BİR ŞİZOFRENİ ANLAMAK



SILVANO ARIETI

doruk

BİR ŞİZOFRENİ ANLAMAK

Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber

SILVANO ARIETI

DORUK YAYIMCILIK / Psikoloji
Bir Şizofreni Anlamak

Orijinal Adı
"Understanding and Helping the Schizophrenic"

Yazarı
Silvano Arieti

İngilizce'den Çeviren
Aylin Eti

Sayfa Tasarımı
Mustafa Sünnetcioğlu

Kapak Tasarımı
Gülay Saday

Simon&SchulsterⒸDoruk Yayımcılık 2003

Tüm hakları saklıdır. İzinsiz alıntı yapılamaz.

ISBN: 978-975-553-369-9

1.Basım : Ekim 2003
2.Basım : Ekim 2008

Baskı Cilt
Ufuk Matbaası
1. Matbaacılar Sitesi No: 2/68 Topkapı / İstanbul
(0212) 544 92 30

doruk

Himaye-i Etfal Sokak No: 6/2 Cağaloğlu/İSTANBUL
Tel: (0212) 514 61 57 - (0212) 514 61 58
e-posta: info@dorukyayimcilik.com
www.dorukyayimcilik.com

BİR ŞİZOFRENİ ANLAMAK

Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber

SILVANO ARIETI

İngilizce'den çeviren:
Aylin Eti

doruk

Silvano Arieti, (doğ. Pisa, İtalya 28 Haziran 1914 - ölm. New York 7 Ağustos 1981)

Silvano Arieti, yaşadığı dönemde şizofreni konusunda dünyanın en önemli otoritelerinden biri olarak kabul edilmiş bir psikiyatrdır. Yüksek lisans derecesini Pisa Üniversitesi'nden almış fakat Mussolini'nin git gide artan faşist ırk politikaları nedeniyle, İtalya'dan kısa zaman içinde ayrılıp Amerika Birleşik Devletleri'ne sığınmıştır.

Arieti, New York Tıp Okulu'nda psikiyatri profesörlüğü yaptı. Aynı zamanda, William Alanson White Enstitüsü'nde bulunan Psikanaliz Bölümü'nde eğitimci analist olarak çalıştı ve *American Handbook of Psychiatry* (*Amerikan Psikiyatri El Kitabı*) isimli altı ciltlik serinin editörüydü. Interpretation of Schizophrenia adlı çalışması, 1975 tarihinde Ulusal Kitap Ödülü'ne layık görüldü.

Arieti, şizofren hastaların psikoterapisi görevini üstlendi; bu, pek az meslektaşının uğraşmayı seçtiği bir yaklaşımdı. Alanında artık zihinsel hastalıkların travma modeli olarak tanımlanan, *Interpretation of Schizophrenia*'daki görüşleri, zihinsel hastalıkların ana akım tıbbi modeline karşıt bir hipotez sunar.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 11

Birinci Bölüm
ŞİZOFRENİYİ GÖZ ARDI EDEMEYİZ 15

İkinci Bölüm.
ŞİZOFRENİNİN UYARILARI 25
Uyarıların Göz ardı Edilmesi 25
Akut Belirtiler 30
Sinsice ve Yavaşça Gelişen Belirtiler 35
Yanlış Belirtiler 40
Sonuç 42

Üçüncü Bölüm
ŞİZOFRENİNİN TANIMI 45
Değişik Açılardan Şizofreni 49
Şizofreninin Değişik Tipleri 54
Şizofreninin Seyri 62

Dördüncü Bölüm
ŞİZOFRENİK DÜNYAYA BAKIŞ 65
Şizofreniklere Özgü Düşünme Yolları 70
Şizofreninin Dili 74
Varsanılar 79

Beşinci Bölüm
NEDENLER 81
Biyolojik Faktörler 83
Psikolojik Nedenler 87
Çocukluk Dönemi ve Aile 88
Psikososyokültürel Nedenler 97

Altıncı Bölüm
TEDAVİNİN ANA YÖNTEMLERİ 99
Yardım Arayışı 99
Tedavi Seçimi 100
Psikoterapi 102
Aktarım ve Karşı Aktarım 111
İlaç Terapisi 113

Yedinci Bölüm
HASTANE TERAPİSİ 119
Hastaneye Yatırma: İyi mi Kötü mü? 119
Değişik Hastaneler ve Hastaneye Yatırma Çeşitleri 124
Ortam Terapisi 127
Hastane Hizmetleri 129
Poliklinik Hizmetleri 130

Sekizinci Bölüm
HASTAYLA GÜNBEGÜN YAŞAM 133
Ev Doğru Yer mi? 133
Aileyi Göreviyle Tanıştırmak 136
Aile Terapisi 140
Özel Konular 141
Normal ve Aşırı İlgi 145
Çarpıtmalar ve Bunlardan Kaçınma 147
Önemli Olaylar ve Önemli Kararlar 150
Son Sözler 153

Dokuzuncu Bölüm
SONUÇ:
KLİNİK GÖRÜNTÜLER, İDARE ETME, BAKIM 155
Sonucun Tahmin Edilebilirliği 155

Şizofreninin Üstesinden Gelebilen Hastalar.....157
Hastalığı Süreğenleşen Hastalar.....159
Topluluktaki Rehabilitasyon Merkezleri.....164
İlk Geçiş Safhaları: Gecelik ve Günlük Hastaneler.....164
Ciddi ve Kronik Hastalar.....171
Son Sözler.....179

Onuncu Bölüm
ÖZEL DURUMLAR.....181
Terapötik Yardımcılar ve Psikiyatrik Arkadaşlar.....181
Acil Durumlar.....185
Ezoterik Tarikatlara Girmek.....188
Ek Sözler.....192

Onbirinci Bölüm
ÖNLEMLER.....193
Temel Önlemler.....194
Uzun Süreli Önlemler.....199
Kritik Önlemler.....200

Onikinci Bölüm
ŞİZOFRENİDEN NE ÖĞRENEBİLİRİZ?.....205
Hastanın Mesajı.....206
Şizofreni ve Toplum.....209
Şizofreni ve Yaratıcılık.....209
Son Sözler.....211

ÖNSÖZ

Bu kitabın ilk amacı tüm dünyada üç milyondan fazla Amerikalıyı ve kırk milyondan fazla insanı etkileyen, psikiyatrik bir durum olan şizofreni hakkında bilinenleri ve bilinmesi gerekenleri genel okura açıklamaktır. Hastanın gerçek olmayan dünyasını, içinde bulunduğu zorluğun çeşitli boyutlarını, kendine has kişilik tipinin gelişimini, bireysel psikolojik problemleriyle karşı karşıya kalmasını ve yeniden sağlığına kavuşma olanaklarını açıklayabilmeyi umut ediyorum.

Bu alanda insanı şaşırtan bilgi eksikliği, eski yanlış inançların ve hataların süregelmesine, korkuların (genellikle orantısızca) büyümesine, önyargıların sürmesine ve yardım tekliflerinin reddedilmesine veya gönülsüzce ve tereddütle yapılmasına meydan vermektedir. Sizlere, şizofrenin iyileşmeden önce bile televizyon şovlarındaki akıl hastası kişiden veya edebiyatta adı geçen deli akrabadan daha yakın olduğunu göstermek istiyorum. O, bir yabancıdan çok bizim kapı komşumuz olabilir.

Bu ilk amaç aslında sadece kitabın ikinci ve esas amacı için bir hazırlıktır: Aileye, arkadaşlara ve ilgili herkese hastanın sağlığına kavuşmasına veya ilerleme göstermesine yardım etmek görevine nasıl katılabileceklerini göstermek. İlk önce ne yapılması gerektiğini bilmek, hangi tedavilerin var olduğunu ve nasıl sağlandığını öğrenmek, hastaneye yatırmanın neler kazandıracağını ve en önemlisi hastayla günbegün nasıl yaşanacağını, nasıl konuşulacağını, onun için ne gibi düzenlemeler yapılması gerektiğini bilmek önem taşımaktadır.

Uzun yıllar boyunca, şizofreninin oluşumunda ailenin rolü genelde önyargılı bir bakış açısından ele alınmış ve hastanın topluma yeniden kazandırılması ve rehabilitasyonu sürecinde, ailenin katılımı kuşkuyla karşılanmıştır. Bu kitapta, son buluşlar doğrultusunda farklı bir ortam yaratmaya çalışacağım. Ne mutlu ki aile yalnız değildir. Bu kitabın göstereceği gibi psikiyatristler, diğer uzmanlar, yarı uzmanlar, hastaneler, yarı-evler ve pek çok diğer insan ve kuruluş bu büyük girişime katılmaya hazırdırlar ve çoğu zaman mükemmel bir iş başarırlar. Ancak ciddi bir problem olarak kalan hastaların sayısı göz önüne alındığında, Başkan Truman'dan bir deyimi değişik bir açıdan düşünerek ödünç alabiliriz; bütün iş ailede bitmektedir. Rehberlik ve aydınlığa gereksinim duyulduğunda aileden başka dönülecek ve yarar sağlanacak bir yer yoktur.

Bu kitabın üçüncü bir amacı da bozuklukların önlenmesi için ortaya koyacağımız öncü çabaları özetlemek ve son olarak da patolojik akıl durumunun bile yaşamın diğer yönleri için yararlı nosyonlar ortaya çıkarabileceğini göstermektir.

Bu kitap şüphesiz bu geniş konunun tümünü kapsayan bir kitap değildir. Genel okuru doğrudan ilgilendirmeyen pek çok konu kapsam dışı bırakılmıştır.

Bu konuların daha derin tartışılmasını veya ilgili konuların ortaya konulmasını isteyenler bunları benim (Şizofreninin Yorumu) Interpretation of Schizophrenia adlı kitabımda ve bu konu hakkındaki diğer birçok kitapta bulabilirler. Bu kitapta tüm önemli görüşlere ve tedavi şekillerine değinilmiştir. Ancak okur benim hangi görüşleri paylaştığımı ve hangilerine daha fazla önem verdiğimi anlayacaktır. Kendimi tüm yorum ve tedavilere karşı tamamen tarafsız bir tavır takınmaya zorlamak, şizofreniye yaklaşımıma ters düşecekti.

Bazı okurlar birçok soruya kesin cevap verilmediğini göreceklerdir. Onlara şizofreninin kabakulak ya da kızamık gibi olmadığını söylemem gerekir. İnsan varlığının bütün yönlerini kapsayan bir durum hakkında sınırlı bilgiye sahip olmamız büyük ölçüde yaşamın gizeminin sonu olmamasına bağlıdır. Ama eğer bu yolculuk sonsuzsa, bizim anlama, büyüme ve gelişme olanaklarımız da böyledir.

Kendimi bu kitabın tek yazarı olarak görmüyorum. Çok sayıda meslektaşımın çalışmalarından öğrendiklerimden başka, yıllar boyu bana güvenen ve inanan hastalarımı da bu kitabın ortak yazarı olarak gördüğümü belirtmek isterim. Şükranlarım onlarındır. Duyguların, düşüncelerin, yeniliklerin, sürprizlerin ve umutların paylaşılmasından doğan arkadaşlık ve yoldaşlığı onlarla yaşamaktayım.

Silvano Arieti

Birinci Bölüm
ŞİZOFRENİYİ GÖZ ARDI EDEMEYİZ

7:00 Saatin alarmı Joseph Monrot'u uyandırır, çalmaya devam eder, ses yükselir, hiç durmayacak gibidir. Joseph kalkar. Ses şimdi neredeyse kulaklarını sağır edecek gibidir. Kulaklarını kapatır ama sesi hâlâ duymaktadır. Ne yapacağını bilmez. Pencereye gider, oru açar ve çalar saatin yüksek sesi havaya yayılır, herhalde herkesçe duyulmuştur. Önceleri bir polis arabasının, sonra bir itfaiye aracının sireni gibi gelen ses, en sonunda tüm şehre bir uyarı sinyali verecek kadar güçlenir. Bu sabah sokaklar da olağandışıdır. Binalar komik şekiller almışlardır. Her şey Technicolor'ın parlak vızıltılarıyla doludur. Yirmi dört yıllık genç yaşamında Joseph Monrot, asla böyle bir önseziyle ve uğursuz bir gizemle karşılaşmamıştır.

Karanlıktır. Ann Marie Rufell birkaç blok uzaktaki evine gitmektedir. Ama bu karanlık diğer akşamüstülerin başlangıcından daha karanlıktır ve gelen ışıklar normalden daha bulanıktır. Şehrin sesleri daha değişiktir, umutsuzluğun dinmek bilmeyen sesi gibi bazen uzaklaşmakta, sonra da dalgalar halinde geri gelmektedir. Havada karışık ve anlamsız bir fısıltı duyulmaktadır. Sonunda kelimeler ayırt edilmeye başlar. Bunlar onun hakkındadır. Arkasına bakar ve onlar oradadırlar, garip suratlı acayip adamlar onu izlemektedirler. Yirmi iki yaşında masum ve zavallı bir kızdan ne isteyebilirler? Onu gözlemektedirler. Belki de onu yakalamak ve kaçırmak istiyorlardır. Panik içinde evine koşar. Titreyen elleri anahtar deliğini bulmaya çalışır, kapıyı açar, yaşlara boğulur ve bağırır, "Anne, anne, beni izliyorlar, benim peşimdeler!"

Joseph Monrot ile Ann Marie Rufell şizofreninin akut nöbetlerini geçirmektedirler. Eğer Joseph veya Ann Marie sizin ailenizin bir üyesi ise onların acıları hemen sizin acılarınız, problemleri sizin en önemli problemleriniz olacaktır. Bu garip hastalık hakkında öğrenebileceğiniz her şeyi bilmek isteyeceksiniz. Böylece bu insanların yaşadıklarını, bu durumla nasıl baş edileceğini ve baş etmekten öteye nasıl yardım edileceğini anlamaya çalışacaksınız. Bu hastalığa nelerin neden olduğunu ve tedavi etmek için neler yapılabileceğini öğrenmek isteyeceksiniz.

Eğer ailenin bir üyesi yakın zamanda hastaneden taburcu edildiyse, onunla günbegün nasıl yaşayacağınızı, yeni bir şizofrenik epizodun belirtilerini nasıl tanıyacağınızı, ne çeşit acil durumların görülebileceğini ve böyle durumların üstesinden nasıl gelebileceğinizi bilmek isteyeceksiniz. Eğer şansınız ailenizde kimsenin bu hastalığa yakalanmamasına yeterse, bir komşunuz veya arkadaşınız bu yüzden acı çekiyor olabilir. Bu nedenle son yıllarda şizofreniyle ilgili araştırmaların ne kadar ilerlediğini ve hâlâ nelerin aydınlatılması gerektiğini bilmek isteyeceksiniz.

Bu hastalığa yakalanmış hiç kimseyi tanımasanız bile taburcu olmuş ve şimdi topluluk içinde bulunan hastalarla karşılaşabilirsiniz. Bu hastalıktan etkilenen kişilere duyduğunuz ilgi, sizi bu konu hakkında bilginizi arttırmaya motive edebilir. Bu insanlar hakkındaki önyargıları, onlar topluma tekrar katıldıklarında veya en acınacak vakalar sokaklarda serseri ve sahipsizce dolaştıklarında, nasıl yenebileceğinizi bilmek isteyebilirsiniz. Aslında son yıllarda pek çok psikiyatrik hasta, özellikle de şizofrenler kamu hastanelerinden taburcu edilmişlerdir (Bir senede sadece New York'ta 50.000 psikiyatrik hasta taburcu edildi). Bu taburcu etme politikası katı olarak Birleşik Krallık'ta ta izlenmektedir.

Şizofreni hakkında pek çok şey duymuş, okumuş ve şizofreninin insanın iyi ve kötü durumlarıyla ilgili olduğu sonucuna da varmış olabilirsiniz.

Son ve en önemlisi, şizofreniden etkilenmiş veya şu anda etkilenen kişi sizseniz, pek çok vakada hastaların nasıl iyileştiklerini veya nasıl ilerleme gösterdiklerini, sayısız vakada, hastalığın bazı

işlevleri sınırlamasına rağmen yaşama yeni boyutlar kazandırabildiğini görmek isteyebilirsiniz.

Pek çoğu önceleri göz ardı edilen tüm bu konular bunu izleyen sayfalarda tartışılacaktır.

Şizofreni göz ardı edilemez. Ancak son yıllarda başka hastalıklara daha fazla önem verilmiştir. Kalp hastalığı, kanser, şeker hastalığı halkın ilgisini üzerlerine toplayanlardandır. Bu hastalıklarla savaşmak için sayısız kampanya düzenlenmiş ve hemen halktan ilgi görmüştür. Şizofreni aynı ilgiyi uyandırmamıştır. Şu anda hastanelerden sayısız şizofren taburcu edilmiş olmasına rağmen, çoğu hastane yatağı diğer hastalıklardan etkilenenlerden çok şizofreniden etkilenenlerle doludur. Başka hiçbir durum devlet veya aile için daha ayrı bir ekonomik yük teşkil etmemektedir. Birkaç yıl önce, şizofreninin Amerikan halkına yıllık maliyeti 14 milyar dolardı, bugün herhalde bunun iki katıdır. Pek az durum insanı bu kadar uzun bir süre engelleyebilir. Şizofreninin çok kısa süreli olabildiği bilinmesine rağmen (24 saatlik veya 48 saatlik şizofreni tanımlanmıştır), şansımıza gittikçe azalan bir sayıda, ergenlik veya hemen sonrasında başlayan ve hastanın yaşamının sonuna kadar süren vakaların olduğu da doğrudur.

Halkın şizofreniye olan ilgisini sadece diğer psikiyatrik durumlara olan ilgisiyle bile karşılaştırırsak, aralarında alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı ve depresyonun da bulunduğu pek çok psikiyatrik bozukluğun halktan ve basından daha fazla ilgi gördüğünü kolayca söyleyebiliriz. Eğer bir hastalığın önemini sadece ondan etkilenenlerin sayısına göre değerlendirecek olursak, alkolizm en büyük ilgiyi hak eder. Ama bu önemi, akli rahatsızlığın aşırılığı veya akıl sağlığının işlevlerine müdahale açısından değerlendirirsek, başka hiçbir problemin şizofreniden daha önemli olmadığına karar verebiliriz.

Şizofreninin bugünkü kuşak üzerindeki etkisini düşündüğümüzde (dünyada neredeyse 40 milyon şizofrenik vardır), tarihte hiçbir savaşta bu kadar çok kurban ya da yaralı olmadığını düşünebiliriz. Hiçbir depremde böyle yüksek bir bedel ödenmemiş bildiğimiz başka hiçbir durum bu kadar çok genç insanı yaşama umudundan yoksun bırakmamıştır.

Öyleyse şizofreni neden genel halka yönelik basın ve diğer medyadan böylesine az ilgi görmektedir? Bunun bir tek cevabı yoktur, ama birbirini pekiştiren nedenlerin kombinasyonundan söz edebiliriz. Şizofreninin sayısız problemlerinden yılmış pek çok insan bir inkâr tavrı takınırlar, yani şizofreni yokmuş veya onunla ilgilenmenin en iyi yolu onu göz ardı etmekmiş gibi davranırlar.

Maalesef aralarında birkaç profesyonelin de bulunduğu bazı insanlar şizofreninin varolmadığında, bir efsane olduğunda ısrar ederek halktan ve basından, açıklamalarının sansasyonel olması nedeniyle, çok ilgi görmüşlerdir. Şizofreninin varlığını inkâr eden veya onu bir hastalık olarak kabul etmeyi reddeden kişilerin bazısı iyi niyetlidir. Onların bu ciddi akıl hastalığına karşı kayıtsız kalmalarının nedeni ya bir hastalığın görünür vücut değişiklikleri olmadan sürmeyeceğine inanmaları ya da Freud'dan beri benimsenen pek çok psikiyatrik hastalığın psikosomatik, yani en azından bir bölümünün duygusal faktörlerin bir sonucu olduğunu kabul edememeleridir. Her hastalığın vücudun bazı hücrelerinde anormal anatomik transformasyon gerektirmediğinin anlaşılmasıyla tıpta yaşanan devrimi kabul etmeyi reddederler. Alman patolog Virchow tarafından ortaya atılan bu kavram hastalıkların çoğunluğu için geçerli olmasına rağmen, hücrelerin değişiminin sadece duygusal bir bozukluktan sonra görüldüğü bazı durumlarda geçerli değildir. Yine de bazı hastalıklarda değişiklik hücrelerin yapısında değil, bazı hücrelerin işleme yollarında görülmektedir. Bu durumda bu hastalık işlevsel olarak nitelenmemektedir. İşlevsel bir hastalıkta, biyokimya değiştirilebilir ve esas anatomik yapı değişmemesine rağmen ciddi ölçüde anormalleşebilir.

Diğerleri şizofreninin varlığını bu akli durumun tanımlanamadığı, bildirimlerinin diğer hastalıklardan çok farklı olduğu ve nedenlerinin tartışılabilirliği gerekçeleriyle reddederler. Ama herhangi bir şeyi tam olarak tanımlayabilmek, bu şeyi kusursuz bir şekilde bilmek demektir. Örneğin elektriği veya atomu

tanımlamak için haklarında her şeyi bilene kadar bekleseydik, bilim hiçbir ilerleme sağlayamazdı. Aslında şimdi bile pek çok kişi elektrik enerjisini düzenleyen kanunları ve pek çok özelliğini bilmemize rağmen, elektriğin ne olduğunu bilmediğimizi iddia edebilir. Yunanca'da 'atom' kelimesi daha fazla bölünemeyen şey anlamına gelir. Bu atomun tamamen yetersiz bir tanımıdır ama böyle işe yarar tanımlar olmasaydı fiziksel kimya ilerleyemeyecekti.

Konu şizofreni olduğunda, bildiğimiz çok şey vardır. Kütüphaneler bu bozukluk hakkındaki kitaplarla doludur ve bugün bu durumu tedavi etmekteki başarımız, şizofreniyi 'dementia preacox' olarak ilk kez tanımlayan psikiyatrist Emil Kraepelin'i şüphesiz şok edebilirdi. 1896'da en önemli kitabını yazdığında, Kraepelin, her şizofreni vakasının ilerleyerek kötüleştiğine, hiçbir ilerleme ve iyileşme olmayacağına inanmaktaydı. Şansımıza bu inanış artık geçerli değildir.

Bu açık ve büyük ölçüde rahatsız edici durumun varlığını reddetmenin bilinçsiz nedenlerini arayacak olursak, bu inkârın temelinde şizofreninin en tipik örnek olduğu delilik, çılgınlık veya manyaklık olarak adlandırılan akıl hastalıklarına karşı varolan ortak ve eski önyargıların bulunduğunu görürüz. Akıl hastalığı korkusu veya korkulacak veya utanılacak bir kavram olarak akıl hastalığı bunun inkârına neden olur. Eğer garip, abartılı, tartışmalı veya anlaşılmadık davranışlarda bulunursak, yanlışlıkla şizofrenik olarak adlandıracağımız inancı da inkârın nedenlerindendir. Bu bozukluktan kendimizin de gizlice etkileniyor olabileceği inanışı, bunun yadsımasına neden olur. Başkalarında özellikle çocuklarımızda görülen şizofreninin doğrudan ve tek nedeninin biz olabileceğimiz ve ortaya çıkan suçla yüzleşmemiz gerekmesi ve hiçbir dayanağı olmayan şizofreni için hiçbir şey yapılamayacağı inancı da, bunun inkârına neden olur. Aslında üç hastadan biri tamamen iyileşmekte ve hastaların üçte birinden fazlası da yeterli bir yaşam sürdürecek kadar ilerleme göstermektedir.

Akıl hastalıklarına karşı önyargıların hızla azaldığını ve artık daha az ortaya konduğunu belirtmekte yarar vardır ancak bu önyargı, özellikle belirli toplumsal sınıflarda ve coğrafi bölgelerde hâlâ vardır. Bu önyargı, akıl hastalığının 'utanç' yani aşağılayıcı bir özellik olarak adlandırılmasıyla ortaya konur. Büyük şizofrenlerin şiddete ve antisosyal agresif davranışlara daha yatkın olduğu eski zamanlarda daha ağırdı. Ama bunun yanlış olduğu kanıtlanmıştır. Artık şiddet davranışları şizofrenler arasında genel nüfustan daha sık değildir. Ancak şizofrenlerin bazı özellikleri hiçbir toplumun hoşlanmayacağı türdendir. Şizofren her zaman toplumun beklentileri doğrultusunda veya duruma uygun olarak düşünülen şekilde hareket edemez. Toplum düzene, bağlılığa ve kendi kurallarına uymaya inanır. Büyük sosyolog Emile Durkheim'ın belirttiği gibi, yoldan ayrılanlara karşı takınılan ayrımcı tutumlar, toplumun dengesini korumak ve ona karşı tehditleri önlemek isteyen toplum üyelerinin içini rahatlatmak amacındadırlar. Şizofrenler gündüz uyumaya gece dolaşmaya alışkındırlar, pek çok durumda uygunsuz giyinirler; örneğin bir cenazeye kotla gidebilirler, kendileriyle konuşulduğunda boş boş bakabilirler. Ancak şizofrenleri gözlemleyen ve inceleyen kişiler bilirler ki bu uyumsuzluk başkalarına karşı bir tehdit değil, kendi özel işleridir. Hasta yenilikçi biri olmak istemez. Uygunsuzluk, acayiplik, aldırmazlık veya apati olarak nitelendirilebilen davranış görüntüleri kötülük değil sapkınlık belirtisi olarak düşünülmelidir. Genel halk yavaş yavaş şizofrenlerin sapkınlığının sosyal açıdan teknikleri olmadığını öğrenmektedir. Yine de değişik olduğu için hastanın kendi insanları arasında bir yabancı, kimseye benzetilemeyen biri olduğu gerçeği de vardır. Bir alkoliği veya depresif birini düşündüğümüzde özdeşim yapmak daha kolaydır. Çoğumuz ara sıra içki içmeyi severiz ve hepimiz yaşamımızın bir bölümünde depresif olmuşuzdur.

Şizofrenlere küçümseyerek bakılır çünkü o geri çekildiğinde ya dünyadan korkmuş ya da dünyayı reddediyor izlenimini vermektedir. Bazen bu ortamla hiç ilgisi yokmuş veya tüm evreni sınırsızca hor görüyormuş gibi bir tavır takınır. Daha sonra göste-

receğim gibi, bu gerçekten uzaktır. Bu, şizofrenin başkalarına olduğu kadar sıklıkla kendisine de verdiği izlenimdir. Onun gizli dileği insan topluluğuna tekrar katılmaktır. Paranoid şizofren adaletsizliklerin merkezi gibi davrandığında veya herkeste kusur bulduğunda, sadece görünen hareketlerinde ve düşüncesinin yüzeysel tabakalarında bunu yapmaktadır. Hastalığı onu sarıp sarmalayan güvensizliğe karşı bir korunma olarak bu tip tavırlar geliştirmesine neden olmuştur.

Şizofreni, utanmamızı veya kendimizi suçlamamızı gerektiren bir şey değildir. Aynen yaşadığımız yerde meydana gelen yer sarsıntılarından utanmamız ve suçluluk duymamız gibi. Ve yer sarsıntılarının tersine şizofreni, hakkında pek çok şey yapabileceğimiz bir olgudur. Utanmamız veya kendimizi suçlamamız gereken birşey varsa, bu bizim sorunu inkâr etmemiz, bu bozukluğu önlemek için hiçbir şey yapmamamızdır. Şizofreni dolaylı olarak veya biraz da bizim toplumumuzun elverişsiz ve adaletsiz koşullarıyla ilgili bile olsa, utanç duymamalı ve ihmal etmemeliyiz. Bu koşulları belirlemeye ve hafifletmeye çalışmalıyız. Şizofreninin hâlâ bizimle olduğu gerçeğini düşünerek, çevremizi ve sosyal kurumları hareketlendirmek için yeni ilhamlar bulmalı, ailelerimizin içinde yaşayarak birbirimizi etkilemeliyiz.

Buraya kadar şizofreninin kolektif etkilerinden söz ettim. Bu akıl bozukluğunun en trajik dramı acı çeken bireyin durumudur. Şizofreni genellikle fiziksel bir acıya neden olmaz ama yol açtığı ruhsal ıstırap öylesine büyük olabilir ki hasta bunu memnuniyetle fiziksel acıyla değişebilir. Bazı hastalar beyinlerindeki ıstırabı dindirebilmek için kendilerine fiziksel olarak zarar verirler. Hastalığın başlangıç safhasında ortaya çıkan bu ıstırabın öncesinde uzun zamanlar fark edilmemiş, önemsenmemiş ve sıklıkla şüphelenilmemiş erken çocukluk dönemine kadar uzanan acılar vardır. Başlangıç safhasında ve sonrasında, hasta kendinin dünyayla hiçbir iletişimi olmadığı korkusuna kapılır. Diğerlerini anlamamaktadır, diğerleri de artık onu anlamazlar. Kendini yalnız ve dışlanmış hisseder ama yine de yeterince dışlanmamıştır çünkü etrafını saran belirsiz güçler, tanımlanamayan kötülükler ve bazı

insanlar ona zarar vermek için onun peşindedirler. İyileşmedikçe veya gelişme göstermedikçe - onun lehine ikiye bir şansı olduğunu tekrar etmeliyim - işlevlerinde gittikçe ilerleyen bir azalma görülecektir. Yaşamdan, almaktan ve vermekten, umut etmekten ve yaratmaktan gitgide daha az zevk alabilecektir. Zaman artık onun için işlememektedir. Gerilemediği gibi ilerlememektedir de. Şu anki bu büyük yıkım durumunda çakılıp kalmıştır.

Akıl hastalarına karşı şefkatli olmak, acılarını anlamak ve onlara karşı beslenen önyargıları yenmek önemlidir ama daha da önemlisi hastaya karşı bir yakınlık duygusu geliştirmektir çünkü bu şefkat önyargıların ortadan kalkması anlamına gelir. Eğer böyle yaparsak, yardım edebilme şansımız da artacaktır. Pek çok vakada hastayı takdir bile edebiliriz.

