri vermek çok zor, belki de olanaksızdır. A.B.D.'de yapılan araştırmalara dayanarak yaşam boyu yaygınlık oranı olarak (lifetime prevalence rate) % 1.0-1.3 ile %7.8-9.2 arasında yüzdeler elde edildiği, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla olduğu bildirilmiştir[34]. Ancak, kuşkusuz bu sayılar geniş çaptaki yıkım-olaylarının (afet) etkisine göre değişmektedir.

Belirtiler ve Bulgular

1. Genel Görünüm ve Davranış

Hasta aşırı telaş, korku içindedir. Normalde aldırış edilmeyecek uyaranlara karşı aşırı derecede duyarlıdır ve en küçük uyarana *irkilme tepkisi* verir. Yerinde duramayacak kadar huzursuzluk belirtileri, ellerde kaba titremeler görülebilir.

2. Konuşma ve İlişki Kurma

Belirgin bir bozukluk yoktur; fakat *aşırı telaş ve duyarlılık* nedeni ile hasta uyarıcı durumlardan kaçınmak isteyebilir. Bazı hastalarda, ilişkilerde *duygu azalması, ilgisizlik* ortaya çıkabilir. Hasta olayları anlatmak istemeyebilir, suskun kalabilir.

3. Duygulanım

Duygulanımda bunaltı egemendir. *Örseleyici olay anımsandıkça, düşlerde sık sık yaşandıkça* hastanın sıkıntısı artar. Çok huzursuz ve tedirgin olur. Bunaltı çok uzun sürerse bazen çökkünlük gelişebilir. Bu hastalarda sıklıkla *insan ilişkilerinde ilgi azalması ve duygusal uyuşukluk* vardır. Çevreye ilgisizlik, tepkisizlik, haz alamama, çabuk sinirlenme, öfke patlamaları görülebilir.

4. Bilişsel Yetiler

Örseleyici olayla ilgili bazı anılar için bellek çok güçlenmiştir, fakat olayın önemli bazı yönlerini hatırlayamaz. Başka olaylara karşı ilgi, dikkat azalmıştır. Hasta unutkanlıktan yakınabilir. *En tipik belirti olayın sık sık anımsanması ve her anımsanışta yeni baştan yaşanıyor gibi algılanmasıdır (geri-dönüşler, flashbacks).* Olayla ilgili görüntüler, düşünceler, algılar yineleyici niteliktedir. Olayın yineleyici biçimde yaşanması *düşlerde* de olur. Kişi örseleyici olayı düşlerinde aynı biçimde sık sık görür, korkuyla uyanır.

Algılama ileri derecede artmıştır; hafif uyaranlar şiddetli algılanır; irkilme tepkisi doğurur; yanılsama ve varsanılar olabilir. Dikkatin belli bir konuda tutulması güç olur. Yönelimde bozukluk yoktur. Çok ağır durumlarda şaşkınlık, zihin karışıklığı, yönelim ve bellek bozuklukları olabilir. Bunlar arasında amnezi, derealizasyon, depersonalizasyon türünden *disosiyatif* belirtiler görülebilir[20,32].

5. Düşünce süreci ve içeriği

Düşünce sürecinde genellikle belirgin bozukluk yoktur. *Düşünce içeriğinde olayın yineleyici olarak anımsanması ve yaşanması hastayı çok tedirgin eder.* Hasta olayı unutmak, düşünmemek ister; bunun için çabalar, fakat örseleyici olay bütün sahnesiyle, ayrıntılarıyla yineleyici biçimde düşüncede yaşanır. Olayı anımsatan ya da simgeleyen uyaranlarla belirtiler daha şiddetlenir. Olaydan sağ kurtulduğu için kendini suçlayabilir. Bunların yanı sıra, bazen çevreyi suçlama, hipokondriyak uğraşlar, gelecek kaygıları bulunabilir.

6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Korku ve bunaltıya ilişkin bütün bedensel ve fizyolojik belirtiler vardır. *Organizma sürekli bir uyarılış içinde irkilmeye hazır durumdadır.* Ayrıca, örseleyici olay düşlerde sık sık yinelendiğinden *uyku çok bozulur.* Hatta bu düşleri görmemek için hasta bilinçli olarak uykusunu önlemeye çalışabilir.

Tanı

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu ağır bir örselenmenin ardından çıkan bir rahatsızlıktır. Belirtiler örseleyici olaydan sonraki birkaç hafta ya da birkaç ay içinde ortaya çıkar. Bu süre ender olarak altı ayı geçer. Tanı koyabilmek için DSM-IV, belirtilerin en az bir ay sürmüş olması gerektiğini belirtiyorsa da ICD-10'da böyle katı bir ölçüt yoktur. DSM-IV'ün çok kesin yazılmış sürelerini her olguya uygulamak kolay değildir. Ağır örseleyici olaylar nasıl her bireyi aynı biçimde etkilemiyorsa, bu gibi tanıları koymaya çalışırken de esnek olmak gerekir. Örselenme sonrası zorlanma bozukluğunun çok tipik belirtileri olan ve diyelim üç hafta içinde bunların üstesinden gelebilen bir kişide, tanı incelemesi yaparken DSM-IV katı ölçütlerine ne denli uyacağız?

DSM-IV belirtilerin 3 aydan kısa ya da uzun sürmesine göre TSSB'yi akut ve süregen olarak ayırmaktadır. DSM'deki bir diğer alt tür ise belirtile-

rin örseleyici olaydan altı aydan daha geç başladığı durumlar için uygulanan geç başlangıçlı TSSB'dir. Ancak, geç başlangıçlı TSSB hastalarının %90'ında belirtilerin daha önceden başladığı gösterilmiştir[72].

Ölçme ve Değerlendirme Araçları

Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği/TSSB-Ö (Clinician Administered Post-traumatic Stres Disorder Questionnaire /CAPS) [18]:

TSSB tanısı konması, belirtilerinin değerlendirilmesi, tedavi etkisinin izlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve geçerlik, güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır[1].

Ayırıcı Tanı

Eskiden *travmatik nevroz* olarak bilinen örselenme sonrası zorlanma bozukluğu tanısı için kişinin olağan dışı ağırlıkta örseleyici bir olay yaşamış olması gerekmektedir. İşten atılma, boşanma, hastaneye yatma gibi örseleyici olaylardan sonra ortaya çıkan ruhsal belirtiler *uyum bozukluğu* başlığı altında ele alınır.

Bütün hastalarda organik beyin bozukluğunun (beyin zedelenmesi) olup olmadığı iyice incelenmelidir. Akut belirtiler yatıştıktan, yineleyici düş ve düşünceler durduktan sonra hastalarda uzun süre yaygın bunaltı ve çökkünlük belirtileri bulunabilir. Bunların örselenme-sonrası-zorlanma bozukluğunun bir kalıntısı olup olmadığını ayırt etmek geçirilmiş örselenme öyküsü ile sağlanır. Olağan dışı örseleyici bir olaydan sonra ortaya çıkan ruhsal belirtiler başka bir ruhsal bozukluğa (kısa psikotik bozukluk, konversiyon bozukluğu gibi) uyabilir. Bu tanılar tek başına ya da TSSB belirtileri varsa birlikte konulabilir.

Akut stres bozukluğu belirtileri örseleyici olaydan sonraki ilk bir ayda başlayıp geçer. Başta akut stres bozukluğu tanısı konulan bir kişide belirtiler uzarsa tanı TSSB olarak değiştirilebilir. TSSB'nin bir başka bunaltı bozukluğu ya da ruhsal hastalık ile birlikte görülme olasılığı %81 olarak bildirilmektedir [66].

TSSB belirtileri ile gelen hastada *temaruz* olabileceği de akılda bulundurulmalıdır. Bu durumdan kuşkulanılırsa ikincil kazançlara dikkat edilmesi gerekir.

Gidiş ve Sonlanış

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu olan hastaların yarısında belirtiler ilk üç ay içinde düzelir. Ancak azımsanmayacak sayıda hastada 12 ay sonra belirtilerin sürdüğü bilinmektedir. İlk üç ayda düzelmeyen hastalarda süregenleşme olasılığı yüksektir [72]. İstanbul Avcılar'da ilk üç ay, 6 ve 8. aylar, 18 ve 20. aylar ile 29 ve 30. aylar arasında yapılan tarama çalışmalarında TSSB yaygınlıkları % 38,8, % 23,4, % 8,1 ve % 7,8 olarak bildirilmiştir [47].

Eğer ikincil kazanç sorunları yoksa (örneğin tazminat davası, işten uzaklaştırma gibi), hastanın kişiliği de önemli derecede uyumsuz değilse bozukluğun birkaç hafta ya da bir kaç ayda düzelme olasılığı yüksektir. Uygun sağaltım ve rehberlik ile hasta kısa sürede normal yaşama döner. *Uzun süre yatakta hareketsiz kalma, uzun süren tazminat ya da suç davaları, işsiz, uğraşısız olmak, başka ruhsal ve bedensel hastalıkların bulunması (ektanı), hastada ya da ailede ruhsal hastalık öyküsü, zekâ düşüklüğü, ailesel, toplumsal destekten yoksun olmak, uygun sağaltımı görmemek* rahatsızlığın süregenleşmesine yol açabilir.

Oluş Nedenleri

Her insanın baş edemeyeceği ağır zorlanma (stres) durumları olabilir. Benliğin bütünüyle dağıldığı, çaresiz kaldığı, ileri derecede regresif davranış biçimlerine başvurduğu görülebilir. Ancak, *örselenme sonrası zorlanma bozukluğunun tipik belirtilerini ağır travma ile karşılaşmış her kişide görmeyiz.* Kimi insanda hiçbir ruhsal belirti görülmezken, kimilerinde kısa süreli uyum bozukluğu, kimilerinde konversiyon bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, donakalım (katatoni) ya da başka psikoz belirtileri görülebilir. Bu nedenle *gerçek oluş nedeni yalnızca zorlanmanın ağırlığına bağlanamaz. Belli bir yapının ve kişilik yatkınlığının da bulunması gerekir.* Fakat bu yapının, bu kişiliğin özellikleri henüz aydınlatılmamıştır. TSSB gelişmesine yol açan risk etkenleri aşağıda sıralanmaktadır [72]:

- Travma öncesi etkenler
- Kadın cinsiyet
- Bekar, dul ya da boşanmış olmak
- Düşük eğitim düzeyi
- Travma öyküsü
- Ruhsal hastalık öyküsü
- Olumsuz yaşam olayları öyküsü
- Travma ile ilgili etkenler
- Travmanın nesnel şiddeti
- Travmanın algılanan şiddeti
- Travma nedeniyle olan yitimler
- Travma sonrası etkenler
- Olumsuz yaşam olayları
- Hatalı baş etme yöntemleri
- Sosyal destek azlığı

Psikanalitik yayınlarda *travmatik nevroz* olarak bilinen travma sonrası stres bozukluğu *Freud*'un tanımladığı *yineleme zorlantısı (repetition compulsion)* görüşüyle açıklanmaya çalışılmıştır. Çocuklarda acı, korku veren bir uyarana tekrar tekrar yaklaşma, böylelikle korkunun üstesinden gelme eğilimi sık görülür. Örneğin, çocuğun yanan bir sobaya gidip gelip elini uzatarak dokunmaya çalışması ve böylece acı verecek bir nesneye dokunulamayaca-

ğını öğrenmesi gibi. Çocuk, zihnindeki örseleyici olayları sık sık düşlerinde, konuşmalarında, oyunlarında yineleyerek o olaylara karşı bir duyarsızlaşma, böylece zorlanma ile baş etme gücü geliştirmektedir. Yetişkin kişinin baş edilemeyecek kadar ağır bir zorlanmayla karşılaşınca düşüncelerinde, düşlerinde bu olayı tekrar tekrar yaşaması yineleme zorlantısına benzeyen bir durumdur. Bu da çocuklukta görülen zorlanmayla baş etme doğal çabasının benzeridir.

Son zamanlarda çocuklukta yaşanmış olan örseleyici olayların (cinsel ya da başka yönlerden) örselenme sonrası zorlanma bozukluğuna bir yatkınlık hazırlayabileceğini bildiren çok sayıda yayın bulunmaktadır. Bu araştırmaların temel psikanalitik kavramlara yeniden bir dönüşün belirtisi olup olmadığı zamanla anlaşılacaktır.

Son 20-30 yılda örselenme-sonrası-zorlanma bozukluğunun ortaya çıkışındaki psikolojik ve biyolojik etkenler üzerinde çalışmalar artmıştır. Bunun nedenleri arasında şunlar sayılabilir: A.B.D.'de Vietnam savaşından dönenler üzerinde savaşın kısa ve uzun süreli etkilerini yakından izleme, değerlendirme olanaklarının bulunuşu; bütün dünyada savaş, terör, işkencenin kamuoyunda sergilenmesi, bunlar üzerinde bilimsel incelemelerin yapılmaya başlanması; çocukluk çağında karşılaşılan travmatik olayların etkileri üzerinde bilimsel çalışmaların artması.

Örselenme-sonrası-zorlanma bozukluğunda örseleyici olayın ortak özellikleri şunlardır:

1. Acı veren darbenin çok ağır oluşu
2. Zorlanmanın daha önceden kestirilemeyen, beklenmedik nitelikte oluşu
3. Bireyin olay karşısında denetim gücünün olmayışı ya da kalmayışı (çaresizlik)
4. Çevre desteklerinin yetersizliği*

Bu tür ağır zorlanmalarda rahatsızlığın neden, nasıl bir düzenekle ortaya çıktığı, neden bütün insanlarda görülmediği henüz açıklanamamıştır.

Araştırmaların son yıllarda, öbür bunaltı bozukluklarında olduğu gibi nörobiyolojik alana yoğunlaştığını görüyoruz. TSSB'de de beyindeki nöradrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve opiyaterjik dizgelerin üzerinde durulmaktadır. Eşik altı uyaranların yineleyici olması sonucu limbik sistemde ateşlenme eşiğinin düşmesi, duyarlılığın artması olarak tanımlanan *"tutuşma" (kindling)* sürecinin TSSB'de rol oynadığı görüşü vardır[72]. Öyküdeki örseleyici olayların, zorlanmaların TSSB gelişme riskini arttırması, karbamazepin ve valproik asit gibi antiepileptiklerin sağaltıcı etkisinin görülmesi bu görüşü desteklemektedir. Bir başka varsayım da hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi ekseninin uyarılma düzeninde bozulma olabileceğine ilişkindir[13]. Bunal-

* Bu konuda geniş bir gözden geçirme çalışması Prof. Dr. Cengiz Kılıç tarafından hazırlanmıştır [43].

tılı gönüllülerde görsel korkulu uyaranlar verildiği zaman hipokampustaki kan akımında azalma bulan ve örselenme sonrası zorlanma bozukluğu olan kadın hastalarda sağ hipokampal kan akımında azalma gösteren çalışmalar bulunmaktadır [46]. TSSB'de hipokampus hacmindeki azalmaya eşlik eden amigdalada metabolizma artışını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır[7]. Son yıllarda örselenme sonrasındaki psikofizyolojik ölçümlerle TSSB gelişmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yapılmaktadır. Bir çalışmada örselenme sonrası acil servise başvuran hastalarda kalp atım hızının yüksek bulunması dört ay sonra TSSB gelişmesini yordadığı gösterilmiştir[84, 61].

Ancak, bu görüşler henüz başlangıç aşamasında olup, örselenme sonrası zorlanma bozukluğundaki nörobiyolojik değişikliklerin gerçek doğasını açıklayabilecek bir kuram henüz yoktur. Böylesine ağır zorlanma altında beyindeki transmiterlerin ve bunaltı merkezlerinin olduğu kadar, bütün algılama ve bilişsel işlemleme merkezlerinin etkilenmemesi zaten olası değildir. Kişilerin zorlanmalara karşı duyarlılıklarını belirleyen biyolojik ve psikolojik altyapı etkenlerinin araştırılması daha uzun sürecek gibi görünmektedir.

Sağaltım

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu sağaltımında ilaç uygulaması ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Belirtilerin çok şiddetli olmadığı durumlarda öncelikle psikoterapi, daha şiddetli durumlarda ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanmasından yarar görülmektedir [72].

İlaçla Sağaltım

İlaç sağaltımının amaçları şöyle sıralanmaktadır [7, 72]:

- Uykuyu düzenlemek
- Zorlayıcı düşünceler, geri dönüşler (flash-backs) ve kabusları azaltmak
- Kaçınma davranışını gidermek
- Aşırı uyarılmayı azaltmak
- Depresyonu düzeltmek
- Kendine zarar verme davranışını azaltmak
- Disosiyatif ve psikotik belirtileri yatıştırmak

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu sağaltımında en çok kullanılan ilaçlar şunlardır:

- Seçici serotonin gerialım önleyicileri (SSGÖ)
- Trisiklik antidepresanlar (TSA)
- Monoamino oksidaz önleyicileri
- Başka antidepresanlar (mirtazapin, venlafaksin, trazodon)
- Antiepileptikler (valproik asit, karbamazepin)
- Beta blokörler (Travmanın hemen ardından beta-blokör verilmesinin ileride TSSB gelişmesini önlediğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır [7])

İlaç sağaltımında dikkat edilecek noktalar aşağıda özetlenmiştir [72]:

- İlaç seçiminde ektanının ve baskın olan belirtinin göz önüne alınmasında yarar vardır.
- Sağaltıma başlanmadan önce TSSB hastalarının madde kullanımı açısından iyi araştırılması gerekir.
- Ektanılı durumlarda ilaç sağaltımıyla birlikte psikoterapi uygulanması yararlı olur.
- SSGÖ'ler ilk seçilmesi önerilen ilaç grubudur.
- Zorlayıcı düşünceler, geri dönüşler (flash-backs), travmaya ilişkin korku ve panik duygusu, aşırı uyarılma, irkilme, kolay sinirlenme, dikkatini odaklama güçlüğü gibi belirtilerde SSGÖ'ler etkilidir.
- 6-8 haftalık ilaç uygulamasından yarar sağlanmazsa başka gruptan bir ilaca venlafaksin ya da bir trisiklik antidepresana geçilebilir.
- Kısmi yanıt alınan durumlarda antiepileptik bir duygudurum dengeleyicisi eklenir.
- Belirtilerde %75'in üzerinde düzelme olduğu durumlarda akut TSSB hastalarında 6-12 ay, süregen durumlarda ise 12-24 ay ilaç sağaltımı sürdürülür.
- Çok ajite hastalarda bir antipsikotik kullanılabilir.
- Özgül etkisi olan bir ilaç henüz yoktur.

TSSB sağaltımında kullanılan ilaçlarla ilgili daha ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXVIII: Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı.*

Genel öneriler

Hastada organik bir engel yoksa en kısa zamanda işine, görevine ya da kıtasına dönmesinin, uğraşıya yönelmesinin yararları büyüktür ve bu, hastaya açıkça anlatılmalıdır. Bu yönde sürekli desteklenmelidir. Organik engel olmadığı halde uzun süren dinlenmeler (istirahatlar) süregenleşmeye yol açabilir. Hastanın tazminat almak üzere bir davası varsa, özellikle ülkemizde bu tür davalar çok uzayabileceği için hastanın yaşamını tümden bu davaya bağlamaması için özel çaba gösterilmelidir.

Psikoterapi

Hastayı rahatlatacak, gevşetecek, korku ve endişelerini azaltacak psikoterapötik yaklaşım zorunludur. Örselenme-sonrası-zorlanma bozukluğunda uygun ruhsal sağaltım *bilişsel davranışçı psikoterapi*dir. En çok kullanılan ve en yararlı olan yaklaşım üstüne giderek *alıştırma (exposure)* yöntemidir. Hasta örseleyici olayla çağrışım yapan her hangi bir yer, eşya ya da kişiyle karşılaştığında belirgin tedirginlik yaşadığından bu gibi durumlardan kaçınmayı yeğler. *Alıştırma sağaltımı*nda ya zihinde ya da gerçek yaşamda (in vivo) giderek artan biçimde karşılaşarak bu durumlara bir duyarsızlaşma sağlanmaya çalışılır. Bunun yanı sıra bilişsel olarak travmanın anlamı, önemi, organizmadaki etkileri açıklandıktan sonra bu tür bir yaşantının üstesinden gelmesi için hastanın *yeni bakış açıları* geliştirmesine çalışılır. Ağır örselenme ile karşılaşmış kişilerin anılarını dinlemek, olayı ayrıntılarına dek anlattırmak,

boşalmayı sağlamak da kuşkusuz bu sağaltımın önemli bir yanıdır. Bunu yaparken hastada gevşeme ve bunaltıyı azaltma yöntemleri de uygulanabilir. Uygun seçilmiş hastalarda iyi eğitim görmüş kişilerce hipnozla rahatlama yolları hastaya öğretilebilir[68].

17 Ağustos 1999 Kocaeli depreminden sonra ülkemizde psikologlar ve ruh hekimlerince üzerinde çok durulan bir yöntem de *"debriefing"*dir. "Debriefing", örseleyici olayı, hastanın olayla ilgili tüm yaşantılarını, deneyimlerini, düşünce, duygu ve yorumlarını daha çok bir grup içinde olmak üzere anlattırmak, boşaltmak ve bunu eşduyumlu bir yaklaşımla yaptırmaktır. Buna Türkçe'de çok yalın bir dille "anlattırmak" diyebiliriz*. Örseleyici olaydan hemen sonra yapılan "anlattırmanın" ileride örselenme sonrası zorlanma bozukluğunun gelişme olasılığını önemli ölçüde azalttığını savunan çalışmalar olduğu gibi, hiç bir yararı olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır[17,21,23,62]. Bu araştırmaların meta-analizini yapan bir çalışma ise tek anlattırma seansının ileride TSSB geçirilmesinde herhangi bir etkisinin olmadığı sonucunu vermiştir[96]. Bir kişiye yaşanmış olan travmatik olayı bir grup içinde anlattırmanın, onu dinlemenin kuşkusuz yararı olabilir. Ama, hastayı bir süre gelişen hasta-terapist ilişkisine sokmayan, grup içinde anlattırdıktan sonra gerekli bilişsel-davranışçı destekleri sağlamayan bir yöntemin uzun süreli sağaltıcı etkisinin olabilmesi kuşkuludur.

Süregenleşme eğilimi ve kişilik patolojisi gösteren dirençli hastalarda uzun süreli derinliğine *psikanalitik yönelimli psikoterapi* gerekli olabilir.

---

* Debriefing: Bu sözcük büyük Webster sözlüğünde yok. Ağır örselenme (travma) ile karşılaşmış kişilerin sağaltımı ile uğraşanlardan biri tarafından "briefing"den üretildiği anlaşılıyor. "Debriefing" şiddetli örseleyici durumlarda bulunmuş kişilere, bir grup içinde, yaşanan örselenmeye ilişkin duyguların, düşüncelerin tümüyle anlattırılmasıdır. Bu yaklaşımda davranışcı-bilişsel ya da çözümleyici bir nitelik yoktur. Bu tür paylaşarak anlatmanın güven ve rahatlık sağladığı, örselenme sonrası zorlanma bozukluğundan kişiyi koruduğu ileri sürülmektedir. Neden İngilizce'nin yalın dilinden türetilmiş bu sözcüğe Türkçe'de kavramsal bir karşılık aramıyoruz? Biz bunun karşılığında "anlattırma" sözcüğünü önersek ve kullansak "debriefing" sözcüğünü kullanmaktan daha az bilimsel bir iş mi yapmış oluruz? "Debriefing" gibi yalın, türetilmiş bir sözcük İngilizce'de terim olabiliyor. İngilizce'nin yalın dilinden sözcüklere bilimsel bir kavramı yükleyebiliyoruz, yani ona terim olma hakkını tanıyoruz. Kullanıldığında aynı kavramı karşılayabilecek yalın bir Türkçe sozlüğe terim olma hakkını tanımıyoruz. Bu tutum açıklanması güç bir aşağılık duygusundan başka neye bağlanabilir? (M.O.Ö)

KAYNAKLAR

1. **Aker AT, Özeren M, Başoğlu M ve ark (1999)** Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg 10:286-293.
2. **Aker T (2006)** 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Derg 17: 204-212.
3. **Alkın T, Albayrak Ö, Kaya B ve ark (2004)** Panik bozukluğunda tedavi kılavuzu. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
4. **American Psychiatric Association** (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV. Washington, D.C.:American Psychiatric Association.
5. **American Psychiatric Association** (1998) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. Am J Psychiat (ek sayı) 155 (5):1-34.
6. **American Psychiatric Association (2000)** Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. A Compendium. Washington DC: American Psychiatric Assocaiton.
7. **Andreasen NC, Black DW (2006)** Anxiety disorders. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington. D.C: American Psychiatric Press.
8. **Angst J, Vollrath M (1991)** The natural history of anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 84:446-452.
9. **Bandelow B (1995)** Assessing the efficacy of treatments for panic disorders and agoraphobia. II The Panic and Agoraphobia Scale. Int JClin Psychopharmacol 10:73-81.
10. **Bartz JA, Hollander (2006)** Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 30:338-352.
11. **Başoğlu M (1990)** Anksiyete Hastalıkları, Panik ve Fobiler, Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular. Türk Psikiyatri Dergisi, 1:8 - 15.
12. **Başoğlu M (1991)** Panik ve Anksiyete Farklı Olgular mı? Panik Hastalığı ve Agorafobisi olan Hastalarda Panik ve Anksiyetenin Fenomenolojisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2: 163-170.
13. **Başoğlu M (1992)** Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı Psikolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular. Türk Psikiyatri Dergisi, 3:9-21.
14. **Başoğlu M (1992)** Torture and Its Consequences; Current Treatment Approa-ches. Cambridge: Cambridge University Press.
15. **Başoğlu M, Kılıç C (1993)** Panik Hastalığında İlaç Tedavisi: Yeni Çalışmalar Üzerine bir Değerlendirme. Türk Psikiyatri Dergisi) 4: 89-96.
16. **Biber B, Alkin T (1999)** Panic disorder subtypes: differential responses to CO_2 challenge. Am J Psychiatry, 156(5): 739-744.
17. **Biber B, Alkin T, Çımrın AH (1998)** Panik bozukluğunda Karbondioksit Uyarımı: Yöntem ve Değerlendirme Üzerine. Türk Psikiyatri Dergisi 9(4):269-276.
18. **Blake DD, Weathers FW, Nagy LM ve ark (1995)** The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. J Trauma Stres 8:75-90.
19. **Carleton NR, Sharpe D, Gordon JG ve ark (2007)** Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainity: Requisites of the fundemental fears? Behav Res Ther, doi:10.1016/j.brat.2007.04.006.
20. **Charney DJ, Heninger GR, Brier A (1984)** Noradrenergic Function In Panic Anxiety. Arch. Gen. Psychiatry, 41:751-763.
21. **Chemtob CM ve ark (1997)** Postdisaster psychological intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. Am J Psychiatry 154(3) : 415-417.
22. **Crowe RR, Noyes R ve ark (1983)** A Family Study of Panic Disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 40: 1065-1069.
23. **De Silva P (2006)** Culture and obsessive-compulsive disorder. Psychiatry 5:402-404.
24. **Decker ML, Cynthia L. Turk CL, Hess B ve ark (2007)** Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord, doi:10.1016/j.Janxdis.2007.04.002.
25. **Denys D (2006)** Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and obsessive compulsive spectrum disorders. Psychiatr Clin N Am 29:553-584.

26. **Dindar C, Işık H, Ünlügedik S (2000)** Deprem sırasındaki ruhsal yaşantılar ve travma sonra stres belirtileriyle ilişkileri. Bahar Sempozyumları-IV, Bildiri Özetleri, 26-30 Nisan 2000, Antalya.
27. **Durham RC (2007)** Treatment of generalized anxiety disorder. Psychiatry 6:183-187.
28. **Dyregrov A (1997)** The Process in Psychological Debriefings. J Traumatic Stress 10(4): 589-605.
29. **Erol N, Savaşır I (1988)** Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, Ankara. Sf: 107-114.
30. **Fenichel O (1945)** The psychoanalytic Theory of Neuroses. New York: W. W. Norton.
31. **Fineberg NA (2004)** Pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry 3:72-76.
32. **Fisher PL (2007)** Psychopathology of generalized anxiety disorder. Psychiatry 6:171-175.
33. **Foa EB (2000)** Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder , J Clin Psychiatry, 61(suppl 5):43-48.
34. **Freud S (1907)** Obsessive Acts and Religious Practices. Standard Ed. London: Hogarth Press, 1955.
35. **Freud S (1908)** Character and Anal Erotism. Standard Ed. London: Hogarth Press, 1955.
36. **Freud S (1909)** Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy, Standard Ed. London: Hogarth Press, 1955.
37. **Freud S (1913)** The Predisposition to Obsessional Neurosis. Standard Ed. London: Hogarth Press, 1955.
38. **Freud S (1925)** Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Ed., London: Hogarth Press, 1955.
39. **Garakani A, Mathew SJ, Charney DS (2007)** Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment. Mt Sinai J Med 73:941-949.
40. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark (1989)** The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry 46:1006-1011.
41. **Goodwin DW, Guze SB (1979)** Psychiatric Diagnosis. 2 nd ed. New York: Oxford University Press.
42. **Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB (1997)** Objective Assessment of Peritraumatic Dissociation. Pychophysiological Indicators. Am J Psychiat 154:1081-108.
43. **Hamilton M (1959)** The assessment of anxiety states by rating. Br Med Psychol 32:50-55
44. **Hardesty DE, Sackeim HA (2006)** Deep brain stimulation in movement and psychiatric disorders. Biol Psychiatry 61:831-835.
45. **Hodgson RJ, Rachman S (1977)** Obsessional-compulsive complaints. Behav Res Ther 15:389-395.
46. **Kalueff AV (2007)** Neurobiology of memory and anxiety: from genes to behavior. Neural Past 78171. Epub 2007 Jan 10.
47. **Karamustafalıoğlu O (2004)** Deprem sonrası İstanbul ilinde ruhsal travmanın etkilerinin değerlendirilmesi. Ruhsal Travma Toplantıları III; Afet Sonrası Ruh Sağlığı: Önleme, Tedavi ve Örgütlenme Sözel Bildiri, İstanbul.
48. **Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark (1993)** Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa. Sf: 86.
49. **Kessler RC (2007)** The global burden of anxiety and mood disorders: putting ESEMeD findings into perspective. J Clin Psychiatry 68(Suppl 2):10-19.
50. **Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark (2005)** Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:593-602.
51. **Kessler RC, DuPont RL ve ark (1999)** Impairment in Pure and Comorbid Generalized Anxiety disorder and Major depresion at 12 Months in Two National Surveys. Am J Psychiatry 156(12): 1915-1923.
52. **Kılıç C (1998)** Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, İlişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.
53. **Kılıç C (2001)** Travma sonrası stres hastalığı gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. Ed. T Aker, ME Önder; Psikolojik Travma Yazıları. 5 US Yayınları.