Öne sürdüğüm görüşler şizofreniklerin en doğruyu veya bizden gizlenen yüksek gerçekleri gördüğüne inandığımdan değildir. Bu psikiyatri uzmanlarından çok halkın arasında popüler olan İngiliz psikiyatrist Robert Laing tarafından benimsenen abartılı bir görüştür. Hiçbir insan en doğruyu bilemez kaldı ki çoğu zaman gerçeği fantaziden ayırt edemeyen şizofrenikler hiç bilemez. Bunun yerine ben şizofrenikleri dünyayı ciddiye aldıkları ve yaşamda kabullenemedikleri şeyleri kabullenmemeleri yüzünden takdir edebileceğimize inanıyorum. Kötü bir ortam olarak nitelendirdiği çevre için ödün vermek istemez ama etkili bir karşı çıkış için yeterli gücü olmadığını hisseder.

Neden ona yakınlık duymalıyız? Çünkü her birimizde en azından bir damla sapkınlık vardır ama şizofreniklerin tersine biz bunu göstermekten korkarız. O sapkınlığını büyütür, biz ise kendimizinkini mümkün olduğunca gömeriz. Biz de kimi zaman reddedilmiş veya reddetmeye yakın, suçlanmış veya suçlanmaya yakın hissederiz. Şizofreniğin karşı koymasına aslında çoğu zaman ortak olabiliriz ama biz sessiz kalırız.

Şizofrenik bağırabilir ama bu çığlıkta hastalığın sesi vardır ve protestosu, aynen Joseph Monrot'nun tüm şehri sağır eden saatin alarmına veya Ann Marie Rufell'in onu izleyen ve ona zarar vermek isteyen garip suratlı adamların görüntüsüne verdiği dehşet-

li tepkisi gibi garip şekiller alabilir. Şizofrenikleri tanımaya çalışırken, okuyucu sadece insanın duyduğu dehşeti ve yaşadığı trajedinin değişik yönlerini görmekle kalmayacak, aynı zamanda insan aklının özünü, değişkenliğini ve zenginliğini de keşfedecektir. Bir hastalığı incelerken bunu yapmak nasıl mümkün olabilir? Şizofreninin incelenmesi bizi mantıksız dünyaya götürmektedir ama bu mantıksızlık da insanidir ve kendi içinde bir mantığı ve zenginliği vardır. Bir rüyadan daha mantıksız ne olabilir? Şüphesiz ki bizi bir seferde değişik zamanlarda yaşatan, yerleri karıştırtan, insanları yanlış tanıtan veya uyanıkken hiçbir zaman yapmayacağımız şeyleri yaptıran bir rüyayı kastetmiyoruz. Freud'un rüyaların anlamı ile ilgili büyük buluşu, aklın rüya gördüğünde yaptığı mantıksal çalışmayı gözler önüne sermiştir. Freud'un rüyalar hakkında bize gösterdikleri insan ruhunun yeni boyutlarını anlamamızı sağlamıştır. Aynı şekilde, şizofreniyi ele aldığımızda, bir hayal dünyasını gerçeğin üstünlük kazanamadığı bir metaforu veya metaforlardan oluşan bir evreni inceleyebiliriz. Normal olarak adlandırılan kişiler gerçekliğin tutsakları olarak kalırken, şizofrenikler bu dünyanın firarileri haline gelirler. Biz sıkıca dünyaya bağlanırken onlar daha iyi dünyalar bulmaya çalışan astronotlar gibidirler, ancak astronotların tersine şizofrenikler bizim mütevazı gezegenimize dönerken çok ciddi sorunlarla karşılaşırlar. İnsanlıktan kaçma çabası yararsızdır çünkü daima insan olacaktır. Böylesine insan olduğu ve bu dünyanın içinde bulunduğu için de şizofren haline gelir. Bu kitapta bunun nasıl olduğunu anlamaya çalışacağız. Hastaya gizemli ama yine de insani hayal dünyasında da eşlik edeceğiz.

Yaratıcılık; Büyülü Sentez adlı bir diğer kitabımda belirttiğim gibi sadece şizofrenin kendisini bir şeylerin ortasında bir tutsak gibi hissettiğini ve dünyayı daha güzel, daha anlaşılır veya daha kontrol edilebilir hale getirecek bir şeyler ekleyerek değiştirmeye çalıştığını göstermiştim. Belirttiğim gibi, şairler, oyuncular, oyun yazarı, diğer yaratıcı kişiler, şizofrenler ve rüya gören normal insanlar şizofrenlerin kullandıklarına benzer bazı akli yöntemler kullanırlar. Yaratıcı insanlar bu garip akli yöntemleri

aklın normal mantık mekanizmalarıyla kaynaştırmayı becerirler ve sonuç yaratıcı ürünler ve yaratıcı çalışmalardır. Şizofrenik bu zorlu sentezi yapamaz. Hayalinin ürünü olan bu işlemleri yıkıcı şekillerde kullanır. Yine de, daha önceki kitabımda gösterdiğim gibi, bu mekanizmalar üzerindeki çalışmalar yaratıcı bir insanın karmaşıklığını önemli ölçüde aydınlatmaktadır. Bu yüzden şizofreni sadece tıbbi veya insani bir durum değildir. Bizim bu konuya gösterdiğimiz ilgi, katılım ve sorumluluk bu durumdan etkilenen kişilere duyduğumuz büyük ilgiden kaynaklanmaktadır. Buna ek olarak, bu bozukluğun incelenmesi bize asla açıklanamayan ve karmaşıklık açısından dünyada bilim tarafından bilinen hiçbir benzeri bulunmayan, insan aklının labirentinin sıradışı yönlerini görebilme olanağı verir. Şizofreniyi araştırırken, insanın büyük muammasını, gerçekle yanılsama arasındaki sonsuz bocalamalarını, nefret ve sevgi arasındaki sürekli dengesizliğini, insanlardan korkmak ve onlara sarılmak arasındaki çatışmalarını, artan şüpheciliğiyle mutlak sadakati, insanlara karşı duyduğu giderilemeyen açlık ile derin, sonsuz yalnızlığı ve itilmişliği arasındaki yolculuğunu benzersiz bir şekilde inceleyebiliriz. Bu uçlar insan varlığının geniş panoramasını meydana getirirler.

Bu bölümde pek çok kez tanımlamadığım bir duruma değindim. Şizofreni nedir? Şizofreni zatürre, kabakulak, hatta depresyon gibi kolayca tanımlanamaz. Diğer bölümlerde, artan bilgimiz doğrultusunda daha yerinde tanımlar vereceğim ama şimdilik şizofreniyi sadece insanları etkileyen, onların düşünce şekillerini, dünyayla ilişkilerini büyük ölçüde değiştiren, fantazi ile gerçekliği karıştırmalarına, uyumsuz yaşam şekillerini benimsemelerine neden olan aklın anormal bir durumu olarak nitelendirebiliriz.

İkinci Bölüm
ŞİZOFRENİN UYARILARI

Uyarıların Göz ardı Edilmesi

1. Bölüm'ün başında söz ettiğim Joseph Monrot ve Ann Marie Rufell aniden şiddetli biçimde hastalığa yakalandı ve onları tanıyan herkes çok şaşırdı. Bu iki genç insan sağlıklı ve uyumlu bir yaşam sürdürüyor gibi görünüyorlardı. Onlara şizofreni, açık ve parlayan bir gökyüzünde çakan şimşekler ve fırtına gibi bir mavilikten mi gelmişti? Şizofreni hemen hiç beklenmeyen bir zamanda ortaya çıkar, bazen küçük bir kaza gibi normal insanın olağandışı bir çaba göstermeden halledebileceği ufak bir olaydan sonra görülür. Şizofreninin uyarılarının olmadığı doğru mudur? Değişik olasılıklar içeren birkaç vakayı inceleyelim. Şizofreni her yaşta ortaya çıkabilir ama biz bu bölümde genç yetişkinlikte (on sekiz-yirmi dört yaş arası); en savunmasız dönemde ortaya çıkmasıyla ilgileneceğiz. Her şeyden önce bu kitapta tanımlanan tüm vakaların Ann Marie Rufell ve Joseph Monrot örnekleri de dahil olmak üzere otantik vakalar olduğunu, sadece hastaların adlarının takma olduğunu belirtmek isterim.

Yıllar önce, 2. Dünya Savaşı'ndan hemen sonra incelediğim bir hasta hatırlıyorum. 2 gün önce şoförü olarak işe alındığı otobüsü kullanırken küçücük bir kaza yapmıştı. Kaza çok ufaktı, otobüs bir arabaya çok az dokunmuştu, zarar küçüktü. Kimse yaralanmamıştı. Ama hasta çok üzülmüş ve evine dönmüştü. Karısı hemen onu ofisime getirdi.

Karısı bana kazanın yedi saat önce olduğunu ve ondan beri kocasının saçma sapan konuştuğunu söyledi. Ona göre kazaya kadar adam hiçbir anormallik göstermemişti. Kadın hamileydi ve bir gece önce gelecek için planlarından, doğacak bebekten ve ne kadar mutlu olduklarından bahsetmişlerdi. Hastayı gördüğümde çok heyecanlıydı ve yerinde duramıyordu. Onu çok önemli bir şeyin rahatsız ettiğini anlıyordu ama ne olduğunu söyleyemiyordu. Konsültasyon boyu telefonum iki kez çaldı. Her sefer beni birinin onunla ilgili olarak aradığını düşündü. Onu takip ediyor olmalıydılar. Nerede olduğunu herhalde biliyorlardı. Hatta bir kadının sesini duyduğunda, bunun teyzesi olduğuna inandı. Teyzesi benimle onun hakkında konuşuyordu. Neler olduğunu bilmiyordu. Her şey hareket halinde, garip ve karmaşıktı.

Söylediklerinin bazıları şöyleydi: "Dünya çok hızlı gidiyor, bir balta etrafında dönüyor ama gitmeye devam ediyor. Eğer dünyadaki insanlar biraz daha hızlı gidebilseler, dünyayla beraber gitmeye çalışırlar ama bunu yapmamalılar. Bence insanlar yavaş yavaş koşturuyorlar ve belli bir noktaya vardıklarında da yavaş veya hızlı gittiklerini ve dünya döndüğü için onun hakimi olamayacaklarını anlıyorlar. Dünya değişti, hızlı gidiyor, gitmeye devam ediyor. Ben buna ayak uyduramıyorum. "İncelemem bittikten sonra, hemen hastaneye yatmasını önerdim ve hasta birkaç ay içinde iyileşti. Kazadan önce hiçbir belirti göstermediği doğru muydu?

Aslında hasta beni savaştan döndükten hemen sonra da görmeye gelmişti. Sivil yaşama uyum sağlamakta zorlanıyordu ve tekrar orduya yazılıp yazılmamakta kararsızdı. Emekli Askerlerin Rehabilitasyonunu Yürütme Bürosu'nun tavsiyesiyle beni bulmuştu. Hasta nişanlıydı ve işsizdi. İkinci seansın sonunda daha başka tedavi istemediğini söyledi ve onu devam etmesi için ikna edemedim. Ona çok endişeli göründüğünü, evlenmek üzere ve işsiz olmasına rağmen bu endişenin biraz aşırı olduğunu anlatmaya çalıştım. Beraberce neden bu kadar güvensiz olduğunu bulmaya çalışmamızı önerdim ve bunu halletmek için neler yapabileceğimizi araştırabileceğimizi söyledim. Benim fikrime ka-

tılmadı. Çünkü ailesi onun hiçbir sorunu olmadığına dair inancını pekiştiriyor, tek sorunun işi olmaması olduğunu, bir iş bulursa yaşamındaki tüm güçlüklerin sona ereceğini söylüyordu. Ailesinin, ikna olmasındaki rolünü bilmesine rağmen, benim onlarla iletişim kurmamı yasakladı. Tedaviye devam etmemesinin nedenlerinden biri de şehir dışında yaşayan ve ona iyi bir iş önerebilecek zengin akrabalarını ziyaret etmek istemesiydi. Bu hastayı gördüğümde şizofreninin hiçbir belirtisi yoktu ama yine de durumunun hassas olduğunu biliyordum.

Üç ay sonra karısından bir telefon geldi. Ofisime geldiğinde, hastayla bir aydır evli olduklarını söyledi. Akrabaları sözlerinde durmamışlardı. Hasta bir sürü garip işte çalışmıştı ama her şey yolunda görünüyordu. İki gün önce otobüs şoförlüğü işini almıştı.

Sanırım bu sürpriz şizofreni nöbetinin arkasında ne olduğunu değerlendirebilecek durumdayız. Ordudan döndükten sonra hasta sivil yaşama ayak uydurabilmek için çaba göstermişti. Ama utangaçlığı, endişeli oluşu, kararsızlığı ve inisiyatif yoksunluğu gibi ordudayken pek de belirgin olmayan eski kişisel güçlükleri sivil yaşama dönünce tekrar su yüzüne çıkmış ve uyum sağlamasını engellemişlerdi. Bu kişisel güçlüklerin tekrar ortaya çıktığı anda ondan talep edilenler veya kendisinin talep ettikleri, onu bir çıkmaza sürüklüyordu. Uzun zamandır nişanlı olduğu ve kendisinin dönüşünü bekleyen kızla en kısa zamanda evlenmesi gerektiğini düşünüyordu. Akrabaları onu hayal kırıklığına uğratmıştı ve onlara güvenmesi bir hataydı. Onlara değil kendi kaynaklarına güvenmeliydi. Yine de kendine güvenmiyordu, hiçbir işverene önerebileceği hiçbir özel yeteneği olmadığından kendini güvensiz hissediyordu. Hiçbir meslek veya ticaret öğrenmemişti çünkü derinlere yerleşmiş aşağılık duygusu onun okulda başarılı olamayacağına inanmasına neden olmuştu. Şimdi bile bu güvensizlik duygusu Anayasa'nın ona tanıdığı eğitim görme hakkını kullanmasını önlüyordu. Çocukluğundaki bir dizi olağandışı ve hoş olmayan durum onun bu yetersizlik duygusunu körüklemişti.

Tüm bunlara rağmen, hasta, otobüs şoförü olarak en sonunda bir iş bulmuştu, iki gün sonra da kaza oldu. İşi kaybedeceğine inanıyordu ve bu inanç derin değersizlik duygusunu pekiştiriyordu. Ona göre bu kaza kalıtımsal yetersizliğinin bir örneğiydi. Bunun nedeni özellikle bir iş sahibi olmaya çok fazla önem vermesiydi. Bütün güveni bu iyi pozisyonu alabilmek üzerine kurulmuştu. Şimdi artık ona kimse güvenmeyecekti. Akrabaları ona bir iş için güvenmemekte haklıydılar. Umutsuzca, yetersiz olduğunu ve yaşama ayak uyduramadığını düşünmekteydi.

Bu fikirler, onun ruhunda dayanılmaz darbeler yapıyordu. Mantıksızca düşünmeye başladı ve düşünceleri düzensizleşti. Dünyayı olağandışı bir şekilde görmeye başladı öyle ki dünya hızla gidiyor ve kendisi ise bu harekete ayak uyduramıyordu. Bu dağınık ve yaygın yetersizlik duygusu hastalık yüzünden metamorfik olarak fiziksel yönden dünyanın hareketine ayak uyduramayarak yeterli olamama duygusuna dönmüştü. Muhtemelen arabayla yaptığı kaza hareket fikrini getirmiştir. Teyzesinin beni araması gibi garip fikirler hastalığın başlangıcından sonra açıkça ortaya çıkmıştı ve mantıksız kavramlar hızla büyüyordu. Her şeyi değişik ve karmaşık bir şekilde görüyordu ve gerçekliği yorumlamaya çabalıyordu.

Bazı okurlar haklı olarak meydana gelen ufak bir kazanın pek çok kişinin şizofreniye yakalanmasına neden olmayacağını söyleyebilirler. Bir kaza hiç de hoş olmayan ve insanın moralini bozan yaşam deneyimlerine neden olsa bile, pek çok kişi bu olayı soğukkanlılıkla karşılayabilir. Bazıları bu emekli askerin hastalığının beyindeki biyokimyasal değişiklik sonucu olduğu ve kazanın da bardağı taşıran son damla olduğu hipotezini öne sürebilirler.

Bu noktada şizofreninin nedenleri hakkında bir tartışmaya girmek istemiyorum. Bu, kitapta daha sonra işlenecek karışık bir konudur. Yine de bu hastayla ilgili olarak, onun olağandışı bir duyarlılığı olduğunu ve bunun da bazı durumlarla başa çıkabilmesini engellediğini, bazı olaylara karşı daha çok reaksiyon göstermesine neden olduğunu söyleyebiliriz. Daha sonra göreceğimiz gibi, hastanın kötü tecrübeler sırasında beyninde normal insanınkin-

den farklı nicelikte kimyasal reaksiyonlara yatkın olduğunu bile söyleyebiliriz. Ama diğer parçacıkları da önemsememezlik etmemeliyiz. Hasta yaşama karşı olumsuz eğilimlerinin en yüksek noktasında bulunmasaydı, kendine has duyarlılığı veya zedelenebilirliği ne olursa olsun, böyle bir bozukluğa neden olmaya yetmezdi. Karşıt psikolojik faktörler, hastanın duyarlılığını ve savunmasızlığını arttırmışlardır.

Hastalık nöbetinin kaza günü olmasının da tesadüfi olduğunu düşünemeyiz. Başka tür bir kaza da nöbetin o gün tutmasına neden olabilir miydi? Örneğin hasta kaldırımda yürürken kayıp bacağını kırsa, şizofrenik olur muydu? Cevap hayır'dır. Kaldırımda kaymak ve bacağını kırmak onun için aynı önemi taşımamaktadır. Psikolojik açıdan travmatik olan kaza onun yetersizliğinin bir kanıtı olarak yorumlanabilir ve özgüvenini zedelemektedir. Onun bu güvensiz hallerinden sorunun yaklaşmakta olduğunu anladım ve tedaviye devam etmesi için onu zorladım ama akrabalarının veya kendi isteklerinin etkilerini yenmeyi beceremedim.

Bu vaka pek çok açıdan örnek olabilir. Her şeyden önce, benim hatam var mıydı? Şimdi düşünüyorum da katı muhalefete rağmen tedaviyi sürdürmesini tavsiye ettiğimde daha sert olmalıydım. Şunu belirtmeliyim ki bu epizod olduğunda yani bundan neredeyse otuz yıl önce, o zamanki varolan bilgilere uygun olarak davranmıştım. Üstelik, sorun belirtileri gördüğümüz vakalarda bile, sorun ortaya çıkmayabilir. O zaman da aynen şu an hissettiğim gibi, bir psikiyatrist tehlike işaretleri görse bile sadece tavsiyelerde bulunabilir ve son kararı hastaya ve yakın akrabalarına bırakmalıdır. Hasta kendisi için karar veremiyorsa, aile başka türlü davranmak için kuvvetli ve yeterli nedenlere sahip olmadığı takdirde, dikkatle psikiyatristin tavsiyelerine uymalıdır. Bu vakada, şizofrenik nöbet, eğer hasta tedaviye devam etmiş olsaydı, önlenebilirdi. Yaradılış zayıflıkları ne olursa olsun, bunlar belirgin değildi. Kimse hastalanana kadar bu genç adamda bir gariplik olabileceğinden şüphelenmemişti. Şizofreninin gidişi de çok uzun zaman önce hasta ergenlik çağındayken, sahip olduğunu düşündüğü görüntüsünü değiştirmek için bir şeyler yapılarak değiştirilebilirdi.

Şimdi tekrar 1. Bölüm'de bahsettiğimiz Joseph Monrot örneğini ele alalım. Herkes onun ani deprasyonu karşısında şoka girmişti ama yine de çoğu onun hoşnutsuz biri olduğunun farkındaydı. Ailesi onun bu hoşnutsuzluğunu kontrol etmeye çalıştığını ve bundan utanırcasına hiç söz etmediğini anlamıştı. Ebeveynleri ve kız kardeşi onun için sabahları uyanmanın hergün daha da zorlaştığını fark etmişlerdi ama kimse Joseph için giderek daha da zorlaşan şeyin gerçekte o günle karşılaşmak olduğunu bilmiyordu. Sonunda bir sabah çalar saatin sesi öyle yüksek gelmişti ki o gün ne kadar zor olursa olsun kalkması gerektiğini hissetti. Herkes kalkmalıydı, çalar saat tüm şehri sert ve berbat gerçeğe uyandırdı. Ebeveyni ondaki değişikliği fark ettiler ama onun gizliliğine saldırmak istemiyorlardı. Araştırmaya hakları olmadığına inanıyorlardı ve onu rahatsız edenin ne olduğunu asla bulamadılar. Aslında Joseph'in günü karşılayamamasının ardında uzun ve üzücü bir hikâye vardı. Ebeveynlerinin gizliliğine saldırmak istememeleri mantıklıydı, kendilerini ona kişisel sorular soracak kadar yakın hissetmiyorlardı.

Ann Marie Rufell, ebeveynlerine kendisinin istenmediğini hissettiğinden, hiçbir erkeğin onu sevip evlenmeyeceğinden, asla kendi yetenekleri doğrultusunda bir iş bulamayacağından bahsetmişti. Ama onun bu sözleri ailesi tarafından kötümserlik, saçmalık derecesinde ilgisizlik ve ciddi olarak düşünülmeye değmez olarak yorumlanmıştı. Bu yüzden Ann Marie kendisini rahatsız eden her şeyi içine attı. Uyarı sinyallerinin su yüzüne çıkmasına hiç izin vermedi. Başkalarına ve kendisine kötü görünen bu sinyalleri duymak istemiyordu.

Akut Belirtiler

Bu bölümde şizofreni belirtilerinin akut olarak geliştiği bazı örneklerden ve kendilerini yavaşça gösteren bazı durumlardan örnekler vereceğim. Bunun yanısıra şizofreni olarak yorumlanan ve akrabaları gereksiz yere korkutan bazı yanlış bulgulardan da bahsedeceğim.

Pek çok kez rastlanan bir durum da şudur: Kolejde okuyan birinci sınıf öğrencisi ebeveynlerini arar. Kendini iyi hissetmemektedir, Kolejde yapamayacağına dair içinde bir his vardır. Dağılıp parçalara bölünür gibidir. Bir ebeveyn nasıl davranmalıdır? Şizofreninin bir belirtisi olan 'parçalara ayrılma'dan öğrencinin telefonda bahsetmesi gerçek bir uyarı olarak mı yorumlanmalıdır? Pek de değil. Ebeveynleri, evden ilk kez ayrılan gençlerin, kendi kendilerine bakmak, zorlu akademik gereksinimleri karşılamak, yeni arkadaşlar edinmek zorunda kaldıkları bu yeni ortama uymakta, büyük ölçüde güçlük çekebileceklerini bilirler. Ebeveyn oğlunu veya kızını sıcak bir şekilde ikna ederek, bu tip güçlüklerin her zaman görüldüğünü ve en sonunda alt edilebileceğini açıklamalıdır. Ebeveyn öğrenciye yakında tekrar aramasını söylemeli ve kendisi, şiddetli endişenin bitip bitmediğinden emin olmak için mutlaka ertesi gün aramalıdır.

Endişe sona ermediyse, nedensizce arttıysa, öğrenci tekrar tekrar panik içinde arıyorsa ve parçalara bölündüğünü hissettiğini söylemekte ısrar ediyorsa, sözleri bir çağrı, evden ilk defa uzak olduğu bir anda, böylesine endişeyle yüklü bir durumla bu noktada baş edip baş edemeyeceğine karşı duyduğu ciddi şüphenin bildirimi olarak düşünülmelidir. Evde her şeyin üstesinden gelebilir ve okula hazır gibi görünebilir ama bu görüntüyü sadece anne ve babanın pek çok şeyi üstlendiği, ailenin korunaklı ortamında vermektedir.

Böyle durumlarda yapılacak çok şey vardır. Örneğin okulunun yakınlarında oturan bir arkadaştan öğrenciyi ziyaret etmesi, onu elinden geldiği kadar ikna etmesi ve durumunu aileye bildirmesi istenebilir. Ancak en etkili yol annenin veya babanın veya her ikisinin de hemen öğrenciyi görmeye gitmesi ve belki de konuyu tartışmak için iki veya üç gün onunla kalmalarıdır. Sadece biraz ikna edilmeye, çok özlediği ebeveynlerinin şefkatine, baş etmesi gereken tüm yeni şeyler için biraz rehberliğe gereksinim duyuyorsa ve akıl huzurunun geri geldiğini hissediyorsa, ebeveynleri çok önemli bir konuyu halletmenin hoşnutluğuyla ondan ayrılmalıdırlar.

Ama eğer öğrenci endişe halinde ısrar eder ve ebeveynlerinin gitmesi için çok isteksiz davranırsa, kararsızlığı hızla artıyorsa ve ebeveynleri onu ikna etmeye çalıştıklarında sürekli olarak onlara karşı çıkıp söylediklerinin geçerli olmadığından çünkü güvenliğini tehdit eden başka şeylerin de olduğundan söz ediyorsa, ebeveynler öğrenciyi, tercihen bir uzmana danıştıktan sonra eve götürmeyi ciddi olarak düşünmelidirler.

Bunun anlamı bu gencin okul öğreniminden vazgeçmesi değildir. Sadece öğrencinin psikoterapiye devam etmesi ve endişesinin nedenlerini analiz edeceği bir altı ay için öğreniminin ertelenmesidir. Okul eğitimini yarıda kesmek kararı onca eğlenceli hazırlık ve umut verici beklentilerden sonra hem öğrenci hem de aile için çok ciddi bir karardır ama ne kadar kötü olursa olsun, bu insanların daha köklü sorunlardan kaçınmak için almaları gereken bir karardır.

Bu noktada bazı okurlar benim evi terk edip koleje gitmeyi en ciddi akıl bozukluklarından biri için yeterli görüp görmediğimi merak edebilirler. Tabii ki böyle değil. Koleje giden öğrencilerin yüzde doksanından fazlası böyle bir durumla karşılaşmazlar. Ama benim tarif ettiğim gibi vakalarda, şizofreni öncesi panik adı verilen durum için zemin hazırlanmıştı. Önceleri zararlı olarak düşünülmeyen psikolojik olayların dizilişi de dahil olmak üzere pek çok durum ve daha sonra inceleyeceğimiz; organizmanın bazı biyokimyasal mekanizmaları veya sinir sisteminin özel bir duyarlılığı gibi diğer faktörler bu öğrenciyi büyük bir riske sokan güvensizlik ve dengesizlik ortamının gelişmesinde etkili olmuş olabilirler. Ev ortamında böyle büyük olmayan zedelenebilirlik yeni durumda çok kuvvetlidir. Bu zedelenebilirlik genç öğrenci başka zevklerle baş etmeye çalıştığında da ortaya çıkmayacak mıdır?

Öğrencinin kolej eğitimine devam etmediğini, bir iş bulduğunu düşünelim. İşte de rekabet vardır. Bununla baş etmeye çalışırken yıkılmayacak mıdır? Başka bir deyişle, bu öğrenci her zaman büyük dikkatle davranılacak, pohpohlanacak ve hep bir stresten kaçınacak biri mi olacaktır? Pek gerekli değil. Her vaka kendi içinde incelenmelidir.

Şizofreninin psikolojisini inceleyen psikiyatristler hemen herkeste stres yaratabilecek olmasına rağmen belirli bir durumun pek az kişide ciddi sonuçlar yarattığını görmüşlerdir. Başka bir deyişle şizofreni öncesi panikten kurtulunması için aşılması gereken eşik herkeste aynı değildir. Bazen düşük bir eşik, biyokimyasal veya kalıtımsal faktörlere, sıklıkla psikolojik olayların sıralanışına bağlı olabilir. Bu bölümün başında bahsedilen emekli askerin veya bazı kolej öğrencilerinin başına gelen bir işi 'yapamama' duygusu hasta tarafından buna neden olan olaya verilen özel anlam yüzünden yıkıcı olabilir. Kişinin sahip olduğunu düşündüğü görüntüsünün ciddi olarak zedelendiği zamanlarda akli bir dağılma durumunun ortaya çıkması olasılığı daha yüksektir.

Emekli asker vakasını tartışırken, bir durumun hastanın belirgin zedelenebilirliğine dokunması halinde tehlikeli olduğunu söylemiştim. Bazen bu zedelenebilirlik uzman bir psikiyatrist tarafından bile anlaşılmaz. Ancak çoğu zaman ilk göstergeler göz ardı edildiği için bulunamaz. Bazen ebeveynler bu belirtileri görmemezlikten gelir veya önlemeyi reddederler. Niyetleri iyi, duyguları anlaşılabilirdir. Çocuklarının arkadaşlarının okula gitmeye hazır olduğu bir zamanda ebeveynlerin kendi çocuklarının hazır olmadığını kabullenmesi acı vericidir. Yardım çağrılarını göz ardı ederler. Pek çok olası sonuç vardır; öğrenci en sonunda hastalanabilir veya endişeden sakınmak için kaçışlar arayabilir. İki kaçış türü çok görülür. Bunların birincisi hastanın daha önceki kişiliğiyle, prensipleriyle veya amaçlarıyla hiç bağdaşmayan ve daha büyük bir tatminsizliğe neden olan cinsel davranıştır. İkincisi ise sadece marihuana veya haşhaşın değil muhtemelen meskalin veya LSD'nin de ölçüsüz kullanımıdır. Pek çok ebeveyn tarafından eleştirilen birinci kaçış yolu bir psikozun ortaya çıkmasını geciktirirken, ikincisi bunu çabuklaştırabilir.

Evden sadece kolej için değil herhangi bir nedenle uzak olmak şizofreni riskini akut olarak arttırabilir. Kolej öğrencilerinde görülen panik kampa giden gençlerde de en az bu sıklıkta görülür. Ancak bunun kampta ortaya çıkması iki nedenden ötürü daha az tehlikelidir. İlk olarak kampçı henüz şizofreninin ortaya çı-

kabileceği yaşa gelmemiştir. Kural olarak, kişiliği henüz şizofreniye neden olacak derin karmaşalar, deneyimler edinecek düzeye erişmemiştir. İkincisi de kampçının küçük yaşı yüzünden kampta olmanın kolejde olmaya kıyasla daha az önem taşıması nedeniyle, ebeveynler gerektiğinde çocuklarını kamptan daha kolay alabilirler.

Yurtdışındaki genç çocuklar sıklıkla nostalji acıları, yabancı ülkede yer edinememe ve eve dönme duygularını yaşarlar. Yabancı bir yerde kalmak tanıdık insanlardan uzak veya onlara erişemez olmak gibi düşünülebilir ve bu düşünceler endişeye neden olabilir. Eğer bu rahatsızlık devam ederse, genç çocukların en uygun zamanda geri dönmeleri tavsiye edilir.

Şizofreniye karşı sıklıkla zedelenebilirliği akut olarak arttıran bir başka durum da şüphelenilmeyen doğumdur. Çocuğun doğması genellikle neşeyle beklenen bir olaydır. Kadın doğum yaptığı zaman dişi kimliğinin daha da öne çıkacağını, annelik sevgisinin onun kişiliğinin zengin bir boyutunu göstermesine izin vereceğini düşünebilir. Ama çocuk geldiğinde gerçek tamamen farklı olabilir. Böyle vakalarda, doğumdan hemen hemen üç gün sonra anne endişeli, şüpheli, heyecanlı bir hal alır, daha sonra tipik şizofren bir şekilde mantıksızlaşmaya veya tutarsızlaşmaya başlar. Şansımıza bu tip vakalar çok değildir ama bunlarda da küçük belirtiler kadının henüz çocuk doğurmaya ve anneliğe hazır olmadığını ortaya çıkarabilir ve sorunlardan kaçınılabilirdi.

Belki de kadın anne olmak için kocasının, ebeveynlerinin, kocasının ebeveynlerinin veya toplumun baskısına yenik düşmüştü ama gerçekte çok ciddi şüpheleri vardı. İyi bir anne olacak mıydı? Kendisi ve annesi arasında bilinçsiz bir kıyaslama mı yapıyordu? Annesinin olduğu kadar iyi bir anne olacak mıydı? Veya kendisinin annesinin olduğunu düşündüğü kadar, kötü bir anne mi olacaktı? Gerçekten çocuk istiyor muydu? Çocuğuna bakmak için kariyerini gerçekten bırakmak istiyor muydu? İstemediğini sanıyordu. Gerçekten anne olmak istemiyordu, iyi bir anne olmayı beceremeyeceğini düşünüyordu. Kendini başarısız olmuş bir kadın, anne olamayacak bir canavar gibi görüyordu.

Çarpıtmalar, uygunsuz yakıştırmalar, abartmalar ve yanlış anlamalar onu derin depresyon veya şizofreni gibi bir akut hastalığa karşı zedelenebilir hale getirecek bir umutsuzluk durumuna sürükleyebilir. Bu kararsızlığını hamile kalmadan veya hatta hamileyken uzman bir terapiste açıklamış olsaydı, düzenli olarak yol gösterilecek ve büyük ihtimalle hastalık önlenecekti. Kocasıyla veya yakın bir arkadaşıyla açıkça konuşması bile yardımcı olabilirdi. Çoğu kadının bu tip karmaşaları yoktur, bazılarının vardır ama onlar bunların üstesinden gelebilirler. Ancak pek azı hangi biyokimyasal veya psikolojik nedenle olursa olsun, bunlarla başa çıkamazlar. Kargaşalar, çocuğun doğmasından sonra, hastanın çocukla karşılaşmasıyla daha da büyür.

Eğer strese neden olan koşulları ortadan kaldırabilir veya değiştirebilirsek ve hastanın zedelenebilirliğini arttırırsak hastalığı engelleyebiliriz. Hastalık başladıktan sonra bu koşulları ortadan kaldırmaya çalışırsak hastalığın kaybolmasında başarılı olamayabiliriz. Bir kez hastalık başladıktan sonra stresli durumun ortadan kaldırılmasından çok daha fazla şeye ihtiyaç vardır. Aklın anormal işlemesini önlemek veya etkisiz hale getirmek için uzun psikoterapi ve ilaç terapisini gerektiren özenli bir tedavi süreci gereklidir.

Bir şizofreni epizodu geçirip iyileşmenin, bu hastalığı hiç geçirmeyip gizli olarak içinde tutmaktan daha iyi olduğuna inanan uzmanlar küçük bir azınlıktır. Onlara göre, hastalığın ortaya çıkışı kişiliği kuvvetlendirir. Bu noktada bunlara katılmıyorum. Bazı hastaların hastalığın özellikle de tedavisinin sonucunda daha güçlü kişilikler geliştirmesinin doğru olmasına rağmen, bu sonuç kesin değildir. Risk hala çok büyüktür. Şizofreniyle ilgili yapabileceğimiz en iyi şey 11. Bölüm'de daha ayrıntılı göreceğimiz gibi bu bozukluğu önlemektir.

Sinsice ve Yavaşça Gelişen Belirtiler

Şimdiye kadar şizofreninin uyarıcı belirtilerinin aniden ve akut olarak; sıklıkla özel ve olağandışı bir olayın sonucunda, kolay anlaşılabilir şekillerde ortaya çıktığı vakaları tanımladım.

Ancak pek çok vakada uyarıcı sinyaller daha az belirgindir ve uzun bir zamanda gelişirler. Tam bilgi verebilmek için, bu sinsice ve yavaşça gelişen belirtilerin daha önce tanımladığım akut yıkıcı etkenlerin de görüldüğü vakalarda bile varolduğunu belirtmeliyim. Şimdi bu daha az belirgin belirtilere kısaca değiniyim. (Bu konu şizofreninin önlenmesiyle ilgili bölümde tekrar ele alınacaktır).

Her şeyden önce bu göstergelerin hiçbirinin şizofreninin kesin belirtileri veya ön belirtileri olmadığı gerçeğini söylemek isterim. Aslında bu özellikleri gösteren kişilerin çoğunda şizofreni hiçbir zaman gelişmez. Ancak şunu söylememiz gerekir ki genel nüfusa kıyasla bu insanlar için şizofreni riski daha fazladır. En tehlikeliden en aza kadar uzanan pek çok değişik olasılıktan bahsedeceğim:

1. Kişinin karakterinde gözle görülen bir değişme olmuştur. Bazen bu değişme öyle yavaş olur ki bu kişiyle yaşayanlar bunu fark etmezler. Başka bir şehirde yaşayan bir akraba veya arkadaş uzun bir zamandan sonra hastayı gördüğünde onun aynı insan olmadığını anlar. Daha az canlıdır, tereddütlü ve az etkilidir. Eskiden iyi bir öğrenciyse, şimdi daha az verimlidir ve kalmak veya okuldan atılmak tehlikesiyle karşı karşıyadır. Eskiden ilgilendiği pek çok şeye karşı ilgisini kaybetmiş gibi görünür.

Başka vakalarda bunun tam tersi görülür. Hasta çok dışa dönüktür, hatta kimi zaman küstahtır. Bazı yönlerden örneğin cinsel davranışlarında çok tutucu ve utangaçken şimdi başkalarına bu tip tavsiyelerde bulunabilir veya onları imalı söz ve mimiklerle kışkırtabilir. Bazı vakalarda kişi ailesine ve arkadaşlarına güdülerini kontrol edemediğini açıkça söyler. Kendini sorumlu hissetmesine neden olacak bazı hareketler yapmak durumundadır ama yine de bu hareketleri başlatan kendisi değilmiş gibi hisseder. Kimi zaman bu hastalar, kişilik bozuklukları nedeniyle isteklerini tatmin etmek için çalma gibi antisosyal davranışlarda bulunan 'psikopat' veya 'sosyopat'larla karıştırılırlar. Ancak şizofreni risk grubundaki insanlar psikopat değillerdir ve şizofrenik olsalar bile iyileşme şansları psikopatlardan daha çoktur.

2. Hasta yerinde duramaz. Pek çok gereksiz soru sorar, çok duyarlı hale gelir ve ailenin üyeleri veya başkaları tarafından masumca söylenenleri yanlış anlar veya bunlarda olumsuz imalar sezer. Örneğin bir anne kızına neden o gün o elbiseyi giydiğini

sorduğunda, kızı bu sözle annesinin "Bu elbiseyi giymen ne kadar uygunsuz" demek istediğini düşünerek, bunu dayanılmaz bir eleştiri, onuruna hakaret olarak yorumlayabilir. Esas rahatsız edici olan, bu yanlış anlamaların gitgide daha sık ve özellikle kimsenin beklemediği anlarda ortaya çıkması gerçeğidir.

İnsanlara bazı yanlış ve belirli niyetler yakıştırılır. Bazen bu yanlış anlamalar birbirini tam olarak kabullenemeyen insanlar arasındaki zayıf iletişim yüzünden ortaya çıkar. Örneğin, yanlış anlamalar gelinler ve kayınvalideler veya üvey çocuklarla üvey anneler arasında üvey babalarla üvey çocuklar arasındakinden daha fazla görülür. Ancak bu yanlış anlamalar saçmalık noktasına ulaşıyorsa, bir tehlikenin yaklaştığından şüphelenilmelidir.

Örneğin on yedi yaşında bir genç kız üvey annesinin müzik setinde Mozart ve Vivaldi çalmasının kasıtlı olduğunu düşünmektedir. Üvey annesi onun sadece rock müziği sevdiğini bilmelidir. Bu küçük epizod bize pek çok şey anlatır. Şüphesiz üvey anneye kötü niyetin yakıştırılması şeklindeki bu yanlış anlamanın ardında babanın kızın annesinin ölümünden kısa bir süre sonra tekrar evlenmesinin verdiği öfkenin doğurduğu üvey anneyle rekabet vardır. Üvey annenin üvey kızına öfkelenmesi ve onun örneğin ara sıra rock müzik çalmak gibi bazı gereksinim ve isteklerine aldırmaması da olasıdır. Ancak bu genç kızın üvey anneye kötü niyet yakıştırması sıradan yanlış anlamadan ötedir ve özel bir ilgi gösterilmesi gerekir.

Kimi zaman işyerinde de yanlış anlamalar olabilir. Kişi patronunun adaletsiz olduğunu, çok şey beklediğini veya ilgisiz yorumlarda bulunduğunu düşünebilir.

3. Eskiden daha sık görülen ama hâlâ sık rastlanan bir durum da yaşamdan elini eteğini çekmektir. Kişi gitgide daha çok kapanır, kendi içine saklanan kapalı bir kişilik haline gelir. Bazı vakalarda mümkün olduğu kadar önemsiz görünmeye çalışır. Sanki fildişi bir kulede yaşıyor veya onu dünyanın geri kalanından bir engel ayırıyor gibidir. Olanlara karşı daha az tepkili hatta ilgisizdir ve gereksinimlerini, insanlarla ilişkilerini ve kendi hareketlerini minimuma indirgemek istermiş gibi davranır. Başka insanlarla ilişkilerin sürdürüldüğü bazı vakalarda kendisini başkalarının yönetmesine izin verir gibidir.

4. Kişi çok güvensiz ve endişelidir. Her zaman telaşlı olmasına rağmen şimdi endişesinde bir umutsuzluk vardır. Kişi herhangi bir şeyde başarılı olmak konusunda gitgide daha çok umutsuzluğa kapılır. Yapacağı hiçbir şeyin yürümeyeceği olasılığı üzerinde uzun uzun düşünür. Her şeyde başarısız olabileceğine inanmaktadır. Bunun hakkında bile konuşmaz çünkü insanlar onu yanlış anlayabilirler. Aslında, insanlar onun umudunu yitirmiş kötümser biri veya depresif biri olduğuna inanırlar. Gerçekte depresif değildir, yılmamıştır. Ama yılmadığı için bu büyük endişeye katlanmanın yüksek bedelini ödemek zorundadır. Bazen her şey için endişelenir, mantıksız korkular bile geçirebilir.

Ebeveynleri veya akrabaları meraklandıran iki durum vardır; biri zehirlenme derecesine varan aşırı alkol kullanımı, ikincisiyse uyuşturucu kullanımıdır.

Aşırı alkol kullanımından her zaman kaçınılmalıdır ama bizim bahsettiğimiz vakalarda hastanın problemi alkol sorunundan fazladır. Farkında olmadan bu kişi şizofreninin başlangıcı olabilecek derecede güçlü endişe halini örtmek veya uzaklaştırmak için alkol kullanır. Uyuşturucular da kaçış olarak kullanılabilir ama sundukları kaçış yolu yanıltıcıdır. Bu bunaltıyla bir uzmanın yardımı alınarak uğraşılmalıdır. Şimdiye kadar değindiğim uyarı işaretleri genellikle son yirmilerle ilk otuzlar arasındaki insanlarda görülür. Ama şüpheli işaretleri ergenliğin ilk yıllarında veya çocuklukta, şizofreni olasılığının çok uzak olduğu çağlarda anlayabilmek daha önemlidir. Sorunun ilk işaretleri her zaman ergenlikte görülememektedir. Ergenlik kişinin yaşamı boyunca etkisi hissedilen bir dönemdir. Eski psikanalitik araştırmalar bunu izleyen gelişme safhalarını büyük ölçüde belirlemesi nedeniyle çocukluğa en büyük önemi verirken, bugünkü araştırmalar kişiliğin şekillenmesi açısından ergenliğe de büyük önem vermektedirler. Ergenlik çağı en değişik özelliklerin ve davranış örneklerinin sergilendiği bir dönemdir. Bu dönemde yeniyetme hem yetişkinleri tehdit etmeye çalışmakta, hem değişik olabilmek, olağandışı uygunsuz ve vahşi bir yaşam sürdürebilmek için büyük ve sonsuz bir çaba göstermektedir. Bu büyük farklılıklar şizofre-

nide görülen sapkınlıklara benzemelerine rağmen, şizofreni öncesi durumda olmak zorunda değillerdir. Aslında şizofreniyi ergenliğe benzeyen bir büyüme aşaması olarak yorumlayan bazı teorisyenler vardır. Diğerleri de ergenliği, çoğumuzun iyileştiği bir çeşit şizofreni olarak düşünürler. Bence bunlar yanlış yönlendirici ve en iyi tanımla metamorfik açıklamalardır. Ergenliğin yeni ufukların açıldığı, yeni duyguların geliştiği sonuç olarak belirsizlik, asilik ve hatta olağandışı davranış şekillerinin görüldüğü bir dönem olduğu doğrudur. Bunlar bize şizofreniyi anımsatabilir ama ergenlik fırtınalı dönemlerde bile kişiliğin büyümesine neden olurken, şizofreni genellikle yaşamın dağılmasına veya kısıtlanmasına yol açmaktadır.

Yeniyetmenin karşılıklı ilişkiler kurmak için çılgınca uğraştığı bazı vakalar vardır. Daha sonra yeni tecrübelere karşı duyulan bu ani ve doyurulamayan açlığı, sosyal ilişkilerdeki hızlı düşüş takip eder. Bu tip davranış örnekleri ilgi göstermek için yeterli neden oluştururlar. Bu sonsuz arayışın, büyüme arayışı veya yaşamı keşif mi yoksa yeniyetmenin aldıklarını kabullenememesi veya bunları akıllıca kullanamamasının bir göstergesi mi olduğunu belirleyebilmeliyiz. Şüphe durumunda bir profesyonele danışmak tavsiye edilebilir.

Kimi zaman ön belirtiler daha erken ortaya çıkar. Ergenlik döneminin sonuna doğru şizofreniye yakalanan bazı yeniyetmeler her zaman çok az ağlayan, yalan söylemeyen ve huysuzluk yapmayan 'iyi çocuklar' olmuşlardır. Ebeveynlerine hiç sorun çıkarmamışlar, hep itaat etmişler, onlardan ne istendiyse onu yerine getirmişlerdir. Bu tip davranış sürerse ve bu pasiflik göze çarparsa, uyanık ebeveyn çocuğunun gerçekten huzurlu olup olmadığını veya karşı koymaktan korkup korkmadığını düşünmelidir. Hoşnut etmek için mi itaat etmektedir yoksa hoşnut etmemekten korktuğu için mi? Gerçekten mutlu mudur yoksa mutsuzluğunu mu göstermek istemiyordur? 'İyi kız' veya 'iyi oğlan' yaftasının altında çoğunlukla büyük bir acı saklıdır. Yaşamı olduğu gibi pasifçe kabullenme, hiçbir orijinallik veya bireysellik belirtisi göstermeme hali, üzerinde daha fazla araştırma yapılması gereken bir durumdur.

Yanlış Belirtiler

Ebeveynleri korkutan bazı hareketler ve alışkanlıklar vardır ama bunlar zararsızdır. En çok görülen türlerini belirtmek önemlidir. Bunlardan bir tanesi gerçekten bahsedilmeye değer, çünkü bugün artık herkes bu eski inanışın geçerli olmadığını bilmektedir. Yine de dünyanın geri kalmış yerlerinde aşırı mastürbasyonun şizofreniye neden olduğu veya ortaya çıkacak şizofreninin belirtisi olduğuna inanılır. Bu yüzyılın başında yayımlanmış bazı psikiyatri ders kitaplarında bile aşırı mastürbasyonun akıl hastalığına neden olduğu fikri defalarca belirtilmiştir. Bugün hâlâ buna inanan ebeveynler varsa, yüzyıllar öncesinin geleneğine dayanan bu inancı yenmeli ama buna inanmış oldukları için utanmamalıdırlar.

Daha da tuhafı, bazı insanları uyaran ve şizofreniden şüphelenmelerine neden olan bir durum da saflıktır. Nadiren, korkmuş ebeveynler çocukları uçan dairelere, gezegenler arası iletişime, yeniden doğmaya, astrolojiye, ruhlarla iletişime inandıkları için psikiyatristlere danışırlar.

Böyle düşüncelerin mantıksız olduğu ve şizofreninin göstergeleri olabileceği olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak çocuğun belli bazı gruplardan duyduklarından veya gazetelerde, dergilerde, kitaplarda okuduklarından veya bilimkurgu filmlerinde veya televizyonda gördüklerinden etkilenip etkilenmediğini anlamak kolaydır. Saflık pek çok değişik durumun nedeni olabilir. En çok görüleni, ait olma veya astrolojiye, doğaüstü güçlere veya egzotik tarikatlara inanan bir grup tarafından kabul edilme gereksinimidir. Bazen saflık, önemli yetenekleri engelleyen ve etkilenebilirliği ve beyin yıkamayı kolaylaştıran bir güvensizlik durumuna dayalı olabilir. Nadiren saflığın nedeni sınırlı entelektüel yetenektir. Öte yandan saflık yaratıcılık için bile gerekli bir nitelik olabilir. Yaratıcı insanlar akıllarını en inanması zor olasılıklara bile açık tutarlar, düşünce ve hayal güçlerinin olağandışı ve tuhaf yerlerde gezinmesine izin verirler. İnanılmaz düşünceyi ancak kesinlikle yanlış olduğu kanıtlanırsa kafalarından atarlar.

Yaratıcılığa değinmem beni başka ilgili sorunları da tartışmaya zorluyor. Pek çok yeniyetme özellikle ergenlik çağındakiler ebeveynlerini ve arkadaşlarını gereksiz yere meraklandıran birtakım özellikler gösterirler. Bu genç insanlar her gün birkaç saat yalnız kalmak isterler, gündüzleri hayal kurmaya eğilimlidirler, görünürde ilgisiz olan şeyler arasında benzerlikler ve ilişkiler fark ederler ve zengin bir hayal dünyaları vardır. Aslında bu yeniyetmelerin çoğunluğu potansiyel olarak yaratıcıdır. Sokulganlıktan yoksun olmaları, yalnızlık ve gündüzleri hayal kurma gibi bazı nitelikleri onların herkesin geçtiği yolların dışında kalmalarına izin verir. Pek çok ebeveyn çocuklarının yaratıcı olmasını istemesine rağmen onları diğer kızlar veya oğlanlar gibi olmaya özendirirler ve aşırı hayal kurma, kaytarma, içe dönüklük ve hatta kendilerine şizofreni belirtileri gibi görünen şeylerden çok rahatsızdırlar. Bu şekilde düşünmek tabii ki yanlıştır. Potansiyel olarak yaratıcı birinin yalnızlığı, çevresinden uzaklaşan yeniyetmenin acı dolu kopmasından farklıdır. İlk davranış şekli kişinin kendi iç yaşamı ve kaynakları üzerinde odaklanması isteğiyle motive edilirken, ikincisi insanlarla ilişkilerinde görülen korku ve tatminsizlikle motive edilmektedir.

Bazı ebeveynler doktorlara tamamen farklı gözlemler anlatırlar. Çocuğun doğumundan beri onda bir gariplik varmış gibi göründüğünü söylerler. Bebek sinirli gibidir, sürekli ağlar, beslenme sorunları var gibidir. Daha sonra ilk çocuklukta bakılması olanaksızlaşır. Bir aziz bile ona bakacak yetenekte değildir. Bazı ebeveynler bu çocukların şizofreni adayı olmalarından korkarlar. Büyük ihtimalle bu olanaksız çocuklar olarak tanımlananların çoğunluğu ufak bir beyin hasarının yol açtığı hiperaktiviteye sahip çocuklardır. Mobilyaları iterler, çekmeceleri açarlar, her şeye dokunurlar ve daima hareket halindedirler. Şansımıza, bu çocuklar çocukluğun sonlarına doğru veya ergenlikte bu bulgulardan kurtulurlar. Ebeveynlerin çoğu özellikle tıbbi yardım sayesinde çocuğun bu sapkınlıklarına uyum sağlayabilirken, bazıları bunu başaramaz. Bunu başaramayanlar gittikçe artan bir panik ve bunaltı içindedirler ve bu bunaltıyla çocuklarının sapkın

davranışlarına daha fazla ilgiyle değil kötü ebeveynlikle cevap verirler. Bunaltının ebeveynden çocuğa, çocuktan ebeveyne yöneldiği bir kısır döngü ortaya çıkar. Eğer düzeltilmezse bu durum ufak bir beyin hasarının yol açtığı eski durumdan çok daha ciddi sorunlara yol açabilir hatta bazı nadir vakalarda şizofreniye kadar varabilir. Doğru uygulanan bir tedaviyle bu çocukların tümü sorunlarını alt edebilir ve normal bir erişkin yaşamı sürdürebilir.

Fobiler (karanlıktan, odada yalnız kalmaktan, hayvanların ısırmasından, okula giderek anneden ayrı kalmaktan korkmak gibi mantıksız endişeler) genellikle şizofreniye yol açmazlar. Ama yine de tıbbi müdahaleye gereksinim duyulur. Korkulan şey bir nesne veya hayvan ve özel bir durum değil de bir insan olduğunda, fobiler daha ciddi rahatsızlıkların belirtisi haline gelirler. Mantıksız endişeler şüphecilik ve geri çekilme gibi bulgularla bir ara da görülürlerse, daha ciddi bir müdahaleye gereksinim duyulur. Ebeveynleri ilgilendiren diğer belirtiler çocukların uyguladığı bazı küçük törenlerdir. Örneğin yatağa girmeden önce çocuk yastığını özel bir şekilde yerleştirebilir. Merdivenleri çıktığında daima ikinci basamağı atlayabilir veya yerdeki çizgilere basmaktan kaçınabilir. Gelişme döneminde çoğu çocukta bu küçük saplantı - zorlanma bulguları vardır ama bunlar şizofreni belirtisi değildir. Yine de çok belirgin bir şizofreni - zorlanma durumu tıbbi müdahale gerektirir.

Sonuç

Özet olarak bu bölümde bir kişinin genel nüfusa kıyasla şizofreniye yakalanma riskini arttıran belirtileri inceledik. Rahatsız edici olmalarına ve tıbbi müdahale gerektirmelerine rağmen şizofreniyle ilgisi olmayan diğer bulguları da gördük. Son olarak karışıklığa neden olan ve yanlışlıkla gelecekteki şizofreninin göstergesi olarak düşünülen ancak anormallik sergilemeyen bazı özelliklerden de bahsettik.

Ayrıca bu bölümde şizofreninin genellikle ortaya çıktığı ergenlik döneminde tamamen yeni bir gelişme olmadığını ama ailenin ve hastanın kendisinin bile anlayabilme düzeyinin altında var

olan olayların anormal gidişinin devamı olduğunu öğrenmeye başladık. Metabolik bozuklukları, kan hastalıklarını veya enfeksiyonları belirlemek için kan veya idrar üzerinde yapılan laboratuvar testlerinin ve kesin göstergelerin şizofreninin varlığını veya ileride görülebilirliğini anlamak için kullanılamayacağını gördük.

Pek çok teorisyen şizofreniyi çocukluğa özgü bazı işlevlerin yerine getirildiği yöntemlerden vazgeçmedeki geniş ölçüde başarısızlık olarak düşünürler. Başka bir deyişle şizofreni 'büyüme'deki başarısızlıktır. Bu inanış görünürde hastalığın başlangıcında olgunlaşmamış düşünme şekillerinin benimsenmesi ve çocukluktakine benzer hareketlerde bulunmasıyla desteklenmektedir. Yine de şizofreniği olgunlaşmamış veya çocukluk düzeyinden öteye gidememiş biri olarak görmek tamamen yanlış olacaktır. Hastaların bazısı pek de olgun olmayan haller sergilemelerine rağmen çoğu hastalanmadan önce psikolojik açıdan büyük ölçüde ilerlemişlerdir, hatta hastalandıkları zaman bile bazı çocukça hallerle karışık büyük bir olgunluk gösterebilirler. Bu noktada daha önceki bölümde verilen şizofreni tanımına ek olarak bu durumun uzun bir geçmişi olduğunu ve görünen başlangıcından çok eskilere dayandığını söyleyebiliriz.

Üçüncü Bölüm
ŞİZOFRENİN TANIMI

Bu bölümde şizofreninin ortaya çıkmasını sadece gözlemci açısından değil, psikolojik transformasyona uğrayan hastanın deneyimleri açısından da inceleyeceğiz. Şizofreninin bin yüzü vardır, tüm yönlerini tanımlamamız olası değildir. Semptomatolojideki anormal farklılıklara karşın psikiyatristler pek çok değişik tip ayırabilmişlerdir ve biz bunların en çok rastlananlarını inceleyeceğiz. Bunu yapmadan önce genel görüntüye bir göz atalım.

Şizofren; hastalığı kendini iki ana şekilde gösterir. Birincisi dünyaya karşı duyulan sonsuz endişe, insanlara karşı duyulan büyük güvensizlik, her şeyden kaçma arzusu gibi hastanın dünyaya karşı tavrını yansıtan psikolojik geri çekilmedir. Her şeyden kaçma arzusu hasta tarafından, dünyanın bakılmaya veya içine dahil olunmaya değmediği duygusu veya düşüncesiyle aklanabilir. Bazen hasta etrafta gördüğü kötülükler üzerinde dikkatini toplamak istemezmişçesine boş boş bakınır.

İkinci şekil Freud tarafından geliştirildiği şekliyle psikiyatristlerin projeksiyon (yansıtma) adını verdikleri yoldur. Bir yanlış inanışlar kümesi veya sistemi hastayı sahiplenmiştir. Kötü tehlikeler yakındır, zalimler bin olası şekilde komplo kurmaktadır. Tehlikeler gerçekmişçesine yoğun olarak yaşanmakta ve hasta bunları acı veren gerçek olarak düşünmektedir.

Şimdi bu iki görüntüyü daha ayrıntılı inceleyelim. Her biri nasıl başlar?

Genellikle genç (ergenlikten ilk otuzlarına kadar) veya nadiren herhangi bir yaştaki hasta olağandışı hareketlerde bulunmaya başlamıştır. 2. Bölüm'de gördüğümüz gibi, bazı uygunsuz tavırlar daha önceden görülmüş olabilirler ama bunlar ya fark edilmemiştir ya da önemsenmemişlerdir. Şimdi ise bazen mantıklı açıklamalara sahip görünse bile bu davranışlar iyice belirginleşmiş ve kendilerini göstermeye başlamışlardır. Bazıları açıklanabilir olsa bile hastanın son zamanlarda verdiği önemli kararlar garip görünürler. Örneğin beceremeyeceğini düşündüğü için bir kolej öğrencisi okulunu aniden bırakabilir. Bir işçi patronunun veya diğer işçilerin ona karşı haksızlık yaptıklarını, kötü davrandıklarını veya saygısızlık ettiklerini düşünebilir. Onlar onun başına dert açmak, onu kötü göstermek veya ona zor bir iş vermek istemektedirler. Ondan belirli veya sıklıkla belirsiz nedenler yüzünden hoşlanmazlar. Bazı vakalarda hasta işe gitmeyi reddeder ve çok önemsiz konularla meşgul hale gelir. 1. Bölüm'ün başında bahsedilen iki hastada olduğu gibi bu olağandışı tavırlar en sonunda bazen yavaş, sinsi ve ilerleyen bir şekilde bazen de daha akut olarak, çarpıcı hale gelirler. 4. Bölüm'de daha ayrıntılı inceleyeceğimiz gibi vakaların çoğunda, hastalık başlamadan önce ailenin hastanın sahip olduğunu düşündüğü kişilik tipi, hastalığın belirtileriyle neredeyse ayrıştırılamaz bir biçimde öyle karışmıştır ki hastalığın gerçekte ne zaman başladığına karar vermek olanaksız hale gelir.

Bazı vakalarda hastalık bir karıştırma, heyecan ve ajitasyon dönemiyle başlar. Hasta ilişkiler kurmak, tanıdığı tüm insanlara ulaşmak, ona kaçan dünya olarak görünen şeye tekrar bağlanmak için büyük bir çaba gösterir. Bulamadığı bir şeyi aramaktadır. Ama bazen ne aradığını da bilmez. Aktif olmak ister ve yaşama ve tüm deneyimlere karşı yoğun bir açlık gösterir, ama içindeki karmaşa, arayışından daha belirgindir. Heyecanı belirginleşebilir, konuşması tutarsızlaşabilir ve anormallik açıkça görülür hale gelir.

Başka vakalarda hasta hastalık hastası gibidir ve sıklıkla sayısız hastalıklarından bahseder. Bazen fiziksel görünümüyle: burnunun şekli, kulakları, dişleri, göğüsleri, saçları, vb. ile ilgilenir. İlk önceleri şikayetleri olası görünse bile kısa zamanda dayanaksız olduklarını veya çarpıtma veya büyük abartmalar oldukları ortaya çıkar.

Çoğu vakada hastanın yaşama karşı olan ilgisi eskisine göre daha azdır. Bunun yerine bazı belirgin problemlerle ilgilenir. Her şeyin onunla ilgili olduğunu veya özel bir anlam taşıdığını düşünmeye başlar. Bu özel meşguliyetlere 'referans fikirler' adı verilir. Örneğin hasta sokakta belirli biriyle karşılaşırsa, bu kişiyle kendisini gözetlediği için karşılaştığına inanır. Olayların şans eseri veya tesadüfen olabileceklerini kabul edemez, olaylar insanlar tarafından daha önce düzenlendikleri ve sıralandıkları için böyle gelişmektedir. Öyle ki daha önceden herhangi bir konu üzerinde düşündüyse ve bu konudan gazetelerde, filmlerde bahsedilirse veya televizyon veya radyoda bahsedildiğini duyarsa, bu gerçeği sadece bir tesadüf olarak değil, şüpheyle bakılması gereken bir şey olarak karşılar.