54. **Kılıç C, Ulusoy M (2003)** Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. Acta Psychiatr Scand, 108: 232-238.
55. **Kim SJ, Kim CH (2006)** The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. Yonsei Med J 47:443-454.
56. **Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U (2004)** Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology, 65: Pages 185-236.*
57. **Liebowitz MR, Gorman JM ve ark (1986)** Possible Mechanism for Lactate's Induction of Panic. Am. J. Psychiatry, 143:495-502.
58. **Marks IM (1978)** Living with Fear. New York: McGraw-Hill.
59. **Marks IM (1986)** Genetics of Fear and Aanxiety Disorders. Brit J Psychiatr, 149:406-418.
60. **Mashour GA, Walker EE, Martuza RL (2005)** Psychosurgery: past, present and future. Brain Research Reviews 48:409-419.
61. **Matais-Cols D, Phillips ML (2007)** Psychophysiological and functional neuroimaging techniques in the study of anxiety disorders. Psychiatry 6:156-160.
62. **Mathew SJ, Ho S (2006)** Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. J Clin Psychiatry 67, suppl 12:9-13.
63. **May R (1958)** Contributions of Existential Psychotherapy. Existence, A New Dimension in Psychiatry and Psychology'de. Editörler: R. May, E. Angel, H.F. Ellenberger. New York: Basic Books. Sf. 37-91.
64. **McManus FV (2007)** Assessment of anxiety. Psychiatry 6: 149-155.
65. **Merikangas KR (2005)** Anxiety disorders: Epidemiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry VIII. Ed BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott/ Williams & Wilkins.
66. **Michael T, Zetsche U, Margraf J (2007)** Epidemiology of Anxiety disorders. Psychiatry 6: 136-142.
67. **Mitterschiffhaler MT, Ettinger U, Mehta MA ve ark (2006)** Applications of functional magnetic resonance imaging in psychiatry. J Magn Reson Imaging 23:851-861.
68. **Nash J, Nutt D (2007)** Psychopharmacology of anxiety. Psychiatry 6:143-148.
69. **Neziroğlu F, Henricksen J, Yaryura-Tobias JA (2006)** Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: established facts and advances, 1995-2005. Psychiatr Clin N Am 29:585-604.
70. **Nutt DJ, Kessler RC, Alonso J ve ark (2007)** Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) survey data on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 68 Suppl 2:42-8.
71. **Onur E, Monkul S, Aklın T (2006)** Panik bozukluğunun fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları. Ed R. Tükel, T. Aklın.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
72. **Önder E, Tural Ü (2004)** Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ed. R Tükel, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara
73. **Öner N, ve Le Compte A (1983)** Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
74. **Öztürk MO (1985)** Psikanaliz ve Psikoterapi. Ankara: bilimsel tıp yayınevi, 3. baskı 1998..
75. **Pauls DL (1992)** The Genetics of Obsessive Compulsive Disorder and Gilles de la Tourette's Syndrome. Psychiatric Clin ics of North America, 15: 759-766.
76. **Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ ve ark (1995)** Results from the Ankara centre. Mental Illness in General Health Care.An International Study. Ed: TB Üstün, N. Sartorius. Wiley Publishers, Chichester.
77. **Robins LN, Helzer JE ve ark (1984)** Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. Arch. Gen. Psychiatry, 41:950-959.
78. **Rose S, Bisson J (1998)** Brief early psychological interventions following trauma: a systematic review of the literature. J Traumatic Stress 11(4): 697-710.
79. **Rubio G, Lopez-Ibor JJ (2007)** Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand 115:372-379.
80. **Sağduyu A, Rezaki M, ve ark (1997)** Temel Ssağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar: Tartışma. Temel SDağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar'da. Editörler: TB Üstün, Sağduyu A, Rezaki M Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü DSÖ İşbirliği Merkezi.
81. **Salkovskis PM (2004)** Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry 3:68-72.
82. **Salkovskis PM (2007)** Cognitive-behavioral treatment for panic. Psychiatry 6: 193-197.

83. **Seddon K, Nutt D (2007)** Pharmacological treatment of panic disorder. Psychiatry 6: 136-142
84. **Shalev AY, Sahar T, Freedman S ve ark (1998)** A prospective study of heart rate response to trauma and subsequent development of posttraumatic stres disorder. Arch Gen Psychiatry 55:553-59.
85. **Shear KM- Cooper AM, Klerman GL ve ark. (1993)** A Psychodynamic Model of Panic Disorder. Am J Psychiatry 150:859-866.
86. **Shelton RC (2000)** Anxiety Disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Editörler: MH Ebert, PT Loosen, B Nurcombe. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
87. **Speilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970)** Manual for State-Trait Anxiety Invenory . California: Consulting Psychologist Press.
88. **Stein DJ, Lochner C (2006)** Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. Psychiatr Clin N Am 29:343-351.
89. **Steingard R, Dillon-Stout D. (1992)** Tourette's Syndrome and Obsessive Compulsive Disorder: Clinical Aspects. Psychiatric Clinics of North America, 15: 849-860.
90. **Taylor D, Paton C, Kerwin R (2007)** The Maudsley Prescribing Guidelines. 9th Edition. Informa Health Care.
91. **Tek C, Uluğ B (2001)** Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research 104:99-108.
92. **Tek C, Uluğ B, Reaki BG ve ark (1995)** Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: Reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 91:410-413.
93. **Tural Ü, Fidaner H, Alkın T ve ark (2000)** Panik Agorafobi Ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği. Türk Psikiyatri Derg 11:29-39.
94. **Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V (2004)** Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi.. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
95. **Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM (2004)** Obsesif-kompulsif bozukluğun patogenezi. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
96. **Van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM ve ark (2002)** Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet 360:766-771.
97. **Veale D (2004)** Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. Psychiatry 3:65-68
98. **Wang ZW, Crowe RR ,Noyes RR (1992)** Adrenergic Receptor Genes as Candidate Genes for Panic Disorder: A Linkage Study. Am J Psychiatry 149: 470-474.
99. **Weissman MM, Bland RC ve ark (1997)** The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 54:305-309.
100. **Weissman MM, Myers JK ve ark. (1984)** Anxiety Disorders: Epidemiology and Familial Patterns. Arch. Gen. Psychiatry 41: 845-852.
101. **Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K ve ark (2002)** Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. J Clin Psychiatry 2002 63 Suppl 8:24-34.
102. **World Health Organization (1992)** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. (Türkçesi: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Yayın Yöneticileri: M. Orhan Öztürk, Berna Uluğ. Çevirenler: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, M.O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını
103. **Yazıcı MK, Bemir B, Tanrıverdi N ve ark (1998)** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg 9:114-117
104. **Yüksel N (2001)** Ruhsal Hastalıklar Yenilenmiş 2. Baskı Ankara: Çizgi Yayınevi.

BÖLÜM XX

II

NEVROTİK, STRESLE İLGİLİ ve SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Ruh hekimliğindeki terim kargaşası belki en çok bu bölümdeki bozukluklarla ilgilidir. 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmış olan nevroz, psikonevroz, konversiyon, disosiyasyon ve Hipokrat zamanından kalmış histeri terimlerinin bugünkü tanımlama ve sınıflandırma dizgeleri (DSM ve ICD) ile daha büyük açıklık ve yalınlık kazandığını savunmak güçtür. Tersine büyük benzerlikleri olan DSM ve ICD dizgeleri bu bölümde konuyu daha da karıştırmış görünmektedir. Örneğin DSM-IV konversiyon ile disosiyatif bozukluğu ayrı başlıklara sokarken, ICD-10 aynı başlık altına almakta ve konversiyon terimini kullanmama eğilimi göstermektedir.

ICD-10'da "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" ana başlığı altında "Bunaltı Bozuklukları"nın ardından "Disosiyatif Bozukluklar" ve "Somatoform Bozukluklar" gelmektedir. Bu bölümdeki bozuklukları olan hastalar açıklanamayan bedensel yakınmalarla sıklıkla pratisyen hekimler ile iç hastalıkları, nöroloji ya da fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarına başvururlar. Gelişmekte olan toplumlarda somatoform bozuklukların daha sık görüldüğü kabul edilmektedir. Ama, Batı ülkelerinde temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %30'unda açıklanamayan bedensel belirtiler olduğu bildirilmektedir [5]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile işbirliği içinde yapılmış olan uluslararası "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar" araştırmasına göre 14 ülkenin ortalaması alınınca somatoform bozukluk sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur [50]. Aynı çalışmada Ankara, Gölbaşı merkezinde sağlık ocağına başvuran hastalarda organik bir nedene bağlanamayan bedensel belirtilerin sayısı ise hasta başına ortalama olarak 3.46'dır[39].

ICD-10 *"Disosiyatif Bozukluklar"* ve *"Somatoform Bozukluklar"* başlıkları altında aşağıdaki sınıflamayı yapmaktadır[52]:

F44 Disosiyatif bozukluklar (Konversiyon bozuklukları) (*)
F44.0 Disosiyatif bellek yitimi
F44.1 Disosiyatif kaçış (füg)
F44.2 Disosiyatif stupor
F44.3 Özgeçi (trans) bozuklukları
F44.4 Disosiyatif motor bozukluklar
F44.5 Disosiyatif konvülsiyonlar
F44.6 Disosiyatif anestezi ve duyu yitimi
F44.7 Karışık tip disosiyatif bozukluklar (konversiyon bozuklukları)
F44.8 Başka disosiyatif bozukluklar (konversiyon bozuklukları)
.80 Ganser sendromu
.81 Çoğul kişilik bozukluğu
.82 Çocukluk ve ergenlikte ortaya çıkan geçici disosiyatif bozukluklar
.88 Başka belirlenmiş disosiyatif bozukluklar
F44.9 Disosiyatif bozukluklar (konversiyon bozuklukları), belirlenmemiş
F45 Somatoform bozukluklar
F45.0 Somatizasyon bozukluğu
F45.1 Ayrışmamış somatoform bozukluk
F45.2 Hipokondriyak bozukluk
F45.3 Somatoform otonomik işlev bozukluğu
.30 Kalp ve Kalp-damar sistemi
.31 Üst mide-barsak sistemi
.32 Alt mide-barsak sistemi
.33 Solunum sistemi
.34 Üreme-boşaltım sistemi
.38 Başka organ veya sistem
F45.4 İnatçı somatoform ağrı bozukluğu

DSM-IV ise daha anlamlı bir yaklaşımla bedensel işlevlerle ilgili bozuklukları ve bilişsel işlevlerle ilgili olanları somatoform ve disosiyatif olmak üzere ayrı başlıklar altında vermektedir [3]:

Somatoform Bozukluklar
300.81 Somatizasyon bozukluğu
300.81 Farklılaşmamış somatoform bozukluk
300.11 Konversiyon bozukluğu
- Devinim dizgesinde belirtiler ya da eksiklik olan
- Duyu belirtileri ya da duyu eksilmesi olan

* ICD-10'da ana başlık olarak "disosiyatif " sözcüğünün kullanılması ve "konversiyon" sözcüğünün parantez içine alınması, konversiyonun psikanalitik dilde bir savunma anlamı taşıdığı içindir. ICD-10 psikanalitik bir kavrama yer vermek istememektedir. Bu noktada P. Janet'ye bağlı olan Fransız okulunun ağır bastığı anlaşılmaktadır. Oysa "çözülme" anlamına gelen disosiyasyon sözcüğü de bir düzeneği göstermekte, tanımlayıcı bir anlam taşımamaktadır; dinamik bir anlamı olduğu açıktır. Avrupa psikiyatrisinde de duygusallıkların ve politik yaklaşımların olabileceğini bilelim.

- Konvülsiyonlarla olan
- Karışık belirtili olan

307.xx Ağrı bozukluğu

.80 Psikolojik etkenlerin eşlik ettiği

.89 Hem psikolojik hem de genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği

300.7 Hipokondriazis

300.7 Beden dismorfik bozukluğu

300.81Somatoform bozukluk başka türlü sınıflandırılamayan

Disosiyatif Bozukluklar

300.12 Disosiyatif bellek yitimi (amnezi)

300.13 Disosiyatif kaçma (fugue)

300.14 Disosiyatif kimlik bozukluğu

300.6 Depersonalizasyon bozukluğu

300.15 Başka yerde belirtilmemiş disosiyatif bozukluk

KONVERSİYON VE DİSOSİYASYON BOZUKLUKLARI (Histerik Nevroz)

Histeri terimi çok karmaşık sendromları içermesi, tam bir tanımlamasının yapılamaması, terimin kendisinin kişiyi suçlayıcı, kötüleyici anlam yüklenmiş olması gibi nedenlerle artık tıp dilinde kullanılmamaktadır. DSM ve ICD dizgelerinde bu terim bırakılmıştır. *Hipokrat* çağından beri kullanılagelmiş olan bir hastalık adının tıp dilinden çıkması kolay değildir.

Histeri, ruh hekimliğinde tarihsel, kuramsal ve klinik yönlerden, üzerinde en çok durulmuş olan konulardan biridir. Gerçekte, psikiyatride önemli gelişmeler histeri üzerinde yapılan çalışmalarla olmuştur. Psikonevrozlar kümesinden bir ruhsal bozukluk olan *histeride devinim (hareket), duyu ve bilinç alanlarında, daha seyrek olarak da özerk (otonom) sinir dizgesinde işlev bozuklukları* vardır. Bunlar genellikle çözülmemiş ruhsal karmaşaların ve çatışmaların varlığını gösterirler.

Tarihçe

Bu ruhsal bozukluklar çok eski çağlardan beri tanınmaktadır. İlkel çağlarda, histeri de başka hastalıklar gibi birtakım doğaüstü güçlerin etkisine bağlanıyordu. *Hipokrat*, histerinin doğaüstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiş ve hastalığın adını Yunanca'da dölyatağı (rahim) anlamına gelen *hysteron* sözcüğünden almıştı. *Hipokrat*, histerideki belirtileri, doyurulmamış dölyatağının kadın bedeninde dolaşarak bedende başka bir yerde yerleşmesine bağlamıştı.

Orta Çağda, Batı dünyası dogmatik inançlar yüzünden çeşitli ruhsal hastalıkların açıklanışında ilkel çağlara gerilemişti. Birçok ruhsal hastalık ve bu arada histeri de, şeytana tutulmaya (possession) bağlanmış ve şeytana

tutulmuş olan hastalar büyücü olarak görülmüştü. Orta Çağ Avrupa'sında büyücü damgası vurulan, büyük olasılıkla da histeri, duygudurum bozukluğu, şizofreni hastalığı olan binlerce kişinin diri diri yakıldığı bilinmektedir.

17. yüzyıldan sonra histerinin gene bir hastalık olarak ele alındığı görülmektedir. Tanınmış İngiliz hekimlerinden *Sydenham* 18. yüzyılda bütün süregen hastalıklar arasında en sık görülenin histeri olduğunu belirtmişti. 19. yüzyılın başlarına dek birçok organik hastalık psikonevroz ve histeri kümesi altında sayılıyordu. *Gordon* ve arkadaşlarından[21] öğrendiğimize göre ilk olarak İngiltere'den *Robert Carter* histerinin oluşunda ruhsal-toplumsal etkenler üzerinde durmuş; duygusal oynaklık (labilite), örseleyici (travmatik) olayların varlığı ve bu olaylarla, onlara ilişkin duygu ve düşünceleri gizleme eğilimini önemli etkenler olarak sıralamıştı. 1859'da Fransız hekimi *Paul Briquet* histerinin klinik belirtileri üzerinde geniş bir çalışma yapmıştır. Yıllar içinde, özellikle psikanalitik psikiyatrinin gelişmesi ile 20.Yüzyılın ilk yarısında adı pek anılmayan *Briquet'nin* psikiyatrideki tarihsel, bilimsel önemini Amerikalı *Samuel Guze* canlandırmıştır.

19. yüzyılın ikinci yarısında büyük Fransız nöroloğu *Charcot*'nun ilgisi ile histeri üzerinde bilimsel incelemeler çağı açılmış oldu. *Charcot*, histerinin yalnız kadınlarda değil, erkeklerde ve çocuklarda da görülebileceğini, ruhsal bir bozukluk olduğunu, uyutum (hipnoz) ile histerik belirtilerin ortaya çıkabileceğini ileri sürmüştü. Histeri konusundaki bugünkü bilgilerin çoğunu *Charcot*'dan sonra ve büyük çapta onun etkisi ile, *Bernheim, Babinski, Janet, Freud* gibi hekimlerin araştırmaları ve ortaya attıkları kuramlar ile kazanmış bulunuyoruz. Aşağıda etiyoloji konusunda, bu araştırmacıların görüşleri özetlenecektir [1,9,,16,17, 18, 19, 20, 23, 29].

19. yüzyılda Avrupa'da oldukça sık görülen ve dramatik belirtilerle ortaya çıkan *"büyük histeri" (grand hysterie)* nöbetleri bugün Avrupa'da ve Amerika'da seyrek görülmektedir. Amerika'da zenciler arasında beyazlara göre daha sık görülür. Toplumumuzda daha sık karşılaşıldığı bir gerçektir. Kaldı ki, halk arasında dua, muska, üfürükle, bir yatırı ziyaretle geçti diye bilinen rahatsızlıkların çoğu kuşkusuz histeridir. Batı ülkelerine göre daha sık olmakla birlikte son yıllarda büyük histeri nöbetleri artık ülkemizde de eskiye göre daha seyrek görülmektedir. Bu konu ileride oluş nedenleri tartışılırken açıklanmaya çalışılacaktır.

Sıklık

Konversiyon ve disosiyasyon bozuklukları giderek azalmakla birlikte gene de sık görülen bozukluklar olduğu gerçektir. Ancak, istatistiksel sayı vermek güçtür; hastaların büyük çoğunluğu hekime gitmediğinden belki de anlamsızdır. Sıklığın çağdan çağa, toplumdan topluma ve sosyokültürel düzeylere göre değişebildiği anlaşılmaktadır. Sıklık, yaşa, eşeyliğe (cinsiyet), sosyoekonomik düzeye de bağlıdır. Kadınlarda, gençlerde, görece düşük ekonomik ve sosyo-

kültürel düzeylerde daha sık görülmektedir. 1980'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile ortak bir uluslararası araştırmanın bir yan ürünü olarak yapılan bir çalışmada Gölbaşında sistematik örneklem yoluyla seçilen 300 kişinin Şimdiki Durum Muayenesi (ŞDM-PSE) ile değerlendirilmesi sonucunda konversiyon ve disosiyasyon bozuklukları oranı kadınlarda %14.7, erkeklerde %9.2 olarak bulunmuştur [6]. 1990'ların başında DSÖ ile birlikte sürdürülen Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar konulu uluslararası epidemiyolojik araştırmanın bir parçası olarak Gölbaşı Sağlık Ocağına başvuran hastalarda yapılan çalışmada 1307 hastanın % 27'sinde organik bir nedene bağlanamayan motor bozukluk, duyu yitimi ya da konvülsiyon belirtileri saptanmıştır. Bu çalışmada kadınlarda, sosyoekonomik ve eğitim bakımından düşük kesimlerde bu bozuklukların daha sık görüldüğü belirtilmektedir [41]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında son 12 aydaki ICD-10 tanılarının cinsiyete göre dağılımı içinde kadınlarda hipokondriyazis % 0.8, ağrı bozukluğu %11.3, somatizasyon bozukluğu % 0.4, erkeklerde ise aynı bozukluklar sırasıyla % 0.3, % 4.8, % 0 olarak gösterilmiştir [27]. Bu araştırmada özgül olarak konversiyon bozukluğuna ilişkin bir oran verilmemiştir.

A.B.D.'ye ilişkin oranlar çelişkilidir. Hastaneye başvuran hastalar arasında "histeri" için kadınlarda %13.8, erkeklerde %9.3; genel toplumda somatizasyon bozukluğu (Briquet sendromu) için %2-4 yaygınlık (prevalans) oranları bildirilmiştir [30]. Kadınlarda çoğu gelip geçici olan konversiyon bozukluğu yaygınlık oranı %33 olarak bildirilirken [17], çok düşük ve değişken oranların verildiği kaynaklar da vardır. Bu bozuklukların çok değişken klinik görünümler içinde ortaya çıktığı, belirtilerin çabuk kaybolup yineleyebildiği, hastalığın tanımlanmasında değişik görüşler olduğu düşünülecek olursa bu konudaki epidemiyolojik verilerin kuşku ile karşılanması gerektiği anlaşılır.

Klinik Türler

Histerik belirtiler klasik olarak iki ana türe ayrılarak tanımlanmıştır: *Konversiyon histerisi ve disosiyatif nevroz.* İlk olarak 19. yüzyılda Fransız ruh hekimi *Briquet*'nin histeri olarak tanımladığı ve 1960'lı yıllarda Guze ve arkadaşları [22, 23] tarafından yeni baştan ele alınarak DSM-III'e somatizasyon bozukluğu başlığı ile geçen *Briquet sendromunu* da bir üçüncü tür olarak ele almak uygun görülmektedir. Böylece bu bozukluk şu ana başlıklar altında toplanabilir:

- *Konversiyon bozukluğu*
- *Disosiyatif bozukluk*
- *Somatizasyon bozukluğu (Briquet Sendromu)*

Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon bozukluğunda genellikle devinim (hareket), duyu ve nörovejetatif dizgelerin organlarında yapısal organik bir temele dayanmayan işlev

yitimi, işlev azalması ya da bozulması belirtileri bulunur. Bu belirtilerin çoğu zaman kısa süreli olması, sıklıkla başka bozuklukların da birlikte görülmesi ya da rahatsızlığın kısa sürede başka bozukluk türüne değişmesi gibi nedenlerle tanı çoğu kez kuşkulu, tartışmalı kalır. Kimilerine göre konversiyon bozukluğu çok belirsiz, kısa süreli, çok çeşitli somatik belirtileri içerdiği için bu durumu tek bir hastalık olarak tanımlamak yersizdir. Bu hastalık ülkemizde özellikle kırsal kesimlerde hâlâ görülen, her zaman kısa sürede geçmeyip, kimi hastalarda süregenleşen bir rahatsızlıktır.

Belirtiler ve Bulgular

Konversiyon bozukluğunda tipik bir klinik görünüm yoktur. Belirtiler çok değişik olabilir ve bir hastada zaman içinde kılık değiştirebilir. Genel olarak belirtileri açıklayabilecek organik bir bulgu olmasa bile, bedensel bir hastalığı olanlarda da ek olarak konversiyon belirtileri görülebilir. Belirtiler o denli çok ve değişiktir ki rahatsızlığın sınırlarını çizmek, tanı ölçütlerini belirlemek güçtür. Ayrıca, konversiyon bozukluğu incelenirken, Briquet sendromu ve disosiyatif bozukluklara ilişkin belirtiler de sıklıkla klinik görünüme katıldığı için, ister istemez konversiyon bozukluğu bunlarla birlikte ele alınmakta; böylece rahatsızlığın sınırları yeterli biçimde çizilememektedir [8, 17, 21].

I- Genel Görünüm ve Davranış

Konversiyon bozukluğunda hastanın tipik bedensel belirtisinin dışında genel görünüm ve davranışında dikkati çeken bir özellik yoktur. Ancak, kimi hastalarda, davranışlarda ve özellikle klinik belirtilerde bir miktar yapaylık ve abartılıyormuş gibi bir görünüm olabilir. Fakat bu görünüme fazla kanmamak, önem vermemek gerekir. Çünkü bu yapaylık ve abartılıyormuş izlenimi yüzünden hastanın hastalığı bilinçli olarak yarattığı sanılabilir ve hastayı anlamak zorlaşabilir.

II- Konuşma ve İlişki Kurabilme

Konuşma genellikle normaldir. Fakat *ses kısılması (afoni), konuşmama (mutizm)* oldukça sık görülen belirtilerdendir. Hasta fısıltı, sessiz işaretler ya da yazı ile iletişim kurarak durumunu anlatır. Nadir olarak konuşmada herhangi nörolojik bir bozukluk düşündürmeyen garip heceleme kusurları ve dizartri olabilir. Daha seyrek olarak da çocuksu, peltekleyerek, kekeleyerek ya da bir çocuğu taklit eder gibi konuşma biçimleri görülebilir. Hasta hekimle iletişim kurabilse bile savunucu, fazla açılmayan bir tutumu vardır.

III- Duygulanım

Aşağıda tanımladığımız çeşitli organların işlev bozuklukları yanı sıra duygulanım açısından bu belirtilere karşı özel bir aldırmazlık dikkati çeker. Buna klasik yayınlarda *güzel aldırmazlık (la belle indifférence)* denmektedir. Örneğin yürüyemeyen, bacakları tutmayan genç bir kız tatlı bir gülümseyişle "yürüyemiyorum, ayağım tutmuyor" diyebilir. Hastaların günlük yaşamdaki

başka durumlara karşı duygusal tepkileri genellikle bozuk değildir. *"Güzel aldırmazlık"* belirtisi konversiyon bozukluğunun ayırıcı tanısında önemli olabilir; fakat her zaman görülmez. Hastaların bir kısmı durgunluk ve hafif çökkünlük belirtileri gösterebilirler. Kimi hastalarda, bunaltı belirtileri de görülebilir. Hastalarda genellikle bir duygusal oynaklıktan söz edilir. Ülkemizde konversiyon belirtileri olan hastalarda duygusal oynaklık çok sık görülmemektedir. Seyrek de olsa gülme ve ağlama nöbetleri geçiren hastalar vardır.

IV- Bilişsel Yetiler

Bilişsel yetilerde genellikle bozukluk yoktur, fakat bu hastaların çoğu kendilerini üzen, zedeleyen, inciten olayları anlatmaktan ya çekinirler ya da bu tür olayları kolay unuturlar. Yani bunaltı verici olayların anısı yerine somatik belirtiler geçmiştir. Bellek, algılama, soyut düşünme yetileri konversiyon bozukluğunda normal sayılabilir. Buna karşın aşağıda açıklayacağımız gibi disosiyatif bozukluklarda bilişsel işlevler çok etkilenebilir.

V- Düşünce Süreci ve İçeriği

Özgül bir bozukluk görülmez.

VI- Bedensel Belirtiler

Konversiyon bozukluğunda en önemli belirtiler üç ana başlık altında toplanabilir:

1- Devinim (hareket) belirtileri, 2- Duyu belirtileri, 3- Nörovejatif belirtiler

1- Devinim Belirtileri: Ayakta duramama, yürüyememe (astazi, abazi), kasılmalar, ayaklarda, kollarda güç azalması, inmeler (felçler), tikler, dil tutulması (mutizm), ses çıkaramama (afoni) görülür. En sık karşılaşılan belirtiler inmelerdir. Bunlar parapleji, monopleji, hemipleji biçiminde olabilir. Konversiyon inmelerinde herhangi bir organik patoloji bulunmadığı için nörolojik muayenede bir bozukluk saptanmaz.

2 - Duyu Belirtileri: Ağrılar, duyu artması (hiperestezi), duyu azalması (hipoestezi), duyu yitimi (anestezi), psikojenik sağırlık, körlük, koku alamama gibi belirtiler temel duyu bozukluklarını oluşturur. Burada da dikkat edilecek olursa belirtiler doğrudan doğruya fizik belirtiler biçimindedir; fakat bu fizik belirtilerin organik bir temeli olmadığından dolayı muayenelerde bozukluk saptanamaz. Örneğin konversiyon bozukluğundaki duyu yitimi sinir yollarının dağılımını izlemez. *Fakat şunu hiç bir zaman hatırdan çıkarmamak gerekir: Hasta görmüyor, işitmiyor, batırılan iğneyi duymuyorsa, ortada fizyolojik temeli olmayan fakat gerçek bir duyu yitimi vardır ve hasta bunu herhangi bir bilinçli yolla ortaya çıkarmamaktadır.*

Ağrı bozukluğu konusu ilerde psikojenik ağrı başlığı altında ayrıca tartışılacaktır.

3- Nörovejetatif Belirtiler: Boğazda düğümlenme (globus hystericus), kusma, öksürük, hıçkırık, hava yutma (aerofaji), öğürme, geğirme, yalancı gebelik gibi belirtiler konversiyon bozukluğunda görülebilir.

Bir hastamız patlayıcı bir biçimde yüksek sesle geğiriyordu. Kendisi bu belirtiyi "sanki makineli tüfek gibi geğiriyorum doktor bey" diyerek tanımlamış ve belirtinin altında yatan saldırganlık dürtüsüne bir ipucu da vermişti.

Bir başka hastamızın geğirmesi büyük bir kliniği bir uçtan bir uca tedirgin edecek kadar yüksek sesli idi.

Histerik düğümlenmede hasta boğazında lokma gibi bir şeyin tıkanıp kaldığını söyler.

Konversiyon bozukluklarındaki belirtileri özellikle öksürme, kusma, geğirme, hıçkırığı iyi incelemek gerekir. Herhangi bir patoloji bulunmadı diye hemen konversiyon bozukluğu tanısı koymaktan kaçınılmalıdır. Tablo I'de konversiyon ve disosiyasyon bozukluklarındaki belirtiler yer almaktadır.

Ayırıcı Tanı

Burada konversiyon bozukluğundaki *üç tür belirti kümesi*nin ayırıcı tanıları ayrı ayrı açıklanacaktır. Konversiyon bozukluğunda yukarıda açıklanan organlarla ilgili olan belirtilerle birlikte organik bir bulgunun olmaması ve *güzel aldırmazlık (la belle indifférence)* bulunması ile tanı koymak genellikle güç değildir. Fakat kimi durumlarda en deneyimli hekimleri bile şaşırtacak karışık belirtiler olabilir. Hastaların önemli bir kesiminde *güzel aldırmazlık* görülmeyebilir. Bazı nörolojik hastalıklarda da duygulanımda oynaklık, bilişsel işlevlerde bozulma ve kişilik değişikliklerinin ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. İyi bir fizik ve nörolojik muayene yanı sıra, yoğun ruhsal gözlem ve hastanın kişiliğinin araştırılması son derece önemlidir. Kimi hastalarda hipnoz ya da narkoanaliz gibi yöntemlerle ayırıcı tanıya varılabilir. Kimi hastalarda projektif testler tanıda yardımcı olabilir.

TABLO I
Konversiyon ve Disosiyasyon Bozukluklarında Belirtiler
(Bir Özetleme)

I-	**Nöbetlerle Gelen Psikomotor Belirtiler:** a) Büyük histeri nöbetleri: Epilepsiye benzeyen kasılma nöbetleri. b) Küçük histeri nöbetleri: Kısa süreli bayılma, gülme, ağlama, kasılma, uyuşma, esneme, gerinme, el, ayak büzüşmeleri.
II-	**Hareket Belirtileri:** İnme (felç), ayakta duramama, yürüyememe (astazi, abazi), kasılmalar, tikler, dil tutulması, ses çıkaramama (afoni).
III-	**Duyu Belirtileri:** Ağrılar, duyu artması (hiperestezi), uyuşma (hipoestezi, anestezi), sağırlık, körlük, koku almama.
IV-	**Nörovejetatif Belirtiler:** Hava yutma (aerofaji), boğazda düğümlenme (globus hystericus), yutma kaslarının kasılması, kusma, öksürük, hıçkırık, öğürme, geğirme, yalancı gebelik.
V-	**Bilinçte Çözülme (Disosiyasyon) Belirtileri:** Unutma (amnezi), donakalım (katalepsi), uyurgezerlik (somnambulism), çoğul-kişilik (multiple personality), histerik çılgınlık (folie hysterique veya yalancı-psikoz).
VI-	**Duygulanım Belirtileri:** Güzel aldırmazlık (la belle indifférence); aşırı duygusal tepkiler (aşırı gülme, ağlama).

Konversiyon bozukluğunda en önemli ayırıcı tanı sorunları nörolojik hastalıklarla ilgilidir. Nörolojik kaynaklı duyu yitimi (anestezi) bir sinirin uyarım alanına (dermatom) uyar. Konversiyon bozukluğunda ise sinir yolunu izlemez; genellikle çorap, eldiven biçimindedir; refleks bozukluğu yoktur. Polinevritte çorap, eldiven biçiminde anestezi olur, fakat bu durumda derin tendon refleksleri (DTR) azalır ya da kaybolur. Başın tepesinden ayak ucuna kadar bedenin bir yarısını kaplayan duyu yitimi herhangi bir nörolojik bozukluğa uymaz, konversiyon bozukluğudur. Konversiyon türü sağırlık çift taraflı olur, kulak muayenesi ve odiyolojik testler normaldir. Kemik iletimi bozuk olmadığı halde Rinne ve Weber testinde hasta işitmediğini söyler. Nörolojik olarak çift taraflı sağırlıklar ancak her iki temporal lobu tutan bir lezyonla olabilir ve odiyolojik testler bozuktur. Her iki iç kulağa ait bir bozuklukta çift taraflı işitme yitimi olabilir, fakat bunlarda da odiyolojik testler bozuk çıkar. Konversiyon türü körlükte göz ve sinir sistemi bulguları normaldir. Tablo II'de organik kökenli inmelerle konversiyon bozukluğuna bağlı inmelerin ayırımı verilmiştir.

1950'lerde %29 olan konversiyon bozukluğu yanlış tanı oranının günümüzde %4'e indiği gösterilmiştir. Yanlış tanı koyma oranındaki bu azalmanın

beyin görüntüleme tekniklerindeki ilerlemeye bağlı olduğu düşünülmektedir [46]. Konversiyon bozukluğu tanısını koymak için fizik ve nörolojik muayenenin çok iyi yapılması şart olmakla birlikte, hastanın muayenesinin normal bulunması yeterli değildir. Öyküde ruhsal örselenme ya da zorlanma saptanması da tanı koymak için yeterli olmamaktadır. Yakın zamanlarda nöroloji hekimleri tarafından görülüp konversiyon bozukluğu tanısıyla bölümümüze gönderilen ve nörolojik hastalıkları saptanan iki hasta kısaca özetlenecektir:

Hasta 1: 41 yaşında, erkek, evli, çocuksuz bir mühendis, uluslararası bir firmada genel müdür yardımcısı olarak çalışıyor. Yatışından 20 gün önce yemek kokusundan tiksinme ve tat alamama başlamış. O hafta içinde iş yerinde almayı bekledikleri bir ihaleyi kaybetmiş ve eşiyle küçük bir tartışması olmuş. Bu olaydan 3 gün sonra ayaklarında titreme şikâyeti başlamış. Yürümede güçlük çekiyor, yavaş ve dengesiz yürüyormuş. Aynı gece bacaklarındaki titremeler artmış, kendisini kötü hissetmiş, kısa bir baygınlık geçirmiş. Ardından eşine delirdiğini ve kendisini tutmasını söylemiş. Ertesi gün nöroloji doktoru tarafından yapılan muayenesi, MR ve EEG incelemeleri normal bulunmuş, şikâyetlerinin psikolojik olabileceği belirtilmiş. Psikiyatri doktoruna başvuran hastaya sitalopram 20 mg, klonazepam 2 mg ve vitamin başlanmış. Birkaç gün sonra yakınmaları büyük ölçüde düzelmiş, titreme ve kasılmaları azalmış, eşiyle alışveriş merkezinde desteksiz dolaşmış. Bu arada iş yerinden izin alan hasta vaktini evde dinlenerek geçiriyormuş. O günlerde iş yerinden gelen bir telefona canı sıkılmış ve yakınmaları yeniden başlamış. Ertesi gün hasta tuvalette dengesini kaybetmiş ve düşmüş. Aynı gün bacaklarında aniden sıçrar tarzda atma şeklinde bir hareket ortaya çıkmış. Bu arada sebepsiz yere ağlıyor, çok çabuk duygulanıyormuş. Yeniden nöroloji doktoru tarafından görülen hastanın yapılan EMG ve SEP (duyusal uyarılmış potansiyeller) incelemeleri normal bulunmuş ve rahatsızlığın psikolojik olduğu söylenerek psikiyatri servisine yatırılmış.