Diğer insanlarla ilgili şüpheleri artar. Hasta kendisine tuhaf baktıklarını, onunla alay ettiklerini ve belki arkasından bile konuştuklarını düşünür. Kendisi bazı politik ve etnik gruplar, mafya, hatta diğer gezegenlerde yaşayanlar gibi anlaşılmaz dış grupların veya örgütlerin etkisi altındadır. 'Onlar' onun garip algılamalar yaşamasına, kendi düşünce sistemine yabancı bir şekilde düşünmesine neden olurlar. 'Onlar' onu bir domuz gibi kullanırlar, 'onlar' onu hiç kontrol edemediği şekilde hareket ettirirler. 'Onlar'ın kim olduğunu belirleyemez. Onlar belirsiz agresif kişilerdir, bir kişi veya grup olabilirler.

En sonunda hasta diğer insanlar tarafından yapılan gözlemler tarafından desteklenmeyen gerçeklere ve şeylere bazı belirli yorumlar getirmeye başlar. Ev dinlenmektedir, evine düşüncelerini kaydetmek için alıcılar yerleştirilmiştir, yemeğine zehir konmuştur, üzerinde gizlice telepatik veya hipnotik deneyler yapılmaktadır. Bunlar yanlış inanışlar veya sanrılardır; genellikle olumsuz niteliktedirler, hastayı bazı insanların izleyerek gelecekte rahatsız etmeyi planladıklarına inandırırlar. Hareketlerini veya düşüncelerini kontrol eden veya kontrol etmek isteyen birisi vardır. Hasta genellikle gizli kodlarla iletilen özel mesajlar alır. İnsanlar tarafından kullanılan kelimelerin özel anlamları vardır ve bunlar ona sözcük oyunları veya kinaye gibi görünürler. Bazı hastalar her yerde kinayeler bulurlar, diğerleri de ilişki kurdukları insanların mimiklerine hatta kazayla veya tesadüfen meydana gelen seslere bile özel yo-

rumlar getirirler. Daha ileri bir safhada, bu sanrılar içerik olarak daha hoş hale gelebilir. Hasta bir kraliçe, bir milyonerdir, büyük bir aktör onunla evlenecektir. Hasta büyük bir keşif yaptığına, evrenin sırlarını bulduğuna veya yaşamın özünü açıklayan felsefi bir sistem geliştirdiğine inanır. Şimdi o, bir hipnotik, telepatik yollarla diğer insanları, havayı, hisse senedi piyasasını, nüfus patlamasını kontrol edebilen biridir.

Hastanın dış uyarıları algılaması da değişmiştir, her şeyi çarpıtılmış bir biçimde görür ve duyar. Tanıdık çevresi ona artık garip ve alışılmadık gelmektedir. İnsanlar ve nesnelerin değişik bir tarafı vardır ve onunla eskisinden değişik bir şekilde ilişki kurmaktadırlar. İnsanlar boyut değiştirir ve alışılmadık şekilde büyük veya küçük görünürler. Hareketler de değişik algılanır, yaşamın ritmi çok hızlı veya çok yavaş hale gelmiştir. Bazen bazı şeyler başka şeylerle karıştırılır (yanılsamalar). İnsanlar yanlış tanımlanır. Garip benzerlikler gözlemlenir. Sokaktaki yaşlı adam aynen hastanın büyükbabası gibidir (belki de o büyükbabasının varlığı hasta tarafından bilinmeyen ikiz kardeşidir).

Yanılsamalar kadar sık hatta bazı vakalarda daha sık görülen varsanılar veya algılamalar dış çevreden hiçbir uyarı gelmeden ortaya çıkarlar. Hasta insanların onunla konuştuklarını veya adının geçtiğini duyar ama onunla veya onun hakkında kimse konuşmamaktadır. Orada olmayan şeyler veya insanlar görebilir. Pek çok vakada varsanılardan önce veya varsanılarla beraber insanın düşüncelerinin duyulabilir olduğu yani yakındaki veya uzaktaki kişilerce bile duyulabildiği duygusu da ortaya çıkar. Vakaların büyük bir kısmında hasta onu casuslukla, homoseksüellikle, sapıklıkla, katillikle suçlayan sesler duyar ama ortada bunları söyleyecek kimse yoktur. Varsanılar her duyuyu içerirler, kural olarak bozukluk süresince işitsel olanlara en sık rastlanır. Koku, tat ve dokunma içeren varsanılar daha nadırdır.

Bazen hastanın genel tavrı ve davranışlarının normal bir yönü vardır ve belirgin olan bulgular sadece anormal fikirleridir. Öte yandan, çoğu vakada hastanın görünümü alışılmamış ve kabadır çünkü hasta kelimeleri yuvarlar, garip şekilde dudaklarını

kıpırdatır, yüzünü ekşitir veya yabancı, tiyatrovari, ecnebi davranışlara benzeyen yineleyici acayip hareketlerde bulunur. Başka vakalarda ise bağırarak, ağlayarak veya kahkahaya boğularak uyarıcı jestler sergiler.

Bazı vakalarda hasta önceki alışkanlıklarının tam tersi bir şekilde davranır. Önceleri cinsel olarak çekingenken, şimdi cüretkar ve uygunsuz hareketlerde bulunur. En uygunsuz ve kabul edilmez şekillerde cinsel ilerlemeler gösterebilir. Önceleri uysal veya arka planda kalan biriyse, kavgacı, aksi hatta saldırgan hale gelebilir. Hastaların çoğu başkalarıyla konuşurken dikkatini toplayamaz. Verilen cevabı duymamışcasına aynı soruyu tekrarlarlar. Duygusal açıdan hasta çok değişik görünür. Aniden bunaltılı, endişeli, kızgın, şüpheci ve alaycı olabilir. Bazen diğer insanların duygularını karıştıracak konulardan bahsettiğinde bile çok duygusuz görünebilir. Belirgin aldırmazlık veya apati görülebilir.

Diğer vakalarda daha önceden bahsettiğimiz genel geri çekilme görülür. Hasta sadece gerçeklik anlayışını değil ilgisini ve katılımını da kaybetmiştir. Bir kabuğun içinde, kendi özel dünyasındadır. Faaliyetleri minimuma inmiştir ve sıklıkla yinelenen bir rutin halindedir. Genellikle bir şeyler yapmak için zorlanması gerekir. Hareket etmek için öyle isteksizdir ki kişisel görünümüne karşı ihmalkar hale gelir. Şizofreninin özel tipleri bu bölümde daha sonra anlatılacaktır.

Değişik Açılardan Şizofreni

Bu bunalımlı zamanda neler olduğunu ailenin ve hastanın bakış açısından düşünmek önemlidir. Önceleri aile sadece şaşkındır. Hastanın bazı özellikleri birazcık tuhaftır ama bunlar sadece onun bireyselliğinin örnekleri veya değişik olma, kendini gösterme isteği olarak yorumlanır. Daha sonra, hastanın önceleri idiosinkratik tavrı gibi görülenler onun için kozmik anlamlı hale gelirler. Bu nokta da aile şaşkınlık içindedir. Hastanın normal bir durumda olmadığı ve bir doktora danışılması gerektiği gerçeğini görmeye başlarlar. Hastayı bir doktora gitmeye ikna etmek için adeta kampanya başlatırlar.

Aile üyelerinin şizofreni hakkında bilgisi varsa, bu noktada onlar hastanın dünyayı değişik bir şekilde görme gereksiniminde olduğunu anlamaya çalışmalıdırlar. Onu hatalı olduğuna inandırmaya çalışmanın anlamı yoktur, hatta daha da kötüsü onunla 'garip' düşünme şekli yüzünden alay etmektir. Aile üyeleri buna benzer bir şey söyleyebilirler: "John, senin bizim görmediğimiz şeyleri görmenin bir nedeni olmalı. Belki bu konuda bir uzman hepimize bunun nedenini bulmak için yardım edebilir."

Bir önceki bölümde verilen tarif bir gözlemcinin veya hastadan neler olduğunu anlatılmasını isteyen bir izleyicinin tarifidir. Ancak gözlemci tarafsızlığını korumuş veya klinik bir mesafe bırakmış ve o ana kadar hastanın aklına girmeye çalışmamıştır.

Hasta onu hasta eden bir değişiklik geçirmesine rağmen, 'içinde' bir değişim gerçekleştiğinin farkında değildir. Bunun yerine dış dünyanın değiştiğine inanır. Çok kötü bir analoji kullanmak gerekirse lenslerin üzerine gözlük takarak gördükleri çarpılan biri gibidir. Bu kişi gözlük taktığını bilmemektedir ve gördüklerinin gerçek olduğunu düşünmektedir. Şizofrenin dünyasındaki değişiklik sadece hastanın gördüklerini ve duyduklarını değil özellikle yeni mantık anlayışının ve renkli duygularının da getirdiklerini içerir.

Tipik şiddetli vakalarda hastalığın ilk safhası üç alt safhaya bölünebilir. İlki nereden geldiği belli olmayan aşırı bir bunaltı duygusuyla tanımlanabilir. İkinci alt safhada hepsi karmaşa içinde olan pek çok şey başına gelir. Bazen hastanın aklında bazı olası fikirler baskın hale gelir. Diğer şeylerle ilgilenmeyi veya bu baskın fikirle doğrudan ilgili olmayan soruları cevaplamayı başaramaz. Rahatsızdır. İkna edilmeye gereksinim duyar ama ona kimse yardım edemeyecek gibidir. Öyle meşguldür ki sorularının cevabını bile duyamaz. Bu yüzden sorularını pek çok kez tekrar eder ve büyük acı çektiği görülür.

Kimi zaman bu eziyetli durumdan sıyrılmayı ve normal haline dönmeyi başarır. Bazı vakalarda kişi birkaç saat veya gün için kendini çok iyi hissedebilir ama sonra panik eskisinden de

güçlü olarak geri döner. Hasta başına korkunç bir şeyin geldiği duygusu içindedir. Belki de çıldırmaktadır. Bir süre sonrada diğer insanların onun kaçık olduğunu düşündüklerini sanır. Bir savaşı, bilinmeyen bir savaşı kaybediyormuş hissi vardır. Gitgide daha çok korkaklaşır. Karmaşası ve korkusu büyüdükçe büyür, onu büyük dalgalar gibi alt eder ve sarar. Her şey tuhaf görünür, her şeyin değişik algılanma nitelikleri ve karanlık anlamları vardır. Bazen hasta kendinin de yanlış olduğunu bildiği ama gerçek gibi canlı görünen hayallerle uğraşır. Bütün bunlara bir açıklama bulmaya çalışır ama yapamaz. Pek çok vakada hasta insanların onun aklını karıştırmak için bir oyun oynadıklarını düşünür. Dünya büyük bir sahne haline gelir.

Tipik vakalarda karmaşa döneminden sonra, hastanın her şeyin açık olduğunu hissettiği üçüncü alt safha görülür. Aniden bir şimşek çakar. Işık geri gelmiştir. Karmaşık, karanlık görünen şeylerin bir anlamı, bir amacı vardır. Kendini her şeyden farklı bir şekilde aydınlık hisseder. Şimdi her şeyi anlamaktadır, garip olaylar kaza eseri değildir, hepsi kasıtlı olarak düzenlenmiştir. Bir yerde birisi onun peşindedir, ona karşıdır. Bundan sonra ve uzun bir süre hasta, onun için belirgin olan şeyleri mantıki olarak göstermeye çalışır. Benim 'psikotik anlayış' diye adlandırdığım olguyu geliştirir. Şimdi hastalık paranoid bir şekilde iyice yerleşmiştir.

Neden bu olguyu psikotik anlayış olarak adlandırıyoruz? Anlayış değişik şeyler ve gerçekler arasındaki ilişkilerin ve anlamların aniden kavranmasıdır. Hastaya daha önce ilgisiz ve bağlantısız gibi görünen bazı şeyler şimdi artık bütünün parçaları gibi görünmektedir. Ama bu anlayış psikotiktir çünkü sadece hasta bu bağlantıları görmektedir. İkiyle ikiyi toplamaktadır, yap-bozun parçalarını birleştirebilmektedir. Ama yap-bozu sadece o, görebilmektedir. Dünyayı değişik bir şekilde görebilir çünkü yeni düşünme yolları benimser. Manrtıklı düşünmeyi bırakır ve daha sonra tanımlayacağımız yeni yolları uygular. Hiç bir zaman şimdiki kadar açık ve etkili düşünmediğini hissetmektedir. Böyle bir izlenim sık olarak meslekten olmayan kişilerce edinilebilir.

Hastanın bu yeni ve anormal gerçeği yorumlama yöntemlerini, ilk önce kendi içinde bir çatışma yapmadan benimsemediğini belirtmek önemlidir. Bu yeni düşünme şekli geride durur ve su yüzüne çıkabilmek için uğraşırken, hasta buna karşı koymaya çalışır. İçinde 'boyun eğme eğilimine karşı koymak' şeklinde yaşadığı bir çatışma vardır. Ancak hasta eninde sonunda pes edeceğinden korkmaktadır. Önceden de onun başarısız bir savaşın içinde yer aldığını hissettiğinden söz etmiştik. Öte yandan pes etmek cazip görünmektedir çünkü bu, karmaşa durumuna bir son verebilir. Bu alt safhada hastayı psikiyatrist WJ. Stein şöyle tanımlar: "Bu büyük güçsüzlük duygusuna sahip olmasına ve kendi yıkımının pasif bir gözlemcisi haline gelmesine rağmen, zaman zaman yok olmaya karşı koymak için aynen boğulan bir adamın yüzememesine rağmen çılgınca çabalaması gibi çabalar gösterir."

Hasta en sonunda pes ettiğinde ve psikotik anlayışa ulaştığında, bunun tam zıddı hareketlerde bulunur, şüphelerini kanıtlayacak delilleri hızla aramaya koyulur ve duyularını keskinleştirir. Bir ses duyduğunda, bir arkadaş özel bir sözcük kullandığında, garip bir adam sokakta bir aşağı bir yukarı gezindiğinde, bunların tümünü onun düşündüklerinin doğruluğunu güçlendirici kanıtlar olarak yorumlar.

Diğer zamanlarda psikotik anlayış kendini değişik bir şekilde gösterir. Hasta fikirlerinin geçerliliğini göstermeye çabalamaz. Bunun yeterli olduğunu 'bilir'. Onun bilgisi göstermeye gerek olmayan içindeki, rakipsiz bir kaynaktan gelmektedir. 'O bilir.' Bunların hepsini olduğu gibi kabullenmek olası değildir, psikolojik yoruma gereksinim duyulur. Böyle bir yoruma geçmeden önce, tamamen doğru olsalar bile psikolojik yorumların şizofrenik görüntünün tümünü açıklamadığını belirtmeliyim. Demek istediğim budur. Hastanın tahmin etmesi gereken güçlü bir psikolojik gereksinimi vardır; psikolojik sorunlarını çözmelidir. Bu bulgular yoluyla bunu yapmaya çabalar. Ancak biyolojik bir yatkınlığı veya psikolojik faktörlerin alışılmamış bir dizilişi veya fiziksel ve psikolojik faktörlerin bir karışımı hasta üzerinde etkili olmasaydı, o da belki sorununu böyle anormal bir şekilde çözmeye çalışmayacaktı. Bu faktörler gerekli bile olsa, bulgulara olan psikolojik gereksinimi her durumda anlamak çok önemlidir.

Genel tıptan bir örnek açıklamamıza yardım edebilir. Ateş genellikle bir enfeksiyon hastalığının bulgusudur. Anormal bir bulgu olmasına rağmen, ateşin yararlı bir işlevi vardır. Organizmanın hastalıkla kendi kendine savaşma çabasıdır. Vücudun ısısını yükselterek organizma vücudu yenen ve hasta eden mikroorganizmalar veya onların ürünleriyle (toksinler) savaşır. Şizofrenide de mikroorganizmaların saldırısı olmamasına rağmen bulguların yararlı bir işlevi olabilir. Burada saldıranlar kişinin kendisi, geleceği, yaşamı, dünyayla ilgili duygularıdır. Önceki sayfalarda tanımladığımız görüntü genel olmasına rağmen paranoid şizofreni tipinde daha tipiktir. Bu bulguların işlevleri nelerdir yani bu bulgular ne anlama gelirler? Örneğin suçlanma duygusu? Hastanın başkalarını ya belirgin kişileri ya da tam olarak belirlenemeyen bir grubu suçlama eğilimi? Bu daha önce bahsettiğimiz yansıtma mekanizmasıdır. Yansıtma dışavurum için kullanılan bir başka sözcüktür. Yansıtma yoluyla hastanın içinde olan bir karmaşayla ilgili psikolojik sorunlar hasta tarafından dış dünyaya yakıştırılır. Hasta tamamen hastalanmadan önce de pek iyi değildir, ciddi psikolojik sorunlar geliştirmiştir. Kendine güveni çok azdır. Kendini yetersiz, değersiz, kaba saba, sevilmeyen ve sevilmemiş, kabul edilemeyen ve kabul edilmemiş biri olarak düşünür. Kendini geliştirmek için hiçbir şey yapmadığı için kendisini yetersiz veya aşağılık olmakla suçlamıştır. İnsanların onun hakkında kötü görüşlere sahip olmakta haklı olduklarına inanmıştır. Çoğu zaman kendi görüntüsünü reddetmeye hatta bilinçaltına itmeye çalışsa bile, bunu artık yapamayacağı bir zaman gelir. Bunu mantıkla desteklenmeyen bir şekilde dışa vurur. Artık kendini suçlamaz, şimdi suçlamalar başkalarından gelir. Bu kaymayı yapabilmek için pek de yerine oturmayan daha sonra tanımlayacağımız ilkel bir düşünme yoluna başvurur. Bu özel düşünme bize abartma ve çarpıtma olarak görünür; hasta, analojiler yardımıyla bağlantılar kurar ve analojileri kimliklerle karıştırır. Böylece hastayı suçlayan gizemli ve hayal ürünü kişiler onu 'yetersiz, sevilmeyen, ihmalkar' olarak değil 'sapık, casus, katil, fahişe' olarak suçlama noktasına kadar giderler. Bu bulgu Freud'un savunmalar olarak adlandırdığı mekanizmalardan biridir.

Psikodinamik psikiyatri konusunda çalışmamış, uzman olmayan birinin bu bulguların nasıl savunma olarak nitelendirildiğini veya yararlı olduğunun düşünüldüğünü anlaması zordur. Bu şekilde suçlamak veya zulmün ve iftiranın kurbanı olmak savunmadan çok bir saldırı değil midir? Öyledir ve bu şekilde kurban edildiğini hisseden hasta çok acı çeker. Ancak daha fazla kendini suçlamaz. Şimdi kendisi hakkında yüksek görüşleri vardır. O bir şehittir, diğer insanların kötülüklerinin masum kurbanıdır. Özgüveninin olmamasına daha fazla tolerans gösteremez. Bu, onun içini inciten bir duygudur. Bu incinmeyi yok edebilmek amacıyla içinden gelen incinmeyi dışarıdan gelenle takas edecek bir mekanizma geliştirir. Dış tehdit zararlı olabilir ama hastanın kendisi hakkındaki görüşlerini zedelemez. Doğal olarak bu yansıtma mekanizması anormaldir. Hastanın göğüsleyemediği bir iç tehditdense bir dış tehdide inanmayı istediği gerçeği, yansıtma mekanizmasını devreye sokmak için yeterli değildir. 5. Bölüm'de göreceğimiz gibi başka faktörler de gerekebilir. Ama yansıtma için gerekli neden veya nedenler kombinasyonu ne olursa olsun, her bulgunun işlevi veya düşünülen işlevi nedeniyle hasta tarafından verilen bir anlamı olduğunu hatırlamak önemlidir. Açıkça hastalanmadan önce hastanın neden kendini böyle aşağı gördüğünü bulmak da tabii çok önemlidir ama bu konuyu şimdi incelemeyeceğiz.

Şizofreninin Değişik Tipleri

Daha önce de belirttiğimiz gibi şizofreni vakaları gösterdikleri temel özelliklere göre çok şekilde sınıflandırılmıştır. Pratikte tam olarak hiçbir sınıflandırmaya uymayan karışık pek çok vaka bulabiliriz. Buna da, şizofreniyi tıp literatüründe ilk kez dementia praecox (şizofreni adı İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından konulmuştur) olarak tanımlayan Emil Kraepelin'den bu yana belirlenen dört ana tipi tartışacağız. Bu dört ana türe şimdi eskisinden daha çok görülen bir beşinciyi de ekleyeceğiz: Şizoaffektif tip.

Paranoid Tip

Şizofreninin paranoid tipinden etkilenen hastalar en büyük grubu oluşturur. Esas olarak kendilerine özgü birtakım ek özelliklerle birlikte bu bölümün başlarında tanımlanan görüntüyü ortaya koyarlar. Çoğu vakanın ergenlikte görülmesine rağmen bu vakaya yaşamın otuzlu veya kırklı yıllarında da rastlanabilir.

Kural olarak, paranoid hastalar diğerlerinden daha zekidirler. Hastalığın başlangıcından itibaren şüphecidirler, olayları ve nesneleri kendilerini küçük düşürecek şekilde yanlış yorumlarlar. Paranoid şizofreniğin kendine ait önde gelen duygusu aniden dışa vurulur ve başkalarının hasta hakkında sahip olduklarını olumsuz bir anlayış olarak algılanır. Bu, tanımladığımız yansıtma mekanizmasıyla bağlantılı olarak ortaya çıkar. Örneğin, hasta kendini sakar ve saçmalık derecesinde yetersiz gibi düşünebilir. Bundan sonra insanların kendisine güldüğü izlenimini edinir. Bu izlenim yavaş yavaş kesinleşir. Onların kendisinin iyi olmadığını ve uyumsuz olduğunu düşündüklerinden emindir. Ama onun için iyi olmamak ve uyumsuz olmak homoseksüel olmak anlamına gelir. Onun için onlar ona 'kız' diye bakmaktadırlar. Örneğin meslektaşlarının 'o kız işini yapmıyor ama yapmalı' dediklerini duyar. 'Kız' sözünü hastanın erkek olduğuna inanmadıkları için kullandıklarını düşünür.

'Anlam dağılması' çok görülür. Pek çok şeye belirli bir anlam verilmiştir, çünkü çevre hastanın temel gereksinimlerine karşılık verecek şekilde yeniden yorumlanmıştır.

Hasta, kendisinin de hoşuna gitmeyen özellikleri yüzünden başkalarınca suçlandığına inanmakla kalmaz, kendisinde kabul edemediği bu özellikleri etrafındakilere de yakıştırır. Şüphecilikle işe başlar ama daha sonra insanların ona karşı komplo kurduklarını veya ona ihanet ettiklerini düşünmeye kadar götürür. Düşündüğü kanıtları görür ve toplar. Adaletsizce kurban edilen birinin kızgın, acı, düşmanca, küstah tavrını veya yardım arayan, isteyen ama garip şeyler olduğu için ne yapacağını bilmeyen uysal birinin tavrını takınır.

Sanrılar şizofreninin paranoid tipinde diğerlerinde olduğundan daha fazladır. Kötülük görme, büyüklük, kuruntu sanrıları veya değiştirildiği, suçlandığı, etkilendiği, hipnotize edildiği, telepatik olarak kontrol edildiği, zehirlendiği, deneylerin kurbanı olduğu şeklinde düşünceleri olabilir.

Vakaların önemli bir bölümünde sanrılar sistematik hale gelir. Bunun anlamı, hastanın sanrılarını tesadüfi inanışlar olarak kabul etmemesi ve onları yaşamının geri kalanıyla veya dünyada gözlemledikleriyle ilgili olarak, iyi kötü bir mantıkla açıklamaya çalışmasıdır. Hasta felsefesi, dini veya ideolojisi için eziyet gördüğü fikri etrafında bir sanrısal sistem kurabilir. Kendinin inanışlar sistemine bilimsel, felsefi veya dinsel bir yapı yakıştırabilir.

Sanrıların çok değişik içerikleri olabilir. Bunların ilgili olabilecekleri her şeyi sıralamak olanaksızdır. Bazen kültürel etki paradoksal bir şekilde ortaya konur. Örneğin, din insanların yaşamında eskisine göre bugün daha az bir etkiye sahiptir. Yine de dini içerikli büyüklük sanrıları olan hastaların sayısında son zamanlarda bir artış görülmüştür. Hem Hıristiyan hastalarda hem de Hıristiyan ülkelerde yaşayan Yahudi hastalarda en çok olan İsa Peygamber olma sanrısıdır. St. Paul, Bakire Meryem, St. Peter sanrıları da yaygındır. Ünlü psikiyatri kitaplarında yazılanların veya sık sık fıkralarda anlatılanların aksine ben hiç Napoleon Bonaparte olduğunu iddia eden bir hastaya rastlamadım. Kıskançlık sanrılarına (eşinin sadakatsiz olduğuna inanma) özellikle ileri yaşlarda sık rastlanır. Ancak paranoid durumlarda ve paranoyada bunlar şizofreniden daha sık olurlar.

Sanrılar ve varsanılar önemsenmeyecek inanışlar veya yanlış algılamalar olarak yorumlanmamaktadırlar. Önceden belirttiğimiz gibi bir amaçlan ve uzmanların genellikle ortaya çıkarmakta başarılı oldukları bir anlamlan vardır. Freud bir rüyanın abuk sabuk görünen içeriğinin bile bilinmesi gereken önemli bir anlamı olduğunu kanıtlamıştır. Carl Jung, Freud'un rüyalar için kullandığı tekniği şizofreninin bulgularında kullanarak, şizofren sanrılara tamamen psikolojik bir yorum getiren ilk psikiyatrist olmuştur. Jung, "Bırakın hayal gören kişi uyanıkmışçasına dolaşsın ve hareket etsin ve biz de bir an önce 'dementia praecox'un (şizofreni) klinik görüntüsünü çıkaralım" demiştir.

Sanrıların ve varsanıların çoğu metamorfik (özellikle kötülük görme sanrıları) veya telafi edicidir (özellikle büyüklük sanrıları). Bir iki örnek görelim: Bir hasta karısının yemeğine zehir koyduğuna inanmaktadır. Her yemek yeyişinde, zehirin tadını almaktadır. hasta aslında karısının metamorfik olarak kendisini zehirlediğine inanmaktadır. Evlilikleri çok mutsuzdur. Hasta yiyeceğin zehirli olduğunu düşünmeyi tercih eder veya buna kendini zorunlu hisseder. Karısı tarafından zehirlenme fikri ne kadar kötü olursa olsun yemeğinin zehirlendiği fikrini yaşamının zehirlenmesi fikrine tercih etmektedir. Ayrıca eğer evliliklerinin bu derece rahatsızlık verici olduğu gerçeğiyle yüzleşmek zorunda bırakılırsa, bundan biraz sorumlu olması gerekebilir. Belki o iyi bir koca değildir ve karısına rahatsızlık ve huzursuzluk vermektedir.

Diğer bir hastanın ise koklama duyusuna ait bir varsanısı vardır. Vücudundan gelen kötü bir koku duyduğunu sanmaktadır. Başka kimse bu kokuyu almamasına rağmen, varsanısının gerçekliğine inanır. Aslında içinin çürük ve kötü olduğuna inanmaktadır; öyle ki kokmaktadır. Ama bu bulgu sayesinde ilgi odağı kişiliğinden uzaklaşır. Vücudu hakkında olumsuz düşünmek onun için daha basit ve tolere edilebilirdir.

İsa Peygamber veya Meryem Ana olduklarını sanan insanlar özgüveni az olan kişilerdir ve kendilerinin felaket getiren bir görüntüleri olduğuna inanırlar. Bu büyüklük sanrılarıyla bunları telafi ederler. Kendi idealleri, kendi mükemmellik sembolleri haline gelir.

Hebefrenik Tip

Bir hebefreniği paranoidden ayırmak zor olabilir. Paranoid tipte görülen bulguların çoğu hebefrenikte de görülür ama daha ileri safhada, düzensiz ve tutarsız bir yapıdadır. Paranoidle hebefrenik arasındaki en belirgin fark, hebefreniğin aklının daha karışık olması ve genel olarak daha az normal davranabilmesidir. Hastalık daha çok yaşamın erken safhalarında başlar. Bazı hebefrenikler paranoid bir süreçten de geçerler ve eğer tedavi görmezlerse hebefrenik yaşam biçimine kayarlar.

Hasta daha çok apati ve bağlantısızlık durumundadır, endişelidir, bu hali ara sıra esprili veya komik tavırlarıyla kesilir. Hasta sık sık tamamen uygunsuz durumlarda gülümser. Örneğin bir soruya cevap vermek yerine münasebetsizce gülümsemeyi tercih eder. Hebefrenikler bazen mantıklı düşünebilmelerine rağmen, zamanlarının çoğunu tutarsız, karışmış ve ipe sapa gelmez şekilde düşünerek geçirirler. Paranoid tipin bulgularının aksine sanrısal fikirlerin bir felsefi veya dini çerçeve içinde karmaşık sistematizasyonu veya bağlantıları yoktur. Hasta, paranoidin hep yaptığının tersine fikirlerini kanıtlamaya çalışmaz. Kendini diğerlerinin saldırılarına karşı koruma ihtiyacında değildir. Paranoid gibi kötülük gördüğüne inanabilir ama buna fazla aldırmaz. Mantıksız, saçma ve büyüklük sanrıları paranoid tipten daha sıktır. Hebefreniklerin sanrıları genellikle gerçekten iyice uzaktır. Sıklıkla zarar gören veya yıkılan vücutla ilgili sanrıları vardır. Hasta beyninin eridiğini, kalbinin yer değiştirdiğini veya diğer somatik olanaksızlıkları düşünebilir.

Katatonik Tip

Şansımıza artık katatonik tip eskisine göre daha azdır. Pek çok vakada görülmeyen ajite olmuş, amaçsız davranışlarla tanımlanan bir heyecan döneminden sonra hasta yavaşlar, er veya geç tamamen pasif bir hal alır, geri çekilir ve neredeyse tamamen hareketsizleşir. En tipik vakalarda bir heykele benzer. Birisi onu bezlemek, yatağına yatırmak veya fiziksel gereksinimlerini karşılamak için kıpırdatana kadar günler veya saatler boyu heykele benzeyen pozisyonlar alır. Hasta dünyadan tamamen kopmuş gibi görünür. Ona en kötü haberleri örneğin ona çok yakın birinin aniden öldüğünü söylediğimizde gözünü bile kırpmaz.

Bu dünyadan kopma göstermeliktir. Hastanın içinde bir duygu volkanı vardır. Hastalar kendilerine söylenenlere karşı ilgisiz kalmalarına ve duygusuz bir surat ifadesini korumalarına rağmen, *katatonik epizod*un sonunda duyduklarının çoğunu doğru olarak tekrar edebilmişlerdir. Böylece dünyayla ilişkileri olduğunu ama bu ilişkiye; sözcükleri kullanmaları için gereken küçücük haréketlerle bile olsa davranışla karşılık veremediklerini kanıtlamışlardır.

Hasta hareket edemiyorsa, bu felçli olduğu veya motor aparatüsüyle ilgili bir sorunu olduğu için değildir. Zedelenen, onun istek ve vücudunun parçalarına yapılmak istenen bir hareket için gerekli şekilde oynamalarını isteyen emri verme yetileridir. Kimi zaman hasta çok itaatkar ve uyumludur çünkü başkasının emirlerini dinler. Örneğin inceleme sırasında doktor tarafından hastaya 'Dilini göster, onu iğneyle tutturacağım' dendiğinde, hasta bunu yerine getirebilir. Doktor hastanın vücudunu en tuhaf pozisyonlara soktuğunda bile hasta saatlerce bu pozisyonda kalacaktır. Buna 'mum esnekliği' denir.

Bu itaatkarlığa çok ters düşen bir olgu ise negativizmdir. Ondan isteneni yapacağı yerde hasta bunun tam tersini yapar. Örneğin dilini göstermesi istendiğinde, ağzını sıkıca kapatır veya yüzünü başka tarafa çevirir. Ayakta durması istendiğinde, sürünen bir pozisyon alır. Çoğu vakada, pek az aktivite devam ettirilir ama bunlar rutin ve stereotipik bir şekilde yapılır. Yeni veya ani her tür aktiviteden kaçınılır. Yine de çok vurucu istisnalar vardır. Olağan hareketsizliğin tersine hasta onun için özel bir anlam veya amacı olan bazı hareketleri tekrar tekrar yapabilir. Yirmi iki yaşında bir genç kız hastaların ve hastane personelinin varlığına aldırmadan periyodik olarak soyunup giyinebilir (her iki cinsiyet de olabilir).

Pek çok vakada sanrılar ve varsanılar vardır. Ancak ilerleme gösterene kadar bunları doktoruna iletemez. Çoğu zaman bu varsanı ve sanrıların kozmik niteliği vardır. Örneğin dünya yok olmaktadır. Bazen hasta sorulara karşı cevap verebilir ama cevaplar evet veya hayır gibi bir-iki hecelidir.

Katatonik hastalığın ortaya çıkmasına neden olan psikolojik faktörleri ve çocukluk olaylarını anlamak önemlidir. Katatonik kişiler çocuklarında kendi seçme ve karar verme kapasitelerine güvenmeyen, kendi hareketlerine inancı olmayan kişilerdir. Hastalar çocukken belirgin bir şekilde ebeveynlerinin sözünü dinleme alışkanlığı gösterirler ve özgür isteklerini kullanma kapasitelerinden yeterli olarak yararlanmazlar. Bu insanlar kendi seçim-

lerini yapmaya başladıklarında, kendilerini karar vermek için yetersiz, şüpheli ve aciz hissederler. Hasta kendi arzularını gerçekleştirmekten suçluluk duyar. Bunca şeyden sonra yanlış karar verebilir. Yaşamda daha sonra aşırı derecede bunaltıya neden olan kararlar genellikle cinsel ilişkilerle, evliliklerle, gönül işleriyle, kariyer değişiklikleriyle, başka şehre taşınmayla ve diğer benzeri seçimlerle ilgilidir.

Bu engellere rağmen hasta olacak kişi en zor durumlarla bile baş edebilir ama er veya geç altından kalkılmayacak gibi görünen bir krizle karşılaşacaktır. Çoğunlukla bu bunaltıyla saplantı ve zorlantılar yoluyla savaşır ama bunaltı kontrol edilemez ve hasta en sonunda katatonik hareketsizliğe girer.

Çabuk gelişen vakalarda, hasta ara dönemlerden geçmeden tamamen hareketsizleşir. Örneğin, yirmi beş-otuz yaşlarında genç bir kadın onu havaalanına götürecek taksinin gelmesinden birkaç dakika önce tamamen hareketsizlik durumuna girmiştir. Avrupa'da bir yıldan beri bulunan kocasıyla buluşacaktır. Bu yolculuk onun kocasıyla yüz yüze gelmesine neden olacaktır. Kadın kocasının yolculuğunda bir başkasından hamile kalmış ve kürtajın yasak olduğu yıllarda kürtaj yaptırmıştır. Hastanın kaçınmak istediği durum sadakatli gibi görünmektir. Böyle görünmek sadakatsiz olmaktan daha fazla suçluluk doğurmaktadır.

Katatonik tamamen hareketsizliğe ulaşmasa veya sadece biraz ilerleme gösterse, hâlâ bütün davranışlarında o korkunç kararsızlığı ve isteklerini gerçekleştirememesi fark edilir. Bir hareketin ortasında durabilir veya bir dizi zıt hareketlerde bulunabilir. Dünyanın dışında kalma arzusu ona katılma arzusuyla çatışır. Alışılmamış hareketleri ve vücut pozisyonları aynı anda ortaya çıkan bu arzuların sonucudur.

Katatonik epizoddan kurtulma şansı vardır ama gelecekte yinelenmesini engellemek için sürekli ilgi gereklidir. Ev yaşamında ve tedavide, hasta kendi kendine karar vermeye özendirilmeli ve kararların sonuçlarının önemli görülmediği bir ortam yaratılmalıdır.

Basit Tip

Basit tip, şizofreninin Amerika'da en nadir görülen türüdür. Aslında basit şizofreni ayrı bir tip olarak nitelendirilmemekteydi ama psikiyatristler bunu ayrı sınıflandırmayı uygun bulmuşlardır. Diğer tiplerin tersine basit şizofren neredeyse hiçbir zaman ani veya dramatik bir şekilde ortaya çıkmaz. Gelişme yavaştır. Hastalığın yaşamın hangi noktasında başladığını bulmak çoğunlukla olanaksızdır. Çoğu zaman basit şizofreniyle ilgili problemler ergenlikten önce başlar. Bu problemler kesin olarak belirli değildir. Basit şizofrenik pasif hale gelebilir ve yaşamının ufkunu sınırlamaya çalışabilir. İnsanların en sonunda onun olmasını bekledikleri kişi haline dönüşmez. Hırsız ve yavaş olduğu izlenimini verir. Yaşamak onun için can sıkıcıdır ve ona hiçbir çıkar veya rekabet bir anlam ifade etmez. Yaşamın çoğu yönlerine karşı gösterdiği bu vurdumduymazlık yüzünden duygusal ve entelektüel açıdan gelişemez. Bu sınırlı varlığına rağmen, pek de güvenli veya yaratıcı bir şekilde olmasa bile korunaklı bir ortamda işlevlerini sürdürebilir. Okul veya işle ilgili sorunları olabilir; heyecanlı ve cazip görünen şeylerden uzak durmak isteyebilir.

Basit şizofrenide sanrılar, varsanılar veya mantıksız düşüncenin göstergeleri yoktur. Tersine hasta düşünmemeyi tercih eder gibi görünür. Aklını mümkün olduğu kadar az kullanmaya uğraşır. Soyut düşünmemeye çalışacak ve konuşmalarını bir iki popüler ve karmaşık olmayan konuyla sınırlamayı tercih edecektir.

Basit şizofren diğer tiplerin belirgin düzensizliklerini göstermemesine rağmen, akli durumu normal yaşam için uygun değildir. Eğer katılım ve inisiyatifin beklendiği normal bir ortamda bulunuyorsa, davranışları günlük yaşamın taleplerine uygun ve yeterli olmaz. Genellikle zorbalık yapmamasına ve büyük ölçüde rahatsızlık veren davranışları olmamasına rağmen, basit şizofren ailesi için bir yüktür. Eğer ailesi yoksa toplumun bazı sömüren sektörleri tarafından kullanılması veya dışlanması riski vardır. İyi bir tedavi görmedikçe, basit şizofrenin tekrar yaşama sevincini kazanması ve kişisel ve ruhsal büyümeyi yaşaması olası değildir.

Şizo-affektif Tip

Bazı hastalarda, daha önce tanımlanan bulgulara ek olarak, manik depresif psikoz adı verilen bir başka durumun özelliği olan ruh durumunda çarpıcı değişimler görülür. Bu hastalar kimi zaman depresif kimi zaman çok neşelidir. Şizo-affektif tip diğer tiplerden daha çabuk iyileşir ama nöbetlerin yinelenme eğilimi vardır.

Şizofreninin Seyri

Şizofreninin çarpıcı bir özelliği de gidişindeki büyük farklılıklardır. Bazı hastalar akut bir nöbetten bir iki saatte, günde veya ayda kurtulabilirler. Daha önce belirttiğimiz gibi yirmidört veya kırksekiz saatlik şizofreni tanımlanmıştır.

Bugünlerde Amerika'da diğer birçok ülkede de benimsenen bir yöntemi uygulama eğilimi vardır. Hasta, şizofrenik bulguları olmasına rağmen altı ayda iyileşirse durumu şizofreni olarak tanımlanmamaktadır. Fransızca konuşulan ülkelerde akut paranoid nöbet şizofreni olarak değil sanrısal nöbet (*bouffée délirante*) olarak adlandırılır. Hastalığın süresine bağlı bu tip bir teşhis bana bilimsel açıdan geçerli gibi görünmemektedir. Kısa bir gidişi olan bir hastalık, hastalığın daha uzun sürdüğü diğer vakaların ilk safhalarına benzer.

Bazı hastalar uzun bir süre hasta kalırlar ve bazıları (şimdi eskisinden daha az) yaşamlarının geri kalanı boyunca hasta kalmaktadırlar. Temelde zedelenebilir kişiliklerde hastalığın yinelenen epizodlardan oluşan dairesel bir gidişi vardır.

Engellenemeyen ve çok ileri gerileme safhasına ulaşan bir şizofrenik hastalığın gidişi dört aşamaya ayrılabilir. Ancak psikiyatristlerin özel seansta gördükleri hastaların çoğu ilk aşamaya aittir. Hastalar ikinci veya üçüncü bir nöbet geçirseler bile, hâlâ birinci aşamadadırlar çünkü modern tedavi yöntemleri onların daha ileri gitmelerini önler. Bu birinci aşama hastanın gerçekle bağlantısını kaybetmesinden başlar ve şimdiye kadar anlattığımız belirgin bulguların ortaya çıkmasına kadar uzanır.

İyileşmeyen hastalarda, hastalık ikinci, üçüncü veya dördüncü aşamalara ilerleyebilir. İkinci veya ileri aşama hastalığın belirgin olarak kabullenilmesiyle başlar. Belirtiler artık hastayı eskisi kadar rahatsız etmemektedir. Yaşam gitgide daha sınırlı ve içten gelen davranışlardan yoksun hale gelir. Üçüncü veya sondan bir önceki aşamada bulguların eski yoğunluğu kalmamıştır ve şizofreninin tüm tipleri birbirine çok benzediğinden bir paranoidi katatonikten ayırmak çoğu zaman zordur. Dürdüncü aşamada hareketler refleks gibi ve uyarılara karşı haldedir. Bir kitabın okurlarının ikinci, üçüncü ve dördüncü aşamaların ayrıntılarını bilmeleri önemli değildir. 9. Bölüm'de ilk aşamadan daha ileri giden hastaları da inceleyeceğiz.

Dördüncü Bölüm
ŞİZOFRENİK DÜNYAYA BAKIŞ

Bundan önceki bölümde verilen şizofreni tanımı yararlıdır ama yeterli değildir. Biz; hastanın, yaşamı insanları, kendisini, geçmişini ve geleceğini değişik bir açıdan yorumlamasını sağlayan psikolojik mekanizmaları anlamak istiyoruz. Değişik açıyla kastımız sadece diğer insanların duyduğu ve düşündüğü şekilde değil, aynı zamanda hastalanmadan önce kendisinin de duyduğu ve düşündüğü şekildedir. Aynı insan olmasına rağmen başka biri gibi görünür ve şu anki halinin önceki haliyle büyük ölçüde ilgisi vardır.

Bu bölümde şizofreniğin dünyasının tüm ana yönlerini inceleyemeyiz ama bu dünyanın onun içinde olanları yeterince anlamamıza izin verecek bir iki önemli görüntüsünü seçeceğiz.

Hastanın mantıksız, akılsız, tutarsız, gerçek dışı, kararsız, garip, tuhaf olduğunu söylemek bizi pek uzağa götürmez. Bu tip yakıştırmalar sadece yüzeysel değil bazı yönlerden yanlıştır da. Akıl hastası bile mantıklıdır veya kendine has bir mantığı vardır. Şizofreniği, en azından bulgularından bahsettiğinde, mantıksız bir insan olarak gördüğümüz doğrudur ve bir açıdan onu böyle nitelendirmekte haklıyızdır ama neden onu mantıksız olarak gördüğümüzü anlamaya çalışalım. Şizofreniklerin mantıksız bulguları hangi yönden diğer psikiyatrik hastalardan örneğin nörotiklerden farklıdır? İlerlemeden önce, akıl hastalarının psikolojik mekanizmalarını anlamak, nedeni veya bulguların karmaşık neden veya nedenilerini bilmek anlamına gelmez.

Fobileri olan nörotik bir hasta karşıdan karşıya geçmekten korkabilir. Hayvanlardan çok korkabilir. Her köpek veya kedi görüşünde panik durumuna girebilir. Saplantı-zorlantısı olan başka bir nörotik hastanın ise her geçen arabanın plakasına bakmak ve numaraları ezberlemeye çalışmak için kontrol edilemeyen bir gereksinimi olabilir. Bir diğer hastanın ellerini her yemekte beş kez yıkamazsa çocuklarının hastalanıp öleceği gibi bir saplantı-zorlantısı olabilir. Tüm bu nörotik hastalar, normal akıl fonksiyonlarını, bulgularının gerçekdışı içeriğini ve bu bulguların onların üzerindeki saçma taleplerini anlamalarını sağlayacak kadar koruyabilmişlerdir. Bu bulguları kaybetmeyi çok istemektedirler. Başka hiçbir şey onları bu kadar mutlu edemez. Ama bunu yapamazlar.

Öte yandan İngiltere Kraliçesi olduğunu düşünen bir hasta bunu kabullenir, bunda hiç olağandışı bir şey görmemektedir. Dünyanın geri kalanına en inanılmaz olay gibi görünmesine rağmen bu fikir onun için tartışılmaz gerçektir. Hasta Londra yerine Brooklyn'de yaşamaktadır, İngiliz aksanı yerine New York aksanıyla konuşmaktadır. Kimse onu 'Majesteleri' diye çağırmamaktadır, herkes ona Bayan Smith demekte ısrar etmektedir. Ve o sürekli olarak kendini 'Majesteleri, İngiltere Kraliçesi' diye çağırmaktadır. Bayan Smith gibi insanların bilişsel fonksiyonlarında gerçeği test edememeleri ve rüyalarıyla gerçeği ayırt edememelerine neden olan ne tip değişikliklerin olduğunu araştırmak önemlidir. Hepimizin Kraliçe Elizabeth, Madam Curie, Albert Einstein olmakla ilgili hayalleri ve rüyaları vardır, ama biz bunlardan biri olmadığımızı, sadece hayal kurduğumuzu biliriz. Bazılarımız Kraliçe Elizabeth'in yerinde olmak ister, Madam Curie veya Albert Einstein kadar yetenekli ve yaratıcı olabilmek isteriz ama olmadığımızı biliriz. Bayan Smith'i İngiltere Kraliçesi olduğuna inandıran şizofren düşüncenin mekanizmaları, bir önceki bölümde söz ettiğimiz şizofreniye adını veren psikiyatrist Bleuler'in zamanından beri, araştırmaların konusu olmuştur. Bu karmaşık konuya girmeden önce, anormal düşünce şeklinin daha basit yönlerini incelemek yararlı olabilir.

Her şeyden önce en hasta şizofreniğin bile her zaman şizofrenik düşünmediğini sadece psikolojik güçlükler onu normal düşünce yollarını bırakmaya zorladıkları zaman böyle yaptığını belirtmeliyiz. Ayrıca şizofrenlerin bir şekilde anormal olmasına rağmen nörotikler hatta normal insanlar tarafından kullanılan başka mekanizmaları da vardır. Bu düşünce şekillerinden hem şizofreniklerin hem nörotiklerin hem de normal insanların kullandığı bir tanesini inceleyerek başlayalım: rasyonelleştirme. Rasyonelleştirme açıklaması olmayan ama yine de çok güçlü duygusal gereksinimlerin getirdiği hareketlere veya fikirlere mantıklı bir açıklama bulma çabasıdır. Bu çaba, dikkatle incelendiğinde geçerli olmayan ama mantıksız içeriği ve gerçek motivasyonu saklamayı başardığı için doğru ve olası görünen açıklamalara başvurma yoluyla ortaya çıkar.

Normal bir insanın rasyonelleştirmesini inceleyelim. Akşam üstü bir derse katılmayı planlayan profesyonel bir adam aslında o gün evde ailesiyle kalmayı tercih ettiğinin farkında değildir. Camdan dışarı bakar, yağmur yağdığını görür ve, "Hava kötü, evde kalmak daha akıllıca" der. Bu şekilde onun derse katılmamasının sorumlusu hava olmuştur. Hastalığının ileri bir safhasına yaklaşan şizofrenik bir hastanın rasyonelleştirmesini inceleyelim: Hasta, bir Güney Amerika ülkesinde doğmuş ve büyümüştür. İyi bir ailenin kızıdır, kolej eğitimini tamamladıktan sonra yirmi yaşlarında ABD'ye gelmiştir. Birleşik Devletler'de bir Amerikan vatandaşıyla evlenmiş ve bir çocuğu olmuştur. Onu ilk gördüğümde otuz beş yaşlarındaydı, uzun senelerdir hastaydı ve gerileme belirtileri göstermekteydi. Büyük bir kin beslediği kocası hakkında konuşmadığı zamanlarda ilgisizdi. Kocasının çok kötü bir adam olduğunu ve bunu hep bildiğini tekrarlayıp duruyordu. Ona kocasının kötü biri olduğunu bilmesine rağmen neden evlendiğini sorduğumda: "Düğün töreni onun ülkesindeydi. Rahip bana onunla evlenmemi sorduğunda İngilizce konuşuyordu ve ben de onu anlamadan evet dedim" diye cevap veriyordu.

Bu rasyonelleştirme hastanın büyük üzüntüsünü ortaya çıkarmasa, ciddi olarak karşılanmayabilirdi. Mantıksız şartlara dayanmasa mantıklı olabilecekti. Hasta açıkça görülüyor ki düğün töreninde soruyu anlamış ve İngilizce olarak 'evet' diye cevap verebilmiştir. Ayrıca evlendiği zaman İngilizce'yi çok iyi konuşabilmekteydi. Yine de onun rasyonelleştirmesi, basitçe kendini temize çıkarma çabası, sorumluluğundan kurtulma veya evliliğini kanunsuz hale getirme olarak nitelendirilmemelidir. Bu saçmalığı açıkça görünen rasyonelleştirmede, bunlardan daha çok şey vardır.

Onun için Birleşik Devletler'de geçirilen yıllarda bir gerçekdışı tat vardır veya en azından bu yıllar bir sis ve karmaşa atmosferinde yaşanmış gibidir. Bu yıllar onun mutsuz evliliğiyle noktalanan bir dizi şanssız olaydan oluşmaktadır. Sadece Birleşik Devletler'e gelmeden önce yaşadığı yani İspanyolca konuştuğu yıllar ona anlamlı gelmektedir. Aklında karmaşık olan, belirsizce motive edilen, acı ve endişeleriyle doğrudan veya dolaylı olarak ilgisi olan her şey İngilizce'yle bağlantılı hale gelmiştir. Diyebiliriz ki hastanın yaşamının bir bölümü simgeler ve metaforlar gerçekmişçesine yaşanmıştır. Kuzey Amerikalı yaşamının belirsizliği ve karmaşası onun tarafından dil güçlüğü olarak algılanmıştır. Bu bulgu; bir rasyonelleştirme, sadece sorumluluktan kaçmaya yarayan teknik bir metot olarak yorumlanmamalıdır. Bu aynı zamanda ve daha çok onun tüm yaşam hikâyesinin, kişisel ıstırabının, eski yaşamının huzuru (veya görünen huzuru) ile evli yaşamının karmaşasının (veya görünen karmaşası) bir ifadesidir.

Bir şair ve güzel sanatlar sanatçısının çalışmalanna benzer şekilde bu küçük epizod veya tek bir bulgu; örneğin rasyonelleştirme, daha büyük bir gerçeğin, kadının evlilik yaşamının büyük bir bölümünü nasıl geçirdiğinin temsilcisi haline gelir. Şimdi tekrar normal adamın rasyonelleştirme örneğine bir göz atalım. Bu da tamamıyla bir rasyonelleştirme olarak ele alınamaz. Adama göre o gece havanın kötü ve fırtınalı olması ve onun dışan çıkması acımasız, profesyonel ve rekabetçi dünyanın sembolleri olabilir. Bu dünyada hep göğüs göğüse çarpışması ve zorluklann üstesinden gelmesi gereklidir. Evde kalmak; kansıyla, annesiyle veya ana kucağında olmak - bu özel duruma hangi yorum uyuyorsa - korunmak

demektir. Profesyonel adamın yaptığı rasyonelleştirme bize onun karşılaştığı iki tür yaşam arasındaki çıkmazı gösterir ve bazen onun bu ikisi arasında yapması gereken seçimi temsil eder.

Ancak dikkatli bir araştırma yardımıyla iki rasyonelleştirme arasındaki farkı anlayabiliriz. Profesyonelinki kendi isteğine bağlıdır. Bazen insanlar kötü hava yüzünden evde kalırlar. Bu durumda, üstünkörü olmasına rağmen belirgin olan kötü havanın gerçekliği ve sert profesyonel dünyanın psikodinamik bastırılmış gerçekliği arasındaki uyumdur. Bu yüzden profesyonel adam iki nedenden dolayı evde kalmak isteyebilir, birincisi hava, ikincisi ise profesyonel yaşamın kavgalarına girmek istememesidir.

Güney Amerikalı kadının rasyonelleştirmesindeyse dış veya üstünkörü gerçeklikle derin psikolojik sorunlara dayalı gerçeklik arasında hiçbir uyum ve ilgi yoktur. Rasyonelleştirmenin anlaşılabilmesi sadece bizim ruhun derinliklerine uzanan ve bir dil probleminin temsil ettiği veya yerine geçtiği şeyin ne olduğunu anlayabilmemize bağlıdır.

Verilen örneklerden ve bu bölümde daha sonra anlatılacaklardan anlaşıldığı gibi bir insan şizofren bile olsa her zaman mantıklı olmaya çalışır. Bazılarının inandığının aksine çok az kişi kendilerine mantıksız gelen bir şeyi kabullenir. Rasyonellik gereksinimi mantıksız dürtüyü gidermek kadar güçlüdür. Bu gereksinim, insanların doğrudan veya dolaylı olarak tamamen içgüdüsel dürtülerle yönetildiğine inanan kişilerce hep küçümsenmiştir. Eğer 'içgüdü' kavramından insanlarla ilgili olarak bahsediliyorsa, rasyonellik içgüdüsü (neden ve rasyonelleştirme de dahil olmak üzere) de hatırlanmalıdır.

Eğer rasyonellik gereksinimi asla tamamen bırakılmıyorsa, olağan rasyonellik şekli çoğu zaman özellikle de aşırı bunaltı veya acil durumlarda askıya alınabilir. Bu bölümde tartışacağımız akli işlemlerde bu, büyük ölçüde doğrudur. Ancak burada insan ruhunun çok yönlülüğüne şaşmamak elde değildir çünkü her mantıksızlığın kendi içinde bir rasyonelliği yani amacı ve akli düzeni vardır. Bize mantıksız bir unsur gibi görünen, psikolojik bütünün bir parçasıdır ve eğer hastanın derin motivasyonunu, kullandığı özel akıl mekanizmalarını bilirsek anlaşılabilir.

Şizofreniklere Özgü Düşünme Yolları

Psikiyatrist olmayan birinin şizofrenlerin komplekslerini ve fikirlerini desteklemek için kullandıkları, bize sanrısal görünen tüm mantık kurallarını ve yasalarını bilmesine gerek yoktur. Ancak bize saçma görünen bir inanış veya cümle hasta tarafından büyük bir içtenlikle söylendiğinde, hatta savunulduğunda, bunun nedeni inatçılık, kapris, düşmanlık, engelleme veya basitçe hastanın zor veya mantıksız olma isteği değildir. Ona göre, kendi fikri mantıklı, tartışılmaz ve onun gerçekliğinin mutlak inancına dayalıdır. Kontrol edilemeyen veya kaçamadığı bilinçsiz motivasyonu hastayı alışılmamış düşünme yollarını kullanmaya zorlar. Bu olguyu çok güzel açıkladığı için çoğu zaman kullandığım örnek Meryem Ana olduğunu sanan genç bir kadın hastamdır. Neden olduğu sorulduğunda çünkü ben bakireyim, ben bakire Meryem'im şeklinde cevap vermektedir. Bunu anlamak için genç kadının hastalığının görüntüsünü oluşturan her iki akıl mekanizmasını da anlamak gereklidir. Hasta kendi içinde yetersiz ve değersiz olduğunu hissetmektedir. Yaşam koşulları onun kendi olma duygusunu, özgüvenini yıkmıştır. Kendi görüntüsü kendi kendine bile kabul edilemez ve korkunç gelmektedir. Öyle ki kendisi olmama, bunu telafi edici bir şekilde kendini çok yakın hissettiği ve ruhsal bir yakınlık duyduğu dişi mükemmelliğindeki ideali olma gereksinimindedir. Bu insan Meryem Ana'dır. Ancak mantığını kullanmaya devam ederse, sadece Nancy olduğunu başka kimse olduğuna dair hiçbir kanıtı olmadığını hatırladığından kendini Meryem Ana olduğuna tam olarak inandıramamaktadır.

Hastalığı onun ilkel bir mantık şekline kaymasına neden olmuştur. Bu mantığa göre A'nın B ile en az bir ortak niteliği varsa A, B haline gelir. A (bu vakada hasta Nancy) B (Meryem Ana) haline gelir çünkü A'nın B ile ortak bir özelliği vardır ki bu da bakireliktir. Hasta bu tip bir düşünceyi benimser benimsemez arzusu yeni mantığıyla desteklenir. Meryem Ana olduğuna kesinlikle inanır.

İlkel mantık şekilleri; normal aklın otomatik olarak uyduğu klasik Aristoteles düşünce yasalarını değil, von Domarus adlı bir psikiyatrist tarafından ortaya konan bir prensibi izlerler. Biraz de-

ğişmiş haliyle bu prensip, normal bir insanın benzerliği (yani iki nesnenin veya insanın aynı olduğuna karar vermeyi) sadece özdeş nesnelerin (nesnenin tamamı) varlığında kabullendiğini, ilkel mantık kullanan birinin ise özdeşliği benzer hükümlerin yani ortak bir parça veya niteliğin olması durumunda kabul ettiğini söylemektedir. Benzerlik için tamamen aynı olmak gerekli değildir.

Diğer bir örnek de Bleuler tarafından bahsedilen ve kendini İsviçre zanneden bir hastadır. Böyle tuhaf bir düşünceyi nasıl açıklayabiliriz? Bir insan nasıl bir ülke olabilir? Bleuler'in zamanında bile İsviçre dünyanın bir iki özgür ülkesinden biriydi ve hasta bu ülkenin ismini kendisiyle özdeşleştirmek için zorlayıcı bir gereksinim duyduğu özgürlük kavramı için seçmişti. "İsviçre özgürlüğü sever. Ben özgürlüğü severim, Ben İsviçre'yim."

Doğumu izleyen akut bir şizofren epizod sırasında kızıl saçlı bir kadının parmaklarından birinde bir enfeksiyon olmuş, parmak şişmiş ve kızarmıştı. Hasta terapistine bu parmağın kendisi olduğunu söylemişti. Parmağını işaret ederek "Bu benim kırmızı ve çürümüş kafam" demişti. Enfekte olmuş parmağının kendisini temsil ettiğini söylemek istememişti ama bizim tarafımızdan anlaşılamayan bir şekilde onun gerçekten kendi veya kendinin gerçek bir kopyası olduğuna inanıyordu.

Başka bir hasta biri Mexico City'de, diğeri New York'da yaşamasına rağmen, sevdiği iki adamın da aynı kişi olduğuna inanıyordu. İkisi de gitar çalıyorlar ve onu seviyorlardı. Von Domarus'un prensibini izleyen bir düşünce tarzına başvurarak, sevmek istediği adamın görüntüsünün birliğini sağlayabiliyordu.

Ufak bir farklılık gösteren bir diğer hastaysa ilk kez ofisime geldiğinde, bekleme salonunda bir magazin dergisinde çıplak bir bebeğin olduğu bir reklam görmüştü. Kendisinin de küçük bir çocukken bu şekilde bir fotoğrafı çekildiğini ve 'piç' babasının yakın bir zaman önce bu resmi hastanın kız arkadaşına göstermekle tehdit ettiğini hatırlamıştı. Bu resmi benim bekleme odamda görmesi ona göre bir rastlantı değildi. Bu olguyu, aynen şizofrenlerin her yerde tesadüfi olmayan rastlantılar görmeleri biçiminde ortaya koymuştu. Hiçbir açıklaması bulunmayan berbat rastlantılar onu her yerde izlemekteydiler.