Hasta yürüme problemi nedeniyle ihtiyaçlarını destekle giderebiliyordu. Ruhsal muayenesi sırasında çene kaslarının kasılması nedeniyle zorlanarak konuşuyordu, zaman zaman bacaklarında istemsiz ani atmalar oldu. Duygulanımı oynaktı, aniden gülüp sonrasında ağlamaklı bir ifadeye bürünüyordu, özellikle kendisini üzen olayları anlatırken bacaklarında istemsiz ve ani atmalar artıyordu. Bilişsel işlevlerinde bozukluk saptanmadı. Düşünce sürecinde çağrışımları doğaldı. Düşünce içeriğinde hastalığının psikolojik mi, yoksa nörolojik mi olduğunu bilmediğini ama biran önce iyileşmek istediğini belirtiyordu. Hareket sırasında adımlarını atmakta zorlandığı, bacaklarının kasıldığı ve terlemesi olduğu görülüyordu. Nörolojik muayenesinde özellikle bacaklarında ağır rijiditesi vardı, derin tendon refleksleri alınamadı, bunun kas rijiditesine bağlı olduğu düşünüldü. Başka bir patoloji saptanmadı.

Hastanın sosyokültürel durumu, hastalık öncesi kişilik özellikleri ve işlev düzeyi ile belirtileri göz önüne alınarak ön planda nörolojik bir hastalık olabileceği düşünüldü. Yapılan EMG'de motor ünitelerin aşırı ve istemsiz ateşlenmesi görüldü. Verilen beklenmedik sesli uyarana sıçrama ile tepki verdi. Uygulanan 10 mg. damar içi diazepam sonrası EMG'de normalleşme görüldü ve hasta bir dakika sonra ayağa kalkarak çok az yardımla rahatlıkla yürüdü. Hasta kasılmış insan (stiff person) sendromu tanısıyla nöroloji bölümüne yatırıldı. (A.U.)

Hasta 2: 48 yaşında, ilkokul mezunu, evli, 2 çocuklu, ev hanımı konuşamama ve ellerini, kollarını rahat kullanamama nedeniyle konversiyon bozukluğu tanısıyla servise yatırıldı. Yatışından 1.5 yıl önce çok düşkün olduğu oğlu askere gitmiş. O dönemde bir ay ara ile iki kez yemek yerken lokmanın boğazında kalması nedeniyle yemek yemekten korkmaya başlamış ve 7 kilo kaybetmiş. O sırada oğlunun Güneydoğu'da görevlendirildiğini öğrenmiş. Hastamız giderek daha az konuşmaya başlamış, sesi çok az çıkıyormuş. Zamanla önce sağ, sonra sol elini kullanamamaya başlamış. Bu bir yıl içinde aralarında psikiyatri, beyin cerrahisi ve nöroloji uzmanlarının da olduğu çok sayıda doktor tarafından görülmüş. Çeşitli ilaçlar kullanmış, bir değişiklik olmamış. Sık sık ağlıyor, konuşamadığı için kimseyle görüşmek istemiyormuş. Oğlunun askerden dönmesi durumunu değiştirmemiş. Ruhsal muayenesinde çok zor konuşuyor, cümle kuramıyor, ne söylediği anlaşılmıyordu. Görüşme sırasında sık sık ağlıyor, zaman zaman uygunsuz olarak gülüyordu. Hastanın nörolojik muayenesi yapıldığı zaman dilde atrofi ve fasikülasyon, kollarda distalde hakim hafif kuvvet kaybı, her iki trisepste fasikülasyon ve sağda babinskisi olduğu saptandı. Amyotrofik lateral skleroz öntanısıyla EMG çekildi. Tanının doğrulanması üzerine hasta nöroloji bölümüne gönderildi. (A.U.)

Konversiyon bozukluğu gösteren hastalarda çökkünlük, panik bozukluğu, disosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu ve obsesif-kompulsif kişiliğin sıklıkla birlikte görüldüğü bildirilmiştir [26]. Bunun yanı sıra şizofreni, çökkünlük, organik beyin sendromları gibi birçok başka hastalıkta da özellikle başlangıç dönemlerinde gelip geçici konversiyon bozukluğu belirtileri görülmesi nadir değildir.

Oluş nedenleri, Gidiş ve Sonlanış, Sağaltım bölümleri *disosiyatif bozukluk* konusu da açıklandıktan sonra verilecektir.

TABLO II
Nörolojik İnmelerle Konversiyon İnmelerinin Ayırımı

I.Nöron Tutulumunda	II.Nöron Tutulumunda	Konversiyon Bozukluğunda
Bozukluğun yeri		
Beyin ya da omurilik	omurilikten çıkan motor sinirler	psikolojik
Refleksler		
DTR artmış. Patolojik refleks var	DTR azalmış veya kaybolmuş Patolojik refleks yok	Reflekslerde bozukluk yok. Abartma olabilir, patolojik refleks yok.
Sfenkter Bozukluğu		
Vardır	Olabilir	Yoktur
Kaslarda		
Spastik inme	Gevşek inme	Kas tonusu normaldir Yapay kasılma olabilir.
Atrofi yoktur	Atrofi vardır	Atrofi yoktur
Fasikülasyon yoktur	Vardır	Yoktur.
Güzel Aldırmazlık		
Yoktur	Yoktur	Çoğu kez görülür

Disosiyatif Bozukluk

Disosiyatif bozuklukta *bilinç, bellek ve algılamada bozukluklar* görülür. ICD-10 konversiyon bozukluklarını ve disosiyatif sendromları aynı başlık altında toplayarak karışık bir durum yaratmaktadır. DSM-IV ise aşağıdaki önemli disosiyatif sendromları tanımlamakla birlikte ülkemizde sık görülen disosiyatif türden bayılmalara bu başlık altında yer vermemiştir. Organik bir neden olmaksızın, bir ruhsal örselenmeye (travma) bağlı olarak bilinç ve belleğin geçici olarak kapanması biçiminde ortaya çıkan bayılmalar disosiyatif niteliktedir. DSM-IV *somatoform bozukluklar* anabaşlığı altında bir *konversiyon bozukluğu* alt türü olarak konvülsiyonlara yer vermiş olduğundan özgül olarak bayılmalara ayrı bir başlık vermemiş olabilir. Ülkemizde sık görülen bayılmaların hepsini konvülsif başlığı altında toplamak doğru görülmemektedir. Bu konu aşağıda açıklanacaktır.

Ayrıca, eskiden histerik psikoz diye bilinen şimdi ICD-10'da ve DSM-IV'te psikojenik psikoz ya da şizofreni benzeri psikoz olarak tanımlanan bu sendrom bütün belirtileriyle bir disosiyasyon bozukluğudur. Aşağıdaki sıralamada her iki tanı dizgesinden de yararlanılacak, bayılmalar ve histerik psikoz da bu başlık altında ele alınacak ve ülkemizde sık görülen disosiyatif bozukluklar üzerinde daha ayrıntılı durulacaktır.

- *Disosiyatif unutma (amnezi)*
- *Disosiyatif kaçışlar (fugue)*
- *Disosiyatif kimlik bozukluğu (çoğul kişilik-multiple personality)*
- *Disosiyatif bayılmalar, konvülsiyonlar, stüpör*
- *Uyurgezerlik (somnambulism)*
- *Disosiyatif çılgınlık (histerik psikoz, folie hystérique, yalancı-psikoz)*

Disosiyatif bayılmalar, yalancı konvülsiyonlar (epileptik olmayan psikojenik nöbetler) ve stüpör

Disosiyatif bozukluğa bağlı psikojenik bayılmalar ülkemizde sık görüldüğü için iyi bilinmelidir. Hasta genellikle zedeleyici, aşırı etkileyici bir olaydan sonra kendisini incitmeyecek bir biçimde koltuğa, yatağa ya da yere düşerek bayılır. Bu sırada epilepsiye benzer kasılmalar, gerilmeler, hatta epilepsiyi çok taklit eden tonik ve klonik kasılmalar görülebilir. Bu kasılmalar sırasında ya da sonrasında hasta sağa sola çırpınabilir. Bu sırada muayenede bilinç kapalı izlenimi edinilebilir. Fakat çoğu kez, hasta dışarıdan gelen sesleri işittiğini, yanıt veremediğini söyler. Bazen bilinç açık olabilir. Genellikle hasta bu nöbetin ardından sıkıntı ile ağlayarak uyanır ve kimi zaman uyanırken şaşkınlık belirtileri görülebilir. Nöbet sırasında derin tendon refleksleri normaldir ve patolojik refleks alınmaz. Epileptik bir nöbet en çok 1-2 dakika sürer; disosiyatif bayılmalar ise 10-15 dakika, bazen saatler sürebilir. Sıklıkla böyle bir bayılmanın ardından hasta çevreden gelen uyaranlara bir tepki vermeden saatlerce, hatta günlerce süren bir stüpör içinde kalabilir.

Gece uykuda gelen nöbetler genellikle epileptik olarak kabul edilir. Ancak, gece yatakta, uyku arasında ama EEG kayıtlarına göre hastanın uyanık olduğu dönemde gelen epileptik olmayan psikojenik nöbetler olabilmektedir. Bu nöbetler hastanın verdiği "uykuda oluyor" bilgisine dayanılarak çok sık olarak epilepsi kabul edilip, hastaya gereksiz yere antiepileptik ilaç başlanmasına neden olmaktadır [13].

Epileptik olmayan psikojenik nöbetlerin epileptik nöbetlerden en iyi ayırt etme yöntemi video-EEG monitorizasyonudur. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalar psikojenik bayılmaları olan hastaların %10-60'ında epilepsi ektanısının da bulunduğunu bildirmektedir [2]. Hacettepe Üniversitesi Video-EEG Monitorizasyon Birimi'nde incelenen 410 hastanın %10'unda psikojenik nöbetler saptanmış; epileptik olmayan psikojenik nöbet saptanan bu hastaların %20'sinde kesin, bir diğer %20'sinde ise kuvvetle olası epileptik nöbetlerin de olduğu bildirilmiştir [43]. Epileptik bayılma ile disosiyatif bayılmaların ayırımı Tablo III'te verilmiştir.

TABLO III
Epileptik ve Disosiyatif Bayılmaların Ayırımı

Epileptik Bayılma Nöbeti	Disosiyatif Bayılma Nöbeti
Ortaya çıkaran etken nöbet eşiğini düşüren uyaranlar; alkol, ilaç kesilmesi; bazen fizik ve ruhsal zorlanma	Ruhsal zorlanma
Süre En çok 1-2 dakika	10-20 dakika- saatler
Düşme Biçimi Birdenbire, tehlikeli olabilir. Çığlıkla düşme vardır.	Genellikle yer ve zaman seçimi olur. Düşüş tehlikeli değildir. Sıkıntı, hiperventilasyon eşlik eder.
Düşme Yeri Herhangi bir yer. Korunma olamaz. Bazen ön uyarılarla korunma olabilir.	Genellikle insanlar önünde görülecek biçimde, korunarak düşer.
Altına Kaçırma Olabilir	Genellikle olmaz
Yaralanma, Dil Isırması Olabilir	Dil ısırması olmaz. Dudaklarını, ellerini, çevredekileri ısırabilir.
Gelme Zamanı Günün herhangi bir saatinde olabilir. *Uykuda* gelebilir.	Genellikle psikolojik bir stresten sonra ve başka kişiler varken olur. Nöbetler uykuda olmaz
Nöbet sırasında Ani bilinç yitimi olur.	Bilinç yitimi olabilir, olmayabilir. konuşulanları duyup, anımsayabilir. Nöbet sırasında konuşabilir
Nöbet sırasında ağrılı uyaranlara yanıt yoktur.	Genellikle ağrılı uyaranlara yanıt alınır
Kornea refleksi alınmaz. Patolojik refleksler görülür. Nöbet ardından uyku ve uyanırken konfüzyon EEG genellikle bozuktur. Video-EEG monitorizasyon nöbetler sırasında EEG'de epileptik etkinlik vardır	Kornea refleksi normaldir. Patolojik refleks alınmaz Nöbet ağıtlar, sıkıntılı görünüm ve hareketlerle sonlanır. EEG genellikle bozuk değildir. Video-EEG monitorizasyon ile nöbet ler sırasında EEG değişikliği yoktur.

Disosiyatif kaçışlar (Dissociative fugues)

Nadir görülen bu bozuklukta hasta birden beklenmedik biçimde evinden, doğal ortamından uzaklaşarak başka bir semte ya da kente gider. Yeni yerde saatlerce, bazen günlerce, haftalarca, aylarca kalabilir; yıllarca sürekli bir gezide olabilir. Daha önceki yaşadığı yere ve kimliğe karşı tam bir unutma

(amnezi) olur. Eski kimliğini unutabilir, yeni kimliği hakkında kesin bir bilgisi olmayabilir ya da kendisine yeni bir kimlik edinmiş olabilir. Kaçış öncesi kimliğe dönüldüğünde kaçış sırasındaki kimlik ve yerler de unutulur. Bu durumun herhangi bir ilaç ya da nörolojik bir hastalığa bağlı olmaması gerekir.

*Parsiyel karmaşık psikomotor epilepsi*de benzer fakat genellikle daha kısa süreli kaçışların olabilmesi nedeniyle disosiyatif kaçış gösteren bir hastada *temporal lob patolojisi iyi araştırılmalıdır.*

Disosiyatif bellek yitimi (Dissociative amnesia)

Günlük yaşamımızda kısa süreli dalgınlıklar, unutmalar olabilir. Örneğin kişilerin adları, bir arkadaşla karşılaşma, bir eşyanın alındığı yer vb. zaman zaman unutulabilir. Disosiyatif unutmada kişinin yaşamının bir bölümünü anımsayamaması ve bunun normal bir unutkanlık ya da dalgınlıkla açıklanamaması söz konusudur. Bu unutulan yaşam dönemleri genellikle kişi için ağır örseleyici dönemlerdir. Bu yaşam dönemi kişinin bilincinden tümden silinmiş, sanki hiç yaşanmamış gibidir. Bunların çoğu psikanalitik açıdan seçici unutmalar, yani bilinçdışına bastırmadır.

Disosiyatif kimlik bozukluğu (Dissociative Identity Disorder)

Uzun yıllardan beri *çoğul kişilik bozukluğu (multiple personality disorder)* olarak bilinen ve ilginç sinema filmlerine konu olan bu sendrom hakkında son yıllarda yayınlar artmıştır.

Bir kişide *yineleyici biçimde başka bir ya da birden fazla kişiliğin belirmesi*, bunların o insanın yaşamına kısa ya da uzun süre egemen olması; bu kişilik ya da kimliklerin birbirini tanımaması, birbirinden habersiz olması ve birbirinin yaptığı eylemleri tümden unutması bu bozukluğun asıl belirtileridir. Bir kişilikten ya da kimlikten ötekine kaymalar genellikle birdenbire olur. Bu durumun ilaçlara ya da temporal epilepsiye bağlı olmaması gerekir. Bu kişilerin eğindirime (telkin) ve hipnoza yatkınlıklarının yüksek olduğu kabul edilir.

Kişide beliren ve bir süre ona tümüyle egemen olan bu ayrı kimliğe *"ayrı, öteki kimlik" denir (alter identity).* Bireydeki ayrı kimliklerin sayısı en sık 2-10 arasındadır, fakat daha yüksek sayılı çoğul kişilik bozukluğu olguları bildirilmiştir. Bunlar genellikle bir kişinin alışkın olduğu yaşam biçiminin dışında kişilik özellikleri gösterirler. Örneğin yumuşak, edilgin bir kişide kırıcı, atak davranış özellikleri gösteren bir ayrı kişilik gibi. Bu ayrı ya da öteki (alter) kişiliklerin gelip gitme süresi çok değişken olabilir. Kimi olgularda sağaltım sürecinde bir kimlikten öbürüne kaymalar sık görülür.

Disosiyatif kimlik bozukluğunun görülme sıklığı konusunda tartışma sürmektedir. Son yıllarda bu tür olguların yayınlanmasında belirgin bir artış olmuştur. Bu artışı yapay iyatrojenik etkenlere, yani hekimin hasta üzerindeki etkilerine bağlayanlar olduğu gibi, daha iyi inceleme yapılmasına bağlayan

çalışmalar da vardır. Kuzey Amerika'da yaşam boyu yaygınlık oranı olarak %1.3-3.3 gibi oranlar bildirilmiştir. Yatan psikiyatrik hastalar arasında % 6-20 gibi çok değişik oranların bulunduğu yazılmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla 8-9 kat daha sık görüldüğü sanılmaktadır[37]. Ülkemizde Vedat Şar ve arkadaşları ayaktan izlenen psikiyatrik hastalar arasında disosiyatif kimlik bozukluğu oranını %3.9, genel toplum içinde de %0.4 olarak bulduklarını yazmışlardır[48]*.

Sorias[44] çoğul kişilik bozukluğu tanısının geçerliğini tartıştığı çalışmasında bu tanının a) ilk bakış geçerliği (face validity), b) deskriptif geçerlik (syndromal validity), c) yordayıcı geçerlik (predictive validity) ve d) yapısal geçerlik (construct validity) açılarından çok düşük olduğunu; DSM-IV'de ruhsal bozuklukların çoğu için bu geçerlikler bakımından oldukça tutarlı ve sınırları belli tanı ölçütleri verilmesine karşın, çoğul kişilik bozukluğu için verilen tanı ölçütlerinin ve tanımlamaların yetersiz kaldığını, verilen ölçüt ve tanımlamaların da kesinlikten uzak, esnek nitelikte olduklarını açıklamaktadır. Sorias'a göre DSM dizgesinin bu açıklarına dayanılarak çoğul kişilik bozukluğu tanısı gereğinden fazla konabilmektedir.

Son 20-30 yılda psikanalitik görüşe dayanmayan çok sayıda yayın çocukluk çağı örselenmelerinin (travma), özellikle çocukların karşılaştığı yasaksevi (insest) türünden cinsel saldırı (tecavüz) olaylarının çoğul kişilik bozukluğunun oluşunda önemli etken olduğu görüşünü savunmaktadır[44].

Histerik Psikoz (psikojenik psikoz)

Histerik psikoz (folie hystérique) konusu da çok tartışmalıdır. Batı ülkelerinde histerik psikozun varlığını kabullenmeyen çok ruh hekimi vardır. Ülkemizde bu tür psikozlarla karşılaşabilmekteyiz. *Yalancı-psikoz* olarak da adlandırabileceğimiz histerik psikozda, genellikle ani başlayan büyük çılgınlık belirtileri olur. Bağırıp çağırmak, üstünü başını yırtmak, soyunmak, kendisine fazla zarar vermeden çevresine saldırmak ya da kendini oradan oraya çarpmak, sesler işitmek, hayaller görmek sık görülen belirtilerdendir. Bu belirtilerde genellikle şizofreninin kendine özgü özellikleri bulunmaz. Dramatik tablo içerisinde bir miktar yapmacıklık, abartma ve oyunculuk havası vardır. Sanki hasta deliliği oynuyor gibi bir izlenim verir.

> Ağır çılgın davranışlar içerisinde getirilen 35 yaşında evli bir kadın hasta çılgın bir hareketlilik içinde bir süre çırılçıplak koridorda koşmuş ve sonra stüpörlü biçimde yatağında yatmıştı. Hiç konuşmuyordu. Kendisine sıkıntısının nerede olduğu sorulduğunda göğsünü göstermiş ve içindeki derin bunaltının varlığına işaret etmişti. Kısa sürede iyileşen hastanın uzun süreli izlenmesinde psikotik belirti gözlenmemişti.

---

* 50 yılı aşkın ruh hekimliği yaşamımda gördüğüm çok değişik konversiyon ve disosiyasyon hastaları arasında tipik bir çoğul kişilik olgusu görmedim. Ülkemizde bu konu ile ilgili olarak en az 15-20 kıdemli ve genç ruh hekimi ile yaptığım görüşmelerde şimdiye dek inandırıcı bir olgu ile karşılaştığını belirten ancak bir kişi olmuştur. Şar ve arkadaşlarının savlarının başka araştırıcılarca da desteklenmesi gerekir. (M.O.Ö)

Genellikle bu bozukluk ağır bir zorlanma (stres), öncelikle aile içi zorlanma durumundan sonra ortaya çıkar. Kadınlarda daha çok görülür. Hastada tutarsız gibi görünen davranışlar, yüksek sesle ağlama, hemen ardından başlayan yapmacık gülme olabilir. Zaman zaman bir deliryum izlenimi verecek derecede şaşkınlık görülebilir; çevresindekileri, bulunduğu yeri, kendini tanımaz, abuk sabuk konuşabilir. *Yalancı-psikoz* çoğu kez kısa sürelidir. Birkaç günden birkaç haftaya kadar sürebilir. Antipsikotiklere yanıt vermez. Genellikle iyi bakım, çevreden uzaklaştırma, az sayıda elektrokonvulsif terapi ile kısa sürede düzelir.

Ayırıcı Tanı

Disosiyatif bozuklukta ayırıcı tanı öncelikle belirtilerin türüne göre özellikler gösterir.

A- Disosiyatif bayılmalar: Epileptik ya da kan basıncı düşmesinden kaynaklanan bayılmalardan ayırt edilmesi gerekir. Epileptik bayılmaların ayırıcı tanısı Tablo III'te gösterilmiştir. Ani kan basıncı düşmesine bağlı bayılmalar ise disosiyatif bayılmalarda tansiyonun normal ya da normale yakın olması, disosiyatif bayılmalardan sonra hastanın sıkıntılı, çökkün görünümü ile ayırt edilebilir.

B- Disosiyatif bellek yitimi (amnezi) amnestik bozukluk ve bunamadan, *disosiyatif stüpör ve donakalımı* şizofrenik donakalımdan, *uyurgezerliği* epileptik uyurgezerlikten, *çoğul kişilik ve kaçış (füg) durumlarını* epileptik durumlardan ayırt etmek gerekir.

C- *Histerik çılgınlık ya da psikojenik psikoz* durumunu şizofreniden, akut geçici psikozlardan ve kültüre özgü psikozlardan ayırt etmek gerekir. Şizofrenide belirgin düşünce bozukluğu, düşünce okunması, düşünce sokulması, düşüncelerin ses gibi algılanması, yankılanması, yayınlanması, denetlenmesi, acayip algı ve düşünceler, sanrılar, duygulanımda küntlük, vurdumduymazlık gibi belirtilerin olmasıyla ayırt edilir. Akut paranoid psikozda hastada büyüklük ve kötülük görme sanrıları, aşırı kuşkuculuk olur; hastanın rol yapar gibi bir görünümü yoktur. Psikojenik psikoz ile yalancı-psikoz arasında ayırım yapmak güçtür, belki her ikisi de aynı türden bozukluklardır. *Psikojenik psikoz* genellikle birkaç günde düzelir. Belirtilerde yapmacıklık, abartma görülür.

Şizofreni için *Bölüm XVI'ya*, geçici ve kültüre özgü ve psikozlar için *Bölüm XVII-II*'ye bakınız.

Hastalık Öncesi Kişilik

Uzun yıllar psikiyatride konversiyon ya da disosiyatif bozukluk belirtileri gösteren kişilerin hastalık öncesi kişilik yapıları *"histerik kişilik"* olarak tanımlanmıştı. Klasik anlayışla *histerik kişiliğin özellikleri Dupré, Bernheim, Babinski ve Janet*'nin etkisi ile gelişen Fransız okulunun tanımlaması *Henri Ey* tarafından şu şekilde özetlenmektedir [14]:

a) *Değişken ruhsal yapı (psikoplastisite)*: Tutarlılığı ve sürekliliği olan bir kimliğin gelişmemiş olması nedeniyle kişinin kolay etki altında kalan, eğindirime (telkine) yatkın bir birey olması.

b) *Yalan uydurma eğilimi (mitomani):* Dupré'nin tanımladığı bu özellik histerik kişinin rol yapma, yalan uydurma ve hastalığa öykünme eğilimidir.

c) *Cinsel düzensizlik:* Bu kişiler genel olarak cinselliğe düşkün olmaktan çok, cinsel alanda derin kısıtlanışları (inhibition) ve düzensizlikleri olan kişilerdir.

20. yüzyılın ikinci yarısına kadar yaygın kabul görmüş bu tanımlamalar yüzünden konversiyon ve disosiyasyon bozukluğu olan kişilere karşı olumsuz tutumlar gelişmiştir. Aslında konversiyon ve disosiyasyon bozukluğu olan kişilerin çok küçük bir kısmı bu özellikleri gösterirler. Bu kişilerin çoğu, çekingen, duyarlı, başkalarının (anne, baba, eş) istek ve komutlarına uyan; ağır yaşam koşullarına uzun süre *"uysal uyum"* yapabilen, duygu ve düşüncelerini dışa vuramayan; çocukluktan beri aile içinde özel yer ve sorumluluk yüklenmiş kişilerdir[32, 35].

DSM-IV ve ICD-10'da artık bu bağlantı bırakılmıştır. Histerik kişilik tanısı da artık kullanılmamakta; eskiden histerik kişilik olarak tanımlanan kişilik yapısı için *"histriyonik kişilik"* terimi kullanılmaktadır. Daha ayrıntılı bilgi için bakınız *Bölüm XXI: Kişilik Bozuklukları.*

Oluş Nedenleri

Geçen yüzyılın sonlarından beri histerik nevrozun oluş nedenleri üzerinde çok sayıda araştırma yapılmış ve değişik kuramlar ileri sürülmüştür. Paris, Salpetrière okulunun büyük hekimi *Charcot*, histerinin ruhsal doğalı bir hastalık olduğunu, hipnoz ile histerik belirtilerin ortaya çıkarılabileceğini ileri sürmüş ve bu hastalıkta kalıtımla geçen dejeneratif bir sürecin varlığına inanmıştı (o çağda hemen hemen her hastalık dejeneratif olarak görülüyordu). 19. yüzyılın son dönemlerinde ve 20. yüzyılın başında *Bernheim, Babinski, Déjérine, Janet ve Freud*'un görüşleri önem kazandı. Nancy okulunun temsilcisi *Bernheim, Charcot* gibi histeride hipnozun etkilerini ve eğindirime (telkine) yatkınlık konusunu incelemiş; histerinin eğindirimle ortaya çıkan bir hastalık olduğunu ileri sürmüştü. *Babinski* de bu yönden ilerleyerek hastalığa telkin nörozu anlamını taşıyan *"pithiatisme"* adını vermişti. Bu dönemde, Déjérine'in heyecan kuramı ve psikonevrotik belirtilerin heyecansal sarsıntılardan ileri geldiğine ilişkin görüşü de geniş yankılar uyandırmış olmakla birlikte, bu bozukluğun oluş nedenlerinin açıklanmasında en önemli yeri *Pierre Janet* ve *Sigmund Freud* tutmaktadır.

Janet'nin Disosiyasyon Kuramı

Charcot'nun öğrencilerinden *Janet*[25] psikonevrozlardaki temel patolojiyi bilinç yapısındaki değişikliklere bağlamıştı. *Janet*'nin ortaya attığı "ruhsal

gerilim" (tension psychique) kavramına göre, normalde, kişinin ruhsal enerjileri birleşerek bir amaç çevresinde yoğunlaşmakta ve buna bağlı olarak bilinç, belli bir güç ve bütünlük göstermektedir. Kalıtım, yorgunluk ya da heyecansal yaşantıların etkisi ile ruhsal gerilimde genel bir düşüklük olabilir. O zaman *psikasteni*'den söz edilir. *Janet*, bugünün tanımlamaları ile fobik ve obsesif-kompulsif olarak bilinen iki bozukluğu *psikasteni* başlığı altında toplamıştı. Histeride ise, ruhsal gerilimde genel bir düşme olmaz, bilinç alanında daralma olur. Hipnozda olduğu gibi, histeride de kişiyi eğindirim altında tutan bir fikir (ideé) vardır ve bilinç alanı bu fikir üzerine daralmış, büzülmüştür. Histerisi olan kişinin imgesel yaşantıları yoğundur; sanki kendi imgeleri onu hipnotize etmiştir. *"Sabit fikir" (idée fixe)* histerideki temel belirtidir. Bu "sabit fikir" bilincin zayıflaması ile ortaya çıkan bütün bilinçsiz güçlerin, yani ruhsal otomatizmanın belirtisidir. Duygular, inançlar, istekler ve anılar özel bir şiddet kazanmakta ve zayıflamış olan bilinçten çözülmektedir *(disosiyasyon)*. Histerik belirtiler bu *otomatik ayrılma (emancipation automatique)* olaylarını temsil etmektedir. Görülüyor ki *Janet*, temel olarak, histeriyi kişiliğin birleşiminde bir düzensizlik, bir *çözülme (disosiyasyon)* olarak açıklamıştır. *Janet*, aslında bir belirtinin oluş düzeneğini açıklamaya çalışmış; fakat histerinin oluş nedenine yönelmemiştir. Yazmış olduğu son derece ilgi çekici histeri olgularının öykülerine dikkat edersek, genellikle belirtilerin tanımlanması üzerinde durduğu; bu hastaların ailesel geçmişleri, yaşamı olayları üzerinde hemen hemen hiç durmamış olduğu görülür.

Freud'un Psikanalitik Kuramı

1893'de yayınladıkları *"Histerik Olaylarda Ruhsal Düzenek"* adlı yazı ve 1896'da yayınlanan *"Histeri Üzerine İncelemeler"* [9] adlı monografi ile *Freud* ve *Breuer*, önce histerinin aydınlatılmasında, sonradan da bütün ruh hekimliğinde çığır açtılar. *Freud ve Breuer*, başlangıçta, hipnoz uyguladıkları hastaların, hastalığı kamçılayan olayların anılarını canlı bir biçimde anlattıkları zaman histerik belirtilerin yok olduğunu gözlemlediler. Bu denemeler, *boşalma (catharsis)*, *bilinçdışına bastırma (repression)* ve bilinçdışı kavramlarının ortaya atılmasına yol açtı. Daha sonra, araştırmalarını yalnız başına sürdüren *Freud*, özellikle histeri üzerinde yaptığı çalışmalara dayanarak psikanalitik kuramın ve sağaltımın temellerini kurdu. Psikanalitik kuramın çağdaş ruh hekimliği üzerinde izleri derindir ve bu kuram sayesinde ruh hekimliği yalnızca tanımlayıcı olmaktan kurtularak, hastalık belirtilerinin ardındaki güdücü güçleri inceleyen dinamik ilkeleri kazanmıştır [9, 29]. Önce psikanalitik kurama göre ruhsal aygıtın yapısını, çatışma, bunaltı ve savunma düzeneklerini konularını bilmek gerekir. (Bakınız: *Bölüm V: Davranışın Psikodinamik İlkeleri, Güdüleme, Bölüm VI: Savunma Düzenekleri*). Histeride kaynağını çocukluk dönemlerinden alan bir *iççatışma (intrapsychic conflict)* vardır. Yani bireyin dürtüleyici dizgesinde (altbenlik- id), dışavurulması ve doyurulması olanaksız bir dürtü, bir gereksinim bulunmaktadır. Bu dürtünün doyurulması

üstbenlik (süperego) baskıları ya da benliğin gerçeğe uyum ilkeleri ile yasaklanmıştır. Herhangi bir nedenle, bu dürtü uyarıldığında ve güç kazandığında, benlik bunu bastırabilmek için yeni güçleri harekete geçirmek zorunda kalacaktır. Yasak bir dürtünün aşırı sıkıştırması benlikte bir tehlike olarak algılanır. Böyle bir tehlikeye karşı benliğin kullandığı en kestirme yol bu dürtüyü bilinçdışına itmektir. Ancak, bilinçdışına itilmiş gereksinimler de davranışları etkileyebildiklerinden, çatışma tümden çözülmüş olmamaktadır. Örneğin, babasını aşırı derecede seven bir genç kız, yaşam boyunca hep babası gibi bir insan aramaktadır; bir türlü bulamamakta ve mutlu olamamaktadır. Kendisi mutsuzluğunun nedeni olarak bir baba örneği aradığının bilincinde değildir. Bu, bilinçdışı bir gereksinim olarak onun davranışlarını etkilemektedir. İşte, histerik kişide böyle bir durum, yani yasak dürtülere karşı sürekli bir bastırma (bilinçdışında tutma) zorunluluğu vardır. Herhangi yüklü bir yaşantı dürtünün etkili biçimde bastırılması ile sağlanan bu dengeyi bozabilir. O zaman benliğin kullanmakta olduğu bastırma (repression) yetersiz kalır; bu nedenle ortaya bir çatışma durumu çıkar. Çatışmanın doğurduğu bunaltıya karşı yeni bir düzenek gerekir. Histerik nevrozda bu, *döndürme (konversiyon)* ya da *çözülme (disosiyasyon)* düzeneğidir. Histeride, çatışma ve onunla birlikte giden gerginlik ve bunaltı bedensel bir işlev bozukluğuna döndürülmektedir (*konversiyon*). Buna göre, konversiyon histerisinde baskın olan iki düzenek: *Bastırma ve döndürme*dir. Bastırma, çatışmanın ve onu doğuran dürtülerin bilinçdışı kalması; konversiyon da bunların bedensel bir işlev bozukluğuna, örneğin bir felce, bir duyu yitimine döndürülmesidir.