Rastlantı olgusu da Vona Domarus'un prensibiyle ilgilidir. Bir rastlantı benzer bir unsurun veya olayın aynı zamanda iki veya daha çok kere ortaya çıkması veya hastanın yaşamındaki önemli olaylarda görülmesidir. Hasta yaşadığı karmaşanın ortasında düzenlilikleri bulmaya çabalarken, deneyimlerinin benzer bölümlerini kaydetmeye ve bu benzer bölümlerden düzenli bir sistem oluşturmaya eğilimlidir. Bu varsanılan düzen sistemi onun komplekslerini ve sanrılarını destekleyecektir.

Çoğu zaman benzerlikten bahsetmek tahmin edilemeyen sanrısal düşünüş doğurmaktadır. Örneğin hasta şizofren epizod geçirmeden önce işte birtakım sorunlarla karşılaşmıştır. Epizod sırasında sokaktaki çoğu insanın onun çalıştığı firmadakilere tıpatıp benzediğini düşünmüştür. Meslektaşlarının pek çok ikizi veya kız veya erkek kardeşleri olduğunu ve onların da varlıklarıyla kendisini rahatsız etmek için orada bulunduklarına inanmaktadır. Eskiden çıktığı kıza benzer genç bir adam görür. Kızın erkek kardeşi olmadığını bilmesine rağmen, hemen bu genç adamın onun kardeşi olduğunu düşünür. Hasta gelişme gösterdiğinde bile terapistine insanları veya nesneleri benzerlikleri yüzünden birbiriyle birleştirmeye karşı eğilim duyduğunu söylemiştir. Ancak bundan sonra böyle anormal özdeşimler kurma eğilimine karşı gelmeyi başarır. Bir 'zalim'le ortak bir özelliği olan örneğin sakalı, kızıl saçı veya özel bir kılığı olan kişi zalimin kendisi veya bir akrabası veya onu çağrıştıran biri haline gelebilir. Bu örneklerden, hastaların bu durumdayken 'özdeşimler cümbüşü' adı verilen bir durumda olduklarını anlayabiliriz.

İlkel düşünme mekanizmaları veya ileri basamakları şizofrenler tarafından bilinmez. Çünkü nasıl normal bir insan Aristoteles'in mantık kurallarını bilmeden bunları uygulayabiliyorsa veya Moliere'in karakterlerinden Bay Jourdain nasıl hiç bilmeden sürekli düzyazı halinde konuşabiliyorsa, onlar da otomatik olarak yukarıda bahsedilen şekilde düşünürler. Örneğin şizofrenik bir kadın hasta neden olduğunu bilmeden koğuştan sorumlu doktorun babası, diğer hastaların da kız kardeşleri olduğuna inanmaktadır. Ortak hüküm olan 'yetkili adam' babasıyla doktor arasındaki benzerliğe neden olmaktadır. Diğer bir ortak hüküm-

se, koğuştaki diğer kadınların da kendisi gibi bağımlı olmalarıdır. Bu, kadının onları kız kardeşleri gibi görmesine neden olur. Şüphesiz ki, bu özdeşimler hastanın otoriter bir erkek şovenist (babası) tarafından yürütülen aile düzenine dayanmaktadır.

Bazen bu şekilde düşüncelerin yorumlanması daha fazla özen ister. Örneğin Von Domarus'un hastalarından biri İsa'nın, puro kutularının ve seksin benzer olduğunu düşünmekteydi. Bu sanrının incelenmesi, bu özdeşime neden olan ortak hükmün çevrelenmiş olma durumu olduğunu ortaya çıkardı. Hastaya göre, İsa'nın kafası bir haleyle, puro kutusu bir vergi bandıyla ve bir kadın da erkeğin cinsel bakışlarıyla çevrelenmişti.

Şizofrenlerin sanrısal düşüncelerinde kullandıkları tanımladığım akli işlemler Freud'un normal insanların rüyalarında kullandıklarına benzerdir. Rüyalarda göründüğü kadarıyla, yapısal açıdan Freud sembolizminin tümü Von Domarus'un prensibine dayanmaktadır. X'in bir sembolü X'in yerine geçen bir şeydir ama bunun aynı zamanda X'le benzerliği de vardır. Ortak bir özellik veya hüküm gibi. Bir rüyada bir yılan veya dolmakalem bir penisi sembolize edebilir. Bunun nedeni uzayan şekillerdir. Bir kral babayı, bir kraliçe anneyi ailede sahip oldukları güç yüzünden sembolize edebilir. Bir kutu vajinayı sembolize edebilir çünkü ikisinin de içinde bir şey saklamak olasıdır. Rüya gören kişinin karısı, rüyada patronunun fiziksel görünümüne sahip olabilir. Bu iki insan rüyada özdeşleştirilmiştir çünkü rüyayı gören kişi ikisinde de ortak olan bir hükümle (Baskın tavırları) ilgilenmektedir. Patron sembol olarak seçilmiştir çünkü rüya görenin kendi özel psikolojisi çerçevesinde karısı tarafından yönetilmektense patronu tarafından yönetilmek daha kabul edilebilirdir.

Öyleyse rüya gören kişinin rüyasında veya bir şizofrenin sanrısında bize allegori veya metafor olarak görülen bir düşünüş şekli vardır. Şizofren, sanrılarında metaforik bir dünyada yaşıyor gibidir. Ancak bu dünyanın sadece bizim için metaforik olduğunu, hastanın bunu gerçek olarak kabul ettiğini aklımızda tutmalıyız. Daha sonra Freud'dan fikir açısından ayrılan ünlü İsviçreli psikanalist Carl Jung, uyanık yaşamında da rüyalardaki gibi düşünen ve hareket eden birinin şizofren olacağını açıkça ifade etmiştir.

Şizofreninin Dili

Şizofrenide dil ve bunun düşünce bozukluklarıyla ilişkisi çok şey ortaya koyar. Bu geniş bir konudur ve okuru ilgilendiren sadece bir-iki nokta burada tartışılacaktır.

En belirgin vakalarda şizofren dili karanlık veya tamamen anlaşılmaz görünür. Bazı yazarlar şizofren dilinin açıklıktan yoksun olmasının nedenini hastanın başkalarından ve en çok da kendinden, söylemesi gerekenlerin bunaltıyı kışkırtıcı içeriğini saklama çabası olarak yorumlayacak kadar ileri giderler. Hasta iletişim kurmak istememektedir. Bu yazarlar şizofren dilinde Freud'un rüyalarda gördüğü aynı mekanizmayı görürler. Bu, belirgin içeriği saklama çabasıdır. Bazı durumlarda buna rastlanırken, şizofrenide dilbilimsel değişikliklerin başka dalları da vardır, başka yorumlara da açıktır ve bunlara mantık ve düşünce bozuklukları açısından yaklaşılmalıdır.

Normal dilde her sözcük üç yönden düşünülebilir. Örneğin, 'masa' sözcüğünü ele alalım. Masa, ayakları üzerine kurulu düzgün bir yatay yüzeyi olan bir mobilya çeşidi anlamına gelen bir kavramdır. Buna masanın tanımı diyebiliriz. Mantıkta buna masa sözcüğünün çağrışımı adı verilir. Ama masa sadece bir kavram değildir, o kastedilen nesne yani fiziksel bir varlık olarak yemeklerimi üzerinde yediğim masa gibi olabilir. Mantıkta buna masa sözcüğünü anlamlandırma adı verilir. Ancak masa aynı zamanda bir ses, fonetik bir varlık, bir anlam yakıştırılan özel bir görüntüdür. Bu da seslerin sözlerle ifade edilmesidir. Şizofrenide sık görülen akli değişimler hastanın çağrışıma çok az önem vermesine neden olur. Bunun yerine hasta, sözcüğün fonetik bir varlık, bir ses olduğu seslerin sözcükle ifadesinde yoğunlaşır. Bu yoğunlaşmadan sonra sadece seslerin sözcüklerle ifadeleriyle uyarılan diğer akıl işlemleri gelir. Sonuç olarak bazı örneklerin ortaya koyabileceği gibi hasta bazen çok anlaşılmaz ve kapalı bazen bize şakalar yapmak istermişçesine esprili görünür. Ama bize şaka görünenler hasta tarafından büyük bir ciddiyetle söylenmektedir.

Bir test sırasında hastaya yaşamı tanımlaması söylenmiştir.

Hastanın cevabı "Hangi yaşamı kastettiğinizi anlayamıyorum 'Life' (yaşam) dergisi mi yoksa başka birini mutlu ve neşeli yapan o sevgiliyi mi?" diye yanıt vermiştir. 2. Dünya Savaşı sırasında incelediğim bir hastam gelecek sefer Japonların Amerikalılara ya Diamond (elmas) Harbor ya da Gold (altın) Harbor'da saldıracaklarını söylemişti. Nedeni sorulduğunda, ilk kez Pearl (inci) Harbor'da saldırdıklarını, gelecek seferse Diamond (Elmas) Harbor veya Sapphire (safir) Harbor'da saldıracaklarını bildiğini söyleyerek yanıt vermişti. Pearl (inci)'ün olağan sözlük anlamını kullanmıştı ve bu da onun değerli taşlarla bağlantılar kurmasına neden olmuştu.

Başka bir hasta ofisinde bazı çalışanların 'O.B.'ye dikkat edilmelidir' dediklerini duymaktadır. Hasta hemen bu 'O.B.'nin kendisi olduğunu düşünür. O.B.'nin old bag (eski çanta) veya obstetrics (kadın doğum doktorluğu) yerine geçtiğini ve bununla herkesin kendini hamilelikle suçladığını düşünmektedir. Çok iyi bilmesine rağmen firmadaki Order (sipariş) ve Billing (faturalama) departmanının baş harfleri olan O ve B'nin hep buradaki çalışma kastedilerek kullanıldığı gerçeğini kendi içinde bastırmıştır.

Bir diğer hasta insanlar şekerlemelerden bahsedince onların sevgilisini kastettiklerini sanıyordu. Rejimdeydi ve aynen bir süre önce erkek arkadaşının kendisini bıraktığı gibi, şekerleme yemeyi de bırakmıştı. Vazgeçmenin ve bırakmanın yarattığı kötü durum hastanın şekerle erkek arkadaşını özdeşleştirmesine ve diğer insanların da aynı özdeşimi yaptıklarına inanmasına neden olmuştu.

Hastalık ilerledikçe dil ve düşünce bozuklukları daha belirginleşir ve hastanın söyledikleri veya yazdıkları neredeyse veya tamamen anlaşılmaz görünebilir. Fikirler normalde olduğu gibi bağlantılı değildir. 'Laf salatası' dediğimiz sonuçlar ortaya çıkar.

Bleuler hastalığın 'düşünmemizi yöneten fikir akışının bütününü veya bazen birbirine bağlı binlerce fikir akışının büyük bir bölümünü gelişigüzel böldüğünü' yazmıştır. Ona göre "En önemli belirleyici, amaç kavramından tamamen yoksun olmaktır."

Bleuler'in bu sözleri yazmasından bu yana biraz da onun konuya büyük ilgi uyandıran öncü çabaları sayesinde, şizofren dili ve düşünceyi anlamakta çok ilerlemeler kaydettik. Bleuler'in şizofren dil ve düşünce tanımının hâlâ yeterli olduğunu düşünmemize rağmen artık onun amaç kavramından yoksun olunduğu fikrine katılmıyoruz. Amaç oradadır ama bulmak zor olabilir.

Şizofrenlerin güç konuşmalarının ve yazılarının yorumlandığı metodolojiyi bilmek okur için gerekli değildir. Ancak burada amaç hissinin nasıl yakalanabileceğini, alışılmamış şekillerde verilse ve garip ifadelerle açıklansa bile bu mesajın nasıl alınabileceğini göstermek için iki örnek verilecektir. Şizofrenik bir hasta olan Margaret'in mektubundan alınan aşağıdaki pasajdaki akli dağılmanın derecesi önceleri bizi etkileyebilir:

Sevgili Dr. Arieti,

Beni buraya çok tutkulu olduğum için getirdiler Doktor Webster beni buraya neden getirdiklerini sorduğunda duraksamadan cevap veremedim ama şimdi biliyorum, şimdi biliyorum.

Ben Çok Tutkuluyum.

Bu Yüzden İş Bulamıyorum.

Yanlış Teşhis Koydunuz.

Örneğin Şunu Ele Alalım:

Ansiklopedilerde ve Sözlüklerde Tutku Kelimesinin Anlamına Bakın, Sakın Bu Kelimeyi Araştırırken Menenjite Yakalanmayın. Ama Göreceksiniz ki İsa'nın Tutkusu İle Mavisakal'ın Tutkusu Arasında Fark Vardır.

Yanlış Beğenilerin Tutkusuyla İntihar Düşüncelerinin Tutkusu Arasında Fark Vardır.

Büyük Şairiniz Dante'ye Tutkulu Bir Beğeniniz Var mıdır, Dr Arieti?

Ve Benim Fransız Moliere'in Çalışmalarına Tutkulu Bir Hayranlığım Vardır.

Ve Bir de Tutku Çiçeği Vardır.

Ve Oberammergau'nun Tutku Oyunları.

Hasta akıl hastası olduğu için değil, çok tutkulu olduğu için hastaneye yatınldığı mesajını vermek istemektedir. Kendisine yanlış bir teşhisin konulduğuna inanmaktadır. Ancak Margaret kısa bir süre sonra 'tutku' sözcüğünün anlamını öğrenir ve esas noktayı kaybeder. Artık mantıklı veya doğrudan düşünüşü yoktur ve bu yüzden görünen bir amacı da yoktur. Ancak Margaret'in mektubunun bir anlamı vardır. Yanlış bir teşhisin konulduğunu ve akıl hastası olmadığını kuvvetle vurgulamak arzusundadır. Margaret bu mektubu yazdığında ileri bir gerileme dönemine girmişti. Birkaç yıldır hastanedeydi ve ilgisiz veya en azından duygusal açıdan sığ izlenimini veriyordu. Ancak büyük bir duygusal yoğunluğu olan yazılarında böyle görünmüyordu. Kuvvetle derdinin akıl hastalığı olmadığını, fazla tutkulu olmak olduğunu belirtiyordu. Mektubunda düşüncesinin yönü hemen ortaya çıkıyor ve incelemenin insanın sinir sistemini zedeleyebileceği kadar zor olduğu 'tutku'nun anlamı üzerinde yoğunlaşıyordu. (Sakın Bu Sözcüğü Araştırırken Menenjite Yakalanmayın' diyerek uyanda bulunuyordu). Günlük konuşmada 'tutku' ve 'tutkulu' sözcükleri güçlü cinsel arzu veya bu arzuyu kontrol edememe anlamına gelir ve bunlar hastanın sorununun kaynağı olabilir. Ama hasta bu kullanılan anlamdan da öteye gitmiş, seksi tüm tutkular' yani güçlü duyguları içerecek şekilde düşünmüştür. 'Tutku' sözcüğü ana sözcük haline gelmiştir. Hasta İsa'nın dinsel tutkusuyla Mavi Sakal'ın canice tutkusundan, yanlış yerde duygulanımların getirdiği acıdan intihar düşüncelerinin tutkusundan da bahsetmiştir. Şiir ve sanatın harika tecrübelerinin getirdiği duygudan da tutku olarak söz etmiştir.

Mektubun ikinci bir kez incelenmesi Margaret'in bilinçaltında pek çok şeyin farkında olduğunu ortaya koyar. Bilgisi belirsiz bir bilinç haline dönüşmektedir. Duygularının yoğunluğu ve zekasının ölçüsü, hastalık sırasında ve öncesindeki deneyimleri (yanlış beğeniler ve intihar düşünceleri) şimdiki psikolojik dağılmasına rağmen ortaya çıkabilmektedirler. Anlam düşüncenin mantıklı ilerleyişiyle değil, düşüncelerin bütünüyle kazandınlmaktadır. Ne kadar bağlantısız olursa olsun, bu mektubun kimi zaman anlam küresi diye adlandınlan terk etmek istediği bir atmosferi, bir tonu vardır.

Bazı vakalarda şizofrenlerin ifadeleri ve yazıları laf salatalarından ve yinelemelerinden yani aynı kelimelerin defalarca tekrarlanmasıyla ortaya çıkan anlam kaybı ve düşünce fakirliğinden oluşmaktadır. Ancak diğer vakalarda en belirgin yineleyici ve fakir düşünce çeşitlerine rağmen, bazı doğruluklar, global ve küresel anlamlar bulmak olasıdır. Çok gerilemiş bir şizofreniğin aşağıdaki yazısını örnek olarak alalım:

Kek mi görüyorum. Hareketin tersini mi yapıyorum.
Evet duyusal olarak aldatılmış mı hissediyorum.
Düşünceler akılda telkinler yapıyor
telkin duyularımı arttırıyor
aldatıcı duyular
aldatıcı aldatıcı aldatıcı
aldatıcı
Vanilya limondur limon vanilyadır başlangıçtaki gibi
Telkinlerdeki gibi telkinler telkinler
telkinlerin telkini
telkinin başlangıcı gibi
limon vanilya nedenlerinin başlangıcı
limonun telkinlerindeki
telkini telkinlerdeki
telkini
telkinsiz
görüyor muyum telkin mi

Bu laf salatası ve yinelemelerin tipik bir örneğidir. Bunu okuduğumuzda edindiğimiz ilk izlenim saçmalık olduğu şeklindedir. Bazı kelimelerin tekrarından da etkileniriz. Bunun en azından küresel anlamını kavramaya çalışalım.

Hasta anlayamadığı bir olguyla meşguldur. Duyuları güvenilir midir yoksa akli bir telkin içinde midir? Yaşadığı dünya karmaşık, bölünmüş ve belirsizdir. Gözlediği her şey onu iki alternatif sonuca veya diğer her şeyi kaplayacak şekilde belirginleşen sembollere götürmektedir; bunlar duyu aldanışı veya akli telkinlerdir. Diğer bir deyişle, o kendi duyularının mı kurbanıdır yoksa kendinden veya dış dünyadan gelen akli telkinlerin mi? Neredeyse her şey bu iki yinelenen kavram açısından yorumlanır; al-

danış ve telkin. Garip bir olgu geçirmektedir. 'Hareketin tersini mi yapıyorum'un anlamı yapmak istediğimin tersini mi yapıyorum'dur. Ancak aldanış ve telkin okyanusunun suları altında kalmayan bir iki şey gerçeklik adaları gibi yüzmektedir. 'Kek mi görüyorum' şeklindeki sorusu dokunulabilir, somut bir şey mi var anlamındadır. Daha sonra gördüğü limon ve vanilya bu karmaşa denizinde ayakta durabilen hoş nesnelerin soyut sözcüklerle ifadesidir. Akli telkinler duyu aldanışını alt ediyor gibi görünmektedir. Hasta problemin telkin olduğunu anlamıştır ve aslında 'telkin' sözcüğünün tekrarının telkin edici bir niteliği vardır.

Varsanılar

Varsanılar şizofreninin önemli ve karakteristik bulgularıdır. Tüm vakalarda değilse bile çoğunda görülür.

Varsanı, dıştan bir uyarı olmamasına rağmen bir dış uyarının algılanmasıdır. Örneğin, hasta kendisiyle konuşan, onu suçlayan sesler duyar ama orada onunla konuşan kimse yoktur. Orada olmayan kişiler görebilir, başka kimsenin duymadığı kokular duyumsayabilir veya olmayan bir tat alabilir. Şizofrenide en çok görülen varsanılar işitseldir yani seslerdir. Hastanın algıladığını düşündükleri aslında bir iç uyarıdan kaynaklanmaktadır. Ama hasta dış dünyada bir şey yaşamadığına inandığı sürece, algılaması yanlıştır. 3. Bölüm'de varsanıların birçok örneği verilmiştir.

Varsanıların yaşandığı pek çok şekil vardır. Ancak tipik vakalarda üç aşamayı ayırt edebiliriz: Birinci aşama hastanın ilk kez varsanıyla karşılaşmasından ibarettir. Bazı vakalarda hasta bu olguya az önem verebilir ama diğerlerinde ani, etkili ve sarsıcı bir deneyim geçirebilir. Sadece ona yöneltilen onun tüm varlığıyla ilgili bir mesaj ileten çok kuvvetli bir ses duyar. Çoğu vakada hastanın bu ilk deneyime gösterdiği tepki hastalığın gidişini belirler. Çok derinden etkilenmesine ve korkmasına rağmen, hasta kendine 'Duyduklarım gerçek değil, sadece benim hayal gücüm' diyebilir. Bu şekilde tepki veriyorsa, hâlâ şizofreniye karşı koyacak gücü var demektir. Maalesef, vakaların çoğunda hasta daha önceki psikolojik koşullar nedeniyle korkmaktan çok kızmış ve tecrübenin dış gerçekliğini kabul etmeye daha yatkınlaşmıştır. "Bu

gerçek bir ses değil" diye düşünür. Pek az vakada hasta onu gerçekten de öteye götürecek şekilde düşünür. Çoğunlukla: "Bu sesi duymam ne demek, neden benim hakkımda böyle şeyler söylüyor" diye düşünür ve "Ben suçluyum, ben kötülük görüyorum" sonucuna varır. "Onlar benim arkamdan küçültücü ve aşağılayıcı şekilde konuşuyorlar."

Bu ilk deneyimden sonra hasta varsanıları beklediği ve bunların gerçekten ortaya çıktığı ikinci aşamaya girer. Üçüncü aşama sadece hastalığın ileri safhalarındaki hastalarda görülebilir. Varsanılar çok olağan bir olgu haline gelmiştir ve öyle sık görülmektedir ki hasta bunları yaşamının önemli bir parçası olarak kabul etmektedir.

Varsanıları açıklamak için geliştirilen pek çok teoriyi bilmek okur için gerekli değildir. Belki de hatırlanması gereken en önemli şey varsanıların hastanın transformasyona uğramış düşünceleri olduğu ve sonuçta hastanın kendisi, kendisiyle diğer insanlar arasındaki ilişkilerini ve dünyayla ilgili duygularını yansıttığıdır. Düşüncelerdeki transformasyon, hastaya göre duyulan veya görülen algılamalardan oluşmuştur. Bazen ara aşamalar da olabilir; hasta kendi düşüncelerini duymakta ve diğer insanların da bunları duyduğuna inanmaktadır.

Rüyalar ve varsanılar arasındaki benzerlikleri göstermek yararlı olabilir. Rüyalarda rüya gören kişinin varsanılara çevrilen duygu ve fikirleridir. Varsanılar işitselken rüyalar görseldir. Rüya gören kişi rüya gördüğü sürece bunun gerçekliğine inanır. Aynen şizofrenin deneyimlerinin dıştaki gerçekliğine inanması gibi. Rüya gören kişi sadece uyanmak üzereyken rüya gördüğünü idrak eder. Benzer şekilde hasta varsanılarının ve bulgularının hayal ürünü olduğunu sadece iyileşmeye başladığı zaman anlayabilir.

Hastalık sırasında hasta düzgün bir tedavi görmezse, varsanıların aldatıcı olduğunu algılayamaz. Son zamanlara kadar, varsanıların düzeltilemeyeceğine inanılırdı. Bunların hasta iyileştikçe veya ilaç terapisi gördükçe kendi kendilerine ortadan kaybolacağı düşünülürdü. Aslında, son zamanlarda varsanıları tamamen psikoterapötik yöntemlerle tedavi eden başarılı bir yöntem geliştirilmiştir.[1]

1 Bkz. S. Arieti *Interpretation of Schzophrenia* (New York; Basic Books, 1974), Bölüm 37, s. 573-576.

Beşinci Bölüm
NEDENLER

Psikiyatristlerin tedavi ettikleri durumların nedenleri hakkında görüş birliğine varamadıklarını sık sık duyarız. Bu doğrudur, ama bir karışıklık göstergesi veya engel olarak düşünülmemelidir. Bunun başka anlamları da vardır ve en önemlilerinden birisi de psikiyatristlerin çoğunun redüksiyonizm hatasından başka bir deyişle birçok boyutu olduğunu düşündükleri karmaşık bir sorunu küçük bir nedene veya basit bir formüle indirgemekten kaçınmak istemeleridir.

Psikiyatride görüş birliğine varamama tıbbın diğer dallarından daha fazla değildir. Psikiyatrik durumlardan daha az şey bildiğimiz, çok görülen birçok fiziksel hastalık vardır. Akılda tutmamız gereken, organizmanın hastalıklarının nedenini tam ve eksiksiz olarak bilmek tercih edilmesine rağmen, etkili tedavi ve iyileştirmenin, nedenlerin tamamı bilinmeden de sağlanabilmesidir. Aslında bu son yıllarda tıp tarihinde başarıyla gerçekleştirilebilmiştir. Örneğin, kıyaslama yapabilmek için hakkında pek çok şey bildiğimiz ve vakaların çoğunu başarıyla tedavi edebildiğimiz şeker hastalığını ele alalım. Şeker hastalığının pankreasın organizmanın gereksinimleri için yeterli ensülini sağlayamamasından kaynaklandığını biliyoruz ama pankreasın neden her zaman yeterli çalışmadığını bilmiyoruz. Şeker hastalığının bazı ailelerde görüldüğünü biliyoruz ama ailenin bütün üyeleri bundan etkilenmeyebiliyor. Hastalığın şişman insanlarda daha çok görül-

düğünü biliyoruz ama tüm fazla kilolu insanlar bu hastalığa yakalanmıyor. Aşırı miktarda karbonhidrat tüketen kişilerde ortaya çıkma riskinin yüksek olduğunu biliyoruz ama bol karbonhidratlı diyet yapan kişilerin çoğunda hastalık görülmüyor. Son olarak pek çok vaka başarılı olarak tedavi edilmesine rağmen, hiçbiri iyileşemiyor. Psikiyatrik durumlarla ilgili olarak, şu an ki bilgilerimiz çerçevesinde bunları nedenler kombinasyonun sonucu olarak kabul etmemiz doğru olar. Belki de hastalık sadece bu belirli kambinasyonunun sonucunda görülmektedir. Belki de tüm nedenlerin (veya kombinasyonun unsurları) sadece biri bile olmasaydı, hastalık görülmeyecekti. Durum böyleyse, eğer yapabilirsek bu karmaşık nedenler kümesinden sadece bir unsuru (veya bir nedeni) ortadan kaldırmak, hastalığı önlemek için yeterli olabilir.

Bu kitabı ilk bölümünden dördüncü bölümüne kadar okuyan okuyucu psikiyatrik hastalıkları fiziksel hastalıklardan ayıran, kendilerine özgü bir karakterleri olduğunu anlamıştır. Bir vücut hastalığının nedenlerinden bahsettiğimizde, bütün bunların doğrudan fiziksel dünyaya ait olduklarını görürüz. Bu nedenler, aynı bakteriler gibi gözle görülmeyebilir ama hepsi organizma üzerinde fizyokimyasal hareketler yapacaklardır. Şizofreni gibi durumlarda, bazı nedenler biyolojik veya fizyokimyasal dünyaya ait olabilir, ama diğer nedenler daha değişik düzeyde incelenmelidir - psikolojik ve sosyolojik açıdan. Hatta bunların en son etkisi fizyokimyasal dünyada görülse veya şizofreniyle ilk bağlantıları fizyokimyasal dünyada olsa bile, tüm psikolojik ve sosyolojik nedenler incelenmelidir.

Daha önce psikiyatristlerin psikiyatri hastalıklarını pek çok nedene bağladığını söylememize rağmen, bazıları bu hastalıkları tek bir nedene bağlar veya tek bir nedeni en önemli olarak kabul eder. Bu, hastanın ailesinin bilmesi gereken önemli bir konudur çünkü hastalıktan sorumlu tutulan bu belirli neden psikiyatristin hasta hakkında elde ettiği bir kavramı yansıtır. Psikiyatride bunun tam tersi de söz konusu olabilir. Terapistin hastaya karşı takındığı tavır, onun teorik durumunu etkileyecektir. Karşısında meta-

bolizması bozuk bir organizma mı görmektedir, yoksa yaşamın güçlükleriyle anormal şekilde başa çıkan ve acı çeken bir insan, bir kişi mi görmektedir ya da bunların hepsini mi? Aslında, tüm vakalarda geçerli olmamakla beraber, teorik bir yaklaşıma sıkı sıkı bağlanan terapistlerin hastalara karşı sert ve esnek olmayan bir tutumu vardır. En azından tedaviyi bu şekilde yürütürler.

Şizofreniyle ilgili olarak pek çok psikiyatriste göre, hastalığı meydana getiren kombinasyon veya nedenler üç ana grupta incelenebilir:

1. Biyolojik faktörler veya organizmanın kalıtımla edindiği fiziksel koşullar.

2. Psikolojik faktörler veya aileyle ve diğer insanlarla ilgili olarak çocukluk döneminde gelişen koşullar.

3. Sosyal faktörler veya hastanın ait olduğu toplum veya çevrenin koşulları.

Bu faktörler hastayı değişik zamanlarda etkilemeye başlamalarına rağmen, bir zaman sonra aralarında bağ kurulur, beraber etkili olmaya başlar, en sonunda da nedenler kümesini oluştururlar. Ancak daha iyi anlaşılabilmeleri için, biz hepsini tek tek inceleyeceğiz. Sadece ana faktörleri inceleyeceğiz çünkü amacımız bu geniş konunun tüm ayrıntılarını tartışmak değil, bu kitabın okuyucusu için önemli olanları belirtmektir.

Biyolojik Faktörler

Şizofreninin genetik olduğu inancı, hastalığın bazı ailelerde diğerlerinden daha fazla görülmesinden kaynaklanmaktadır. İstatistikler şizofreninin genel nüfusun %1'den az bir bölümünde görüldüğünde hem fikirlerdir (% 0.85). Diğer yandan, üç kuşak boyu incelenen bazı ailelerde bu oran daha yüksektir. Eğer bir ebeveyn veya büyük ebeveyn şizofreni geçirmişse bu oran % 4-10 arasında değişmeye başlar. Bu basit gözlemlere dayanarak, şizofreninin genetik olduğunu söyleyebiliriz. Ancak sorun bu kadar basit değildir. Huntington koresi, musküler distrofi, retinitis pigmentosa, hemofili gibi genetik oldukları su götürmeyecek kadar kesin bazı hastalıklar vardır.

Genetikçiler; kalıtımsal bozuklukların nesilden nesile nasıl geçtiğini araştıran uzmanlar, bu hastalıkların Mendel kanunlarına uyduklarını anlayabilmişlerdir. Ancak, genetikçiler bu kanunları şizofrenide belirleyememişlerdir. Mendel kanunu kalıtımsal bozuklukların geçiş şeklini açıklar. Gregor Mendel adlı bir rahip tarafından bu geçişin bugün 'genler' adını verdiğimiz bir çift kalıtım birimi yoluyla gerçekleştiği gösterilmiştir. Bir gen, çiftte varolan çekinik bir gene rağmen, yavruda gözlemlenen bir etki yaratıyorsa, baskın olarak tanımlanır. Çekinik gen başka bir çekinik genle birleşmediği sürece, gözlemlenen bir etki yaratamaz.