Ortaya neden bedensel bir işlev yitimi çıkıyor? Histerik kişiliğin gelişmesinde çocukluk dönemlerinde bedenin çeşitli parçaları ya da işlevleri özel simgesel anlam ve yük kazanmıştır. Örneğin, kollar saldırma ve öldürme dürtüsünü ya da özdoyurumu (mastürbasyon) temsil edebilir. Örneğin, görme, bakma cinsel bir anlam kazanabilir. Böylece kişiye özel, simgesel bir beden dili oluşmuştur. Organdaki işlev yitimi, bir bakıma hem isteği, hem yasağı temsil eden anlamlı bir bozukluktur. Bu beden dili yanı sıra, bir beden parçasının hastalanması, örselenmiş olması gibi durumlar da o organın konversiyona yatkınlığına yol açabilir (*somatic compliance*).

Birincil ve ikincil kazanç

Görülüyor ki, histerik belirti bir çatışmayı temsil etmektedir ve çatışmanın doğuracağı bunaltıyı önlemektedir. Buna *birincil kazanç* adı verilir. Hasta bir çatışmadan, bunaltıdan kurtulmuştur; onun yerini bir organda işlev yitimi almıştır. İşte, *Charcot*'nun tanımlamış olduğu *güzel aldırmazlığı (la belle indifference)*, yani belirtiye karşı aldırmazlığı, hatta hoşnutluk durumunu, konversiyon düzeneğinin sağlamış olduğu bu birincil kazanç kavramı ile anlayabiliriz. Birincil kazancın yanı sıra, konversiyon histerisinde çok zaman ikincil kazançlar da vardır. Bunlar hastanın belirtileri sayesinde gördüğü ilgi, bakım, ödün, işten, sorumluluktan uzak kalma gibi kazançlardır. Ancak,

şunu unutmamak gerekir ki, hem birincil, hem ikincil kazançların sağlanması bilinçdışıdır ve bu kazançlar dolayısıyla hastayı suçlama, oyun yapıyor kanısıyla ona kızma tümden yanlıştır.

İkinci bir soru da bilinçdışında tutulan ya da konversiyonla giderilen çatışmaların neler olduğu ile ilgilidir.Bu çatışma hangi dürtüler ve gereksinimlerle olmaktadır? Klasik psikanalitik kuramda bu çatışma, özgül olarak, çözülememiş *Ödipus çatışmasıdır*. Histerisi olan kişi, fallik dönemde saplanmış ya da bu döneme gerilemek zorunda kalmıştır. Bu yüzden sevgi nesnesi, çocukluktan kalma imgesel (hayali) bir sevgi nesnesidir. Bu, hiçbir zaman elde edilemeyecek bir nesnedir. Bu nesneye doğru yöneltilen dürtü, bütün toplumlarda var olan yasaksevi (incest) kuralı ile karşılaşır. Klasik psikanaliz, histeride fallik dönem saplanmasına büyük önem vermişse de, sonraki araştırıcılar bu bozuklukta oral döneme ilişkin çatışmaların da önemli olabileceğini belirtmişlerdir [10]. A.B.D.'de disosiyatif bozuklukların kaynağında çocukluk çağında yaşanmış cinsel saldırı olaylarının yattığına ilişkin çok sayıda yayın bulunmaktadır. Bu yayınlar psikanalitik yöntemlerle yapılan incelemelerden çok yetişkin hastaların verdikleri bilinçli öykülere dayanmaktadır [44].

Konversiyon bozukluklarını nörobiyolojik açıdan inceleyen çalışmaların yanı sıra, öğrenme ve koşullandırma ve iletişim kuramlarına göre açıklamayı amaçlayan çalışmalar da bulunmaktadır. Fakat bugün için bu bozukluğun etiyolojisinde psikanalizin etkisi sürmektedir.

Konversiyon bozukluklarının etiyolojisinde henüz tam aydınlatılmamış birçok nokta vardır. Bu hastalıkta aile içi rol dağılımları ve rol benimsemeleri ile ilgili önemli psikososyal etkenler yer alıyor olabilir. Bu hastaların aile içindeki çocukluk yaşamlarını ve ailedeki rol benimsemelerini incelediğimizde aile içinde çok özel bir yerleri olduğu görülmektedir. Örneğin ya babanın sevgilisidir, ya annenin en becerikli, koşturan yardımcısıdır ya da ailede bir prens, prenses konumundadır [32].

Çocukluk çağında iyice benimsenmiş olan aile içi rol, değişik nedenlerle önemli oranda sarsılabilir. Belli bir rolü benimsemiş olan çocuk ya da genç örseleyici olaylarla karşılaştığında ve ağır bir rol sarsıntısı ortaya çıktığında benimsenen rol gereğince en çok kullanılan organ dizgelerinde konversiyon belirtileri görülebilir. Örneğin ailenin en çok koşturan, becerikli, atik kızı belki bir kazayla düşme, bir hastalık, bir kötü muamele (dayak, cinsel saldırı), bir sevda olayı gibi özgül olmayan örseleyici bir durumla karşılaşır. Böyle bir örseleyici durumdan sonra genç kızın benimsemiş olduğu aile içi rol iyice sarsılır, yani benimsenmiş rolün beklentilerine karşın alışılagelmiş olan işlevleri yapamayacak bir duruma girer; bu durum en etkin çalışan, motor dizgede, örneğin bacaklarda tutmama gibi bir işlevsizliğin ortaya çıkmasına yol açar. Artık ortada benimsenmiş olan rolün beklentilerini yaptırtmayan bir hastalık vardır. Bu klinik görüşün kuşkusuz araştırmalarla desteklenmesi gerekir. Ülkemizde konversiyon olguları ile oldukça sık karşılaşılmaktadır. Bu nedenle

histerinin psikopatolojisini ve etiyolojisini incelemek için ülkemizde uygun bir psikososyal ortam vardır.

Nörobiyolojik Görüşler

Charcot zamanından beri histeride yapısal nörolojik bir yatkınlığın olasılığı düşünülmüştü. Charcot'nun dejeneratif bir beyin hastalığı, Janet'nin "bilincin zayıflaması"ile bellek ve dikkatin disosiyasyona yatkın olduğu görüşleri kendi zamanlarında tutunmuştu. Ancak, Freud'un görüşleri bu alanda egemenliğini uzun süre korumuştur.

Konversiyon bozukluğunda asıl sorunun dikkat, bellek, uyaranları tarama ve bilgi işleme alanında olduğu, bunun da afferent uyaranlara karşı kortikofügal inhibisyondan kaynaklandığı görüşleri ilgi çekmiştir. Konversiyon belirtilerinin nörolojik hastalarda daha sık görülmesi de bu bozukluğun nörobiyolojik açıdan incelenmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir. Konversiyon bozukluğunda belirtilerin daha çok vücudun sol yarısında olması ve nöropsikolojik değerlendirmelere dayanarak baskın (dominant) olmayan beyin yarısında daha fazla olmak üzere her iki beyin yarı-küresinde de işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir [2]. Ayrıca, konversiyon hastalarının birinci derecede akrabalarında konversiyon belirtilerinin görece daha sık görülmesi nörobiyolojik yanı olan bir hastalığın kalıtımsal geçişini düşündürmektedir. Bu konuda EEG, fMRI, PET ve SPECT gibi işlevsel *görüntüleme* yöntemleri ile yapılan araştırmalar konversiyon bozukluğunun belirtilerine özgü değişiklikler bulmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmalarda konversiyon bozukluğuna bağlı felçlerde motor kontrolda rol oynayan frontal ve subkortikal döngülerde, duyu kayıplarında somatokortikal döngülerde, körlükte görme merkezinde seçici bir etkinlik azalması olduğu bildirilmiştir. Bu bulgulara koşut olarak P-300 gibi uyarılmış potansiyel yanıtlarında bazı değişiklikler de gösterilmiştir [51, 53].

Örselenme (travma)

Disosyatif bozuklukların oluş nedenleri iki temel boyuta dayandırılmaktadır: örselenme (travma) ve yatkın kişilik yapısı. Şar ve arkadaşlarının konversiyon bozukluğu olan 38 hastalık örneklemlerinde %44.7 çocukluk çağı örselenmesi, %26.3 çocukluk döneminde cinsel kötü muamele olduğu bildirilmiştir [47].

Benzer şekilde konversiyon bozukluğunda da erken çocukluk dönemi örselenmeleri, duygusal zorlanmanın (stres) rolü üzerinde çalışılmıştır. Özellikle sosyal-mesleki alandaki yaşam olayları ile konversiyon belirtilerinin şiddeti arasında ilişki olduğunu ve erken çocukluk döneminde cinsel kötü muameleye uğrama ve yaşam olaylarının ayrı ayrı konversiyon belirtilerinin sayısıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır [2].

Gidiş ve Sonlanış

Konversiyon ve disosiyasyon bozukluklarında gidiş ve sonlanış hastanın kişilik yapısına, çevresel koşullara ve yapılan sağaltıma bağlıdır. Uygun çevresel koşullarda belirtiler çok zaman eğindirim (telkin) yöntemleriyle, hatta kendiliğinden düzelir. Hastaların büyük bir kesiminde düzelme kısa sürede görülür. Hacı hocaya götürülerek iyileşen olguların çoğu konversiyon ya da disosiyatif bozukluk gösteren hastalardır. Fakat bu hastalarda belirtiler sıklıkla yineleyebilir. Epileptik olmayan psikojenik nöbetlerin uzun dönemli gidişinin epilepsiden daha kötü olduğu, işlev düzeylerinin düşük bulunduğu saptanmıştır. İşlev düzeyindeki düşüklüğün nöbetleri süren hastaların %60'ında, nöbetleri kesilen hastaların ise %43'ünde görüldüğü bildirilmiştir [2]. Ağır olguların süregenleşerek uzun yıllar sürdüğü ve işlev bozukluğunun organik bir bozukluğa da yol açtığı (örneğin kaslarda körelme, eklemlerde kaynaşma gibi) görülebilir. Yıllarca felçli yatan hastalar vardır. Böyle bir olgu örneği aşağıda verilecektir.

Sağaltım

Konversiyon bozukluğunun ve disosiyatif bozukluğun sağaltımında değişik sorunlar vardır. Bu bozuklukların önemli bir kısmı kendiliğinden düzelmektedir. Hasta hekime getirilmiş olsa bile iyileşmenin hekimin uyguladığı bir yöntemle olup olmadığını değerlendirmek güçtür. Hastaların önemli bir kesimi de halk arasında hacı hoca diye bilinen hekimlik dışı yöntemlerle iyileşmektedir. Hastanın böyle iyileşmesi kuşkusuz onun bu yöntemlere olan inancına bağlıdır.

Hekimlere getirilen hastaların bir kesimi hem aile ve çevrenin, hem hekimin bu hastalıkla ilgili önyargılarının doğurduğu tutumlarla karşılaşmaktadır. Hekimlerin çoğu "histeri" hakkında ya hiç bir şey bilmemekte ya da bu bozukluğu gösteren kişilere çok sınırlı, yüzeysel bilgi ile yaklaşmaktadır. Hekimler sıklıkla bu bozukluğun yapmacık, uydurma ve bir takım çıkarlar için kondurma bir hastalık olduğunu düşünerek hastalara karşı daha başlangıçta olumsuz bir önyargı ile yaklaşmaktadırlar. Kullanılan basit bir telkin yöntemi ile kısa sürede iyileşmezse hekim hastanın iyileşmek istemediğini düşünerek ona öfke duymakta ya da kısa sürede onu uzaklaştırmaktadır. Organik bir neden yokken bir hastanın ruhsal kökenli bir inme nedeni ile aylarca yatakta yatması kolay anlaşılır, kabul edilebilir bir durum değildir. Muayenelere göre hastanın yürümesi, görmesi, sesinin çıkması, kulağının işitmesi gerekirken bu işlevlerin yitimi ortada sanki bilinçli bir kasıtlılık varmış gibi bir izlenim bırakmaktadır. Rahatsızlığın bilinçdışı etkenlere bağlı olduğu yüz yıla yakın bir süreden beri bilinse bile, bilinçdışı ruhsal süreçlere ilgi duymayan bir hekimin bu tür hastalara yaklaşımında önyargılardan, hasta hemen iyileşmeyince öfke duygularından kendini arındırması güçtür. İşte bu nedenlerle bu hastaların sağaltımı sanıldığı kadar kolay olmaz.

Konversiyon bozukluğunun sağaltımında psikososyal girişimleri değerlendiren çok az sayıda seçkisiz, kontrollü çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar konversiyon bozukluğunda psikososyal girişimlerin çok düşük oranda olumlu etkisi olduğu sonucunu vermektedir [2].

Sağaltım için temel ilkeler şöyle sıralanabilir:

- Hastanın çok iyi bir değerlendirmesi yapılmalı, organik bir bozukluk olmadığından hekimin kuşkusu kalmamalıdır.
- Hastanın ruhsal durumu, aile içindeki konumu, aile içi sorunlar iyi değerlendirilmelidir. Konversiyon ve disosiyatif bozukluğu olan hastalar genellikle rahatsızlığın altında yatan sorunları kendileri de bilmezler; bu konuda sezileri olsa bile bunları dile getirmeye karşı büyük direnç gösterirler. Gene de hastayı ve aileyi gerekirse birçok kez görerek durum aydınlatılmaya çalışılmalıdır. Hiç bir konversiyon ya da disosiyasyon belirtisi durup dururken ortaya çıkmaz.
- Ağır yaşam koşullarının süregeldiği bir ortamda basit yöntemlerle ve ilaçlarla hastanın iyileşmesini beklemek boşunadır. Belirtilerde tam düzelme olsa bile bu iyilik uzun sürmez. Kısa sürede çoğu hasta gene aynı ya da değişik bir işlev yitimi ile karşımıza gelir. Bu nedenle hastayı ya bir süre çevresinden uzaklaştırmak ya da çevrenin düzeltilmesi için aileyi etkilemek zorunluluğu vardır.

Bu bozuklukta belirtilere yönelik sağaltım yöntemleri şunlardır:

a. Eğindirim (telkin) yöntemleri arasında faradi akımı ile uyarma, narkoterapi, hipnoz ve ilaçların plasebo etkisinden yararlanma sayılabilir. Çağdaş psikiyatride artık bu yöntemler pek kullanılmamaktadır.

b. *Aile desteğinin sağlanması ve çevre koşullarının düzeltilmesi* histeri sağaltımında çok önemlidir. Daha önce de açıklandığı gibi konversiyon ya da disosiyatif türden bir bozukluk çoğu kez uzun süreli ağır yaşam koşullarından sonra ortaya çıkar. Hastanın kendisinin benimsemiş olduğu ya da kendisine uzun süre dayatılmış rol gereği üstlendiği görevleri, hizmetleri artık kaldıramadığını aileye göstermek, böylece birincil ve ikincil kazanç sorununu ortadan kaldırmak için çok uğraşmak gerekebilir.

> Bir köy öğretmeni hastamız gelin gittiği evde yıllar boyu kocası ve kaynanasından işkence sayılabilecek muamele görmüş ve hasta bir çıkış yolu bulamamıştı. Hastaneye getirildiğinde yemek yiyemiyor, yediklerini dışarı döküyor, salyası akıyor, konuşamıyor, kendine bakamıyor, bunamalı bir hasta gibi görünüyordu. Durum tipik bir depresyona uymadığı gibi, bir beyin hastalığı yönünden yapılan incelemelerde bulgular normaldi. Durum ağır bir disosiyatif nevroz olarak görüldü ve yapılan dört EKT ile hasta düzeldi. Bundan sonra hastanın eşi ile birlikte daha uzun süreli aile terapisine devam edildi.

c) Konversiyon bozukluğunda bunaltı giderici ilaçlar genellikle pek etkili değildir. Fakat, konversiyon belirtileri geçtikten sonra ortaya doğal olarak çıkan bunaltı için bu tür ilaçlar kullanılabilir. Hastalarda sıklıkla birlikte *çökkünlük* de bulunabileceğinden antidepresan ilaçlar yararlı olabilir. Yalancı-psikozlarda antipsikotikler genellikle fazla etkili değildirler. Yüksek güçlü

benzodiazepinler (lorazepam, alprazolam gibi) denenmeye değer. Klasik kitaplarda yazmasa bile çok süregen ve dirençli hastalarda EKT'nin yararlı olabileceği ülkemizde birçok klinisyen tarafından gözlenmiştir.

Yüksek öğretmen okulunda okurken merdivenlerden kayarak düşmenin ardından bacaklarında inme (parapleji) oluşan genç üniversite öğrencisi kız iki yıl süren birçok muayene ve sağaltım girişiminden sonra daha derinliğine inceleme ve sağaltım için Hacettepe Çocuk Hastanesine yatırılmıştı (1961). Nörolojik muayenelerinde patolojik bir bulgu olmayan hasta, hastanedeki gönüllü yabancıların da sempatisini, ilgisini çekmişti. Bu nedenle gerekirse yurtdışında sağaltım için yardım kampanyası başlatılmıştı. Benden istenen bir konsültasyon üzerine yatağında yaptığım muayenede konversiyon paraplejisi düşündüm. Hasta Hacettepe Hastanesinden, o zamanlar çalıştığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine nakledildi. Sağaltıma karşı inanılmaz derecede direnç gösteren bu hastaya aylarca süren yoğun psikoterapi, narkoterapi, hipnoterapi denemelerimiz oldu. Hastada kendi ruhsal yaşamını ve geçmişini açıklamaya karşı büyük bir direnç vardı. Hiç bir ilerleme olmamıştı. Bundan bir süre önce, bu tür hastaları sık gören Gülhane Askeri Hastanesindeki meslektaşlarımız Ankara nöropsikiyatri asistan ve uzmanlarının katıldığı aylık bilimsel toplantıda EKT ile düzelen konversiyon olgularının öykülerini sunmuşlardı. Bu uygulamayı ve sonuçlarını önce kuşkuyla karşılamıştım. Bu hastayı yakın zamanda hastaneden çıkarmak zorunda kalacağımızı biliyordum. Biz de, belki büyük oranda çaresiz kalışımız nedeniyle, EKT yapılması kararını verdik. Hastaya bu kararımız bildirildiğinde kesinlikle EKT yaptırmak istemediğini söylemiş ve yaparsak kendini ödüreceğini kesin bir dille, soğukkanlılıkla eklemişti. Birkaç gün düşündükten ve asistanlarla konuyu tartıştıktan sonra hekimlik etiği açısından sorumluluk sınırlarımızı sorguladım. Böyle tepki gösteren bir hastaya zorla EKT yapılabilir miydi? Henüz yatalak durumdan çıkmaya hazır olmayan bir hastayı zorlamak ve özkıyım riskini göze almak ne derecede etik bir uygulama olurdu? Sonunda kendisine zorla EKT yapmak istemediğimizi, taburcu edeceğimizi, anne-babasını çağırarak kendisini onlara teslim edeceğimizi hastaya söyledim. Bu karar hastanın eğitim yaşamının da sonu demekti. Hastanın eğitimini tehlikeye atmak, ailesinin yanına dönmek istemeyebileceğini düşünüyordum. Nasıl ve neden olduğunu tam anlayamadığımız, üzerinde ancak kurgular yapabileceğimiz bir değişimle bu son derecede uysal, sessiz, kendini sevdiren hasta iki gün içinde saldırgan, bağırıp çağıran, yanına yaklaşanları kovan, ısıran, yemek yemeyen bir kız oldu. Bütün klinik görünüm ağır ajite akut bir psikoz görünümü idi (büyük olasılıkla yalancı-psikoz). Paraplejide bir değişim olmamıştı. Grubumuzun asistanları ile durumu tartıştık ve bu psikozu şöyle yorumladık: Hasta sanki artık kendi istencini (iradesini) yitirdiğini, davranışlarından sorumlu tutulamayacak bir çılgın olduğunu, kendisine istediğimiz sağaltımı zorla da olsa yapabileceğimizi psikotik davranışları ile bize söylemiş oluyordu. Şimdi EKT yapabilirdik. Bu yorumu hiç bir zaman doğrulayamazdık; bu nedenle de yorumumuz doğrultusunda karar verdik. İlk EKT ile tonik ve klonik kasılmaları tam olmuş, tanıda aldanmadığımızı kesin olarak görmüştük. Dördüncü EKT'den sonra hasta yürümeye başladı. İki yıldır yatalak olduğu için ayaklarda ödem ve ağrılar olmasına, yatağa yeniden dönme eğilimine karşın gene de yürümeyi sürdürmesini sağlayabildik. Bir süre psikoterapi ile izlenen bu hastayı yıllar sonra yeniden gördüğümde öğretmen okulunu bitirdiğini, yıllardır öğretmen olarak çalıştığını anlatmıştı; mutsuz ama sağlıklı olduğu izlenimini edinmiştim. Paraplejiye neden olan bilinçdışı ya da bilinçli etkenleri hiçbir zaman yeterince anlayamadım. (M.O.Ö.)

d) *Konversiyon ve disosiyasyon bozukluklarında oluş nedenine yönelik sağaltım:* Klasik olarak bu hastalarda en uygun sağaltımın psikanalitik yönelimli psikoterapi olduğu bilinirdi. Psikanalizin birçok kuramı Freud'un histerisi olan hastalar üzerindeki çalışmaları sonucu ortaya konmuştur. Fakat, klasik psikanaliz bu hastalarda pek başarılı olamamıştır. Bu hastaların psikanalitik sağaltıma yatkın olmaları da kuşkuludur. En uygun sağaltım yolu, bireysel psikoterapiye ek olarak çevresel koşulların düzeltilmesi ve aile psikoterapisinin birlikte uygulanmasıdır. Burada bireysel psikoterapi derken, gerektiğinde analitik yönelimli, gerektiğinde, destekleyici ve rehberlik yapan *esnek yaklaşımlı bir psikoterapi*den söz edilmektedir. *Özellikle aile içinde önemli zorlanma (stres) kaynaklarının araştırılması ve bunlara karşı hastanın bir dayanıklılık geliştirmesini sağlamaya çalışmak kadar, aile içindeki zorlanmanın öbür aile bireylerince de ele alınmasına yönelik yaklaşımlar son derecede önemlidir.*

Kimi durumlarda aile içindeki olumsuzluklar inanılmaz katılıkta sürüyor olabilir ve hekim çaresizlik içinde kalabilir. Bu durumlarda bunaltı giderici ya da antidepresan ilaçların uzun süre verilmesi gerekebilir. Ailede olumlu değişiklikler yaratılamazsa ilaçların da etkisi çok sınırlı olabilir.

> Geleneklerine bağlı bir ailede, köyde yetişmiş, genç yaşta evlendirilmiş iki çocuklu 24 yaşında bir kadın büyük bunaltı nöbetleri ve çeşitli bedensel yakınmalarla babası tarafından getirilmişti. Hastada, ülkemizde çok sık karşılaşılan ve bunaltı, konversiyon ve somatizasyon belirtilerinin birlikte olduğu ağır bir bunaltı bozukluğu saptanmıştı. Ankara'ya 130 km uzaklıktaki bir kasabada yaşıyorlardı. Verilen bunaltı gidericilerin ve antidepresanların hiç bir etkisi olmamıştı. Bir ağa oğlu olan kocası evine karşı ileri derecede sorumsuz, ağır içkici, kumar oynayan, gecelerini yakın kasabalarda başka kadınlarla geçiren bir gençti. Eşini de görmek istediğimi hastaya bildirdim. Ertesi gelişte gene babası ile gelen hastanın babası yaklaşık şu sözlerle sağaltımın sınırlarını belirlemişti: "Biz geleneklerimizden ayrılamayız. Kızım bu kocaya verilmiştir ve ne kendisi, ne biz artık ona karışamayız. Bu işte ayrılma da yoktur. Kızım kocasını çekmek zorundadır. Siz bir hekim olarak kocasını işe karıştırmadan kızımı iyileştirebilirseniz ben onu buraya getirmeye hazırım." Burada aileyi de sağaltımın içine almanın önemi ve buna karşı aileden gelen direnç açıkça görülmektedir. (M.O.Ö.)

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Sık görülen ve sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir yük oluşturan somatoform bozuklukların ortak özelliği rahatsız eden bedensel belirtilerin olmasıdır. Bu gruba giren hipokondriazis ve beden dismorfik bozukluğunda ise ayrıca hastalık ya da bedensel görünümle ilgili aşırı değer verilmiş düşünceler de vardır. Bu iki bozuklukta belirtilerin anlamı ve sonuçları belirtinin kendisinden daha fazla sıkıntı verir.

Bedenselleştirme (Somatizasyon) Bozukluğu (Briquet Sendromu)

1850'lerde Fransız ruh hekimi *Paul Briquet*'nin tanımladığı ve yaklaşık 30-35 yıl öncesine dek histeri olarak ele alınmış olan bu sendromu yeni baştan ele alan Guze ve arkadaşları da gene histeri terimini kullanarak bozukluğun sınırlarını çizmeye çalıştılar [11, 22, 23]. Bu sayede bu tanı 1980'de *somatizasyon bozukluğu* başlığı altında DSM-III'e girmiştir.

Bedenselleştirme (somatization) terimi değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Örneğin, çökkünlüklerde ruhsal acının bedensel olarak anlatılması, psikosomatik hastalıklarda ruhsal acının somatik bozukluk yaratması ya da böyle bir bozukluğu tetiklemesi, şiddetlendirmesi, konversiyonda bunaltının bir organ işlevine döndürülmesi ve beden dili ile anlatılması gibi.

Klinik Belirtiler

Somatizasyon bozukluğunda genç yaşlarda başlayan ve yıllarca süren çok değişik fizik belirtilerle giden bir rahatsızlık söz konusudur. Bu belirtiler arasında hastanın delikanlılık, genç kızlık çağından beri sık sık hastalanan bir kişi olduğu; zaman zaman yalancı-nörolojik belirtiler gösterdiği görülür. Bu yalancı nörolojik belirtiler arasında ses kısılması, sağırlık, körlük, yutma güçlüğü, felçler sayılabilir. Karın ağrıları, bulantı, kusma nöbetleri, öğürme ve geğirmeler, karın şişmesi gibi sindirim sistemi belirtileri de oldukça sıktır. Adet bozuklukları, düzensizlikleri, aşırı kanamalar, gebelik sırasında aşırı kusma ve bu nedenlerle sık sık hastaneye yatma görülür. Psikoseksüel belirtiler arasında cinsel isteksizlik, soğukluk ya da cinsel birleşme sırasında ağrı olabilir. Genel olarak bedenin değişik yerlerinde, kollarda, bacaklarda ağrılar; soluk darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi gibi belirtiler görülür. DSM-IV'e göre somatizasyon bozukluğu tanısını koyabilmek için belirtilerin 30 yaşlarından önce başlaması; en azından organik olarak açıklanamayan sekiz (4 ağrı, 2 sindirim sistemi, 1 cinsel, 1 yalancı-nörolojik) belirtinin olması gerekir. *Briquet sendromunda* dikkat edilecek olursa belirtilerin bütün bir yaşam boyunca sürmüş olması ile hastalığın bir yaşam biçimi durumuna gelmesi söz konusudur. Bu hastalar sıklıkla hastanelere yatırılabilmekte, gereksiz yere ameliyat olabilmektedir.

> 30 yaşında, evli, 3 çocuklu erkek hasta psikiyatri bölümüne tüm bedeninde olan ağrılar, uzun yol yürüyememe ve bayılma yakınmaları ile başvurdu. İlk yakınmaları 1.5 yıl önce her iki dirseğinde olan ağrılarla başlamış. O dönemde tarım ilaçları üreten bir fabrikada çalışıyormuş. Bu yakınmalarla gittiği işyeri hekiminin önerdiği ağrı kesicilerden yararlanmadığı gibi ağrılar giderek boynuna, bacaklarına, başına ve bedeninin her yerine yayılmış. Üniversite hastanesinde yapılan bütün tetkikler (EMG; kafa ve boyun MR, cilt biyopsisi, kan ve toksikoloji incelemeleri) normal bulunmuş. Fizik tedavi önerilmiş, yarar görmemiş. İlk yakınmaları ortaya çıktıktan bir-iki ay sonra bayılmaları olmaya başlamış. Genellikle sıkıntılı durumlarda, kimi zaman da nedensiz olarak olduğu yere yığılıyor, 1.5-2 saat sonra kendine geliyormuş. Kasılma, idrarını kaçırma, ağzından köpük gelmesi olmuyormuş. Bu yakınmaları nedeniyle işe gidemiyormuş. (A.U.)

Somatizasyon bozukluğu kadınlarda ve düşük eğitim düzeyi olan kişilerde daha sık görülmektedir. Batı ülkelerinde genel toplumda görülme oranı %1 olarak bildirilmekle birlikte, birinci basamakta daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır [5]. Ülkemizdeki oranlar da benzer, ancak daha yüksektir. Türkiye Ruh Sağlığı Profilinde somatizasyon bozukluğunun genel toplumdaki 12 aylık yaygınlığı %0,2 [27], Ankara, Gölbaşında sağlık ocaklarına başvuran hastalar arasında ise %1.9 oranında bulunmuştur [49].

Somatizasyon bozukluğu tanısı konulan kadınlarda çocuklukta cinsel kötü muamele öyküsü sık görülür. Hastaların 1/3-2/3'ünde *B Kümesi Dramatik, Coşkusal Kişilik Bozuklukları* saptanır Bu hastalarda reçeteli ve reçetesiz satılan ilaçların kötüye kullanımı sıktır; dikkat edilmesi, özellikle sorgulanması gerekir. Bu sendromda ailesel yüklülük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu hastaların ailelerinde antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu sık görülmektedir [5].

Somatizasyon bozukluğunun ayırıcı tanısında depresyon, hipokondriyazis, panik, yaygın bunaltı, konversiyon bozukluklarını, şizofreniyi, nörolojik ve bedensel hastalıkları düşünmek ve iyi incelemelerden sonra karar vermek gerekir. Depresyonda ve yaygın bunaltı bozukluğunda bedensel belirtiler sık görülür, çoğu zaman hastaların başvuruları bedensel yakınmalarla psikiyatri dışı hekimlere olmaktadır. Ancak, sorgulandığı zaman depresyon ya da yaygın bunaltı bozukluğunun başka belirtilerinin de bulunması tanı koydurucu olur. Panik bozukluğunda çok sayıda bedensel belirti bulunmakla birlikte, bunlar yalnızca panik nöbeti sırasında ortaya çıkar, nöbetler arasında yoktur. Şizofrenide bazen somatik sanrılar şizofreninin başka belirtilerine eşlik eder.

Somatizasyon bozukluğu genel olarak süregen gidiş gösterdiği düşünülen bir durumdur. Ancak, yakın zamanda yayınlanan bir gözden geçirme çalışmasında temel sağlık hizmetlerine başvuran somatizasyon bozukluğu ve hipokodriazisi olan hastaların %50'sinin belirtilerinin bir yıl içinde düzeldiği bildirilmiş; bu düzelme eşlik eden çökkünlük ve bunaltı belirtilerindeki yatışmaya bağlanmıştır [12].

Ağrı Bozukluğu ve Ruhsal Kökenli Ağrı

DSM-IV ve ICD-10 gibi uluslararası tanı dizgelerinin de etkisi ile ruhsal kökenli ağrı konusu günümüzde oldukça karmaşık, tartışmalıdır. *ICD-10* fizyolojik ya da fiziksel bir bozuklukla açıklanamayan, ağır, inatçı ve kişiye çok rahatsızlık veren ağrı yakınmasını *"Direngen (persistent) somatoform ağrı bozukluğu"* başlığı altında ele almıştır. ICD-10 tanımlamasında bu tür ağrı duygusal çatışmalar ve psikososyal sorunlarla bağlantılı olarak ortaya çıkar ve bunlar rahatsızlığın temel nedenleri olarak kabul edilir. *DSM-IV'te ise* ağrı bozukluğu tanı ölçütleri arasında fizyolojik ya da fiziksel bir bozukluğa bağlı olmama koşulu getirilmemekte, konuya içinden çıkılması güç olabilecek geniş bir içerik tanınmaktadır. DSM-IV'e göre:

a) bedenin bir ya da birden çok bölgesinde odaklanan bir ağrı olmalı

b) bu ağrı sosyal, mesleksel ve başka alanlarda belirgin sıkıntı, uyum sorunları yaratmalı

c) psikolojik etkenler ağrının başlamasında, alevlenmesinde ya da sürmesinde önemli rol oynamalı

d) bu ağrı uydurulmuş, kondurulmuş olmamalı

e) Duygudurum, bunaltı, psikoz bozuklukları ile açıklanamamalı ve ağrılı cinsel birleşme (dispareunia) ölçütlerine uymamalıdır.

Böylece DSM-IV:

a) psikolojik etkenlerin

b) psikolojik ve genel tıbbi duruma bağlı etkenlerin

c) genel tıbbi durumun eşlik ettiği üç alt tür ağrı belirtmekte ve üçüncü tipi ruhsal bozukluk kabul etmeyerek, III. eksen altında kodlanmasını istemektedir.

Konuyu tartışmakta yarar vardır. Genel tıp çerçevesi içerisinde ağrı sendromunun çok ciddi olarak incelenmesi gerekir. Gerçek ruhsal kökenli (psikojen) ağrı nadir görülen bir durumdur. *Ağrı öznel bir algı olduğundan* ve elimizdeki inceleme yöntemleri her zaman yeterli olmayacağından, herhangi bir organik patoloji bulunmadığında ağrı sendromuna psikojen ağrı denmesi yanılgılara neden olabilir. Organik kaynaklı ağrıların şiddetli ya da hafif algılanmasında kişilik etkenleri rol oynayabilir. Kimi kişiler ağrıyı fazla algılamazlar; kimilerinin ise ağrı eşiği düşüktür. Ayrıca, *organik ağrılar da ruhsal zorlanmalarla (stres) artabilir, hatta uyarılabilir.* Örneğin mide ağrısı, migren ağrısı gibi. Bunun gibi *telkinle geçen bir ağrıya da hemen psikolojiktir demek doğru olmaz.* Çünkü, ağrısız doğumda olduğu gibi organik kaynaklı ağrılar da telkin, hipnoz, akupunktur gibi yöntemlerle azaltılabilir, giderilebilir. Bu nedenlerle de ruhsal kökenli ağrı tanısını koymak kolay değildir. Ancak, psikolojik etkenlerin her türlü ağrıda yeri olabileceğine göre somatoform ağrı bozukluğu tanısı nasıl konacaktır? Ayrıca, hekimlikte eğer elimizde bulunan yöntemlerle kesin bir açıklama yapamıyorsak buna ruhsaldır diyerek asıl konuyu saptırmak ve hastanın değerlendirmesini, bakımını geciktirmek de olasıdır. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde insanların yeterince incelenemediğini dikkate alırsak, bu noktada DSM-IV dizgesine bağlı kalmanın önemli tıbbi yanlışlara da neden olabileceği düşünülmelidir.

Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre[40] yarı kırsal bir bölgede sağlık ocağına başvuran hastaların yaklaşık %20'si ICD-10 somatoform ağrı bozukluğu tanı ölçütlerine uymaktadır. Benzer yöntemle yapılan araştırmalarda bu oran Avrupa ülkelerinde çok daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, ağrı yakınması ile gelen hastaların yeterli değerlendirmeler yapılmadan "fonksiyonel" tanısı ile kabul edilmiş olabileceklerini düşündürebilir. DSM-IV'teki geniş tanımlamaya göre bu risk az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde daha da yüksek olacaktır. Somatoform ağrı bozukluğu olan kişilerde çökkünlük ve bunaltı bozuklukları sıklıkla birlikte görülebilmektedir.

Migren, gerilim baş ağrıları ya da psikolojik stresle kamçılanan gastrit, ülser, kolit ağrıları ruhsal kökenli ağrı grubunda kabul edilmemektedir. Bunlar eskiden psiko-fizyolojik (psikosomatik) bozukluklar altında ele alınırdı. Şimdi bunlarda temel sorun ağrı ise DSM-IV'e göre ruhsal ve fiziksel etkenlerin yer aldığı somatoform ağrı bozukluğu başlığı altında belirlemek gerekmektedir.

Görüldüğü gibi *ruhsal kökenli (psikojen) ağrı* konusu yeni sınıflama dizgeleri ile fazla aydınlatılmış sayılamaz. Ruhsal kökenli *(psikojen) ağrı* diyebilmek için organik bir bozukluğun olmaması ve ağrı ile psikolojik bir olay arasında kesin bağın bulunması gerekir. Belli bir zamanda, belli durumlarda ortaya çıkan yineleyici nitelikte bir ağrıya ruhsal kökenli ağrı diyebiliriz. Örneğin bir hasta hiç sevmediği bir akrabasının evine her gittiğinde şiddetli karın ağrısına tutulmaktaydı. İşte burada bir ruhsal kökenli ağrı söz konusu olabilir. Başka bir olgu örneği:

> Orta yaşta, eğitimli, görgülü, varlıklı bir kadının sağ elinde dayanılmaz ağrı nöbetleri oluyordu. Bu ağrılar olduğu zaman hasta yerinde kıvranıyor, gerçekten büyük bir acı çektiği görülüyordu. Bu ağrılar için A.B.D.'de en yetkili kliniklerde talamik ağrı, beyin hastalığına bağlı ağrı olasılıkları düşünülerek birçok inceleme yapılmıştı (o zamanlar BT-MR gibi teknikler olmadığı için EEG, pnömoensefalografi, anjiyografi, vb.). Bütün bu incelemelerden sonra hastayı gördüğümüzde bu ağrının ruhsal kökenli olabileceğini düşünmemiştim. Görüşme sırasında hastada çok şiddetli bir ağrı nöbeti ortaya çıktı. Bu ağrı nöbetinin görüşmede konuştuğumuz konularla ilgisi belirgin değildi. Hastayı kıvranırken, ağrısı ile bir dakika baş başa bıraktım. Hasta birden "doktor bey, elimi tutunuz" dedi. Hastanın elini tuttuğumda ağrı hemen dindi. Bu belki bir refleks dinmesi olabilirdi. Fakat hasta elini kendisi tuttuğu zaman böyle bir dinme olmuyordu. Ancak kocası ya da yardım beklediği bir doktor elini tuttuğu zaman ağrı nöbetleri durabiliyordu. İşte böyle bir durumda ileri derecede sembolik bir anlamı olan bu ağrıya ruhsal kökenli ağrı diyebiliriz. Hasta gerçek yaşamında elinden tutularak yardım edilmesini çok bekliyor fakat gururuna yedirip, bu derin gereksinimi bir türlü açığa vuramıyordu. Kocası da eşinin bu derin gereksiniminin farkına varamayan, sürekli işleriyle uğraşan bir politikacıydı. (M.O.Ö)

Hekimlikte buna benzer bağlar ve ilişkiler kurulamayan hastalarda psikojen ağrı tanısı kolayca konamaz, konmamalıdır. Ağrı yakınması ile gelen hiçbir hastada ağrının abartıldığı ya da olmaması gerektiği gibi bir kanıya varmamalıyız. Ağrı, hekimi en çok yanıltan yakınmalardan biridir. Bir kazanç peşinde uydurma ya da kondurma (factitious) hastalığı olan kişilerin bile ağrı yakınmalarını iyi incelemek gerekir. Ağrıyla ilgili, hekimlerin uzun süre yanıldığı bir olgu örneği:

> A.B.D.'de bir üniversite hastanesinde kalın, bilgi yüklü dosya ile ayaktan psikiyatri konsültasyonu için gönderilen 55 yaşlarında bir zenci kadın hasta, hafif bir bastırma ile bedeninin neresine dokunursanız çok ağrıdığını söylüyordu. Kollarına, bacaklarına, kafatasının herhangi bir noktasına hafif bastırarak dokunulduğunda ağrıdan yakınıyordu. Dosyasında, çok sayıda uzmanlık dalından konsültasyonlar istendiği ve hepsinden de o dalla ilgili bir patoloji bulunmadığı bilgileri dikkati çekiyordu. Hasta görüşmeler, kas yolu analjezik uygulaması, hipnoz gibi yöntemlerle iki hafta ayaktan incelen-

dikten sonra, bu yaygın ağrının psikojenik ağrı olmadığı kanısına varılarak, dahiliyede yeniden yatırılması için yardım edildi. Dahiliye servisinde meraklı bir internin ilgisi ile hastada multiple myeloma olduğu saptandı. (M.O.Ö.)

Somatoform ağrı bozukluğunun sağaltımı altta yatan psikolojik, psikososyal etkenlerin saptanması ve giderilmesi ile olabilir. Bu hastalarda trisiklik antidepresanlardan ve hem noradrenalin hem serotonin dizgeleri üzerinden etki eden antidepresanlardan yarar sağlanabilir [15]. Direngen olgularda bilişsel davranışçı ya da derinliğine çözümleyici psikoterapi gerekebilir.

Hipokondriyazis

(Hastalık Hastalığı)

Hipokondriyazis *Hipokrat* çağından beri kullanılan bir terimdir. *Hipokrat*, hipokondrium denilen böğüraltı bölgede sık görülen ağrılar nedeniyle böyle bir terim kullanmıştı. Hipokondriazis bedende bir bozukluk olmadığı halde kişinin bedensel algıların yanlış yorumlanmasına dayanarak önemli bir bedensel hastalığı olduğu şeklinde sürekli uğraşısı ile belirli bir sendromdur. Hekimlerin bedensel bir bozukluk bulunmadığını söylemeleri, yapılan tetkiklerin normal bulunması hastayı rahatlatmaz. ICD-10 beden dismorfik bozukluğunu hipokondriyazise katmıştır[52]. Her iki bozuklukta da temel sorunun aşırı değer verilmiş düşünce olması; belirtinin kendisinden çok anlamı ve sonuçlarının rahatsız edici olması; hekimlerin verdiği güvencelerin hastayı rahatlatmaması açısından bu iki bozukluk birbirine benzer. DSM-IV'te ise hipokondriazis ve beden dismorfik bozukluğu ayrı başlıklar altında verilmiştir [3].

Hipokondriyak belirtiler ruhsal çökkünlük, şizofreni, paranoid durumlar ve başka nevrotik bozukluklarda sık görülebilir. Hipokondriyaziste temel bozukluk bunaltıdır. Bunaltının kaynağı kişinin ilişkilerine, yaşam koşullarına bağlıdır. Ancak, bunaltı bedene aktarılmıştır ve bedenin normal fizyolojisine ilişkin duyular bedensel hastalık olarak yorumlanır olmuştur.

Sıklık ve Yaygınlık

Sıklık ve yaygınlığı yeterince bilinmemektedir. Bu hastalar psikiyatri dışı hekimlere giderler; hekim hekim dolaşırlar. Genellikle 20-30 yaşları arasında daha sık görülmekle birlikte daha erken ve geç yaşlarda da görülmesi seyrek değildir. A.B.D.'de değişik sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar arasında hipokondriyazis sıklığının %4-14 arasında değiştiği bildirilmektedir. Değişik toplum katmanlarına ve ekonomik düzeye göre sıklık fazla değişiklik göstermemektedir[17].

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre genel toplumda hipokondriazis tanısı konanların oranı kadınlarda %0.8, erkeklerde %0.3 olarak bulunmuştur [5]. D.S.Ö. ile işbirliği içinde yapılmış olan uluslararası "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar" araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvu-

ran hastalar arasında hipokondriyazis için %0.8 yaygınlık (prevalans) oranı verilmiştir [41, 50].

Bulgular ve Belirtiler

I- Genel Görünüm ve Davranış

Sağlıklı bir kişi olarak göründüğü halde, hasta sıklıkla bedeninin çeşitli yerlerine bir bozukluk, bir ağrı olup olmadığını anlamak için dokunur, bastırır. Elini göğsüne, kalp bölgesine tutar. Nabzını yoklar. Konuşmasında aşağıda tanımlanacak olan özel düşünce içeriği dışında bir bozukluk yoktur. Bu hastalar sürekli hastalık düşündüklerinden başkaları ve başka konularla pek ilgilenmezler. Bu yüzden ilişkileri kısıtlanır. Hep doktorların yanında olmak, onlarla konuşmak isterler ve hekimleri yıldırırlar.

II- Duygulanım

Kaygı ve bunaltı çoktur. Bunlar bir hastalıklarının olduğu veya olabileceği düşüncesine dayanır. Çökkünlük belirtileri görülebilir. Bedensel yakınmaların dışındaki konulara ilgi çok eksilmiştir. Bu yüzden kendi bedeninin dışında sanki bir dünya yok gibidir. Nitekim hastalara "bu hastalıktan başka hiç bir şey sizi etkilemiyor mu" diye sorulunca gerçekten işlerine, ailelerine, çocuklarına bile ilgisiz kaldıklarını, onlara üzülemediklerini, hep hastalıkla uğraştıklarını anlatırlar.

III-Bilişsel Yetiler

Bilinç, bellek, yönelim bozukluğu yoktur. Dikkati hastalık üzerine yönelmiş olduğundan başka konulara kendini veremez. Dikkati çabuk dağılır. Algılamada bedensel uyarılışlara, fizyolojik işlevlere, değişmelere karşı artmış bir dikkat vardır. Dikkatin çok yoğunlaştığı beden bölgelerinde ağrılar, karıncalanmalar, uyuşmalar, "pıtır pıtır, çıtır çıtır ediyor, bir damar burdan kalkıyor, şuraya geliyor" gibi sözlerle anlatılmaya çalışılan özel algılar olur.

IV- Düşünce

Düşünce sürecinde belirgin bozukluk yoktur. Bu hastalıkta asıl bozukluk düşünce içeriğindedir. Hastanın düşünce içeriği hastalık kuşkuları ve kaygıları, hastalık tanıları ile doludur. Bedenin çeşitli bölgelerindeki bir ağrıya, duyuya aşırı dikkat ve merak vardır. Hastalar iç organlarının hareketlerine, önemsiz sayılabilecek ağrılara, sızılara karşı son derece duyarlı olurlar. Göğüste bir kas ağrısı hemen kalp hastalığı kuşkularını doğurur. Dışkısını, sidiğini yoklar. Renk, koku değişikliklerine anlam vermeye çalışır. Bir diş eti kanaması akciğerden gelen kandır, bir gaz sancısı bağırsaklarda ciddi bir hastalığın işaretidir. Tıp kitaplarına merak salar, ilaç tanıtma yazılarını incelerler. Kullandıkları her ilaç yan etki yapar, kendilerini daha kötü hissederler. Hekimleri dolaşır, sayısız kereler muayene olurlar. Ellerinde bir tomar reçete,

büyük bir torba ilaç bulunur. Bedensel bir hastalığı bulunmadığına ilişkin hekim güvencelerini kuşku ile karşılarlar. Kısa bir süre rahatlayabilirlerse de, en küçük bir yakınma ile önemli hastalık endişeleriyle gene doktora koşarlar. Önemli bir bedensel hastalığı olduğu konusundaki inancı *aşırı değer verilmiş düşünce* olarak kabul edilir.

V- Fizik ve Fizyolojik Belirtiler

Yapılan muayenelerde ve laboratuvar incelemelerinde bir bozukluk saptanamaz. Fakat hastanın öznel yakınmaları sürdüğünden hekim hekim dolaştıkça bu muayeneler yinelenir. Zaman zaman hastada bunaltıya bağlı çarpıntı, üşüme, terleme, ellerde hafif uyuşmalar, soluk alma güçlüğü gibi belirtiler olabilir. Ayrıca hastaların çoğunda çökkünlük belirtileri de bulunabileceğinden, çabuk yorulma, uyku bozukluğu gibi belirtiler de görülebilir; istek azalabilir. Kendisini genel olarak çok hasta gördüğü için ağır işlerden kaçınır, dinlenmek, yatakta yatmak eğilimi gösterirler. Ancak, dinlendikçe, yatakta kaldıkça hastalık düşünceleri daha da çok artar.

Ayırıcı Tanı

*1. **Bedensel hastalıklar:*** Hipokondriyazisi olan hasta bedensel bir yakınma ile geldiği için, en başta her türlü tetkiklerinin yapılarak bedensel bir rahatsızlığın bulunup bulunmadığı iyice incelenmeli ve bedensel rahatsızlık saptanmasa da hemen hipokondriyazis tanısı konmamalıdır. Hastanın özel somatik yakınmalarının hiç bir bedensel bozukluğa uymaması; garip anlatış biçimi ve zihninde sürekli olarak hastalık kurması bedensel yönden ayırıma yardımcı olur ve hipokondriyazis tanısını koydurur. Hastanın yakınmalarının dışında yaşam olayları ile ilgilenmemesi önemli bir ayırıcı belirtidir. Gerçek bir kalp, kanser, mide hastası genel olarak hastalığını düşündüğü kadar başka konuları da düşünür. Ayrıca, hekimin verdiği güvenceler kendisini rahatlatır ve bunlara inanır. Oysa hipokondriyazisi olan hasta çok kısa bir süre inanıyor görünse bile az bir zaman sonra tekrar hekim hekim dolaşmaya başlar.

*2. **Psikofizyolojik bozukluklar:*** Bunlar arasında migren türü baş ağrıları, mide ülseri, kolit, hipertansiyon ve daha birçok temelde bedensel olan, fakat ruhsal etkenlerin de rol oynadığı hastalıklar vardır. Bu hastalıklarda temel patoloji bilinmektedir. Ayrıca, bu hastalarda bedensel hastalığa bağlı belirgin bunaltı da vardır. Bazı psikosomatik bozuklukların tanısı kolay ve çabuk konamaz ve bu sırada hastada hipokondriyazis tanısı düşünülebilir. Fakat genellikle hipokondriyazisi olan hastanın yukarıda tanımladığımız hastalıkla ilgili aşırı değer verilmiş düşüncelerinin bulunuşu tanıya götürür.

*3. **Somatizasyon bozukluğu:*** Somatizasyon bozukluğu ile hipokondriazis sıklıkla birlikte bulunur. Hipokondriazis tanısı konulan hastaların %7-40'ında somatizasyon bozukluğu gelişir. Bu iki bozukluğun ortak oluş nedenleri ve belirtileri bulunduğuna ilişkin çok sayıda çalışma vardır. Ancak,

somatizasyon bozukluğunda gerçek belirtilerin daha yüksek oranda olduğunu, anormal kişilik özelliklerinin daha fazla görüldüğünü, daha fazla doktora başvurduklarını; öte yandan ölüm korkusunun hipokondriaziste daha şiddetli olduğunu bildiren çalışmalar da vardır [24].

4. Konversiyon bozukluğu: Konversiyon bozukluğunda hastada genellikle bunaltı şiddetli değildir, hatta kimilerinde *güzel aldırmazlık (la belle indifference)* bulunur. Konversiyon bozukluğunda yalancı-nörolojik belirtiler sık görülür.

5. Hipokondriazis: Hipokondriazis sıklıkla bir bedensel hastalığı olduğu korkusu ile ilgili geçici aşırı uğraşıyla karışabilir. Bu durum, özellikle tıp fakültesi öğrencilerinde ve bir aile yakını ya da arkadaşın önemli bir hastalığa yakalanması ya da ölümünden sonra genel olarak gençlerde sık görülür. Bu tür geçici korkuların tıp fakültesi öğrencilerinde %70'in üzerinde görüldüğü bildirilmiştir [24].

6. Başka Ruhsal Bozukluklar: Hipokondriyak belirtiler daha önce de açıklandığı gibi *çökkünlük, şizofreni ve bunaltı bozukluklarında* sık görülür. *Çökkünlüklerde*, öncelikle yaş dönümü çökkünlüklerinde, hastaların sıklıkla bedenlerini fazla dinledikleri ve doktor doktor dolaştıkları görülmektedir. Fakat dikkatli muayene ile hastadaki uyku bozukluğu, karamsarlık, isteksizlik, iştahsızlık, yaşama karşı bağlantının azalması, zevk alamama gibi belirtilerle çökkünlük tanısı konur. *Şizofrenide* de hipokondriyak belirtiler olabilir. Bu belirtiler hipokondriyak düşünceler ya da sanrılar biçimindedir. Bu hipokondriyak düşünce ve sanrılar acayip, akıl almaz garip belirtileri içerir. Örneğin sanki "beyninden bir ağrı kalkıp karaciğerinden çıkıyor", "beyni tamamen yok olmuş", "sümkürünce burnundan beyin geliyor", "kafatasının içinde yalnız su var" gibi acayip bir takım düşünceler ve sanrılar şeklindedir. Ayrıca şizofreninin başka belirtilerinin de bulunmasıyla tanı koymada büyük güçlük olmaz. Bunaltı bozukluklarında zaman zaman çeşitli somatik yakınmalar olabilir, fakat klinik tabloya bunaltı ve panik durumları egemendir. Hastada bedensel bir hastalıkla aşırı derecede uğraşma durumu yoktur.

Oluş Nedenleri

Hipokondriyazisde özgül oluş nedenleri bilinmemektedir. Psikodinamik açıdan hastalığın kaynağı bunaltıya bağlanır. Yani bilinçdışı çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan bunaltıya karşı *yer değiştirme (displacement)* savunma düzeneği ile somatizasyon belirtisi ortaya çıkar. Klasik psikanalitik görüşe göre bilinçdışı çatışmanın en önemli kaynağı Ödipal saplantılar ve iğdişlik korkularıdır. Bu hastalar bedenlerinin bir yerinde rahatsızlık, eksiklik, kötü bir hastalık olduğunu düşünürlerken temelde yatan iğdişlik korkusunu başka bir organa aktarmış durumdadırlar. Genellikle hastaların çoğunda bedensel uğraşlar başlamadan önce oldukça uzun süren sıkıntılı bir dönem olur. Örneğin ağır iş koşulları,

ekonomik sorunlar, dengesiz ortaklıklar, geniş bir ailenin bütün yükünü uzun süre yüklenmiş olma gibi. Fakat hastalar bu dönemi iyi anlatamazlar. Çünkü muayene sırasında sürekli olarak düşündükleri şey bedensel yakınmalarıdır. Ama çok iyi izlenince ve dikkatle araştırılınca, belirtilerin başlamasından önce hastalarda insan ilişkilerinde bozukluğa bağlı sıkıntılar, uykusuzluklar, kaygılar başlamıştır. Örneğin kardeşi ile ortak olan bir tüccar, onunla büyük bir sürtüşmeye, çatışmaya girmiştir, bunları ifade edemeyebilir, çıkış yolu bulamaz; bundan bir süre sonra ilgiler artık bedensel hastalık üzerine yoğunlaşabilir. Aile içindeki sorunlar nedeni ile hastanın uykusu bozulur; büyük sıkıntılar duyar, bir süre sonra da artık kendi bedenini düşünmeye başlar.

> Çok çeşitli bedensel yakınmalar, bedensel uğraşlar, hastalık evhamları ile bütün yaşamını kısıtlamış olan 40 yaşlarında evli, iki çocuklu bir kadın hastamız başlangıçta hiç bir sorunun olmadığını, bu hastalığın nereden geldiğini bilmediğini anlatmıştı. Birkaç görüşmeden sonra hastanın bilinçli olarak bazı aile sorunlarını sakladığı anlaşıldı. Kocası eve her gün çok geç gelmekte, kumar oynamakta, içki içmekte, başka kadınlarla ilişki kurmaktaydı. Hasta gece geç vakitlere kadar kocasını evde beklemekteydi. İçinde kocasına karşı derin bir kinle birlikte büyük bir kayıp duygusu uyanmıştı. Hasta bu sıkıntılar içerisinde bunalırken yavaş yavaş bedenini düşünmeye başlayarak bütün bu sıkıntıları bir kenara itmiş ve onları düşünmez olmuştu. Artık doktor doktor dolaşmaya başlayarak sadece kendi bedenini inceliyordu; yaşamındaki gerçek olayların üzerinde hiç durmuyordu.

Hipokondriyazisin oluşmasında ve süregenleşmesinde *hekim yaklaşımlarına bağlı (iyatrojenik) etkenler*in yeri büyüktür. Bazen muayene sonrasında hastasına yanlış bir şey söyleyen, kuşku aşılayan hekim yatkın kişilerde hipokondriyazis gelişmesine neden olabilir. Genellikle bu hastalar çocukluktan beri evhamlı, aşırı duyarlı, korunmuş, anneleri babaları tarafından hastalanmasın diye üzerine düşülmüş kişilerdir. Fakat bazıları da çocukluk çağında büyük sıkıntılar geçirmiş, yaşamın birçok zorluğuna katlanmış, çok genç yaşta sorumluluk yüklenmişlerdir. Bu kişilerde sonradan, yaşamlarında tam rahat edecekleri zaman hipokondriyazis ortaya çıkabilmektedir.

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde hipokondriyazisin daha sık görülmesinin nedenleri arasında aşağıdaki etkenlerin bulunduğu düşünülebilir:

1- Bu hastalarda başlangıçta iyi tanı konmaması

2- Hastaların somut bir rahatsızlığa sığınma eğilimi

3- Hekimlik düzeyinin ve genel tıp olanaklarının yetersiz olması

4- Sık sık verilen istirahat raporları ve hastalığı pekiştiren başka tutumlar

5- Geleneksel toplum kesimlerinde Ödipal çatışma ve iğdişlik korkularına bağlı patolojilerin daha çok olması

6- Psikososyal zorlanmaların yoğun oluşu.

Gidiş ve Sonlanış

Hipokondriyazis çoğu zaman süregen, sağaltıma dirençli bir rahatsızlıktır. Ancak hastaların üçte birinde bir yıl sonra belirtilerin kendiliğinden

yatıştığı bildirilmiştir. Kendiliğinden düzelme yeni ortaya çıkan durumlarda olabilir; süregenleştikten sonra kendiliğinden düzelme olması beklenmez [15].

Bu hastalarda yakınmalar genel olarak bunaltının yer değiştirme düzeneği ile oluşur ve bunaltının yatışmasına bağlı olarak kısa sürede yerleşir. Hekimlerin sık sık değişik muayeneler yapması, çok değişik ilaçlar denemesi, kuşku uyandırıcı ilaçlar hastalığı pekiştirir. Örneğin, daha çok kalbinden yakınan bir hastaya kalbi destekliyor, düzenliyor gibi reklamları yapılan bir takım damlalar ya da haplar verilmesi kalp hastalığı endişesini arttırır (iyatrojenik etken).

Hasta reçetelerini ve muayene belgelerini topladığı bir dosyayla ve ilaç torbasıyla hekimleri dolaşır, yakınmalarını o kadar ayrıntılı anlatmaya çalışır ki zaman içerisinde hekimler bu hastalardan yılarlar. Usanan hekim de hastayı kolaylıkla başından bir başka hekime savar. Böylece hekim hekim dolaşma yalnızca hastanın kendi eğiliminden değil, hekimlerin bıkkınlığından ve hasta karşısında çaresizliğinden dolayı da olur. Bu nedenlerle hastalık süregenleşir. Hipokondriyazisi olan hasta sonunda ruh hekimine geldiği zaman artık hastalığı bir yaşam biçimi durumuna dönüşmüştür. Toplum ve aile içinde bu hastalar evham hastaları olarak tanınır ve kendilerine hiç bir hastalıkları olmadığı tekrar tekrar söylenir. Bu sözlerin etkisi olmayınca aile ve çevredekiler hastadan yılarlar, bıkarlar. Bu da bunaltının artmasında, hastalığa daha çok sarılmada ve böylece süregenleşmede rol oynar.

Sağaltım

Hipokondriyazisi olan hastalar bir ruh hekimine geldiklerinde genellikle hastalıkları süregenleşmiş olur ve sağaltımları kolay değildir. Hipokondriyazisi olan hastalar için *sağaltım ilkeleri* aşağıda özetlenmiştir:

- *Bu hastalar önce çok iyi muayeneden geçirilmeli,* gerekli konsültasyonlar yapılmalı ve bunların artık son muayene olduğu belirtilerek kesin tanı konmalıdır. Hekim organik bir rahatsızlık konusunda bir kuşku içinde olmamalıdır.
- *Hastaya hastalığın açıklanması son derece önemlidir.* Genel olarak bu hastalara "sende hiç bir şey yok" biçiminde bir açıklama yapılır ki, hastalar bu açıklamaya kızarlar, güven duymazlar. Hastaya kendisinde hiç bir bedensel rahatsızlığın saptanmadığı; fakat yıllar boyu geçirdiği sıkıntılara, zorlanmalara, bunaltıya bağlı bir ruhsal-sinirsel rahatsızlığın bulunduğu açıkça belirtilmelidir. Bu açıklama hastanın kültürel düzeyine uygun bir dille olmalıdır.
- Hastaya *hastalık kuşkusu verecek ilaç yazılmamalıdır.* Bazı hastalara sıkıntısı, öfkesi, ruhsal durumu ya da çökkün durumu için ilaç verilebilir. Fakat ilaçların herhangi bir bedensel rahatsızlıkla ilgili olmadığı, ruhsal durum için verildiği belirtilmelidir. İlaçlar mümkün olduğu kadar yan etkisi az olan türden olmalıdır. Herhangi bir yan

etkisi varsa, belirtilmeli ve bu yan etkilerden de ürkmemesi, ilacı hemen bırakmaması gerektiği kendisine iletilmelidir.

- Hastaya *hekim hekim dolaştığı takdirde rahatsızlığının uzayabileceği* açıkça belirtilmelidir. Bunun için, eğer gerçekten iyileşmek istiyorsa hekim hekim dolaşmayı bırakması kesin bir dille söylenir. Hastalar bu durum karşısında "ya bu ağrılar, bu nöbetler gelirse o zaman ne yapacağım" diye sorabilirler. Hastalara üstüne giderek *alıştırma (exposure)* yöntemine benzer biçimde bu yakınmaları ile hastaneye ya da doktora hemen koşmamayı öğrenmesi gerektiği anlatılır. Bunca yıl hekim hekim dolaşarak hastalık hastası olduğu, sıkıntılara katlanmadıkça, hemen hekime koştukça durumunun fazla değişmeyebileceği açıklanır.
- Bu hastalar uzun yıllar boyunca hekimlerden birçok kez *istirahat raporları* almış kişilerdir. *İstirahat raporlarının hastalığa iyi gelmeyeceği*, istirahat raporu verildikçe kendisini daha çok hasta hissedeceği, hastalığı bir çeşit belgelemiş olacağı anlatılmalı; istirahat raporu almaması ve istirahat etmemesi önemle belirtilmelidir.
- İstirahat etmeyen hastanın *mutlaka çalışması, en azından kendine uğraşlar bulması gerekir.* Bunun da yararları hastaya anlatılır. Hasta zaten uğraştığı, çalıştığı zaman hastalığını bir miktar unuttuğunu kendisi de söyler. Hekim dolaşmamak, istirahat raporu almamak ve çalışmak, hatta zorla çalışmak ve hastalık dışı bir şeylerle uğraşmak ilkelerini taşıyan alıştırma (exposure) hipokondriyazis sağaltımında çok etkilidir.
- Hastalara, yakınmalarının ve *hastalık belirtilerinin artması ve azalması ile günlük olaylar arasındaki bağların incelenmesi* gerektiği anlatılır. Merakını, ilgisini bedensel hastalıklardan günlük olaylara çevirmesi için yol gösterilir. Örneğin, öfke uyandıran ya da çatışma doğuran bir olay karşısında hemen kalbini, midesini ya da bedeninin bir başka yerini düşünmeye başlayan ve hemen doktora gitme eğiliminde olan hastaya, o anda doktora gitmemesi, yakınmaların ne gibi günlük olaylarla ilgili olduğunu merak etmesi, bunları araştırması, bir tarafa not alması öğütlenebilir. Hasta ilgi ve dikkatini günlük olaylara yönelttikçe, bedene yönelen dikkat azalır. Böylece yakınmaları ile günlük olaylar arasındaki bağları zaman içerisinde yakalayıp görebilir. Bu da rahatsızlığının neye bağlı olduğunu anlamasıdır. Bu yolla, hastanın bunaltısı başlangıçta artabilir, fakat genelde sağaltımın önemli bir aşaması budur.