Genlerin değişik kombinasyonları kalıtımsal özelliklerin ve hastalıkların geçiş farklılıklarını açıklamaktadır. Gen kombinasyonları bizim için önemli değildir. Bizim için önemli olan, bir ailede şizofreninin dağılmasını açıklayan hiçbir kombinasyonun bulunamamasıdır.

Genetikçiler, tek yumurta ikizlerinin aynı gen sıralamasına sahip olduklarını kanıtladılar. Öyleyse, ikizlerden biri kalıtımsal bir hastalığa sahipse, öbürü de hastalığın baskın veya çekinik oluşuna bakmadan, o hastalığa sahip olacaktır. Kalıtımsal hastalıkların geçişini incelemek için tek yumurta ikizlerinin istatistiklerini toplamaktan daha iyi bir yol olamaz. Hastalık psikiyatrikse, en iyi yol ikizleri birbirinden ayırarak inceleme yapmaktır. Bu tür incelemeler pek çok araştırmacı tarafından yapılmıştır. Son olarak İskandinav yazarlar, ayrılan ikizlerin birisi şizofreniye yakalanırsa, diğerinin de hayatının bir döneminde şizofreni geçirmesi ihtimalinin % 35 olduğunu bulmuşlardır. Bu oran, genel nüfusta görülen oranın neredeyse 40 katıdır. Sonuç çok etkileyicidir, ama daha etkileyici olan gerçek, birbirinden ayrı büyütülen tek yumurta ikizlerinin % 60'ında, ikizlerden birinin hayatının hiçbir döneminde şizofreniye yakalanmaması ve yakalanmayacağıdır.

Tek yumurta ikizleri genetik olarak aynı olduklarına göre aralarındaki fark kalıtımsal olmayan faktörlerin sonucudur ve bu ikizlerin farkı, şizofreni söz konusu olduğunda, benzerlikten ve uyumdan fazladır. Eğer şizofreni tamamen genetik bir durum olsaydı, uyumun % 100 olması gerekirdi. Öyleyse diyebiliriz ki, şizofrenide genetik faktörler ne olursa olsun, bunlar hastalığa sadece bir potansiyel sağlarken (biyolojik yatkınlık) diğer faktörler

bu potansiyeli gerçek hastalığa dönüştürürler. Eğer bu bozukluğu genler taşıyorsa, bu genlerin kişi büyürken diğer faktörlerle aktif hale getirilmeleri gerekir.

Uzun zaman önce, araştırmacılar bu biyolojik yatkınlığı beynin anormalliklerinde aradılar. Nöropatoloji bilimi geliştiğinde, pek çok araştırmacı şizofreniklerin beyninde histolojik değişikler bulmaya çalıştı. Ama tüm araştırmalar sonuçsuzdu. En güçlü mikroskopla bile normal insanın beyniyle bir şizofreninki ayırt edilemiyordu. Elektron mikroskopisi dahi şizofreninin hücre patolojisini bulmaya yardımcı olamadı.

Son yıllarda merkezi sinir sistemi üzerindeki biyokimyasal çalışmalar daha başarılı hale geldi. Bazı araştırmacılar, kalıtımsal yatkınlığın sinir sisteminin biyokimyasal faaliyetlerindeki değişiklikten kaynaklandığına inandılar. Şizofreni yatkınlığının kalıtımsal olduğuna inanmayan kimi insanlar bile şizofreninin, nedeni ne olursa olsun, biyokimyasal bir işlem olduğunu iddia ettiler.

Bu hipotezi destekleyen bazı kanıtlar vardır. Her şeyden önce sinir sisteminin fizyolojisiyle ilgili teoriler son yirmi yılda büyük değişiklikler geçirdi. Önceleri sinir hücreleri; nöronlar arasında mesajların, uç noktalar yani sinapsislerdeki elektrik akımıyla iletildiği düşünülürken, şimdi bu iletimin biyokimyasal olduğuna inanılmaktadır.

Çok tartışılmasına rağmen, diğer bir kanıt ilaç tedavisinin olumlu etkisidir. Pek çok insan kimyasal bir nedene dayalı bir hastalığın, kimyasal bir ürünle örneğin *penotiazin* adlı bir ilaçla tedavi edilebileceğine inanır. Bu tür düşünmenin kesin kanıtı yoktur. Her şeyden önce sadece bulgusal bir gelişme gözlenir. Başka bir deyişle, hastalığın bulguları ortadan kalkarken, nedeni ortadan kaldırılamaz. Hastalık 6. Bölüm'de göreceğimiz gibi tekrarlayabilir. İkincisi, psikolojik bir hastalığın bile kimyasal bir maddeyle iyileştirilebileceğidir. Günlük yaşamdan bir örnek verelim. 40 yaşında bir kadın kocasıyla, evlilik yaşamındaki zorlukları ortaya çıkaran ciddi bir kavga etmiştir. Endişelidir, mutsuzdur, ne yapacağını bilmemektedir. Bir uzmandan veya danışmandan yardım almak istememektedir. Her gün 5 miligram Valium almaya karar verir, mutsuzluğu ve endişeleri yok olur. İlacın etkisi altındayken, evlilik sorunlarını unutmaktadır.

Açıkça görülüyor ki, bu vakada kadının sorunları psikolojiktir. Yine görülüyor ki, kimyasal madde onun sorunlarının etkilerini ortadan kaldırmıştır. Kocası da aynı şekilde davranabilir veya Valium gibi ilaçların bulunmadığı zamanlarda insanların hep yaptığı şekilde bir bara gidip, bir iki kadeh içebilir. Benzer şekilde, şizofrenik bulguların biyokimyasal yöntemlerle ortadan kaldırılması, şizofreninin tamamen biyolojik veya biyokimyasal olduğunu göstermez. Bir evlilik sorununa böyle umutsuz yaklaşma eğilimi biraz da biyolojik olabilir. Aslında, benzer durumdaki her insan Valium veya benzer ürünlere gereksinim duymaz. Böyle problemleri olanlar her zaman alkole başvurmaz.

Pek çok araştırmacı şizofreniklerde belirgin biyokimyasal değişiklikler bulduklarını düşünürler. İşte yine aynı soruyla karşılaştık. Böyle biyokimyasal değişimler şizofreninin nedeni midir yoksa sonucu mudur? Biliyoruz ki, beyinde meydana gelen her şeyin biyokimyasal açıklaması vardır. Kısır bir döngünün gelişmesi de olasıdır. Psikolojik problemler psikolojik fonksiyonların değişmesine neden olan biyokimyasal değişiklikler meydana getirebilirler. Asıl biyolojik değişimler, başka biyolojik değişimleri de beraberinde getiren psikolojik bozukluklara neden olabilir.

Pek çok yazar şizofrenide biyokimyasal değişmenin olduğuna dair kanıt bulduklarına inanırlar. Yetersiz görünen bu teorileri incelemeyeceğiz. Sadece gelişen araştırmalara bir göz atacağız.

Bunlardan biri transmetilasyon hipotezine dayanmaktadır. 1959 yılında, normal bir beyinde, norepinefrinin epinefrine transmetilasyonu denilen biyokimyasal bir işlemin yer aldığı görüldü. Pek çok yazar, şizofrenide bu işlem gerçekleşirken anormal bir değişikliğin olduğu hipotezini geliştirmiş ve bunu kanıtlayan sonuçlar göstermişlerdir. Bu değişiklik norepinefrin ile işleyen sempatik sinir sistemi ile asetilkolinle işleyen parasempatik sinir sistemi arasındaki hassas dengeyi bozabilir. Diğer yazarlar şizofreninin beyindeki serotin maddesinin eksikliğinden kaynaklandığını iddia etmektedirler.

Şizofreninin biyokimyası konusunda Amerika Birleşik Devletleri'nde neredeyse en pahalı çalışmaları yapan Seymour S. Kety belirgin bir metabolik düzensizliğin hiç bir kanıtı olmadığını belirtmiştir.

Verilen bir kimyasal maddenin şizofreniye yol açması için gerçekleştirmesi gereken dört koşul vardır:

1. Kimyasal madde sadece şizofreniklerde saf olarak bulunmalıdır.
2. Şizofreniden başka durumlarda bulunması halinde, şizofrenik olmayanlarda bulunan miktar şizofreniklerinkinden çok az olmalıdır.
3. Şizofrenik olmayanlara belli miktarlarda verilen madde onlarda da bozukluklara yol açmalıdır.
4. Şizofrenik hastalarda belirgin maddeye karşı hassasiyet, alerji ve anormal reaksiyonlar görülmelidir.

Daha önce belirttiğimiz gibi, pek çok araştırmacı şizofrenik hastalarda biyokimyasal değişimler bulmuşlardır. Ancak bulguları yukarıdaki dört koşula uymamaktadır. Tabii bu gelecekteki araştırmaların daha olumlu sonuçlar vermeyeceğini göstermez.

Sonuç

Şizofreniye kalıtımsal bir yatkınlığın olduğu kesinleşmiştir. Ancak bu tek başına şizofreniye yol açmak için yeterli değildir. Bunun ötesinde şizofreni için kalıtımsal bir kanun da bulunamamıştır. Biyokimyasal ve biyofiziksel olarak şizofreniye yol açan bir gen de yoktur.

Şizofrenide biyokimyasal değişiklikler görülür ama bunların nedeni, kaynağı ve önemi belirlenememiştir. Bunların bir bozukluğun nedeni, etkisi veya yatkınlığı olup olmadığını bile bilmiyoruz. Anatomik açıdan, şizofreniklerin merkezi sinir sistemlerinde hiçbir değişikliğe rastlanmamıştır.

Psikolojik Nedenler

Şimdi tamamen değişik bir kategoriye giren psikolojik nedenleri inceleyeceğiz. Bu kategorinin ana noktası psikolojik nedenlerin eğer olumlu faktörler bu sırada devreye girmezse, kişinin ruhunu ve aklını ters bir biçimde etkileyerek, şizofreniye yol açacağıdır.

Daha önce belirttiğim gibi, psikolojik nedenlerin varlığını kabul etmemiz biyolojik yatkınlığı ortadan kaldırmaz. Ben dahil pek çok yazar biyolojik yatkınlık olmadığı sürece, olumsuz psikolojik nedenlerin tek başına şizofreniye yol açmadığına inanır. Bunun tersi de geçerli olup, sadece biyolojik yatkınlığın olumsuz psikolojik olaylar serisinin etkileri olmadan şizofreniye yol açamayacağı da doğrudur. Şizofreni üzerinde çok ayrıntılı ve hassas çalışmalar yapmış olan Dr. Robert Cancro aşağıdaki metaforun yardımıyla bunu açıklar: Nasıl bir yavru oluşturmak için sperm ve yumurta gerekliyse, şizofreniyi oluşturmak için de psikolojik, genetik ve çevresel faktörler gereklidir.

Çocukluk Dönemi ve Aile

Bu psikolojik nedenler nelerdir? Birçok yazar bunların hastanın çocukluğunda, ailesinin onu büyütme ve yetiştirme şeklinde bulunduğuna inanır. Bazı yazarlar ailenin bütün olarak anormalliğine önem verirken, diğerleri mutsuz evlilik, babanın kişiliği veya büyük ebeveynlerle ilişkiler üzerinde dururlar. Çocuklarına göre annenin kişiliği ve tavrı en önemli psikolojik faktör olarak kalır. Hasta, çocukluğunu diğer insanlarla kurduğu endişe verici, düşmanlıklarla dolu ilişkilerle veya ilgisizlikle veya tüm bu duyguların kombinasyonuyla geçirecektir.

Tüm bu tanımlamalar doğrudur, ancak bunlar hastanın ailesinde özellikle annede haksız vicdan azabı yaratacak kadar çok büyütülmüş ve abartılmıştır. Bazı yazarlar şizofreniklerin annelerini annelik duygularından yoksun kişiler olarak tanımlamışlardır. Aslında bu annelerin, kimi zaman yaşamın zorluklarına yenik düştüklerini söylemek daha doğru olur. Bu zorluklar sadece mutsuz evliliklerden değil, çocuklarla kurulan ilişkide karşılaşılan nevrozlardan ve nevrozlu tavırlardan da kaynaklanmaktadır.

Önemsenmesi gereken bir diğer nokta da, şizofreniklerin annelerinin olumsuz yaklaşımlarının, kadının toplumdaki sosyolojik rolünün büyük değişimlere gebe olduğu dönemlere rastlamasıdır. Bu dönem kadının özgürlük dönemini takip eden, onun yeni tanımlanan eşitliğini tam ve sert olarak ortaya koymasını ge-

rektiren dönemdir. Aşağılanmayı daha fazla kabul edemez, ama geleneksel rolünü de yerine getirmek zorundadır. Sosyal faktörler aile yaşamının derinlerine kadar sızmış ve hem annelerin hem babaların ailedeki rolünü karmaşıklaştırmıştır.

Kentte yaşayan endüstriyel toplumun bir buluşu olan çekirdek aile bu dönemde oturmaya başlamıştır. Çekirdek aile küçük bir yerde yaşayan, bir oda için yarışan, maddi ve manevi çıkarlar için didişen, düşmanlık ve rekabet içinde az sayıda insandan oluşmaktadır. Ev eğitimsel, geleneksel ve dinsel değerlerden uzaktır. Çekirdek aile sadece çocuklar için değil, ebeveyn, özellikle anne için yıkıcıdır.

Bence, ileride hasta olacak bir kişi, çocukluğunda ve daha sonraki yaşamında, kaynağı ne olursa olsun, endişe, korku, gerilim, düşmanlık ve ilgisizlik gibi olumsuz duyguların etkisine katlanmakla kalmaz, bunların meydana getirdiği değişikliklere razı olur ve olumsuz koşullarla baş edebilmeyi, yaradılış olarak, diğer insanlardan daha zor başarabilir.

Özet olarak, şizofrenik birinin hastalığından annesinin sorumlu olduğunu düşünmek çok kolay ve sonuçları açısından çok kötüdür. Eğer bazı şizofreniklerin anneleri, iyi anne olamadılarsa, bu gerçeği daha belirgin olarak incelememiz gerekir. Bu anne, kendini içinde bulduğu bu koşullarda, bu çocuğa iyi bir anne olamamıştır. Öyleyse burada beraber iş gören üç faktör vardır: Bunlar; anne veya onun ruh durumu, tüm zorluk ve dertleriyle aile ve biyolojik yatkınlığı ve hassasiyetiyle çocuktur.

Çocuğun yetiştirilmesinde daha etkin olan annenin rolünü belirttik. Ancak baba da tamamen ilgili olmalıdır - çünkü pek çok durumda belirli bir çocukla daha çok ilgilenen kendisidir ve ikinci olarak da babanın hastanın annesine veya ailenin diğer üyelerine karşı olumsuz tavırları çocuk üzerinde ters etki yapabilir.

Sonuçta çocuğun etkin çevresi çok önemlidir ve tüm yaşamını etkiler, hatta onun şizofreniye yakalanma eğilimini bile. Ama bu resmin sadece bir bölümüdür. Şizofreninin psikolojik nedenleri arasında çocuğun çevresini nasıl tecrübe ettiğini de saymalıyız. Gereksiz bir duyarlılık veya özel bir biyolojik yatkın-

lık onun, hoş olmayan bazı durumlara çok kuvvetli reaksiyonlar göstermesine neden olabilir. Ek olarak, çocuğun çevresinden edindiği deneyim ki nasıl birleştirdiğini yani nasıl ruhunun bir parçası yaptığını da görmemiz gereklidir. Eğer bu deneyimler aşırı kuvvetliyse, ruhunun rahatsız edici parçaları olarak kalabilir, sorun ve rahatsızlığın temeli olabilirler. Son olarak, hastanın bu deneyimleri birleştirmesinin, onun yaşamının geri kalanını nasıl etkilediğini de gözlememiz gereklidir. Hastanın tüm yaşam hikâyesi incelenmelidir.

Özel Kişilik Tiplerinin Gelişimi

Hastanın, hastalık görülmeden önceki tüm yaşamını gözden geçirdiğimizde dört dönem gözümüze çarpar; ilki hastanın çok kuvvetli ve yanlış deneyimler edindiği aile içinde geçen erken çocukluk dönemidir. İkinci dönemde (son çocukluk) hasta ilk dönemin zorluklarına reaksiyon olarak, düzeltilmediği takdirde ergenlikte daha belirgin bir hal olan, özel bir tip kişilik geliştirir. Bu tip kişiliklerden biri *şizoid tiptir*. *Şizoidler* ilk tecrübelerine dayanarak insanlarla otomatik olarak hoş olmayan ilişkiler kuran, ilgisiz, daha az duygulu, az ilgili ve az katılımcı özellikler gösterirler. Aslında çok duyarlıdırlar ama endişe ve kızgınlıklarından iki şekilde kaçarlar. Kendilerini ya mümkün olduğu kadar ilgisiz yaparlar, kendileriyle olaylar arasına fiziksel bir uzaklık koyarlar veya duygularını bastırırlar. Bu fiziksel uzaklık diğer kişilerle ilişki kurmaktan veya başkalarını üzecek hareketlerden kaçınarak sağlanabilir. Çocuk; daha sonra yetişkin, sessizleşir. Hiçbir şey yapmamanın iyi bir çocuk olmak demek olduğuna inanır. Hareketlerinin sonucu konusunda daha derin kökenli bir kötümserliğe kapılabilir.

Şizoid kişinin bir özelliği de konuştuğu kimsenin gözlerine bakamamasıdır. Şizoid çocuk veya ergen veya yetişkin, gözlerini başka bir yere diker veya kaçamak bakışlar atar. Gözlerin buluşması, ona hem karşısında biri olduğunu hatırlatmakta, hem de bu kişinin ona baktığını göstermektedir. Karşısındaki kişi ona bakmadığı sürece, tehdit unsuru içermeyen biri olarak kabul edilebilir. Bakar bakmaz o yaşlı bir kişi, bir bozguncu haline gelebilir.

Şizofrenik olmaya psikolojik olarak yatkın kişilerde gelişen, bir başka kişilik tipi de 'fırtınalı tip'tir. Bu tip hastalar diğer insanları sıkıntılı bulmakta, onlarla değişik, tutarsız şekilde ilgilenmektedir. Bazen komplimanlar yapar, aşırı yardımcı olurlar. Bazen de ilgisiz veya pek çok şey isteyen, agresif bir tutum izlerler. Belli bir olay karşısındaki hareketlerini tahmin etmek mümkün değildir.

Ergenlik ve İlk Yetişkinlik

Üçüncü dönem ergenlik çağında başlar ve hayatın en karmaşık dönemi olabilir. Büyümekte olan kişi cinsel dürtülerle rahatsız olmakta, ama en çok da kendisinin sahip olmakta olduğu (bir türlü kabullenmediği) görüntüden tedirginlik duymaktadır. Şunu belirtmeliyiz ki, hastanın daha önce geliştirdiği, korunma veya savunma sağlaması beklenen kişilik tipi bir engel haline gelmiştir. Kendini yaşamdan soyutlayan ve yaşamla ilişkilerini sınırlayan bir *şizoid*, sakar, beceriksiz biri olur, günlük olaylarla ve diğerleriyle başa çıkamaz hale gelir. Fırtınalı kişiliğe sahip bir ergen kimliğini bulmakta ve yerleştirmekte zorlanır. Kendine sorduğu bazı soruları cevaplayamaz, kimdir, ailesi, arkadaşları ve toplum ondan ne beklemektedir, insanların kendinden beklediklerini öğrenince, bunları gerçekleştirebilecek midir, daha da önemlisi kendisi kendinden ne beklemektedir?

Bu sorular genel, somut, teorik veya felsefi olarak sorulmamaktadır. Bu çeşit felsefi sorular ergenlerde ve genç yetişkinlerde normaldir. Ancak şizofreniye eğilimli olan biri, özellikle fırtınalı tipse bu sorunlara daha somut yaklaşacaktır. Kendine yukarıdaki soruları sorar dediğimizde kendi kendine konuştuğunu söylemek istemiyoruz, ama bu da olasıdır. Bu sorular ve bunları cevaplayamamak sözlerle ifade edilmez ancak kendini bulamamak, oradan oraya sürüklenmek duygularını uyandırır.

Şizoid kişi ilgisizliğine uygun mekanizmalar kullanır. Sessiz bir izleyici, duvar ve izole edilmiş bir insan görünümüne bürünür. Ama fırtınalı kişi bu şekilde davranamaz. Başarısız olacağını bilmesine rağmen, sürekli dünyadaki rolünü arar. Hep incinmesine rağmen, insanlara yaklaşmaya uğraşır. Cesaretini kaybediyor

olmasına rağmen, insanlara yaklaşmaya uğraşır. Cesaretini kaybediyor olmasına rağmen, hala birtakım hırsları vardır. Bu kişinin yerini bulma çabaları ailesinin dışına çıkıp, daha başka insanlarla, toplumdaki kişilerle karşılaştığında, daha büyük zorluklara yol açmaktadır. Onlara karşı ne rolü vardır? Onun hakkında ne düşünmektedirler? İş dünyasına girdiğinde, aynı şüphe hiçbir işte kendini yeterli görememe şeklinde ortaya çıkacaktır. Bu duygular, etrafında hissettiği rekabet de daha da güçlenecektir. Nevrotiklerin de bu tip duyguları olmasına rağmen, bunlar şizofreniye yatkın, fırtınalı kişiliklerde daha belirginleşmektedir.

Fırtınalı kişilikler genellikle aşırı derecede uysaldır, bazı zamanlarda düşmanca ve agresif olabilirler, bazen de fildişi kulelerine çekilerek, her şeye ilgisiz kalırlar. İlgisiz olmadıklarında, hayatlarını endişe yönetir. Onlar için her küçük olay bir krize yol açabilecek güçtedir. Hayatları genellikle bir dizi kriz olarak özetlenebilir.

Fırtınalı kişilikler felaketlerle dolu, karanlık bir atmosferde yaşarlar. Yine de kendilerini güçlü göstermek, espriler yapmak için kapasiteleri vardır. Ama bu sığ ve yapmacık tavırlarla, içlerini yiyip bitiren rahatsızlıklarını maskeleyemezler. İyi bir ruh hali içindelerse, büyük hayaller kurarlar hatta paranoid eğilimler gösterirler. Kendilerine tek bir şans verilse çok büyük ve başarılı olacaklardır. Harika insanlarla evleneceklerdir, vb. Uçlardan hoşlanırlar. Her şey ya siyah ya da beyazdır.

Kabullenmek demek kendini adamak ve aşk demektir, kabullenmemek ise nefret ve kesin reddediştir. Hayatlarında nüanslara yer yoktur.

Ruh hallerinde ve tavırlarında değişiklik bu insanları rahatlatmaz. Bazıları aşırı alkol ve uyuşturucuya başvurur. Çocukluklarında kendilerini endişelendiren durumlara benzer çok küçük olayları büyüten fırtınalı kişiliklerin geçirdikleri bu krizler, onları her sefer daha da zayıflatır. Diğer zamanlarda, krizler bu fırtınalı kişiliklerin giriştiği uygunsuz işlerin sonucunda ortaya çıkan endişelerden kaynaklanır (aşk maceraları, evlilikler, saçma işler, ani boşanmalar, vb). Olaylar şizoidlerin başına geldiği gibi değildir. Fırtınalı kişilikler sürekli olarak yaşamın anlamlı bir şeklini ararlar. Pek çok şizoid ve fırtınalı kişi hiçbir zaman şizofreniye yakalanmaz. Zaman içinde tedavi görmezlerse veya tahmin edileme-

yen bazı koşullar onları değişik bir yola itmezse, hayatları boyu bu tip kişiliği devam ettirirler.

Bazılarının davranışlarındaki anormallik artar hatta bunlara bazı psikiyatristler *önşizofrenik* adını vermiştir. Bazıları yetersiz olmasına rağmen, sosyal olarak geçerli bir hayat sürdürmeyi başarırlar. Ancak pek çok vakada, şizoid veya fırtınalı karakter yapıları yeterli korunmayı hiçbir zaman sağlayamazlar.

Pek çok nedenden dolayı, kişi yetişkin olmaya doğru ilerlerken, zorluklar daha da belirgin bir hal alır ve artar. Okul durumu, artan cinsel istekler, rekabetle dolu bir dünyada bir pozisyon sahibi olmak, onun karakter savaşına büyük gerilim getirir. Gençken ailesinin içinde kullandığı yöntemler yeterli olmuştur. Ancak şimdi bütün dünyayla uğraşmak zorundadır. Duygusal ilgisizliğine rağmen, şizoid kişi hem ailesinin hem de toplumun ilgisizliğini ve geri çekilmesini bırakmasını istediklerinin farkındadır. Ancak yapamaz. Şizoid özellikleri onu korumakla kalmaz, bu geri çekilmeye karşı toplumsal baskılar onu zorladığı zaman, engel de olurlar. Kendini 'itilmiş' hisseder. Her şeyi isteksiz ve gönülsüzce yapar, bu yüzden tüm yeteneklerini kullanmaz. İnsanlarla ilişki kurmaktaki deneyimsizliği, korkularını arttırır. Şizoid tavırlarını bir kenara koymayı başarabildiğinde, eski hassasiyeti ve endişeleri geri gelir. Dünya ona hepsi de onu eleştirmek isteyen, milyonlarca kişiyle dolu gibi gelir. İnsanların ne kadar iyi olduklarını göstermelerini gerektiren toplumun rekabetçi özelliği, onun durumunu daha da kötüleştirir. Önünde bu kadar engel varken, tabii ki başarısız olacaktır. Her başarısızlık yetersizlik duygusunu arttırır ve daha başka başarısızlıklara neden olur.

İlerleyen yanlış uyumun pek çok yönü ve şekli vardır. Çoğu zaman, çok belirgin olmasına rağmen, hastaya çok yakın olmayanlar tarafından anlaşılamaz. Diğer yandan duygusal katılımın eksikliği ve yavaş tempo, altında yatan nedenleri bilmemesine rağmen herhangi biri tarafından bile fark edilecek bir duruma neden olabilir. Diğer vakalarda, sadece bazı alanlarda, şizofreniye yol açan kimi sinsi yanlış uyumlar, tecrübesiz gözlemciler tarafından bile fark edebilir. Örneğin, öğrencinin sürekli düşen notları gibi. Hasta gramer okulunda iyi bir öğrencidir, lisede ortalamanın altındadır, üniversiteyi beceremememektedir.

Ergenlikten başlayarak, hayatın cinsel yönüyle ilgili düşünceler artar. Şizofreninin psikolojisine göre, cinsel yaşam sadece kendi içinde önemli olmakla kalmaz, ona bağlı anlamlar kişinin görüntüsünü de etkileyeceği için önemli olarak düşünülür. Kişi kendisini cinsel olarak yetersiz, homoseksüel veya istenmeyen bir eş veya cinsel kontrolü olmayan biri veya cinsel kimliği olarak görüyorsa, kendinin zarar verici ve yıkıcı bir görüntüsünü geliştirebilir.

Umutsuzluk, Panik, Gerçeklerden Kaçma

Şizofreniye yakalanan kişi, er veya geç, geleceğin ne geçmişi ne de şimdiki zamanı geri getirebileceği fikrine varır. İşte o zaman gelecekten umudunu keser, yaşamının amacı gerçekleşmeyecektir, hatta bu üçüncü dönemde psikolojik çöküş görüldüğünden, gelecek belki de şimdikinden daha kötü olacaktır. Hasta kendini balta girmemiş bir ormanda, her tarafı tehlikelerle sarılı gibi hisseder. Bu ormanda aslanlar, kaplanlar, yılanlar, örümcekler yoktur. Burada hastanın yaşamını değil görüntüsünü tehdit eden kavramlar düşünceler vardır. Tehlikeler hiçbir yere ait olamama, istenmeme, sevilmeme, yetersiz olma, kabul edilmeme, kendini aşağı, beceriksiz, sakar, garip, değişik, reddedilmiş, aşağılanmış, suçlu, hayatın basamaklarında yolunu bulamamış hissetme, ayrıma uğradığını, insanlardan uzaklaştırıldığını düşünme olarak sıralanabilir. Bu ilkel kabilelerin yaşadığı ormanların yerine geçen medeniyet tarafından insanlarca yaratılmış bir orman mıdır? Bunun cevabı dairesel bir işlemi anlamaktan geçmektedir.

Bu ormanın büyük bir bölümünü insanların tarihte ve şimdi bir arada yaşamaları oluşturmuştur. Ancak ormanın oluşumunda hastanın rolü de unutulmamalıdır. Geçmiş deneyimleri ve onu korumak yerine ona engel olan psikolojik savunmaları yüzünden çevreyi yanlış algılar. Bu noktada hastada henüz paranoid yansıtma veya sanrılar görülmez. Bu durum artan hassasiyet, korku, endişe, ruhsal acı olarak tarif edilebilir. Hasta dünyanın kendisine önemli gelen bölümüne hiçbir zaman kabul edilemeyeceğini düşünmekle kalmaz, yaşadığı sürece diğerleri tarafından asla kabul edilmeyeceğine de inanır. Dünyanın işlek, meşgul

yerlerinden soyutlanmıştır. Uyamamaktadır. Yalnızdır. Çok yalnızlık duyar, kendi kendisini bile kabul edemez görünmesi gerçek bir trajedidir. Bu noktada panik durumu ortaya çıkar.

Önceleri bu panik durumu açıkça görülebilen yıkılan bir görüntünün ve pek görülmeyen birtakım şeylerin karışımı olarak yaşanır. Genel olarak suskun duran bu sinsi güçler patırtılı bir şekilde yükselmeye başlar. Bunlar ilk çocukluğun hoş olmayan deneyimleridir. Bu deneyimlerin hoş olmamasının nedeni hastanın çocukluk çevresinin yetersiz olmasından değil, tecrübelerinin olumsuz taraflarını büyütmesi ve çarpıtmasındandır. Panik durumunda, hasta kendini hiçbir şey yapamaz halde bulur. Şimdi onun başına bazı olaylar gelmektedir. Artık o etken değil, edilgen bir yapıdadır.