Özetle hastaya şu öneriler tekrar edilir: *Doktor doktor dolaşmayacak, istirahat almayacak, çalışacak ya da bir uğraş bulacak, yakınmalarının üstüne giderek alıştırma yapacak, dikkatini günlük yaşam sorunlarına ve sıkıntılarına yönelterek bunları tanımaya çalışacak.* İlginçtir, bu beş öneriyi belirttikten hemen sonra bunları tekrarlamaları istenince, hsataların çoğunun hepsini anımsayamadıkları görülür. Sanki yapılması zor olan bu önerileri unutturmak isteyen bir düzenek hemen orada işlemiş gibidir.

Uygun hastalarda derinliğine psikoterapinin uzun süre devam etmesi gerekebilir. Bu hastalarda derin çatışmalar, çocukluktan kalan karmaşalar oldukça yoğundur. Bunların anlaşılması zaman alır. Bunun için derinliğine psikanalitik yönelimli psikoterapilerin de yararı olabileceği açıktır*.

Hipokondriazisi olan hastalarda bilişsel-davranışçı sağaltımın yararlı olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır [7]. Çok sayıda bedensel belirtisi, ruhsal hastalık ektanısı, bedensel işlevlerle ilgili işlevsel olmayan düşünceleri fazla olan, sık doktora giden ve sosyal yıkımı olan hastaların bilişsel-davranışçı sağaltımdan fazla yarar görmedikleri gösterilmiştir [24].

İlaç Sağaltımı

Son 10-15 yıldır seçici serotonin geri alım önleyicilerinin (SSGÖ) yaygın kullanılması ile bu ilaçların hipokondriazisi olan hastalarda etkili olabileceğine ilişkin olgu ve olgu serileri yayınlandığı gibi açık ve plasebo kontollü klinik çalışmalar da bulunmaktadır. Hipokondriaziste SSGÖ'ler obsesif-kompulsif bozuklukta olduğu gibi çökkünlük sağaltımından daha yüksek dozlarda kullanılmaktadır [15].

Beden Biçimsizlik Bozukluğu
(Beden Dismorfik Bozukluğu)

Beden biçimsizlik bozukluğu normal görünümlü bir kişinin var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile aşırı uğraşması ya da hafif bir beden biçimsizliği varsa bile bunu çok abartması durumudur[3]. Bu bozukluk ilk olarak 19. yüzyılda tanımlanmış ve antik Isparta'daki en çirkin kadın olarak bilinen *Dysmorphia*'dan esinlenerek *dismorfofobi* olarak adlandırılmıştır. DSM-III-R'de günümüzde kullanılan *beden dismorfik bozukluğu* adını almıştır. Yukarıda hipokondriazis bölümünde de söz edildiği gibi beden biçimsizlik bozukluğu ICD-10'da hipokondriazis kapsamında tanımlanmaktadır. DSM dizgesi ise somatoform bozukluk ana başlığı altında *hipokondriazis* ve *beden dismorfik bozukluğu*nu ayrı hastalıklar olarak sınıflamıştır.

Sıklık ve Yaygınlık

Genel toplumdaki yaygınlık oranları bilinmemekle birlikte dermatoloji sağaltımı isteyenlerde %14.4 [36], kozmetik cerrahi başvurularında %2-7 arasında [4, 42] bildirilmiştir. Kadınlarda ve erkeklerde görülme oranları arasında fark bulunmamaktadır. İlk belirtiler genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakla birlikte, tanı konulması çoğu zaman 30 yaşını bulur. Sıklıkla majör depresyon, sosyal fobi, obsesif-kompülsif bozukluk gibi bir başka ruhsal hastalığa eşlik eder.

---

* Böyle bir hastada uzun süreli sağaltım örneği için bakınız M.O. Öztürk "Psikanaliz ve Psikoterapi". 3.baskı, 1998, Bilimsel Tıp Yayınevi.

Klinik belirtiler

Beden dismorfik bozukluğu olan kişiler ilk doktor başvurularını plastik cerrahlara ya da dermatoloji uzmanlarına yaparlar. En fazla sorun yaşanan beden bölgeleri cilt, saç ve burundur. Ayrıca, yüz ve beden ile ilgili başka yakınmalar da olabilmektedir. En belirgin belirti normal görünümüne karşın var olduğunu düşündüğü bir *beden biçimsizliğine ilişkin aşırı değer verilmiş düşünce*nin olmasıdır. Bazı durumlarda hafif bir beden kusuru olabilir, ancak, bu kusur çok abartılmıştır. Beden dismorfik bozukluğunda hastalar aynalar ya da özel aletlerle bedenlerinin hoşnut olmadıkları bölgelerini çok fazla incelerler; bu kusurları makyaj, taranma, kozmetik cerrahi ile gizlemeye çalışırlar; kimi hastalarda algıladıkları kusurların başkaları tarafından da görüldüğü inancı ile üstüne alınma (referans) düşünceleri hatta sanrıları olabilir; aynalardan kaçınma; toplumdan kaçma, hatta intihar davranışları görülebilir. Bir başka deyişle giderek "kusur" yaşama hakim olur.

> 19 yaşında, lise mezunu, işsiz bir erkek hasta kulak memelerinin kalkık olması nedeniyle plastik cerrahi bölümüne başvurmuş, oradan bölümümüzden değerlendirme istenmişti. Değerlendirmemizden iki yıl önce hastamız çok hafif kepçe kulak malformasyonu nedeniyle ameliyat olmuş. Ameliyattan üç ay sonra, bu sefer kulak memesinin kalkık olmasından rahatsız olarak ikinci bir ameliyat isteği ile başvurmuş, bu isteği geri çevrilmiş. Kızların bu nedenle kendisini itici bulduklarını düşündüğü için bir yıl kadar çareyi kulak memesini zamk ile yüzüne yapıştırmakta bulmuş. Kullandığı yapıştırıcıya bağlı toksik etkiler çıkınca yapıştırıcı bant kullanmaya başlamış ve ameliyat için yeniden başvurmuştu. (A.U.)

> 25 yaşında, lise mezunu, nişanlı kadın hasta kafatasının arkasında bir çukurluk olduğu düşüncesiyle başvurduğu plastik cerrahi tarafından bölümümüze gönderildi. Sokağa mutlaka berberde saçını o kusuru kapatacak bir topuz yaptırarak çıkıyordu. Önerilen ilaçları düzenli kullanmıyor, sorunun ruhsal olmadığını söylüyor. Hemşire olan ablasının zorlamasıyla kontrol muayenelerine geliyordu. Bir süre sonra topuzun kusurunu yeterince kapatamadığını düşünerek tesettüre uygun biçimde başını örtmeye başladı. (A.U.)

Sağaltım

Kozmetik cerrahinin sağaltımda yeri yoktur. Yukarıdaki ilk hasta örneğinde de görüldüğü gibi hasta ameliyattan memnun kalmaz, kimi zaman ameliyattan sonra cerrahı rahatsız eder; psikiyatrik değerlendirme ve sağaltıma genellikle karşı çıkar.

Sağaltımda ilaç ve davranışçı-bilişsel psikoterapi birlikte uygulanması önerilmektedir. Beden dismorfik bozukluğunda seçici serotonin geri alım önleyicilerinin (SSGÖ) yüksek dozlarda etkili olduğunu gösteren az sayıda plasebo ya da ilaç kontrollü çalışma bulunmaktadır [5]. SSGÖ sağaltımına antipsikotik ilaçlar eklenmesi de yararlı olabilmektedir. Bilişsel-davranışçı sağaltımda sürekli aynalara bakma ve makyaj yaparak ya da şapka, gözlük gibi aksesuarlarla kusuru gizlemeye çalışma gibi pekiştirici kaçınma davranışları üzerinde çalışılır [5].

Nevrasteni
(Yorgunluk Sendromu)

Nevrasteni tartışmalı bir konudur. Uzun süreden beri Amerikan sınıflandırmalarında ve klinik psikiyatri kitaplarında yer almamaktadır. Nevrasteni belirtileri daha çok *distimik bozukluk* başlığı altında ele alınmaktadır. Avrupa, Rusya ve Çin psikiyatrisinde ise klinik tanı olarak yerini az çok korumuştur. ICD-10'da nevrasteni yer almakla birlikte birçok ülkede artık nevrotik depresyon ya da bunaltı bozukluğu başlığı altında ele alındığı da belirtilmektedir [52].

Sıklık ve Yaygınlık

Bedensel hastalık, bunaltı ya da çökkünlük dışında salt yorgunluğun egemen olduğu bir ruhsal rahatsızlığın varlığını saptamak güçtür. Bu nedenle sıklık ve yaygınlık bakımından değerlendirmek belki de olanaksızdır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında nevrasteni tanısı konanların oranı kadınlarda %3.7, erkeklerde %1 olarak bulunmuştur [27].

Oluş Nedenleri

Fazla zihinsel ya da bedensel çalışma ile yorulma olabilir. Fakat bu yüzden bir hastalığın çıkabileceği kuşkuludur. *Bilim adamları, sporcular ya da beden işçileri arasında yorgunluk sendromunun daha sık görüldüğüne ilişkin hiç bir veri yoktur.* Ancak, gerek bedensel, gerekse zihinsel çalışmada, çalışmanın konusu ve koşulları aşırı zorlanmalı (stresli) ise; bu çalışma kişi için bir anlam taşımıyorsa, çatışmalarla yüklü ise bir yorgunluk sendromu ortaya çıkabilir. Fakat, *sevilerek yapılan, kişinin yaşamına anlam veren ve çok çalışma gerektiren bir işte yorulma olsa bile yorgunluk sendromu ortaya çıkmaz.* Bu nedenle etiyolojide yorgunluğu doğuran başka etkenleri, özellikle iş yeri, kişilik ve insan ilişkileri ile ilgili sorunları, çatışmaları araştırmak gerekir.

Klinik Belirtiler ve Ayırıcı Tanı

Temel klinik belirti zihinsel ya da bedensel ya da her iki alanda çabuk yorulmadır. Hasta hafif bir zihinsel ya da bedensel çalışma ile kendini yorgun, güçsüz hisseder. Bunun yanı sıra gerilim baş ağrıları, baş dönmeleri, kafada ağırlık duygusu, gerginlik, çabuk sinirlenme ve değişik derecelerde sıkıntı, üzüntü, isteksizlik olabilir. Klinik anlamda nevrasteni tanısı koyabilmek için bunaltı ya da depresif belirtilerin baskın olmaması gerekir. Ayrıca çeşitli bedensel yakınmalar olduğunda somatizasyon bozukluğu ya da hipokondriyazis düşünülür. Bu nedenlerle klasik anlamda nevrasteni teriminin artık bırakılması uygundur.

Sağaltım

Nevrasteni sağaltımında belki bir süre çalışma ortamından ayrılma (dinlenme değil), destekleyici psikoterapi ve vitaminler vb. düşünülebilir. Fakat

altta yatan psikososyal etkenleri incelemeyen ve bunlara çözüm yolları bulmayan bir sağaltım yaklaşımı rahatsızlığın süregenleşmesini önleyemez. Psikoterapi ile antidepresan ilaçlar da sağaltımda kullanılabilir.

Özeyabancılaşma-Gerçekdışılaşma Bozukluğu
(Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu)

Öze yabancılaşmada (depersonalizasyon) kişi kendi benliğini, yüzünü, bedeninin tümünü ya da parçalarını, hareketlerini, duygularını değişmiş, kendisini eskisinden farklı, yabancı bir varlık olarak görür. Hareketleri, düşünce, duygu ve algıları sanki kendisinin değildir. Aynaya bakarak ya da düşüncede "bu ben miyim?" diye sorgular; "ben, ben değilim, kendimi tanımıyorum, kendimi algılayamıyorum, kendim olduğumu hissedemiyorum" gibi tanımlamaları olur. Bazen, kişi bu duyguyu kendisi sanki kendi bedeninden çıkmış ve kendisini dışardan gözlüyormuş gibi anlatır. Ellerinin, ayaklarının büyüdüğü, uzadığı biçiminde algılamaları olabilir.

Bir hasta sık sık aynaya giderek yüzünde korktuğu değişikliğin olup olmadığına bakıyor, fakat bu değişikliğin nasıl bir şey olduğunu açıklayamıyordu.

Gerçekdışılaşmada (derealizasyon) ise kişi çevredeki eşyayı, insanları, doğayı olduğundan değişik, yabancı, aşırı renkli ya da renksiz, yapay, gerçek değilmiş gibi algılar. Bazen daha önce içinde yaşanılmamış bir yer, bir olay kişiye bildik, tanıdık, daha önce yaşanmış gibi gelir. Kişi kendisini daha önce orada yaşamış, o olayı görmüş gibi algılar. Buna *gördüm sanı (déja vue) olayı* denir. Kimi zaman da kişi bildik, tanıdık bir yeri ya da olayı hiç görmemiş, yaşamamış gibi algılar. Buna *"hiç görmedim sanı olayı" (jamais vue)* denir.

Bu *özeyabancılaşma* ve *gerçekdışılaşma* belirtileri gelip geçici olarak genç yaşta birçok kişide görülebilir ve önemli bir rahatsızlığın belirtisi olmayabilir. Zaman zaman gelip geçen depersonalizasyon algılarının nedeni kesin bilinmemektedir. Günlük bunaltılar, aşırı uykusuzluk, yorgunluk, çok kaygı verici yaşam olayları, belki aşırı çay, kahve, alkol ve başka toksik nedenler düşünülebilir. *Özeyabancılaşma ve gerçekdışılaşma* şizofreni, çökkünlük, bunaltı bozuklukları, epilepsi ve başka tür beyin bozukluklarında sık görülebilir. Böyle durumlarda bunlar yalnızca bir belirti olarak kabul edilir ve asıl tanı birincil rahatsızlığın tanısıdır.

Daha seyrek olarak şizofreni, çökkünlük ya da bunaltı bozukluğu gibi bir tanı bulunmaksızın yalnız başına *özeyabancılaşma* ve *gerçekdışılaşma* belirtilerinin günlerce, haftalarca sürdüğü dönemler yaşayan olgular vardır. Böyle durumlarda *özeyabancılaşma* (depersonalizasyon) *bozukluğu* tanısı konabilir. Bu gibi durumlarda hastanın organik (epilepsi ya da başka bir beyin hastalığı) ve ruhsal yönlerden iyice incelenmesi gerekir.

Özeyabancılaşma bozukluğu genellikle süregen, zaman zaman düzelip yineleyen bir rahatsızlıktır. Özgül bir sağaltımı yoktur. Bu tür hastalarda klomipramin, serotonin geri alım önleyicileri denenebilir.

KAYNAKLAR

1. **Abse W (1972)** Hysteria. American Handbook of Psychiatry Editör: S. Arieti, New York: Basic Books.
2. **Allet JL, Allet RE (2006)** Somatoform disorders in neurological practice. Curr Opin Psychiatry 19:423-420.
3. **American Psychiatric Association (1994)** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington, D.C. American Psychiatric Association. Türkçe çevirisi: E Köroğlu ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
4. **Andreasen NC, Bardach J (1977)** Dysmorphophobia: symptom or disease? Am J psychiatry 134:673-676.
5. **Andreasen NC, Black DW (2006)** Somatoform, dissociative and related disorders. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington. D.C: American Psychiatric Press.
6. **Arpaz A (1980)** Ruhsal bozuklukların sıklık ve dağılımının epidemiyolojik bir araştırma ile saptanması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Uzmanlık tezi, Ankara.
7. **Barsky AJ, Ahern DK (2004)** Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. JAMA 24:1464-1470.
8. **Boffeli TJ, Guze SB (1992)** The Simulation of Neurologic Disease. Psychiatric Clinics of North America, 15(2):301-310.
9. **Breuer J, Freud S (1895)** Studies in Hysteria. New York: Nervous and Mental Disease Monographs, 1950.
10. **Chodoff P, Lyons H (1958)** Hysteria. Am. J. Psychiatry, 144:734-740.
11. **Cloninger CR, Martin RL, Guze SB ve ark. (1986)** A Prospective Follow-up and Family Study of Somatization in Men and Women. Am. J. Psychiatry, 143:873-878.
12. **Creed F, Barsky A (2004)** A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriazis. J Psychosom Res 56:391-408.
13. **Duncan R, Oto M, Russell AJ ve ark (2004)** Pseudosleep events in patients with psychogenic non-epileptic seizures: prevalence and associations. J Neurol Nurosurg Psychiatry 75:1009-1012.
14. **Ey H, Bernard P, Brisset CH (1974)** Manuel de Psychiatrie, Paris: Masson et Cie.
15. **Fallon BA (2004)** Pharmacotherapy of somatoform disorders. J Psychosom Res 56:455-460.
16. **Fenichel O (1945)** The Psychoanalyic Theory of Neuroses. New York: W. W. Norton.
17. **Ford CV (2000)** Somatoform Disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry'de sf. 366-377. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
18. **Freud S (1896)** The Etiology of Hysteria, Standard Ed. London: Hogarth Press, 1955.
19. **Freud S (1910)** Psychogenic Visual Disturbance According to Psychoanalytic Conception, Standard Ed. London: Hogarth Press, 1955.
20. **Freud S (1925-1926)** Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Ed., London: Hogarth Press, 1955.
21. **Gordon E ve ark (1984)** The Development of Hysteria as a Psychiatric Concept. Comprehensive Psychiatry 25 (5):532-537.
22. **Guze SM (1967)** The Diagnosis of Hysteria: What are We Trying to Do? Am. J. Psyhiatry, 124: 77-84.
23. **Guze SB, Cloninger CR ve ark (1986)** A Follow-up and Family Study of Briquet's Syndrome. Brit J Psychiatry 149: 17-23.
24. **Hollifield MA (2005)** Somatoform Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII'de. Editörler: BJ Sadock, VA Sadock. Baltimore: Lippincott/ Williams & Wilkins, sf: 1800-1828.
25. **Janet P (1907)** Major Symptoms of Hysteria. New York: Hafner Publishing Co., 1965.
26. **Kaygısız A, Alkın T (1999)** Konversiyon Bozukluğunda I. ve II. Eksen Ruhsal Bozukluk Eştanıları. Türk Psikiyatri Dergisi 10(1): 33-39.
27. **Kılıç C (1998)** Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erikin Nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.
28. **Köse S, Tunca Z ve ark (1998)** Konversiyon Bozukluklarında Olaya Bağlı İşitsel Uyarılmış Potansiyeller (P300): Depresyon ve Anksiyete İle İlişkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 9(1):1-11.

29. **Krohn A (1978)** Hysteria: The Elusive Neurosis. Psychological Issues Monograph 45/46. New York: International Universities Press.
30. **Mai FM (1996)** The Psychobiology of Hysteria. Editorial. J. Psychiatry & Neuroscience. 21(5): 313-314.
31. **Mohan I, Prabhat CK (2006)** Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. Curr Opin Psychiatry 19:61-66.
32. **Öztürk M (1976)** Histeri Belirtileri Gösteren Çocukların Aile İçindeki Özel Yeri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, Cilt 19, Sayı: 2'ye ek, Nisan 1976.
33. **Öztürk M, Öztürk MO (1981)** The Intra-family Role Patterns of Children with Conversion Hysterias. Mediterranean J Social Psychiatry, 2:81-87.
34. **Öztürk MO (1998)** Psikanaliz ve Psikoterapi. 3.baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
35. **Öztürk MO, Göğüş A (1973)** Ağır Regresif Belirtiler Gösteren Histerik Psikozlar, IX. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, İstanbul: Bozak Mat.
36. **Philips KA, Dufresne RG, Wilkel CS ve ark (2000)** Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Acad Dermatol 42:436-441.
37. **Putnam FW, Loewenstein RJ (2000)** Dissociative Identity Disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII, Editörler: BJ Sadock, VA Sadock, Philadelphia / Williams & Wilkins. sf. 1553-1564.
38. **Regier DS, Kaelber CT (1995)** The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Studying the Prevalence and Incidence of Psychopathology. Psychiatric Epidemiology'de. Editörler: MT Tsuang, T Mauricio, GEP Zahner. New York: Wiley-Liss.
39. **Sağduyu A (1995)** Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon. Türk Psikiyatri Derg 6:21-29.
40. **Sağduyu A, Rezaki M ve ark (1999)** Somatofom Ağrı Bozukluğu: Tanımlayıcı Özellikler ve diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 10(1): 21-32.
41. **Sağduyu A, Rezaki ve ark (1997)** Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Disosiyatif (konversiyon) Belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi 8(3): 161-169.
42. **Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ ve ark (1988)** Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. Plast Reconstr Surg 101:1644-1649.
43. **Saygı S (2007)** Epileptik olmayan psikojenik nöbetler. Epilepsi, Ed: İ. Bora, . , N. Yeni. Türk Epilepsi Derneği Yayınları (baskıda).
44. **Sorias S (2000)** Çoğul Kişilik Bozukluğu Tanısının Geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 11(4)251-268.
45. **Steinberg M (2000)** Dissociative Amnesia. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII, Editörler: BJ Sadock, VA Sadock, Philadelphia Lippincott / Williams & Wilkins, sf. 1544-1549.
46. **Stone J, Smyth R, Carson A ve ark (2005)** Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". BMJ, doi:10.1136/bmj.38628.466898.55 (yayın tarihi 13 Ekim 2005).
47. **Şar V, Akyüz G Kundakçı T ve ark (2004)** Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry 161:2271-2276.
48. **Tutkun H, Şar V ve ark (1998)** Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish Psychiatric Clinic. Am J Psychiatry 155(6): 800-805.
49. **Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M (editörler) (1997)** Temel sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar, Uluslararası DSÖ Çalışması. Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Bl-DSÖ İşbirliği Merkezi.
50. **Üstün TB, Sartorius N (1995)** Mental Illness in General Health Care. New York: John Wiley & Sons.
51. **Vuilleumier P (2005)** Hysterical conversion and brain function. Prog Brain Res 150:309-329.
52. **World Health Organization (1992)** Classification of Mental and Behavioural Disorders-ICD-10, Geneva: World Health Organization. Türkçesi: ICD-10 Ruhsal ve davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Yayın yöneticileri O. Öztürk, B. Uluğ. Çevirenler: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
53. **Yazıcı KM, Kostakoğlu L (1998)** Cerebral Blood Flow Changes in Patients with Conversion Disorder. Psychiatry Research, Neuroimaging. 83:163-168.

DİZİN

A

adli psikiyatrik sorunlar 987
adsız alkolikler (AA) 723
afazi 169, 201, 209, 210, 211, 354, 637, 657, 659, 661, 667, 679, 712
afekt 190, 261, 338, 649
Afektif Bozukluklar ve Şizofreni Çizelgesi (SADS) 192
Agnozi 660, 661, 667, 668, 676, 712
agorafobi 80, 233, 235, 450, 451, 455, 459, 460, 462-465, 468, 472, 478-480
agranülositoz 304, 831, 854, 909
ağrı bozukluğu 235, 450, 513, 516, 518, 539, 540-542
ağrılı cinsel birleşme 540, 599
akamprosat 701, 721, 722, 924, 925
akatizi 177, 313, 455, 775, 798, 844, 891, 928
akla uygunlaştırma 364, 569
aktarım 178, 279, 959, 961, 962, 974, 977, 981
akut alkol zehirlenmesi 703, 713
  patolojik sarhoşluk 707
akut beyin sendromu 645
akut distoni 313, 844
akut paranoid psikoz 324, 326, 528
akut sanrılı psikoz 332
akut zorlanma bozukluğu 450, 497, 502
aleksitimi 159, 160
algılama 7, 28, 29, 53, 55, 57, 102, 157, 160, 165, 166, 168, 174, 201, 230, 248, 249, 260, 269, 293, 329, 330, 345, 356, 360, 388, 433, 498, 501, 505, 518, 555, 616, 650, 698, 728, 731, 746, 756, 792, 866, 965, 966, 972, 989, 992, 993
alıştırma 464, 476, 479, 480, 495, 506, 548, 797, 956, 957, 964, 965
alkol 38, 95, 138, 233, 235, 237, 267, 303, 324, 327, 353, 362, 363, 365, 367, 370, 371, 374, 404, 414, 416, 419, 435, 438, 444, 445, 455, 460, 461, 475, 482, 525, 552, 561, 564, 569, 571, 594, 596, 599, 625, 634, 638, 643, 645, 651-653, 664, 670, 677, 682, 683, 687, 688, 690, 692- 701, 704-714, 716-26, 731
  akut zehirlenme 687, 688, 707, 713, 726, 727, 730
  alkole bağlı bedensel hastalıklar 712
  fizyolojik ve nörobiyolojik etkileri 699
  nörokimyasal etki düzeneği 701
alkol bağımlılığı (alkolizm) 233-235, 369, 438, 693, 694-696, 698, 699, 700, 703, 704, 706, 713, 714, 717, 718, 720, 722, 784, 925
  biyolojik belirteçler 704
  ektanı durumları 704
  gidiş ve sonlanış 706
  klinik belirtiler 702
  koruyucu önlemler 717, 724, 725, 728, 730
  oluş nedenleri 695
  ölçme ve değerlendirme araçları 703
  sağaltım 717
    ilaç sağaltımı 718
    psikososyal yaklaşımlar 722
    sıklık ve yaygınlık 725
    tanı ve değerlendirme 703
alkol halüsinozu 710
alkol paranoyası 327, 711, 718
alkol kesilme sendromu 707, 708, 713, 718
alkol kötüye kullanımı 693, 698, 703, 705, 722, 783
alkole bağlı bunama 710
alprazolam 301, 478, 499, 478, 536, 639, 803, 840, 875, 912, 914, 920, 301
altbenlik 55, 56, 64, 65, 69, 131, 390, 467, 468, 530
amnezi 34, 164, 165, 498, 501, 514, 520, 523, 526, 528, 683
Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Ölçeği 661
Alzheimer tipi bunama 162, 163, 644, 656, 660, 665-667, 679, 922, 930
  ayırıcı tanı 668
  belirtiler ve bulgular 666
  gidiş ve sonlanış 667
  koruyucu sağaltım 673
  oluş nedenleri 668
  sağaltım 670
  sıklık ve yaygınlık 666
ambivalans 159, 258, 259, 389, 433, 491
amfetaminler 730, 731, 800, 801
amigdala 28, 31, 32, 37, 39, 280, 282, 283, 379, 380, 472- 474, 771, 777, 949
amisülprid 828, 830, 836, 837, 852, 856
amitriptilin 395, 882, 883, 885, 906, 907, 908, 910, 911, 917, 920
Amok 270, 334
anaklitik depresyon 761
anal dönem 102, 104, 111, 190
anal dönemde saplanma 103, 104, 490, 615
anal kişilik 83, 97, 103, 104, 388, 490, 491
anankastik kişilik bozukluğu (bkz: obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu)
animistik düşünce 252, 740
anksiyete (bkz: bunaltı) 190, 191, 278, 283, 344, 348, 350, 353, 396, 452, 728, 879
anlatımsa 507
anne yoksunluğu 21, 24, 100, 101, 387
annelik donanımı 813
anoreksiya nevroza 174, 235, 238, 612, 618-623, 625-627, 629, 930, 965
  ayırıcı tanı 622
  ektanılar 621
  gidiş ve sonlanış 622
  klinik belirtiler 619
  muayene ve laboratuar 620
  oluş nedenleri 623
  ölçme ve değerlendirme araçları 622
  sağaltım 625
  sıklık ve yaygınlık 619
antidepresan ilaçlar 355, 395, 413, 535, 552, 598, 626, 672, 730, 881-883, 890, 903-905
  çocuk ruh hekimliğinde 800
  dopamin ve noradrenalin geri alım önleyicileri 883, 889
  etki düzeneği 882, 897, 913, 917, 926, 942, 949
  ilaç etkileşimleri 890, 896, 933
  kullanım alanları 902, 914, 918, 920
  kullanım için uyarılar 902, 914, 918, 921
  MAO inhibitörleri 898
  noradrenalin geri alım önleyicileri 883
  noradrenerjik ve seçici serotonerjik geri alım önleyicileri 897, 901
  seçici serotonin geri-alım önleyicileri 892, 893, 895, 903, 906, 933
  serotonin düzenleyicileri 883, 896, 901
  serotonin ve noradrenalin geri alım önleyicileri 883, 896, 901
  trisiklik antidepresanlar 883-887, 891 892, 895-897, 901, 901-903, 908, 909, 933
  veriliş biçimi 904, 906
  yan etkiler 883-888, 890-900, 903-908, 910
  zehirlenmeler 886, 888, 898
antiepileptikler 476, 505, 596, 598, 653, 786, 803, 871, 876
  gebelikte ve emziren annelerde 879
antihistaminikler 635, 638, 844, 846, 888, 912, 919, 921
antikolinerjik 40, 269, 396, 397, 596, 652, 654, 665, 668, 672, 673, 827-830, 832, 833, 835, 838, 839, 844-846, 850, 853-855, 884-889, 892, 896-900, 903, 905, 906, 911, 926, 928-931, 944
antipsikotikler 37, 257, 286, 299, 301-304, 331, 335, 355, 411, 413, 415, 455, 535, 581, 596, 598, 639, 673 675, 716, 730, 754, 766, 772, 786, 801, 802
  birinci kuşak antipsikotikler 827, 828, 830, 833, 835-838, 840, 845, 849, 850-852
  çocuk ruh hekimliğinde 801
  duygudurum bozukluğunda 847
  düşük güçlüler 827
  emilim, yıkılım, atılım 836
  etki düzeneği 835
  ikinci kuşak antipsikotikler 833-835, 838, 840, 842, 844, 846, 847, 849, 850, 851, 852, 854, 855
  ilaca uyum 841
  ilaç etkileşimleri 855
  kullanım alanları 837
  kullanım için uyarılar 837

veriliş biçimi 840
yan etkiler 827, 828, 830-845, 847, 850, 852-854
yüksek güçlüler 827
zehirlenme 838, 854, 855, 857
antisosyal kişilik bozukluğu 24, 46, 237, 363, 438, 439, 539, 559, 560, 563, 564-566, 568, 569, 579
apraksi 659, 661, 667, 668, 676
Araştırma Tanı Ölçütleri (RDC) 228,
aripiprazol 299, 401, 494, 673, 772, 773, 802, 828, 834, 836-838, 843, 851-853, 855, 856, 875, 929, 931
arıtma 622, 712, 833, 851, 854, 855, 886, 888, 889, 898, 908, 924
artı belirtiler 256, 257, 272, 830
asetilkolin dizgesi 40
Asperger bozukluğu 744, 749-752, 768
aşırı uyku 152, 347, 618, 633, 634, 635, 637, 897, 926, 928, 929
aşırı yeme hastalığı (bakınız bulimiya nevroza) 627, 891
ayrılma 24, 100, 108, 333, 387, 472, 530, 537, 551, 625, 757-759, 762, 790, 980
ayrılma bunaltısı 100, 467, 468, 754-757, 760, 763, 802
ayrışmamış şizofreni 263

B

bağımlı kişilik bozukluğu 559, 560, 570, 574, 575, 580
bağlanma 24, 25, 35, 46, 62, 100, 101, 110, 756, 759-762, 784
bağlanma bozuklukları 758, 760, 761
barbitüratlar 41, 639, 653, 665, 681, 716, 824, 880, 912, 916, 921
Barona Endeksi ve Okuma Testi 204
basit şizofreni 264
bastırma 54, 74-76, 81
bazal ganglionlar 28, 33, 34, 284, 326, 351, 383, 651, 846, 950
Bech-Rafealson Mani Ölçeği 360
Beck Depresyon Envanteri 199, 348
Beck Umutsuzluk Ölçeği 436
beden biçimsizlik bozukluğu (bkz: beden dismorfik bozukluğu) 549
beden dismorfik bozukluğu 174, 326, 450, 485, 486, 514, 537, 542, 549, 550
klinik belirtiler 550
sağaltım 550
sıklık ve yaygınlık 549
bedensel edilgenlik 260
bedenselleştirme bozukluğu 538
beklenti bunaltısı 458-460, 465, 473, 474, 911
beklenti düzeyi 273, 307, 419
belirsizliğe dayanamama 85, 470
bellek 29-32, 38, 41, 43, 44, 57, 111, 155, 160-165, 168, 197, 199, 202, 203, 208, 209, 211, 212, 214, 248, 249, 258, 269, 344, 354, 356, 378, 382, 402, 473, 474, 483, 501, 518, 523, 533, 543
bellek testleri 208, 209
bellek yitimi 164, 165, 271, 338, 498, 513, 514
benliğin savunma düzenekleri 53, 67, 68, 71, 73, 74, 79, 467, 490
benlik 13, 25, 53, 55-58, 64, 65, 66, 69-71
benlik bütünlüğü 79, 128, 131
benzamid 630
benzodiazepinler 352, 395, 412, 455, 461, 475, 478, 479, 536, 596, 635, 639, 652-654, 673, 681, 692, 704, 725, 727, 729, 778, 803, 844, 845, 846, 880, 903, 912- 916, 919, 920, 930
emilim, yıkılım, atılım 914
etki düzeneği 913
etki süresi 914
ilaç etkileşimleri 917
kullanım alanları 914
kullanım için uyarılar 915
toleranş oluşması ve bağımlılık 916
yan etkiler ve zehirlenme 916
benzisotiazol piperazin 833
benzizoksazol 832
beta-blokörler 844-846, 889, 919
beyin cerrahisi 11, 522
beyin gelişimi 28, 41, 42, 95, 285, 290, 812
beyin yarımküreleri 28
beyin zedelenmesine bağlı kişilik ve davranış bozuklukları 683
beynin nöroanatomik yapısı 28
beynin nörokimyasal yapısı 34
beynin plastikliği 43, 48
bilgilendirilmiş olur 947
bilinç 6, 53-55, 74-76, 79, 84, 96, 160, 165, 248, 251, 258, 259, 266, 269
bilinçdışı 6, 53-56, 63-68, 69, 70, 73-76, 81-84, 87, 91, 117, 118, 125, 126, 134, 135, 139, 157, 328, 329, 337, 338, 389, 417, 461, 468, 477, 491-493, 530, 531, 534, 536, 545, 592, 597, 600, 611, 613, 614, 616, 711, 719, 731, 796, 921, 959, 960, 968
bilirkişilik 987, 988
bilişsel bozukluklar 37, 199, 200, 248, 269, 293, 642, 644, 645, 657, 662, 680, 711, 712, 920
bilişsel ölçüm bozukluğu 292, 293
bilişsel işlevler ve değerlendirme 203, 208
bellek testleri 208
dikkat testleri 206
görsel alansal yapılandırma testleri 210
konuşma ve dil becerileri 209
yürütücü işlev testleri 213
bilişsel kaçınma kuramı 471
bilişsel terapi 965, 966
bilişsel yetiler 25, 30, 39, 94, 105, 111, 113, 160, 161, 197, 199, 200, 203, 213, 249, 272, 308, 344, 356, 367, 453, 458, 482, 501, 518, 543, 645, 646, 647, 658, 661, 692, 709, 825, 845, 900, 966, 968
Binet testleri 184, 185
bipolar (bkz: ikiuçlu) 141, 265, 342, 364, 365, 372, 373, 407
bireyleşme-toplumsallaşma 94
birincil ve ikincil kazanç 269, 531
biyolojik psikiyatri 9, 11, 12, 13
biyomedikal model 17, 18, 133
biyopsikososyal model 17, 19, 21
Bleuler'in şizofreni tanımlaması 258
borderline kişilik bozukluğu (bkz: sınırda k.b.) 570
Boston İsimlendirme Testi 210
Boston Süreç Yaklaşımı 202
boşaltım bozuklukları 788
bölme 78, 79
Briquet sendromu 516, 517, 538
bulimiya nevroza 235, 618, 619, 622, 627, 628, 891, 902
bunaltı 7, 13, 16, 32, 38, 39, 41, 53, 66-68, 69, 70
üstbenlik b. 467
iğdişlik b. 467
ayrılma b. 467
altbenlik b. 468
b. ve bellek 473
bunaltı bozuklukları 32, 38, 39, 158, 176, 229, 234, 237, 325, 363, 365, 372, 373, 451, 457, 465, 466, 469, 472, 474, 485
belirtileri 453
biyolojik kökeni 478
çocukluk çağı bunaltı bozuklukları 754
oluş nedenleri 755
ruhsal kökeni 466
bunaltı giderici (anti-anxiety) ilaçlar 911
bunaltılı düşler 633, 636
bunama 642, 644, 649, 651, 656, 657, 660-663, 665-668, 670, 672-681, 683, 684
ayırıcı tanı 662
belirtiler ve bulgular 657
bilişsel yetiler 658
duygulanım 657
oluş nedenleri 664
ölçme ve değerlendirme araçları 661
sağaltılabilen, iyileşebilen bunamalar 665
vitamin B_{12} eksikliğine bağlı bunama 665
sıklık ve yaygınlık 656
tanı 661
genel sağaltım ilkeleri 667, 680
buprenorfin 728, 925
bupropion 399, 400, 401, 406, 408, 783, 802, 875, 883, 884, 887, 898-900, 902, 907, 908, 910
buspiron 399, 400, 401, 476, 716, 802, 804, 875, 912, 917
butirofenon 828, 829
büyük histeri nöbeti 515, 520
büyüsel düşünce 2, 3, 4, 489, 492, 740

C

CAGE 703
CATIE çalışması 304
ceza ehliyeti 989, 991, 993, 994
cinsel durum muayenesi 588
cinsel dürtü 96, 114
cinsel gelişim 97, 105, 107, 117, 149
cinsel güçsüzlük 108, 123, 140, 347, 585, 586, 589, 590, 595-597, 976
cinsel istek azlığı 593, 594, 602, 853
cinsel işlev bozukluğu 593, 595, 598, 600, 601, 688, 843, 853, 908
cinsel kimlik 108, 109, 111, 125, 584-591, 597, 599, 603, 604, 606, 624, 698, 820

cinsel nesne seçimi bozuklukları 606-608
sağaltım 608
cinsel rol 106, 108, 575, 584, 585, 604
cinsel soğukluk 108, 585, 597, 925
cinsel uyum 88, 127, 150, 350, 569, 584, 587, 590, 593, 602, 618, 958, 976
cinsel yönelim 584, 585, 588, 590, 591, 592, 603
cinsellik sağaltımı 599, 600, 601, 602
cinsiyet gelişimi bozuklukları 606
Cloninger'in kişilik kuramı 557
Conners Sürekli Performans Testi-II 207
CUtLASS çalışması 303

Ç

çalışma ve yapıcılık 123
çatışma 6, 53, 57, 63, 65, 66, 68-70, 73, 79, 80, 88, 90, 91, 107, 110, 178, 188, 256, 390, 441, 467, 468, 530, 531, 532, 546, 548, 559, 592, 614, 637, 770, 975,
çocuğun psikiyatrik değerlendirilmesi 736
ana-baba ile görüşme 736
olumsuz aile tutumları 737
bilişsel özellikleri 740
çocukla görüşme ve gözlem 741
duygulanım özellikleri 741
psikolojik testler 743
çocuk gelişimi 95, 799, 817, 972
çocuk ruh hekimliğinde sağaltım 796
ilaç sağaltımı 798
oyun sağaltımı 796
çocuk ve ergenlerde çökkünlük 762, 764
çocukluğun dezentegratif bozukluğu 752
çocukluğun tümleşik olmayan bozukluğu 744, 752
çocukluk çağı ikiuçlu bozukluğu 766-769, 771
çocukluk çağı ruhsal sorunları 270, 736, 931
bunaltı bozuklukları 754
çoğul kişilik bozukluğu 513, 526, 527
çok-enfarktüslü bunama (bkz: damarsal bunama) 675, 676
çökkün duygudurum 157, 158, 176, 270, 339, 343, 344, 347, 350, 378, 627, 709, 765, 904
çökkün kişilik bozukluğu 578
çökkünlük 16, 25, 100, 126, 141, 158, 174, 233, 234, 237, 238, 245, 248, 257, 261, 263-265, 270, 274, 295, 325, 332-356, 359, 361, 363-376, 380-383, 385, 387, 389, 390, 391, 393, 394, 397-402, 405-408, 412-419, 748, 751, 755, 761-767, 769, 770, 772, 781, 786, 793, 798, 802
atipik 349
ayırıcı tanı 352
bebeklik depresyonu 387
bedensel hastaliklarda 350
belirtiler ve bulgular 343
çocuk ve ergende 352
belirti ve bulgular 763
oluş nedenleri 763
sağaltım 764
sıklık ve yaygınlık 762
gidiş ve sonlanış 368
ikincil çökkünlük 342
ileri yaşta 351
maskeli 350
özel gruplarda 350
psikotik özellikli 350
sınıflandırma 348
tanı 347
yaş dönümü 349, 391
yineleyici 341
çözülme 79, 80, 520, 530, 531
çözüm işlemi 960, 961, 962

D

damarsal bunama 284, 643, 656, 657, 665, 668, 675, 676, 922
gidiş ve sonlanış 677
klinik belirtiler 675
sağaltım 677
sıklık ve yaygınlık 675
davranım bozukluğu 46, 280, 362, 568, 569, 755, 768, 771, 781, 783, 785, 786, 787
belirti ve bulgular 784
oluş nedenleri 784
sağaltım 786
sıklık ve yaygınlık 784
davranışçı psikiyatri 13
davranışçı psikoterapi 408, 469, 477, 488, 489, 494, 506, 581, 625, 626, 628, 956
davranışın bireyoluşsal belirleyicisi 23
davranışın evrimsel belirleyicisi 22
davranışın psikodinamik temelleri 6, 292, 389, 466, 958
Dean-Woodcock Duyu-Motor Bataryası 206
debriefing (bkz: anlattırma) 507
deksametazon supresyon testi 380
deliryum 158, 160, 161, 164, 166, 167, 170, 176, 248, 250, 258, 267, 300, 324, 332, 334, 335, 344, 352, 362, 457, 461, 466, 528, 637, 642-644, 646- 655, 658, 662-664, 674, 676, 681, 684, 688, 708, 709, 710, 714-717, 729-831, 837, 838, 850, 853, 854, 870, 886, 888, 911, 915, 943, 991-994
ayırıcı tanı 649
belirti ve bulgular 646
gidiş ve sonlanış 651
oluş düzeneği 651
oluş nedenleri 652
ölçme ve değerlendirme araçları 649
önleme 655
sağaltım 653
sıklık ve yaygınlık 645
türleri 648
yaklaşım 653
Deliryum Derecelendirme Ölçeği 649
deliryum tremens 657, 648, 708-710, 714, 716, 717
klinik belirtiler 709
sağaltım 716
Delis-Kaplan Yönetici İşlevler Ölçeği 213
Demans (bkz: bunama) 656
Demence precoce 242
depersonalizasyon 174, 250, 332, 345, 458, 459, 498, 501, 514, 552
depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu 552
depresyon (bkz: çökkünlük) 10, 31, 32, 35, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 48
derealizasyon 250, 345, 458, 498, 501, 552
derecelendirilmiş ölçekler 181
dereistik düşünce 253, 270, 271
derin beyin uyarımı 494
desmopressin 804
dezintegratif bozukluk 752
dişki kaçırma (bkz: erikoprezis) 788, 790, 791, 792
diabetes mellitus (diyabet) 279, 373, 596, 612, 677, 789, 831-833, 846, 852, 853, 858, 867, 909, 928, 932, 976
diazepam 478, 499, 521, 639, 715-717, 721, 803, 844, 889, 912, 914, 915, 928
dibenzodiazepinler 830
diensefalon 31, 33
dikkat 6, 29, 30, 38, 40, 41, 43, 54, 103, 104, 109, 132, 139, 140-142, 155-158, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 170
dikkat testleri 206
dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu 765, 767, 768, 772, 774, 777-783, 785, 787, 788, 800-803
belirti ve bulgular 780
oluş nedenleri 781
sağaltım 783
sıklık ve yaygınlık 780
dil yetisi 169, 676, 793
dinamik psikiyatri 6, 8, 13, 28, 52, 95, 296
direngen sanrılı bozukluk 324
dismorfofobi 549
disosiyasyon (bkz çözülme) 334, 512, 513-516, 519, 520, 523, 527, 529, 530, 531, 533-535, 537, 572
disosiyatif bozukluk 164, 167, 168, 449, 503, 512-518, 522, 523, 528, 532, 534, 572, 651
ayırıcı tanı 528
d. bayılma 523
d. bellek yitimi 526
d. kaçışlar 525
d. kimlik bozukluğu 526
gidiş ve sonlanış 534
hastalık öncesi kişilik 528
oluş nedenleri 529
psikojenik psikoz 527
sağaltım 534
direnç 32, 297, 299, 303, 305, 306, 314, 378, 381, 383, 399-403, 406, 409, 412, 414, 419, 445, 477, 479, 494, 495, 507, 535-537, 546, 580, 608, 624, 678, 701, 753, 759, 760, 769, 790, 798, 802-804, 825, 830, 837, 842, 846, 860, 862, 865, 874, 877, 891, 909, 926, 941, 946, 949-951, 957-959, 961, 962, 970, 974, 975, 981
distimik bozukluk 341, 348, 365, 551, 578, 891
disulfiram 718-722, 856, 924
donakalım 176, 177, 255, 259, 263, 297, 498, 503, 520, 528
donezepil 670, 671, 922, 923

dopamin 35, 38, 39, 41, 48
dopamin dizgesi 37, 286, 289, 488
dopamin ve noradrenalin geri alım önleyicileri 396, 283, 299
dondurme 84, 85, 449, 531, 753
DSM dizgesi 179, 220-223, 261, 264, 527, 549, 556, 693, 687
DSM İçin Yapılandırılmış Görüşme (SCID) 138, 192, 228, 231
DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği 231
durumalış 177
Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri 190, 454
duygu dışavurumu 273, 308, 312, 313, 374, 416, 978
duygudurum 38, 157, 158, 176, 190, 229, 248, 264, 270, 248, 264, 338, 339, 341, 355-366, 371-373, 380, 406, 407
duygudurum bozukluğu 23, 32, 158, 237, 246, 264, 270, 278, 325, 332 337, 338, 342, 352, 355, 361-365, 367, 368, 372, 375-377, 381, 382, 385, 387, 391, 392, 402, 404, 405, 413, 435, 437, 451, 460, 515, 570, 578, 637, 662, 688, 705, 720, 769, 770, 772, 787, 847, 860, 861, 877, 993
antipsikotikler 355, 398, 411, 413, 415
çocuklarda duygulanım bozuklukları 362, 371
d. dönemleri 342
hastalık öncesi kişilik 387
oluş nedenleri 374
sağaltım 393
sıklık ve yaygınlık 366
sınıflandırma 340
tanımlar 338
tarihçe 339
duygudurum dengeleyicileri 408, 411, 581, 941
çocuk ruh hekimliğinde 803
duygulanım 16, 29, 37, 70, 95, 155, 157-159, 247, 257, 258, 337-341, 343, 344, 355, 356, 380, 388
küntleşme 247, 263, 258,
uygunsuzluk 159, 247, 258, 260
duygulanım bozuklukları (bkz duygudurum bozuklukları) 157, 176, 228, 232, 637, 642, 703, 720, 766, 768, 820, 857, 882
duygusal bellek 32
dürtü 6, 19, 20, 25, 29, 30, 33, 39, 46, 54, 56, 57, 59, 60-65, 68-78, 80-84, 87, 90, 91, 96, 98, 99, 104, 105, 111-113, 115, 119, 121, 124, 131, 136, 175, 177, 178, 245, 251, 259, 260, 265, 315, 328, 389, 390, 434, 438, 441, 461, 467, 468, 480, 485, 489, 490, 491, 492, 519, 530, 531, 532, 557, 558, 559, 569, 570, 571, 572, 579, 581, 591, 592, 608, 613, 623, 628, 647, 659, 697, 711, 719, 723, 740, 742, 767, 779, 780, 781, 796, 803, 820, 860, 916, 924, 951, 960, 989, 991, 992
duş kurma 87
düşünce okunması 173, 253, 360, 528
düşünce sokulması 178, 253, 260, 360, 528
düşünce yayınlanması 173, 260
düşüncenin biçimi (bkz: düşüncenin süreci) 171
düşüncenin içeriği 172
düşüncenin süreci 171
düşünme 4, 27, 29, 30, 160, 162, 170, 171, 174, 184, 246, 249, 254, 258, 286, 292, 324, 392, 484, 518, 647, 656, 658, 659, 711, 756, 972, 992
düşünselleştirme 83, 580

E

edilgin-saldırgan kişilik bozukluğu 556
ego (bkz: benlik) 13, 20 25, 56, 97, 115, 124, 131, 178, 193, 291, 292, 294, 385, 467, 496, 796, 956
ego psikolojisi 389, 390, 417, 432
eksi belirtiler 37, 256, 257, 263, 264, 267, 268, 271-273, 287, 288, 291, 299, 300, 306, 311, 313, 830, 832, 834, 837, 845, 902, 948
eksiklik sendromu 31, 249, 227, 290, 565
ekstrapiramidal yan etkiler 39, 40, 827, 828, 830, 832, 835, 844, 898, 928, 929
EKT (bkz: elektrokonvülsif sağaltım) 45, 36, 331, 335, 358, 394, 397, 398, 400 402, 406, 407, 411, 412, 416, 443, 445, 535, 536, 672, 773, 804, 839, 849, 866, 870, 903, 905, 909, 921, 930, 931, 933, 940- 947
El Dinamometresi 205
elektrokonvülsif sağaltım 394, 395 672, 869, 921, 804, 940
çocuk ve ergende 804
EKT aygıtı 943
EKT için hastanın hazırlanması 943
EKT odası 942
etki düzeneği 942
kas gevşetimli-anestezili uygulama 945
kullanım alanları 940
risk taşıyan durumlar 941
sağaltım süresi ve sıklığı 946
tekyanlı (unilateral) uygulama 947
yan etkileri 947
yöntem 944
empati (bkz: eşduyum) 136, 143, 159, 558, 573, 608, 658, 679, 969, 970, 973
emziren annelerde psikoaktif ilaçlar 839, 879, 910
endişe (bkz: tasalanma) 67, 128, 158, 350, 435, 451- 453, 457, 465, 469, 557, 574, 590, 634, 111,
engellenme 20, 30, 53, 57, 63-66, 69, 95, 99, 178, 188, 555
engellenmeye dayanma gücü 20, 57, 64, 178, 698, 740
enkoprezis 612, 790
enürezis 789
sağaltım 790
epidemiyolojik araştırma ölçekleri 229
epileptik nöbet 524, 636, 668, 678, 830, 831, 849, 850, 853, 855, 868, 874, 886, 880, 889, 890, 894, 899, 909, 913, 915, 932, 948, 949
Epworth Uykululuk Ölçeği 633
erinlik ve delikanlılık dönemi 114
erkekte cinsel güçsüzlük 585, 595
erken boşalma 151, 593, 594, 595, 618, 892, 902, 908
erken bunama 5, 242, 243, 244, 258, 266, 315, 340
esrar 47, 266, 267, 269, 635, 652, 687, 689, 704, 725, 726, 728, 729, 824
essitalopram 395, 882, 890, 895
eşcinsellik 255, 457, 461, 585, 590-592, 603, 976
gizil eşcinsellik 592
eşduyum 136, 139, 143, 507, 557, 558, 573, 579, 723, 969- 974, 981
etkilenme sanrıları 173, 252 253
Eysenck Kişilik Envanteri 562
Eysenck'in üç boyutlu kişilik kuramı 557

F

fallik dönem 104, 105, 107
fallik dönemde saplanma 108, 110, 111 532, 982
fallusun üstünlüğü ilkesi 105
fenelzin 478, 902
fenilketonüri 794, 795
fenomenolojik ve varoluşçu psikiyatri 14
fenotiyazinler 626, 828, 851, 927
fetal alkol sendromu 712, 794
fetal antikonvülsan sendromu 880
fikir uçuşması 253, 357, 359, 362
fiksasyon (bkz. saplanma) 96, 178
flufenazin 300, 302, 778, 801, 827-829, 841, 848
flunitrazepam 912, 920
fluoksetin 395, 397, 401, 478, 488, 493, 426, 428, 639, 722, 764, 802, 834, 882, 884, 887, 891-895, 898, 899, 906, 908-911, 917, 932
flupentiksol 827, 829
fluvoksamin 395, 478, 488, 493, 883, 887, 891, 894, 895, 898, 906, 907, 909-911, 917
fobik bozukluk 392, 455, 460-463, 477, 486, 628, 965
ayırıcı tanı 466
belirti ve bulgular 462
oluş nedenleri 466
sağaltım 474
sıklık ve yaygınlık 462
fototerapi (bkz: ışıkla sağaltım) 402
frontal lob yürütücü işlevleri (bkz: yürütücü işlevler) 658, 659, 661, 667
frontal sendrom 30
frontotemporal bunama 679
füg (bkz: disosiyatif kaçış) 513, 528

G

G proteinleri 36, 381, 728, 859, 882
GABA dizgesi 40, 289
gabapentin 803, 879, 918
galantamin 670, 671, 922, 923
Ganser Sendromu 513, 663
gebelikte psikoaktif ilaçlar 906, 910, 931
geç diskinezi 673, 778, 845, 846, 847, 918, 926
geç distoni 847

geçerlik 183, 187, 189-192, 202, 230-232, 268, 348, 359, 436, 454, 460, 486, 502, 527, 561, 562, 622, 633, 661, 768
gelişim ve ruh sağlığı 810, 812, 813, 815, 817
  değerlendirilmesi 813
Genel Değerlendirme Ölçeği (GAS) 191
genel dizgeler kuramı 17
Genel Sağlık Anketi 229, 230, 232
gerçeği değerlendirme yetisi 54, 57, 171, 255, 271, 436, 448, 563, 647, 740
gerçek dışılaşma (bkz: dereälizasyon) 250, 345, 458, 498, 501, 552
gerçeklik ilkesi 57, 69, 111, 113
gerileme 86, 87, 98, 178, 248, 271, 294, 295, 297, 382, 436, 449, 532, 615, 656, 665, 667, 671, 672, 752, 793, 922
Gilles de la Tourette sendromu 487, 949
girişim dönemi 104
gizlilik dönemi 111-114, 123
glukoz toleransı testinde bozulma 852
glutamat dizgesi 41
guanfasin 776, 803
gudu 59, 60, 62
gudulemeli davranış 61, 63, 64
güvenilirlik 139, 182, 187, 190, 192, 230, 231, 268, 348, 359, 360, 454, 486, 561, 562, 622, 633, 661
güzel aldırmazlık 159, 517, 518, 519, 520, 522, 545

H

hafif bilişsel bozulma 663, 679
haloperidol 301, 302, 397, 494, 626, 654, 655, 713, 716, 717, 776, 801, 827, 828, 829, 832, 836-838, 840, 841, 843, 848, 850, 851, 853, 856, 869, 875, 881, 918, 929, 931
Halstead-Reitan Bataryası 201, 213
halusinasyon (bkz: varsanı) 249, 259, 269, 270, 271, 329, 348, 356, 360, 993
halüsinojen ilaçlar 731
Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği 454
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği 191, 348
hasta hakları 339, 996, 998
hasta hekim ilişkisi 142, 144, 155, 443, 588, 821, 976, 980
hastalık hastalığı 542
haz ilkesi 56, 57, 69, 99, 569, 740
hebefreni 242, 256, 262, 263
hermafrodizm (bkz: cinsiyet gelişimi bozuklukları) 606
hesaplama 659, 667, 719
HIV'e bağlı bunama (bkz: insan bağışıklık yetmezliği virüsü hastalığına bağlı bunama) 644, 677, 678
Hızlandırılmış İşitsel Seri Toplama Testi 207
hızlı göz hareketleri (REM) uykusu 385, 630
hidroksizin 638, 919
hiperlipidemi 415, 833, 851, 881
hipersomni (bkz: aşırı uyku) 634, 635
hipnotikler (bkz: uyku ilaçları) 395, 639, 654, 725, 729
hipofrontalite 30, 31, 287
hipokampus 28, 31, 32, 38, 40, 41, 44, 45, 48, 280, 282-285, 289, 378, 382, 383, 384, 474, 505, 566, 667, 669, 670, 674, 682, 859, 913
hipokondriyazis (bkz: hastalık hastalığı) 233, 235, 419, 516, 539, 542-548, 551, 976
hipomani 158, 164, 166, 176, 189, 338, 339, 340, 341, 355, 356, 359, 364, 371, 410, 574, 767, 769, 857, 863
hiponatremi 853, 862, 874, 875, 876, 892, 896, 909, 910, 930
hipotalamus 31, 33, 34, 37, 39, 286, 350, 380, 382-384, 386, 387, 474, 504, 611, 623, 624, 628, 631, 632, 755, 764, 777, 835, 872, 926, 942
hipotiroidi 343, 353, 598, 664, 665, 794, 795, 858, 862, 866, 868, 879, 909, 918, 930
histerik nevroz (bkz: konversiyon ve disosiyasyon bozuklukları) 448, 514, 529, 531, 572
histerik psikoz 269, 333, 523, 527, 651
histrionik kişilik bozukluğu 159, 559, 560, 570, 572, 573
Hooper Görsel Düzenleme Testi 212
Hopkins Sözel Öğrenme Testi 209
huy 555, 557, 566

I-İ

ICD-10 12, 179, 220, 222, 223, 228, 231-235, 246, 259-262, 264, 265, 324, 326, 332, 333, 334, 340, 343, 346, 348, 349, 352, 359, 361, 364, 365, 366, 448, 449, 452, 454, 456, 457, 459, 463, 464, 486, 497, 501, 512, 513, 516, 523, 529, 539, 540, 542, 549, 551, 559, 572, 576, 577, 578, 590, 591, 593, 606, 610, 618, 642, 643, 683, 684, 687, 688, 689, 693, 695, 710, 711, 793
ışık sağaltımı 951, 952

içe-atım 77, 78, 389, 449
içe-kapanım 242, 259
içgörü 174, 176, 271, 311, 327, 329, 417, 477, 484, 494, 557, 958-962, 981, 982
içgüdü 59, 60, 61, 72
id (bkz: alt-benlik)
id psikolojisi 389
identifikasyon (bkz: özdeşim)
iğdişlik korkusu 83, 88, 105-109, 122, 545, 982
iki değerlilik 259, 433
ikincil süreç düşünce 54
ikiuçlu I 341, 342, 368, 767, 769, 770
ikiuçlu II 342, 368, 766, 767, 769, 770
ikiuçlu bozukluk 225, 237, 238, 264, 270, 279, 358, 361-364, 367, 371-373, 375-379, 382, 384, 385, 388, 393, 394, 401, 406-409, 411-413, 415, 416, 767-772, 803, 847, 857, 858, 860, 863, 865, 871-873, 875-877, 950, 952, 978
  ayırıcı tanı 758
  beyin araştırmaları 379
  çocukluk çağı 736, 754, 755, 756, 766
    ayırıcı tanı 339
    belirti ve bulgular 358
    gidiş ve sonlanış 371
    oluş nedenleri 374, 770
    sağaltım 403
    sıklık ve yaygınlık 366
  gidiş ve sonlanış 371, 769
  hızlı döngülü 364
  kalıtım 375, 770
  karma dönem 412
  sıklık ve yaygınlık 366, 766
  sağaltım 772
    akut mani sağaltımı 409
    ikiuçlu çökkünlük sağaltımı 405
    koruyucu sağaltım 413
  tekuçlu bozukluk ayrımı 364
ikiuçlu çökkünlük
  sağaltım 405, 772
ikiuçlu duygudurum bozukluğu (bkz: ikiuçlu bozukluk)
ilk üç yaş tanı eksenleri 820
imidazolidinon 834
imipramin 394, 476, 478, 639, 721, 790, 883-885, 888, 903, 906, 908, 917
inkâr (bkz: yadsıma)
insan bağışıklık yetmezliği virüsü hastalığına bağlı bunama 677
insanın sekiz evresi 117
  benlik bütünlüğü 128
  çalışma ve yapıcılık 123
  girişim 121
  kimlik 124
  özerklik 120
  temel güven 118
  üretkenlik 127
  yakınlaşma 126
insomnia (bkz: uykusuzluk)
intihar (bkz: özkıyım)
İntihar Olasılığı Ölçeği 436
işeme bozukluğu (bkz: enürezis)
işlem belleği 30, 161, 162, 208, 249, 280, 281, 286, 379, 782
İz Sürme Testleri 206
izolasyon (bkz: yalıtma)

K

kâbus 505, 633, 730, 757
kalıntı şizofreni 264, 272
kalıtım danışmanlığı 794
kannabinoidler 728
karakter 263, 555, 557, 562, 968
karakter nevrozu 578
karbamazepin 300, 306, 358, 366, 408, 410-412, 415, 504, 505, 581, 716, 717, 729, 754, 772, 803, 831, 834, 849, 850, 856, 863, 867, 871, 873, 878, 880, 881, 909, 917, 919, 930, 932, 944
karma dönem 265, 356, 360, 363, 368, 373, 374, 382, 394, 410, 412, 860, 871
karşı-aktarım 959, 970, 974
karşıt tepki kurma 489, 491
katatoni 177, 242, 255, 256, 259-261, 263, 272, 297, 306, 333, 342, 349, 355

358, 360, 363, 412, 503, 643, 645, 804, 845, 848, 941
katatonik şizofreni 263
kaygı 67, 106, 114, 115, 118, 126, 130, 140, 152, 159, 190, 207, 223, 264, 309, 337, 369, 391, 451, 454, 458, 465, 469, 486, 501, 543, 546, 552, 557, 574, 592, 598, 612, 620, 627, 631, 658, 737, 813, 814, 816, 819, 820, 911.
Kategori Testi 201, 213
Kekemelik 148, 157, 786-788
kendine yoneltme 81
KESİ 703, 704
ketyapin 304, 305, 401, 407, 415, 679, 828, 831, 833, 836-838, 843, 845, 849, 850, 852, 853, 855, 857, 880, 881, 929, 931
kın kasılımı (bkz. vajinismus)
Kısa Dikkat Testi 206
Kısa Görsel Bellek Testi 209
Kısa Kognitif Muayene 649, 661
Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği 191, 268, 302, 842
Kısa Yetiyitimi Anketi 231
kızlık zarı (bekâret) saplantısı 592, 593
kimlik 17, 105, 111, 114, 115, 124-126, 131, 230, 260, 514, 523, 526, 527, 555, 570, 820, 972
kimlik dönemeci 115, 125, 126
kimlik kargaşası 115, 125, 126
kinolinon 834
kişilik 7, 16, 21, 24, 30, 39, 46, 47, 53, 62, 69, 73, 76, 79, 80, 82-90, 94, 95, 97, 100, 101, 103, 104, 115, 117, 121, 127, 131, 133-135, 142-144, 147, 153, 158, 159, 174, 187, 190, 192, 194, 221, 232, 233, 236, 237, 246, 254, 262, 265, 269-271, 277, 278, 280, 324-328, 332, 355, 363, 365, 369, 370, 374, 387, 388, 417, 419, 429, 435, 436, 438, 439, 444, 449, 456, 460, 468, 489-491, 495, 503, 507, 513, 519-523, 526-529, 533, 534, 539, 540, 545, 551, 555-581, 587, 589, 591, 600, 604, 606-608, 615, 616, 629, 631, 635, 644, 660, 661, 668, 674, 676, 679, 680, 683, 688, 694, 698, 705, 707, 711, 727-729, 738, 739, 751, 758, 780, 781, 784-787, 811, 821, 822, 860, 874, 950, 951, 958, 960, 962, 963, 972, 975, 977, 978, 982, 983, 987, 988, 991, 993
değerlendirme testleri 182, 184, 187, 188, 195
muayenesi 560
türleri 84, 86, 87, 556, 578
kişilik bozuklukları 82, 115, 159, 192, 221, 236, 237, 265, 276, 278, 280, 363, 365, 369, 370, 374, 419, 429, 435, 438, 439, 445, 456, 460, 513, 522, 526, 527, 529, 539, 555-581, 591, 606-608, 635, 644, 683, 688, 694, 705, 707, 728, 751, 780, 781, 784, 785, 860, 874, 950, 958, 963, 972, 977, 991
oluş nedenleri 564
sıklık ve yaygınlık 562
sınıflandırma 559
tanım 558
türler 566
antisosyal kişilik bozukluğu 568
bağımlı kişilik bozukluğu 575
edilgin-saldırgan (pasif-agresif) kişilik bozukluğu 576
histrionik kişilik bozukluğu 572
kaçıngan kişilik bozukluğu 574
obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu 576
özsevici (narsisistik) kişilik bozukluğu 573
paranoid kişilik bozukluğu 567
sınırda (borderline) kişilik bozukluğu 570
şizoid kişilik bozukluğu 567
şizotipal kişilik bozukluğu 568
kişilik gelişimi 24, 53, 62, 86, 94, 95, 100, 117, 131, 387, 468
klinik nöropsikoloji 197-199, 205, 214
Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği 502
klomipramin 395, 402, 464, 478, 479, 488, 493, 494, 552, 802, 873, 882, 883, 885, 907, 908, 911, 917, 918
klonazepam 301, 478, 499, 521, 639, 729, 803, 840, 875, 912, 914, 915, 920
klonidin 38, 639, 715, 776, 778, 779, 786, 803, 888, 896
klorazepat 912, 914
klorpromazin 298, 716, 801, 824, 827-829, 836, 842, 843, 849-851, 854, 855, 921, 929
klozapin 288, 299, 301-305, 331, 411, 415, 654, 673, 773, 801, 802, 828, 830-832, 835-840, 842, 843, 845-856, 874, 881, 929, 931, 933, 934, 944
kognitif dismetri (bkz. bilişsel ölçüm bozukluğu)
kokain 37, 38, 168, 267, 269, 286, 353, 362, 596, 652, 687, 692, 725, 726, 729, 731, 776, 783, 824
kolinesteraz önleyiciler 671, 672, 675, 922, 923
kompülsiyon (bkz: zorlantı)
konfabülasyon 683
konsültasyon-liyezon psikiyatrisi 617
kontr-transferans (bkz: karşıaktarım)
konuşma bozuklukları 157, 247, 712, 786, 787, 788
konversiyon (bkz: döndürme)
konversiyon bozukluğu 159, 450, 502, 503, 513, 516-523, 533-535, 545, 941
ayırıcı tanı 519
belirtiler ve bulgular 517
koro 334
Korsakov Psikozu 683, 711
Korsakov-Wernicke sendromu 682
kötüye kullanım 365, 436, 438, 441, 539, 688, 689, 693, 694, 696, 698, 703, 705, 722, 728, 729, 751, 781, 783, 801
kültüre özgü psikozlar 332, 528

L

lamotrijin 306, 401, 407, 409, 412, 414, 474, 803, 872, 874, 876-880, 919
latah 270, 335
levatiracetam 879,
Lewy cisimciği bunarması 664, 668, 672
limbik dizge 31, 40, 41, 383
limbik lökotomi 494, 951
lityum 45, 47, 264, 306, 358, 366, 370, 378, 382, 384, 399, 401, 407, 409, 410-415, 418, 581, 652, 720, 771, 772, 786, 802, 803, 824, 846, 848, 849, 856-874, 877, 881, 896, 929, 930, 932, 933, 943, 944, 953
ameliyat gerekirse 862
çocuklarda ve yaşlılarda 865
çökkünlükte 406, 407, 860, 865
etki düzeneği 858
gebelikte ve emziren annelerde 865
kullanım alanları 860
kullanım için uyarılar 861
veriliş biçimi 863
yan etkileri 868, 870, 874, 875
yanıtın yordanması 860
zehirlenmesi 870
lobotomi 950, 951
lorazepam 301, 478, 536, 639, 673, 713, 715, 840, 912, 914, 915, 920, 930
lökopeni 621, 850, 854, 909
lökotomi 494, 950, 951

M

majör depresyon (bkz: çökkünlük)
maliyn nöroleptik sendrom 828, 848
malleus maleficarum 4
mani 158, 164, 166, 172, 176, 245, 248, 264, 265, 269, 270, 338, 339, 340, 350, 352, 355, 356, 358, 359, 360-365, 371, 372, 374, 378, 379, 382, 383, 385, 388, 394, 403, 405-407, 409-416, 574, 637, 658, 767-770, 793, 803, 827, 832, 833, 837, 839, 840, 857, 858, 860, 861, 863, 864, 866, 871-875, 878, 879-881, 886, 905, 906, 915, 941, 952, 953, 979, 991
ayırıcı tanı 360
belirtiler bulgular 355-359
ölçme değerlendirme araçları 359
sağaltım 394, 409-412, 839, 863, 872, 875, 878-881
tanı 359
manik döneme kayma 905
MAO önleyicileri 406, 478, 888, 895, 896, 901, 902, 907, 909, 910, 917
maprotilin 396, 883, 897, 898, 901, 906-911, 920
masallama 165, 682
mastürbasyon (bkz: özdoyurum)
Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi 486
mazokizm 577, 606, 607
medazepam 912, 914
melankolik depresyon 346
melatonin 386, 638, 779, 804, 921, 952

memantin 474, 672, 677, 683, 923
mentalizasyon (bkz: zihinselleştirme)
metadon 596, 726, 727, 728, 925
metakognisyon (bkz: üstbiliş)
metilfenidat 37, 286, 639, 730, 800, 801, 875, 884, 925, 926
mianserin 395, 401, 476, 682, 883, 897, 901, 906, 907, 909-911, 917, 920, 930
milnasipran 883, 896
Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) 188, 562
mirtazapin 395, 399, 400, 401, 476, 478, 505, 639, 682, 883, 897, 901-903, 906-910, 917, 920, 930
mizaç (bkz: huy)
Mizaç ve Karakter Envanteri 562
modafinil 401, 639, 875, 925
moklobemid 396, 478, 802, 883, 888, 895, 900-903, 906-908, 910, 911, 917, 930
multi-enfarkt bunama (bkz: damarsal bunama)

N

naltrekson 701, 720, 721, 722, 727, 728, 804, 925
narkolepsi 167, 633, 635, 639, 730, 902, 925
narsisistik kişilik bozukluğu (bkz: özsevici k.b)
negatif belirtiler (bkz: eksi belirtiler)
Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği 268
nevrasteni 223, 233, 235, 365, 551
nevrotik bozukluklar 168, 449, 542, 915
NMDA reseptör antagonisti 474, 672, 923
noradrenalin 35, 38, 287, 288, 381, 383, 434, 472, 542, 558, 614, 621, 624, 627, 669, 719, 800, 858, 859, 889, 907, 942
noradrenalin dizgesi 38, 681
noradrenalin geri alım önleyicileri 395, 396, 476, 478, 581, 672, 833, 882, 883, 892, 896, 898, 899, 900, 901
noradrenerjik ve seçici serotonerjik geri alım önleyicileri 897, 901
nörogenez 44, 378, 384, 385
nöromediyatör 35, 901
nöropeptidler 35, 284, 384, 872
Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgeleri (SCAN) 231
nörotransmiter 33-37, 40, 41, 43, 44, 46-48, 286, 289, 377, 384, 385, 474, 557, 558, 565, 651, 677, 690, 701, 708, 858, 859, 872, 877, 879, 887, 890, 913, 918, 942
nörotrofinler 35, 44, 378

O

obsesif-kompulsif bozukluk (bkz: saplantı zorlantı bozukluğu)
obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu 567, 576
obsesyon (bkz: saplantı)
oksazepam 673, 912, 914, 915, 930
oksibutinin 804
okskarbazepin 772, 773, 875, 876, 879, 880
okul korkusu 464, 754, 756, 757, 758, 902
olanzapin 299, 301, 304, 401, 411, 415, 654, 673, 679, 778, 802, 828, 832, 833, 836-838, 840, 843, 847, 849-853, 855, 856, 875, 881, 908, 918, 921, 929, 931
olgunlaşma 22, 23, 66, 87, 90, 94, 102, 112, 114, 117, 120, 128, 555, 557, 763, 796, 799, 800, 962, 968
opioidler 38, 652, 725, 726, 727, 777
opipramol 882, 885, 917, 920
oral bağımlı kişiiik 100, 101
oral dönem 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 532, 566
oral dönemde sapianma 100, 101, 575
organik kişilik bozukluğu (beyin zedelenmesine bağlı kişilik ve davranış bozuklukları) 644, 683
organik amnezik sendromlar 82, 688
orgazm bozukluğu 594, 595, 919
ortoreksiya nervoza 628, 629
ortostatik hipotansiyon 832, 833, 850, 920
oryantasyon (bkz: yönelim)
otistik bozukluk 261, 744, 752
otizm (bkz: içe kapanım)
Otomatik Düşünceler Ölçeği 437
oyun 87, 105, 110-113, 131, 148, 149, 153, 740, 741-743, 749, 750, 763, 788, 813, 817
oyun sağaltımı 758, 796, 797, 956

Ö

Ödipus üçgeni ve çatışması 107
öğrenilmiş çaresizlik 384, 392, 764
ön kapsülotomi 494, 951
ön singulatomi 494, 951
örselenme 66, 69, 71, 332, 496, 497, 507, 533, 794
örselenme sonrası zorlanma bozukluğu 70, 378, 496, 497, 499-507, 521, 636, 637, 639, 756, 802
  ayırıcı tanı 502
  belirtiler ve bulgular 500
  gidiş ve sonlanış 498
  oluş nedenleri 503
  ölçme ve değerlendirme araçları 502
  sağaltım 505
  sıklık 499
  tanı 501
örselenme ya da zorlanma etkisine bağlı bozukluklar 496
öykü alma kılavuzu 146, 150
özdesim 58, 75, 78, 87-90, 108, 111-113, 122, 124, 125, 178, 194, 572, 585, 586, 971
özdoyurum 106, 151, 245, 255, 256, 531, 586, 589, 597, 608
özeyabancılaşma (bkz: depersonalizasyon)
özeyabancılaşma-gerçekdışılaşma bozukluğu 552
özerk benlik 25, 121, 575, 983
özerklik 25, 79, 102-105, 108, 118, 120, 121, 131, 444, 491, 572, 575, 756, 983
özerklik dönemi 102
özgül fobiler 451, 462, 463, 465, 480
özkıyım 40, 78, 82, 172, 176, 244, 272, 273, 274, 315, 345, 346, 347, 350, 351, 353, 354, 356, 363, 367, 368, 372, 373, 375, 383, 394, 396, 402, 405, 407, 419, 428, 429, 430
  değerlendirme 435
  ergenlerde 441
  girişim 440
  görüldüğü ruhsal bozukluklar 437
  kullanılan testler 436
  oluş nedenleri 432
  risk etkenleri 439
  sağaltım 443
  sıklık ve yaygınlık 430
  tanım 429
  tarihçe 430
  yöntemler 440
özsevici kişilik bozukluğu 573

P

paleolojik düşünce 251
Panik Agorafobi Ölçeği 460
panik bozukluğu 32, 41, 48, 233, 235, 236, 237, 371, 438, 439, 450, 451, 454, 455, 457, 459-463, 465, 466, 472, 476, 477-479, 494, 522, 539, 599, 628, 706, 751, 754, 768, 802, 881, 885, 890-893, 900, 902, 911, 915, 917, 919, 930
  ayırıcı tanı 460
  belirtiler ve bulgular 457
  gidiş 460
  ölçme ve değerlendirme araçları 460
  sağaltım 462
  sıklık ve yaygınlık 457
  tanı 459
paranoid durumlar 324, 327, 331, 542, 673
paranoid düşünce 190, 328, 419, 683
paranoid kişilik bozukluğu 559, 560, 563, 564, 567, 580
paranoid şizofreni 254, 274, 324, 327, 730
paranoya 41, 188, 288, 324, 325, 326, 327, 331, 680, 711, 718
parasomniler 635, 636
parkinsonizm 668, 674, 675, 845, 849, 876
Parmak Bulma Testi-Benton Formu 205
Paroksetin 395, 408, 476, 478, 479, 493, 595, 639, 802, 834, 852, 883, 884, 887, 892, 894, 895, 898, 906, 907, 909-911, 932, 933
pasif-agresif kişilik bozukluğu (bkz: edilgin-saldırgan kişilik bozukluğu)
patolojik sarhoşluk 707
pavor nocturnus 636
paylaşılmış psikotik bozukluk 333
penise imrenme 107, 108, 109, 110
piblokto 335
Pick Hastalığı 643, 644, 664, 679
pimozid 331, 626, 778, 825, 829, 833, 836, 837, 851, 853
pindolol 401, 494, 919

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi 633
polidipsi 267, 867
post-ensefalitik sendrom 683
post-travmatik stres bozukluğu (bkz: örselenme sonrası zorlanma bozukluğu)
pozitif belirtiler (bkz: artı belirtiler)
Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği 268
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği 193, 268
prefrontal korteks 29, 30, 31, 33, 37, 162, 208, 213, 267, 281, 282, 287, 289, 292, 293, 379, 380, 473, 474, 488, 651, 771, 782, 800, 858, 948
pregabalin 474, 476, 918, 919
progresif teleolojik regresyon 295
projeksiyon (bkz: yansıtma)
projektif idantifikasyon (bkz: yansıtmalı özdeşim)
projektif değerlendirme teknikleri 193, 195
protaktin 35, 302, 697, 830- 833, 835, 838, 843, 852, 853, 860, 887, 909, 942
propranolol 383, 474, 715, 844, 868, 870, 889, 919
psikastenik 83, 189, 481, 486, 530
psikojenik psikoz 324, 334, 523, 527, 528
psikiyatrik epidemiyoloji 138, 225, 226, 229
psikiyatrik görüşme 134, 138, 141, 155, 181, 191, 560, 821, 981
psikiyatrinin tarihçesi 1
psikofizyolojik bozukluklar 544, 610
psikolojik değerlendirme 138, 154, 160, 181, 230
psikolojik testler 156, 165, 181- 184, 442, 605, 736, 743, 988
  tanım 181
  tarihçe 183
psikomotor hızlanma 359, 941
psikomotor yavaşlama 346, 347, 349, 354, 369, 397, 649, 657, 662, 676, 678, 879, 898, 903
psikonevroz 5, 294, 448, 449, 512, 514, 515, 529, 563, 958, 976
psikoseksüel gelişme 6, 556, 615
psikososyal gelişme 13, 60
psikosomatik bozukluklar 544, 610, 615, 958
  oluş nedenleri 613
  sağaltım ilkeleri 616
  sıklık ve yaygınlık 613
  sınıflandırma 612
  tanımı 612
psikosomatik tıp 610
psikoşirürji (bkz: beyin cerrahisi)
psikoterapiler 2, 13, 307, 309, 408, 477, 549, 581, 682, 727, 754, 758, 764, 766, 772, 790, 796, 797, 824, 955
  aile psikoterapisi 967
  bilişsel terapi 965
  çözüm işlemi 960
  davranış terapisi 963
  destekleyici psikoterapi 962
  grup psikoterapisi 968
  hasta seçimi 979
  psikanaliz ve psikanalitik psikoterapi 958
  tanımı 955
  temel ilkeler 969
  Türkiye de uygulama sorunları 980
  türleri 955
  uygulama alanları 976
psödodemans (bkz: yalancı bunama)
Purdue Çubuk Tahtası 205

R

rasyonalizasyon (bkz: akla uygunlaştırma)
reaksiyon formasyon (bkz: karşıt tepki kurma)
reboksetin 476, 478, 802, 883, 898, 910
regresyon (bkz: gerileme)
REM uykusu 347, 385, 386, 597, 630- 632, 635, 636, 639, 894, 907, 914, 920
REM-dışı uyku 347, 386, 630, 635, 637
Rett bozukluğu 744, 752
Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi 211
risperidon 299, 302, 304, 401, 409, 411, 494, 654, 673, 754, 772, 778, 802, 828, 832, 833, 836- 838, 841-844, 849- 853, 856, 875, 880, 929
rivastigmin 670, 671, 922, 923
Rorschach Testi 194
Ruff Şekil Akıcılık Testi 214
ruh sağlığı 9, 10, 11, 14, 109, 114, 129, 130- 132, 192, 225, 226, 228, 229, 232-235, 238, 314, 316, 354, 366, 399, 405, 407, 441, 451, 452, 457, 462, 465, 468, 482, 516, 539, 542, 551, 600, 629, 693, 694, 695, 754, 789, 790, 810, 812-819, 979, 990, 996
ruhsal
ruhsal bozukluklarda ilaç sağaltımı 824
ruhsal bozukluklarda sağaltımın genel ilkeleri 821
ruhsal bozukluklarda sınıflandırma 218
ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi 225
ruhsal cinsel gelişme 96
ruhsal durum muayenesi 153
ruhsal kökenli ağrı 539
ruhsal toplumsal dönemler 98
ruhsal toplumsal gelişim 97

S

Saat Çizme Testi 201, 211
sadizm 577, 605, 607
sado-mazokist kişilik 577
sağlıklı beslenme takıntısı 628
sanrı 76, 171, 172, 174, 252, 253, 254, 255, 257, 259, 260- 262, 264, 265, 269, 270, 272, 274, 286, 294, 296, 324-333, 335, 345, 348, 350, 355, 357, 360- 362, 365, 394, 402, 440, 461, 486, 528, 539, 545, 550, 567, 568, 592, 622, 643, 644, 648, 650, 660, 668, 674, 684, 710, 716, 763, 768, 769, 827, 837, 941, 992
  türleri 173
sanrılı bozukluklar 172, 324, 325, 326, 330, 335, 827
saplanma 86, 97, 100, 101, 103, 104, 108, 178, 449, 490, 491, 556, 575, 607, 615, 698
saplantı-zorlantı bozukluğu 480, 482, 485, 486, 488, 490, 494, 495, 576, 891, 892
  ayırıcı tanı 486
  belirtiler ve bulgular 482
  gidiş ve sonlanış 487
  oluş nedenleri 487
  ölçme ve değerlendirme araçları 486
  sağaltım 493
  tanı 485
  tarihçe 481
  türleri 485
  yelpazesi 485
Schneider belirtileri 253, 259, 357, 360
SCL-90-R 190
sedatifler (bkz: bunaltı giderıciler)
seçici serotonin geri-alım önleyicileri 892, 893, 895, 903, 906, 933
  kullanımla ilgili uyarılar 893
sedatifler 343, 362, 729, 843, 855, 875, 897
sekretin 804
serbest çağrışım 55, 208, 310, 958, 959, 962, 977, 985
serotonin 25, 35, 40, 46, 47, 288, 349, 375, 377, 383, 384, 396, 400, 434, 557, 558, 595, 623, 624, 652, 669, 672, 746, 769, 776, 777, 779, 783, 800, 802, 831, 832, 843, 858, 859, 865, 882, 885, 890- 892, 894, 900, 901, 907, 908, 943, 951
serotonin dizgesi 39, 266, 488, 542, 623, 722
serotonin düzenleyicileri 764, 883, 898
serotonin ve noradrenalin geri alım önleyicileri 395, 476, 478, 493, 494, 505, 549, 550, 552, 581, 595, 672, 681, 722, 754, 869, 883, 891, 893, 895, 896, 901- 903, 906, 917, 933
sertindol 299, 626, 828, 834, 835- 837, 844, 850- 852, 856
sertralin 395, 399, 476, 478, 493, 802, 884, 892, 894, 895, 906, 908, 909- 911
sınırda kişilik bozukluğu 365, 429, 435, 438, 444, 560, 566, 568, 570- 573
siklotimik bozukluk 341, 342, 865
sildenafil sitrat 927
sinirsel yiyesizlik (bkz anoreksiya nevroza)
sistematik duyarsızlaştırma (dizgeli duyarsızlaştırma) 480, 956, 957, 964
sitalopram 395, 399, 476, 478, 493, 521, 722, 802, 875, 882, 883, 890, 892, 893, 895, 906, 909, 910
somatizasyon bozukluğu 159, 233, 235, 450, 456, 513, 516, 538, 539, 544, 545, 551, 569
somatoform bozukluklar 32, 448, 449, 450, 512, 513, 523, 537, 573, 576, 912, 963
somnambulizm (bkz: uyurgezerlik)
somutlaştırma 85, 449, 564
sosyal bunaltı bozukluğu (bkz: sosyal fobi)
sosyal fobi 157, 235, 369, 451, 455, 462, 463, 465, 466, 474, 549, 574, 621, 706, 757, 802, 882, 891, 892, 900, 917, 919
Sosyal Yetiyitimi Ölçeği 231
soyut düşünme 170, 184, 249, 292, 518, 647, 656, 658, 659, 711

Sözcük Akıcılığı Testleri 210, 213, 214
Standardize Mini Mental Test 661
STAR*D çalışması 400
STEP-BD çalışması 406, 407, 409
stres (bkz: zorlanma)
subkaudat trakotomi 494, 951
sublimasyon (bkz: yüceleştirme)
suç işleyen ruh hastası 989, 991, 993, 994
suç sorumluluğu 989, 991, 993, 995
sulpirid 778, 828, 830, 835, 836, 837, 850, 856, 918, 928
sünnet 106, 109, 110, 111, 115, 149, 150, 739, 982
süperego (bakınız üstbenlik)
sürçmeler 75, 957, 959, 962

Ş

Şimdiki Durum Muayenesi 138, 191, 228, 232, 516
şizoaffektif bozukluk 264, 265, 270, 355, 361, 363, 376, 377, 419, 833, 860, 865, 874
şizofreni 4, 5, 10, 12, 30-33, 35, 37-43, 45-48, 74, 76, 78, 87, 119, 126, 157, 158, 159, 162, 166-168, 170, 175, 189, 191-193, 200, 207, 219, 225, 227, 228, 232, 235-238, 242-316, 324-327, 332-335, 339, 342, 344, 355, 357, 360, 361, 374, 376, 377, 416, 435, 437, 438, 444, 445, 455, 461, 466, 486, 515, 522, 523, 527, 528, 539, 542, 545, 552, 564, 565, 567, 568, 570, 589, 592, 594, 596, 622, 632, 633, 637, 642, 643, 649, 663, 684, 694, 706, 710, 728, 729, 730, 731, 744, 766, 768-770, 802, 823, 824, 827, 830, 832-835, 837, 839, 840-842, 845, 846, 847, 849, 851, 853, 860, 865, 874, 902, 911, 926, 940-942, 948, 958, 963, 965, 977, 978, 980, 991, 992, 996
  artı ve eksi belirtiler 256
  ayırıcı tanı 268
  bağımlılık sorunları 266
  başlangıç 245
  başlangıç yaşı 244
  evlenme sorunu 313
  gidiş ve sonlanış 271
  hastalık öncesi kişilik 246
  hastaneye zorla yatırma 314
  klinik belirtiler ve bulgular 246
  oluş nedenleri 274
    bilgi işlemede bozukluk varsayımı 291
    biyokimyasal araştırmalar 306
    doğum ve virüs varsayımları 284
    kalıtım 275
    nörogelişim kuramı 290
    psikososyal etkenler 294
    yapısal ve işlevsel bozukluklar 281
    yozlaşma kuramı 291
  ölçme ve değerlendirme araçları 267
  ölüm ve özkıyım 273
  psikoterapi 309
  sağaltım 296
  sağaltımı reddeden hasta 314
  seyir ve yaygınlık 243
  süregenleşme ve yetiyitimi 316
  ş. ardı çökkunlük 263
  şizotipal durumlar 265
  tanı 258
  tarihçe 242
  türleri 262
şizoid kişilik bozukluğu 277, 558, 559, 560, 567, 568, 574, 751
şizotipal kişilik bozukluğu 265, 277, 280, 560, 565, 567, 568, 580

T

tadalafil 602, 927
talamus 31, 33, 34, 41, 282, 293, 379, 384, 651, 675, 677, 776, 948
Tanı için Görüşme Çizelgesi (DIS) 192, 231
tanımlayıcı psikiyatri 218, 219, 228
tasalanma 67, 451, 453, 454, 469, 470, 471
taşkın duygudurum 157, 158, 248, 339, 362
tavşan sendromu 847
tedirgin bacak sendromu 636, 639, 886, 907
tekuçlu bozukluk 364, 366, 368-370, 372, 375, 376, 378, 393, 400, 405
Tematik Algı Testi 194
temel güven-güvensizlik 98
tianeptin 45, 396
tienobenzodiazepin 832, 851, 852
tik bozuklukları 773-778, 781, 798, 801, 803
  ayırıcı tanı 775
  belirti ve bulgular 773
  oluş nedenleri 775
  sağaltım 778
  sıklık ve yaygınlık 773
tiyoksantenler 829
tiyopental 921, 944, 945
tiyoridazin 827, 828, 833, 835, 836, 854, 855
tolerans 415, 494, 621, 638, 688, 689, 690, 700, 701, 703, 726, 730, 801, 831, 852, 853, 867, 881, 886, 896, 899, 910, 913, 916, 921
topiramat 722, 803, 875, 878, 879, 880, 919
Tourette sendromu (bkz: Gilles de la Tourette)
tranilsipromin 399, 400, 902
transeksualite 585, 590, 591, 603, 604, 605, 607, 996
transferans (bkz: aktarım)
transkraniyel manyetik uyarım 401
travma (bkz: örselenme)
travma sonrası stres bozukluğu (bkz: örselenme sonrası zorlanma bozukluğu)
travmatik nevroz 502, 503
trazodon 396, 505, 639, 682, 883, 899, 901, 906, 907, 908, 910, 911, 917, 920, 930
triazolam 914, 920
trifluoperazin 827, 828, 829, 838, 931
trisiklik antidepresanlar 38, 349, 396, 397, 398, 406, 476, 478, 505, 542, 595, 653, 672, 681, 769, 783, 799, 800, 802, 835, 850, 873, 883-887, 890-892, 895-898, 901-903, 905-908, 933
Türk Ceza Yasası
  madde 32 992
  madde 34 993
  madde 57 994
Türk Yurttaşlık Yasası 994, 995, 996
  evlenme 995
  boşanma 996
  cinsiyet değiştirme 996
Türkiye Ruh Sağlığı Profili 233, 234, 235, 366, 451, 452, 457, 462, 465, 482, 516, 539, 542, 551, 694, 695

U

UCLA Yalnızlık Ölçeği 436
Ulusal Yetişkin Okuma Testi 204
Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI) 138, 228, 231
uyarıcılar 193, 601, 687, 725, 729, 730, 772, 782, 783, 786, 875, 925, 926
  çocuk ruh hekimliğinde 800, 801, 803, 810
uyku 13, 35, 39, 100, 101, 112, 118, 148, 152, 160, 167, 254, 256, 271, 281, 289, 346, 347, 349, 350, 351, 355, 358, 359, 362, 363, 365, 371, 381, 384-386, 403, 405, 416, 435, 441, 452, 454, 475, 476, 478, 479, 497, 498, 499, 501, 505, 524, 525, 544-546, 578, 597, 610, 611, 616, 618, 629-639, 646-650, 655, 657, 660, 662, 673, 682, 688, 700, 708, 710, 712, 715, 716, 720, 725, 729, 730, 749, 754, 757, 763, 767, 768, 778, 779, 789, 803, 804, 811, 820, 827-835, 838, 839, 843, 845, 847, 849, 855, 863, 870, 873, 876, 879, 884-886, 888, 890-894, 896, 897, 898-900, 902-904, 906, 907, 910, 913-921, 924-926, 928-931
  işlevi 631
  muayenesi 632
  özellikleri 630
  ruhsal bozukluklarda uyku 637
uyku bozuklukları 152, 441, 610, 618, 628, 630, 632, 633, 634, 637, 639, 682, 712, 754, 763, 789, 803, 804, 914
  niceliksel bozuklukları 634
  ölçme ve değerlendirme araçları 633
  sağaltım 637
  sınıflandırma 633
uyku hijyeni 632, 638
uyku ilaçları 362, 638, 639, 725, 920
uyku yoksunluğu sağaltımı 403, 952
uykuda apne sendromu (bkz: uykuda soluk durması)
uykuda diş gıcırdatma 639, 920
uykuda korku nöbeti 635, 636
uykuda soluk durması 635, 636, 639
uykusuzluk 148, 150, 152, 256, 351, 363, 397, 478, 479, 552, 618, 629, 632, 633, 634, 637, 650, 660, 710, 716, 726, 729, 730, 801, 825, 886, 890-893, 896-898, 900, 902-904, 906, 916, 919-921, 925
uyku-uyanıklık düzeni bozukluğu 633, 635
uykuyla bağlantılı hareket bozuklukları 636
uyurgezerlik 79, 80, 150, 520, 523, 618, 632, 636, 920

Ü

Üç Boyutlu Blok Yapımı 212
üretkenlik 127, 131, 390, 391
üstbenlik 53, 55, 57, 58, 65, 66, 69, 74, 75, 81, 88, 108, 112, 122, 389, 390, 419, 467, 468, 491, 531, 569
üst-biliş 470

V

vagus siniri uyarımı 949, 950
vajinismus 593, 594, 597, 598, 599, 600, 602, 618, 907
valproat 306, 385, 408, 410, 412, 415, 581, 803, 831, 850, 856, 863, 869, 871- 875, 877- 880, 887, 919, 932, 944
valproik asit (bkz: valproat)
varsanı 41, 166, 167, 168, 171, 175, 176, 245, 249, 250, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 265, 269, 270, 271, 272, 274, 281- 283, 286, 288, 289, 294, 325, 326, 329, 332, 333, 345, 348, 356, 360, 361, 394, 437, 449, 455, 461, 501, 632, 635, 646, 647, 649, 650, 658, 668, 672- 674, 678, 708- 710, 714, 716, 717, 728, 730, 731, 763, 768, 769, 993
ventlafaksin 38, 395, 396, 399- 402, 476, 478, 505, 506, 672, 783, 802, 883, 896, 901, 903, 906, 907, 909- 911, 943
Vitamin B12 eksikliğine bağlı bunama 665
vodoo 335

W

Wechsler Bellek Ölçeği 208
Wechsler testleri 185, 186, 187
Wernicke ensefalopatisi 652, 683, 711, 713
wihtiko 270, 335
Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) 30, 213

Y

yadsıma 2, 75, 76, 77, 106, 144, 149, 328, 329, 449, 461, 564, 622, 714
yakınlaşma 126, 131, 405, 601
yalancı bunama 344, 354, 657, 662, 668
yalancı psikoz (bkz: psikojenik psikoz)
Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği 486
yalıtma 84, 482, 490
yamalı yozlaşma 676
yanılsama 166, 449, 501, 708, 728
yansıtma 2, 76, 77, 85, 90, 193, 328, 329, 449, 461, 492, 572, 592
yansıtmalı özdeşim 89, 90, 572
yapılandırılmış görüşme çizelgeleri 181, 184, 191, 223
yapısal varsayım 55, 467
yapma-bozma 85, 86, 449, 489, 491, 492
yargılama 29, 55, 58, 75, 111, 140, 160, 170, 186, 271, 569, 647, 656, 657, 659, 663, 709- 711, 713, 740, 792, 992, 993
yas 167, 338, 339, 354, 388, 389, 432, 487, 499, 820
yaş dönümü çökkunluğu 340, 349, 390
Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri 436
yaygın bunaltı bozukluğu 233, 235, 450, 452- 456, 461, 467, 470- 473, 475- 477, 539, 636, 757, 802, 881, 890, 902, 914, 917, 918
  ayırıcı tanı 455
  belirtiler ve bulgular 453
  sağaltım 456
  sıklık ve yaygınlık 452
  tanı 454
yaygın gelişimsel bozukluklar 270, 744- 749, 753, 768, 769, 785
  sağaltım 753
yazışma ve rapor sorunları 998
yeme bozuklukları 39, 372, 441, 485, 610, 618, 620- 623, 628, 879, 882
Yeme Tutumları Testi 622
yer değiştirme 38, 80, 81, 84, 280, 448, 449, 467, 490, 491, 545, 547
yeti yitimi 297, 403, 671
yetiyitimi yılı 225, 238
yetiyitimine uyarlanmış yaşam yılı 225, 238
yineleme zoriantısı 503, 504
yorgunluk sendromu 551
Young Mani Derecelendirme Ölçeği 359, 768
yönelim 111, 160- 162, 164, 165, 169, 201, 248, 258, 259, 269, 332, 344, 356, 357, 362, 461, 466, 482, 498, 501, 543, 584, 590, 592, 606, 632, 647, 649, 650, 653, 655, 657, 658, 662, 667, 682, 708, 709, 792, 886, 888, 916, 930, 946, 992, 993
yüceleştirme 75, 83, 91, 112, 113, 571, 572
yürütücü işlevler 29, 30, 33, 213, 214, 280, 379, 658, 659, 661, 667, 676, 752
  yürütücü işlev testleri 213
Yüz Tanıma Testi 201, 211

Z

zararlı kullanım 233, 689, 693
zekâ 95, 141, 146, 160, 162, 163, 169, 170, 182- 187, 201- 203, 204, 207, 208, 246, 248, 269, 272, 290, 475, 503, 719, 748, 780, 784, 792
zekâ geriliği 170, 203, 221, 333, 412, 559, 589, 663, 712, 745, 747, 792, 794, 795, 796, 837, 838, 846, 847, 872, 993, 995
zekâ testleri 183- 185, 187, 195, 201, 203, 204, 736, 748
zidovudin 678
zihin kuramı 746, 752, 972, 973
zihinsel nitelikler 54
zihinselleştirme 972, 973
ziprasidon 299, 301, 304, 305, 401, 626, 673, 773, 778, 802, 833, 834, 836, 840, 843, 851, 852, 856, 875, 929
zopiklon 639, 920
zorlanma 19, 32, 70, 160, 168, 179, 227, 272, 334, 378, 380, 384, 393, 405, 414, 437, 496-507, 521, 525, 528, 537, 566, 568, 576, 615, 616, 636, 637, 639, 670, 699, 774, 802, 845, 963
zorlanmaya dayanma gücü 20, 496
zoriantı 52, 83, 84, 86, 166, 172, 176, 177, 245, 452, 462, 480-495, 502, 504, 559, 576, 831, 891- 893
zuklopentiksol 301, 827, 829, 836, 840
Zung Depresyon Ölçeği 190