Hastalığın Açığa Çıkması

Bu noktada hastalığın kendini açıkça, klinik olarak gösterdiği dördüncü dönem başlar. Hasta gerçeklerden kopar, önceki bölümlerde anlattığımız gibi, kendini geri çeker. Diğer zamanlarda paranoid fikirler görmeye ve anlatmaya başlar. Panik durumunda hasta dünyayı korur ve yenilgisinden dolayı kendini suçlar. Bu duygu, bu safhada ortaya çıkar. Havadan büyük bir düşmanlık sezmektedir. Dünya berbattır. Tehditler her yerini kaplamıştır. Bunlardan kaçamaz.

Klinik düzeyde, hastalık, bu fikir ve duyguların dışarıya yansıtılmasından çok önce, belirgin hale geldiklerinde başlar. Geniş belirsiz duygular belirgin hale gelir, görülmeyenler görünür olur, büyük boşluk belirgin bir tehdide dönüşür. Artık bu berbat koca dünya değil, 'onlar' hastaya karşı olmuşlardır. Artık kendini dünyanın gözleri önünde veya gözaltında hissetmemektedir. Şüphe duygusu öyle gelişir ki, 'onlar' onu izlemekte, gözlemekte, etkilemekte hatta kontrol etmektedirler. Belirsiz, genel ve soyut şeyler özele indirgenmiştir. Dış tehditler daha somut hal almış, belirli şekilde temsil edilmektedir, FBI ajanları, komşular veya diğer takip edenler gibi. Üçüncü dönemde hasta pek çok kişinin ona karşı adaletsiz davrandığına ve sorununun sebebi olduklarına inanır. Kendine karşı bir şeyler düzenlendiğine ve ya-

pıldığına inanır. Bir komplonun kurbanıdır. Casus, katil veya vatan haini diye suçlanır. Bu suçlamaları takip eden varsanısal sesler duyduğunu sanır. Mutsuz, endişeli ve içerlemiştir.

Bu noktada 3. Bölüm'de belirtilen bazı konuları tartışmak önemli olabilir. Kişinin ilk aklına gelen bu belirtilerin gelişiminin hiç de savunma amacıyla olmadığıdır. Aslında hasta acı çekmektedir. Ancak şizofreninin psikodinamik bir yorumu bu olguyu değişik bir şekilde yorumlar. Konuya daha derin yaklaşılacak olursa, iç çatışmaların değişiminin dış dünyaya ait belirtilerle ifade edilmesi hasta için faydalıdır. Başkalarının kişiyi suçlaması, kendi kendisini suçlamasından daha iyidir.

Bölüm 4'te bahsedilen yeni düşünme şekilleri yüzünden, bu suçlamalar belirli bir hal alır. Örneğin bir başarısızlık, başarısızlık olarak değil, casusluk veya cinayet olduğu için suçlanır. Bu suçlamalar kendi kendini suçlamaktan daha kötüdür ama kolaylıkla başkalarına da yakıştırılabilir. Suçlandığına inanan hasta yanlışlıkla suçlandığını düşünür. Suçlama acı vermesine rağmen, kişinin kendine güvenine zarar vermez. Tam tersine, hastalanmadan önceki durumuna göre, hastanın kendine saygısı artar, bunu inanç kurbanı olduğu duygusu izler. Şimdi suçlanan kişi hasta değil, hastayı suçlayanlardır. Bir iç tehlike, hastalık yüzünden dış tehlikeye dönüşmüştür. Bu dönüşümün altında şizofreninin en çok görülen tipi olan paranoid tipin psikodinamik önemi yatar. Suçluluk duygusu ortadan kalkmıştır. Bazı durumlarda hasta daha önce kendisine yasakladığı hoş, heybetli, büyük görüntüler görür.

Sonuç

Biyolojik yatkınlıkla güçlense bile, bir hastanın yaşamında psikolojik olaylar şizofreninin nedenleri arasında çok önemli bir yere sahiptir.

Aile koşulları, çocukluk deneyimleri, ergenlik ve genç yetişkinlik hassas ve tehlikeli bir yaşam şekline yol açan etki ve tepki zincirini oluştururlar. Tüm yaşamı boyunca, bu kişi kendi kimliğini, güvenini ve kişiliğini korumak için psikolojik savunma yolları geliştirmeye çalışır. Ama tüm savunmalar yetersiz kalıyorsa ve kendini hâlâ kabullenemiyorsa, psikotik savunma denen bir

yola başvurur. Şizofreninin belirtileri ortaya çıkar ve daha az mutsuz bir şekilde yaşamını sürdürmesine neden olur. Demek ki bir şizofreniğin yaşamındaki psikolojik eğilimler pek çok birbiriyle bağlantılı, daha küçük nedenlerin birleşimidir.

Psikososyokültürel Nedenler

Çok önemli olmalarına rağmen, hastanın ailesi ve diğer ilgili kişilerle pek ilgisi olmadığından, psikososyokültürel nedenlere kısaca değineceğiz. Sosyokültürel faktörler şizofreninin ortaya çıkmasını engellemeye çalışan uzmanları yakından ilgilendirir. Ancak hastalık bir kez ortaya çıkınca, bu faktörleri değiştirmek için çok geçtir. Ayrıca, bu faktörler yavaş yavaş değiştirilebilir ve pek çok sosyolog, eğitimci, politikacı, epidemolog ve topluluklar konusunda çalışan kişilerin çalışmasını gerektirir. Bir psikiyatrist için, pek çok durumda, sosyokültürel faktörlerin kişinin psikolojik işlemlerdeki gidişini etkilediğini belirtmek önemlidir.

Sefalet, sürgün, sosyal baskı, göç, bir azınlığın üyesi olmak ve kötü yerlerde yaşamak düzensizliklerin daha fazla görülmesine neden olur. Bu istatistik verilerini insan acıları olarak yorumlayabilmemiz gerekir. Örneğin, bu sosyal faktörlerin belirli bir grup insan arasında onların iyi ebeveyn olma veya ebeveynlerinden iyi muamele görme olasılığını azaltarak, akıl hastalığına neden olup olmadığını belirlemeliyiz. Aynı zamanda sosyal faktörlerin kişinin kendine olan saygısını kaybetmesine neden olarak akıl hastalığının ortaya çıkmasına yol açıp açmadığını araştırmak da önemlidir.

Kentleşmiş, büyük endüstri merkezlerinde şizofreni vakalarının arttığı gözlenmiştir. İnsanın acı çekmesine neden olan herhangi bir şey, kendine olan saygısını yitirmesi, umudunu kaybetmesi dolaylı faktörler olabilir. Üyeleri arasında rekabet yaratan bir toplum kendilerini aşağı gören, hep kaybedeceğine inanan insanların kendilerine olan saygılarını kaybetmelerine ve bu yüzden psikolojik zorluklara karşı daha hassas hale gelmelerine neden olur. Adalet, eşit olanaklar, tatmin edici bir şekilde yaşama olanağı kişinin üzerinde istenmeyen faktörlerin etkili olması olasılığını azaltan olgulardır.

Ancak konu şizofreni olunca, genellikle ters durumlarla karşılaşırız. Hiç istenmeyen, mazur görülen ve yıpratan dış veya gerçek olaylar şizofrenik hastalığa neden olmamakla kalmaz, kimi zaman engel olurlar. 2. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında, savaştan yenik çıkan bazı Avrupa ülkelerinde şizofreni vakaları azalmıştır. Savaş, ulusal yenilgi veya tüm toplumu etkileyen düşmanlıklar gibi açıkça görülen tehlikeler tek başlarına şizofreniye yol açmazlar. Endişe ve psikolojik düzensizliklere neden olabilirler ama insanın kendine karşı olan duygularını incitmeleri gerekmez. Savaş veya askerî yenilgi durumunda, birlik olma ve ortak kaderi paylaşma duygusu ve olanlardan kişisel olarak sorumlu olmamak kişinin kendi görüntüsü için yararlı bile olabilir.

Sonuç

Kişinin acı çekmesine neden olan sosyal faktörler özellikle onun iyi bir ailede büyümesini engelledíklerinden veya kişinin kendine olan saygısını olumsuz etkilediklerinden, doğrudan olmasa bile şizofreninin ortaya çıkmasına yol açarlar. Bu noktada, şizofreniyi nedenlerine göre tanımlarsak, şu anki bilgimiz dahilinde diyebiliriz ki şizofreni, bundan önceki bölümlerde anlatılan özellikler gösteren biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bir arada işleyerek psikolojik fonksiyon ve hareketlerin gerilemesine neden olan karışık etiyolojiye sahip bir durumdur.

Altıncı Bölüm
TEDAVİNİN ANA YÖNTEMLERİ

Yardım Arayışı

Hastalığın ilk belirtilerinde veya şüphelenildiğinde veya varlığı anlaşıldığında, uzman birinin yardımına gereksinim duyulur ve bu uzman gecikmeden bulunmalıdır. Ne kadar ilgi ve zaman ayırırlarsa ayırsınlar, aile bireyleri bu durumun gerektirdiklerini yeterince yerine getiremezler. Ama yalnız değillerdir. Çabucak ve etkili olarak duruma müdahale edecek pek çok uzman vardır.

Aile veya hastanın kendisi bir uzmanın yardımını nereden bulacağını veya bu özel durum için hangi doktorun uygun olduğunu bilemeyebilir. Ailelerin çok çaresiz olduğu durumlarda, telefon rehberine bile başvurmaları mümkündür. Ulusal Akıl Sağlığı Derneğinin mahalli teşkilatını veya akıl sağlığı merkezini bulmaları ve araştırmalar yapmaları gerekmektedir. Çevredeki bir eğitim hastanesini veya o bölgenin tıp derneğini arayarak, nitelikli psikiyatristlerin listesini edinebilirler veya Washington DC'deki American Psikiyatri Derneğini arayarak, hastanın yaşadığı bölgedeki bir iki psikiyatristin adını öğrenebilirler. Ancak daha iyisi, kişisel tanıdıkların yardımıyla bir uzman bulmaktır. Aile doktoru, pratisyen hekim hastaya, güvendiği ve yöntemlerine inandığı bir psikiyatrist adı verebilir. Aile doktoru psikiyatriste de ailenin geçmişiyle ilgili ilk bilgileri verebilir. Aile doktoru yoksa, bir arkadaş, akrabasının ve dostunun yarar gördüğü bir psikiyatrist önerebilir.

İngiltere'de durum biraz farklıdır. Her insanın acil durumda başvurabileceği bir pratisyen doktoru olmak zorundadır. Bu doktor gerekli incelemeyi yaptıktan sonra hastayı hastane bünyesinde bir psikiyatriste yollamaya karar verebilir. Bu hastane normal olarak hastanın yaşadığı bölgede hizmet veren bir hastanedir. Bu hizmetin yetersiz olduğu düşünülüyorsa, hasta veya ailesi özel bir psikiyatriste veya Amerika'da olduğu gibi Ulusal Akıl Sağlığı Derneği'ne başvurabilir. Hasta mahalli hastanenin Kaza Bölümü'ne de başvurabilir. Genellikle bu bölümlerin, acil durumlar için psikiyatrik yardım sağlamaları gerekir ve büyük şehirlerin bazılarında 24 saat acil psikiyatri hizmeti veren bölümler vardır. Tüm bu hizmetler, özel doktorlar hariç, Ulusal Sağlık Hizmetleri altında sağlanabilir.

Bir psikiyatrist bulunduğunda, hastanın durumunun acil müdahale gerektirip gerektirmediğini belirtmek çok önemlidir. Meslekten olmayan birisinin gözlemleri tam yerinde olmamakla birlikte pek çok vakada hastanın durumunun tam bir tanımı ve duyduklarının sonucunda psikiyatrist hastayı hemen inceleyip incelememeye karar verir. Bugünlerde psikiyatristler çok meşgul olduklarından, birkaç gün hatta bir hafta için bile dolu olabilirler. Zamanlarının çoğunu pek de acil olmayan konsültasyonlara, daha doyurucu bir yaşam isteyen, aile ve okul problemleri olan kişilere ayırırlar. Psikiyatrist, hastanın acil tedaviye gereksinimi olduğunu anlarsa ve kendisinin acil olmayan hastalarının randevularını ertelemesi olası değilse, zamanı olan birkaç meslektaşının adını verebilir.

Çabuk halledilmesi gereken bir durumu acil bir durumdan nasıl ayırt edeceğimizi bilmek yararlıdır. Çabuk halledilmesi gereken bir durum ciddidir ancak ani hareket etmek yaşamsal önem taşımaz. Öte yandan psikiyatrik aciliyeti olan bir durum 24 saat veya daha kısa bir sürede müdahaleyi gerektirir. Diğer tıbbi alanlara kıyasla, psikiyatride acil durumlara daha az rastlanır. Şizofreniyle ilgili acil durumlara 10. Bölüm'de göz atacağız.

Tedavi Seçimi

Doktor hastayı gördüğünde, ilk önce onun acil olarak hasta-

neye yatıp yatmayacağına veya sadece kendi ofisindeki tedavinin yeterli olup olmayacağına karar vermelidir. Konsültasyon sırasında elde ettiği hastanın durum değerlendirmesini ve hastanın yakınlarıyla, arkadaşlarının verdiği bilgilerin değerlendirmesini yapmalıdır. Bazen karar verebilmek için, birden fazla görüşme gerekebilir.

20 sene önce, şizofreni belirtisi gösteren hemen hemen herkes hastaneye yatırılırdı, ama artık bu yöntem kullanılmıyor. Bugün hastane dışında daha uygun bir tedavi bulmak olası değilse veya hastane ortamının değişikliğine gereksinim duyuluyorsa veya hastalığın belirtileri normal sosyal hayata uyumlu olmadığından, bunu hastane ortamı dışında kontrol edebilecek bir başka yer bulunamıyorsa hastanelere gidiliyor. Hastanede tedavinin koşullarını Bölüm 7'de daha ayrıntılı inceleyeceğiz.

Biz bu bölümde bir terapist tarafından, kendi ofisinde uygulanacak, iki tedavi yönteminden bahsedeceğiz; psikoterapi ve ilaç tedavisi.[2] Bu iki tedavi şekli hastane ortamında da geçerlidir ve genellikle hastanede tedavi gören hastalarda uygulanır. Bu kitapta elektrik şoku ve ensülin tedavisinden bahsetmeyeceğiz. Çünkü bu yöntemler artık nadir olarak kullanılıyor ve sadece diğer terapi yöntemlerine cevap vermeyen hastalarda deneniyor.

Bu kitabın okuyucularının niyeti herhalde şizofreni hastalarının terapisti olmak değildir ama bu tedavilerin amaçlarını ve yöntemlerini biraz olsun anlamak, onların, terapistlerin neler yapmak istediği konusunu anlamalarını sağlayarak, hastayı saran atmosferi daha güvenli, sıcak ve umutlu hale getirmelerine yarayacaktır. Günümüzde pek çok terapist psikoterapi ve ilaç terapisini bir arada kullanmaktadır. Ancak bazı uzmanlar bunlardan sadece birini veya tekini kullanırlar. Psikoterapi ve ilaç terapisinin peş peşe gelmesi, hastalığın psikolojik temeline saldırma ve belirtilerin etkisini biyokimyasal yollardan azaltma olanağını sağlar. Bir uzman nasıl bir yol izleyeceğine yani hangi tedavi şekli veya tedavilerin kombinasyonunu hastaya uygulayacağına karar verdiğinde, hastanın ailesi bu karara saygı duymalı ve karışma-

---

2 İngiltere'de psikoterapinin Ulusal Sağlık Hizmeti dahilinde yeri bölgeden bölgeye değişmektedir. Bazı bölgelerde böyle bir hizmet verilemeyebilir.

dan ilerlemesine izin vermelidir. Kimse için tavsiye edilmeyen psikocerrahi dışında terapist, hangi terapi programını seçtiyse, onu uygulayabilmelidir. Sonuçlar mutlaka daha sonra değerlendirilmelidir. Psikoterapi ve ilaç terapisi genel olarak bir arada uygulanır ama biz bunları tek tek inceleyeceğiz.

Psikoterapi

Pek çok psikoterapi çeşidi olmasına rağmen (ikna, hipnoz, davranış terapisi, gestalt terapisi), şizofreninin tedavisinde genellikle uygulanan psikodinamik terapidir.

Şizofreniklere uygulanan psikodinamik psikoterapi, pek çok yönden klasik Freudcu psikanalizden farklıdır. Haftada dört veya beş seans gerektirmeyebilir, ama hastanın gereksinimlerine göre düzenlenmiş bir planı olmalıdır. Psikanalizin tersine, birkaç vakanın dışında, 'koltuk' kullanılmaz. Hasta genellikle terapiste dönük bir sandalyede oturur ve terapist, kural olarak hastanın serbest toplaşım yönteminde olduğu gibi sürekli olarak, içinden geldiği gibi konuşmasını beklemez. Terapist sık sık konuşmayı keser ve aktif katılım fikrini oluşturmaya çalışır.

Nevrotik hastaları harekete geçirmek için onların endişelerini hareketlendirme yöntemine dayalı klasik psikanalitik terapi, şizofrenikler için uygun değildir. Böyle bir uygulama (belki en yumuşak vakalar veya iyileşmek üzere olan hastalar hariç) yararlı olmaktan çok zararlı olur.

Her tür psikodinamik terapinin temelinde Freudcu düşüncenin yattığını belirtmemiz gerekir, çünkü hastanın psikolojik problemlerinin, ilk belirtiler ortaya çıktığında değil, çocukluk döneminden gelmekte olduğunu düşünen Freud'un kendisidir.

Psikodinami, psikolojik güçlerin araştırılmasıdır. Yaşamın ilk evrelerinde karşılaşılan olaylar, hastanın bunlardan çıkardığı yorum, bu olayların belirli bir şekilde gruplandırılması ve zaman içindeki sıralanması belirli sonuçlara yol açan psikolojik güçleri veya faktörleri oluşturur. Bunun tersine, insan ruhunu anlayabilmek ve tedavi edebilmek için çok uğraşan Freud, gelecekteki yöntemlerin şizofreniklere psikanalitik tedavi uygulamak üzere geliştirileceğini düşünmesine rağmen, şizofreninin psikanalitik tedavisini desteklememiştir.

Freud belki de insan ruhu üzerine çalışan en büyük kişidir ama o da her insan gibi kendisinin, kendi yarattığı önceden kazanılmış nosyonlar veya teorik durumlar tarafından ikna edilmesine izin vermiştir. Freud'a göre çevreden ve özellikle insanlardan kendini tamamen geri çeken şizofren, etkili psikoterapi için gerekli olan ilişkiyi, terapistiyle kuramaz. Bunun yanlış olduğunu kanıtlayan ve şizofrenikleri bu şekilde tedaviye ilk başlayan kişi Freud'un ilk öğrencilerinden Paul Federn'dir. Federn'den sonra pek çok terapist tedaviyi denemişler ve yeni yöntemler geliştirmişlerdir. Amerika'da, şizofreninin psikoterapisi konusunda ilerlemeler kaydeden uzmanlar Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, John Rosen, Herald Searles, Otto Will, ben ve diğer birçoklarıdır. İngiltere'deyse önemli isimler Melanie Klein ve onun öğrencileri olan H. Rosenfeld ve D.W. Winnicott'dur. Marguerite Sechehaye ve Gaetano Benedittı ise İsviçre'de yararlı çalışmalar yapmışlardır.

Bir şizofreniği tedavi eden terapistin ilk görevi pek çok doktorun hastayı ilk gördüğünde yaptığı gibi, onun geçmişi ve bugünüyle ilgili bilgi toplamak değildir. Şüphesiz ki, mümkün olduğu kadar çok konuyu bilmek, terapist için önemlidir. Arkadaşlarının, ailesinin, meslektaşlarının veya önceki doktorlarının anlatacakları çok yararlı olacaktır. Ancak, bu ilk görüşmede terapistin amacı, hastaya 'ulaşmak' onunla normale en yakın kişisel bir ilişki kurmak olacaktır. Bu hiç de kolay değildir. Bölüm 3'te tartıştığımız gibi, hasta şüpheci ve güvensizdir. Herhangi bir soruyu, hayatına karışma veya bir komplonun parçası veya sadece kendine ait bir şeyin elinden alınması olarak algılar. Pek az vakada, bazı hastalar bu soruların, kendisini hasta olduğuna inandırmak için hazırlanan tuzaklar olduğuna inanır, bir tımarhaneye kapatılacağını, yetersiz olarak nitelendirileceğini, yasal haklarından yoksun bırakılacağını, özgürlüğü ve mallarının elinden alınacağını düşünür. Terapist, hastayı kendisinin sadece yardım etmek için orada bulunduğuna, son zamanlarda karşılaştığı güçlükleri veya diğer insanların bir nedenle bir türlü anlayamadığı tecrübelerini anlamasına yardımcı olacağına ikna etmelidir.

Eğitimli terapistlerin bile şizofreni tedavisinde en çok zorluk çektikleri dönem tedavinin ilk safhasıdır. Bu safha, esas olarak birbirinden korkmayan hatta ortak bir amaca ulaşmak için çabalayan insanlar arasında karşılıklı güven ve arayış atmosferinin yaratılmasını içerir.

Önceki bölümler hastanın tüm yaşamı boyunca insanlarla ilişki kurmakta nasıl zorluk çektiğini göstermişti. Hasta başka insanlarla ilişkilerinde hep huzursuz ve endişeliydi. Her zaman tetikte, beklemede veya az çok belirgin stres içindeydi. Bu tip duygular nevrotiklerde hatta biraz daha yumuşak derecede normal insanlarda bile görülmesine rağmen, özellikle sonradan şizofrenik olanlarda belirlenmektedir. Bu duyguların nasıl şüpheciliğe, paranoid tavırlara ve genel olarak insanlardan veya belirli kişilerden en sonunda da zalim olarak tanımlananlardan gelen kötülük deneyimlerlne dönüştüğünü daha önce anlatmıştık.

Terapist öyle bir yol izlemelidir ki hasta tek bir kişiye bile olsa güven duyabilmelidir. Terapist önceleri hasta için, diğerleri gibi paylaşmaya istekli ve psikolojik açıdan onu iyileştiren, her şeyi değişik yorumlayan, endişeleri ortadan kaldıran ve gelecek için beklentiler yaratan bir istisna olmalıdır. Aile veya meslekten olmayan ilgili birinin, terapistin tedavinin ilk bölümünde bu amaçları gerçekleştirmek için kullandığı yöntemi öğrenmesi gerekli değildir. Ailenin yapması gereken sabırlı ve umutlu olmak, terapiste cevaplandıramayacağı sorular sormamaktır. Örneğin terapiste bu olayın nedenlerini veya çocukluktaki hangi olayın bu felakete yol açtığını veya bu şizofreni vakasını çözümleyecek yolu bulup bulmadığını sormaktan kaçınılmalıdır.

Şizofreni vakalarını tedavi eden terapist, tedavinin başlangıç safhasında, genel olarak psikoterapide kullanılmayan bazı yöntemler kullanabilir. Hastanın elini tutabilir, omzunu sıvazlayabilir, onunla parkta gezebilir, kitap okuyabilir, kahve içebilir, vb. Aile bu yöntemleri duyduğunda, pek de profesyonelce olmayan bu davranışlar için telaşa kapılmamalı veya terapistin ve hastanın zaman kaybettiklerini, fazla yaklaştıklarını, arkadaş olduklarını düşünmemelidir. Aslında onlar aniden, akıllarına geldiği gibi

davranmakta, birbirlerini tanımaya, kabullenmeye, farklı düşündükleri ve hissettikleri pek çok konuya rağmen birbirlerine kişi olarak saygı duymaya çalışmaktadırlar. Ancak böyle bir yakınlık kurulursa, psikoterapist hastanın semptomatolojisinin esas bölümüne ulaşabilecek ve ancak o zaman hasta terapistinin bir değişiklik önermesini veya hayatında olan diğer olaylar hakkındaki yorumlarını dinleyecektir. Başka bir deyişle, tedavinin bu daha ileri safhasında, terapist hasta hariç herkese fantazi veya hayal gücünün ürünü gibi görünen şeyleri ele almalıdır. Bu, şizofrenin özüne saldırmak anlamına gelir. Hastayı duyduğu seslerin gerçek olmadığına, sadece kendi kafasında duyulduğuna nasıl ikna etmeli? Gördüklerinin gerçekte orada olmadığına, aklında olduğuna nasıl inandırmalı? İnsanların ona bakmadığına, gülmediğine, arkasından konuşmadıklarına, ona komplo kurmadıklarına nasıl inandırmalı? Hasta rüyada gibidir. Rüya gören kişi, uyanana kadar rüyasının gerçek olduğuna inanır ve ancak uyandığında gördüklerinin bir rüya olduğunu algılar. Şizofreniği, uyanıkken yaşadığı bu rüyadan nasıl uyandırmalıdır?

Önce bazı noktaları aydınlatmalıyım. Bazı yönlerden pek de doğru olmayan bir şey söyledim; rüyanın gerçek yaşam olmadığı. Oysa rüya gerçek yaşamdır. Çünkü yaşamımızın bir parçasıdır. Bundan da öteye, ilk kez Freud'un bilimsel olarak kanıtladığı gibi, esas olarak doğru olmamasına rağmen, rüyanın temeli rüya gören kişinin yaşamıdır veya sembolik, hayal ürünü, gizli bir kodla saklanan çarpıtılmış bir anlamı vardır. Şizofrenik belirtiler için de aynı şeyler söylenebilir. İlk kez, Carl Jung'un şizofrenik kişilerin yaşamda aynen rüya gören kişiler gibi hareket ettiğini açıkladığını daha önce söylemiştik.

Hastanın ailesi veya kendisi için, psikoterapik teknikleri bilmek gerekli değildir. Benim de izlediğim, en çok kullanılan yöntemlerden biri, hastaya kendi özel yoluyla düşündüğünde veya hissettiğinde, kendi kendisine neler yaptığını göstermektir. Hasta kullandığı özel mekanizmaların farkına varırsa, başta büyük zorlukla olsa bile, bunlara engel olmaya çalışabilir. Örneğin benim geliştirdiğim bir metodolojiyle, terapisti hastanın varsanıla-

rına engel olabilir. Hasta ileri derecede gerilemediyse sürekli olarak ses duymadığına, sadece bu sesleri beklediği zaman duyduğuna ikna edilebilir. Eğer hasta benim 'dinleme tavrı' dediğim durumdaysa, terapisti ona varsanıların ortaya çıkmasındaki tüm safhaları anlatarak yardımcı olabilir ve onu bunlara engel olmaya yönlendirebilir. Kısa bir süre öncesine kadar, tecrübeli psikiyatristler dahi varsanıların önlenemeyeceğine inanıyorlardı. Ancak bu ailenin doğrudan doğruya karışabileceği bir konu değildir, bu önemli konuyla ilgili özel durumlardan bahsetmeyeceğim. Ama diğer bölümde ayrıntılı olarak göreceğimiz gibi, aile kısa zamanda hastanın ne zaman varsanıları olacağını veya varsanıların gelmek üzere olduğunu anlamaya başlar. Yüz ifadeleri, vücudun durumu, genel tavırlar yeterli delillerdir. Aile üyelerinin yapabileceği tek şey hastayla konuşmak veya onunla beraber bir iş yapmaya başlamak olabilir. Böylece hastanın 'dinleme tavrı' takınması zorlaşır. Varsanılar ve diğer şizofrenik belirtiler yinelenmelerini kolaylaştırırlar. Başka bir deyişle, sık görüldükçe, daha da artan hızla ortaya çıkmaya başlarlar. Öylesine alışkanlık haline gelirler ki en küçük bir endişe sinyalinde kendiliğinden tekrar ortaya çıkarlar.

Bu aşamada terapistin amacı, ortaya çıktıkları zaman belirtilerin anlamını saptamaktır. Bu anlayışa nasıl yaklaşıldığını göstermek için *Interpretation of Schizophrenia* adlı kitabımdan aldığım bir iki örnek vereceğim: Hasta aniden garip olayların olduğunu düşündüğünde, parkta harika bir pazar günü öğleden sonra gezintisi yapmaktaydı. Banklarda oturan insanlar hareketli hareketli konuşuyor ve ona garip garip bakıyorlardı. Açıkça kendisine yönelik bazı mimikler yapıyorlardı. Yanındaki oyun sahasında oynayan, koşuşan çocuklar, onun yanında olmaktan kaçınmak için aksi yöne koşuyorlardı. Uzakta dalgalanan Amerikan bayrağı şimdi öne eğilmişti. Bütün bunlar insanların çok kötü birinin, belki de kadınlara ve çocuklara saldıran bir sapığın parkta olduğunu düşündüklerini gösteren belirtilerdi. Hasta da bu adam olmalıydı. Haberler yayılıyordu. Yoğun ve acı veren bir karmaşa içinde hasta evine koştu.

Terapistini gördüğünde ve olayı ona anlattığında, terapist, hastanın böyle fantastik bir olayı kurma ihtiyacını anlayabilmelidir. Hasta parka gitmeden önce ne olmuştur? Ruh hali nasıldır? Belli kanıtlar mı aramaktadır? Berbat bir varlık olduğuna dair içindeki belirsiz duyguyu açıklamak için bu kanıtı bulmayı ummamış mıdır? Belirsiz ve dağınık bir tehdidi somut bir tehlikeye dönüştürmek, aşağılanma, dışlanma, küçük düşürme duygularını belirli bir olaya bağlamak için zorlayıcı bir gereksinim duymaktadır.

Bu safhada psikoterapinin büyük bir bölümü hastayı pasif, "hiçbir" yerden gelen belirtilerin oyuncağı olmuş biri olmadığına, tecrübe ettikleriyle ilgili yapacağı çok şey olan biri olduğuna inandırmayı içerir.

Sıkça görülen bir başka olay da hasta tarafından mantıksız olarak nitelenenlerde bir gerçek payı bulunmasıdır: 35 yaşında bekar bir hasta olan Violet, kendisinin yetersiz olmayan bir yaşam sürdürmesine ve pek çok belirtiye rağmen işine devam etmesine izin veren hafif bir şizofreniye yakalanmıştı. Ara sıra varsanılar, yanılsamalar görüyordu, pek çok referans fikirleri vardı.

Violet'e doğum gününde çalıştığı şirketten bir buket gül geldi. Paketi açıp, güzel sarı gülleri gördüğünde mutlu olmak yerine, sarı renkle ilgilenmeye başladı. Bu renk, Violet'e göre kıskançlık anlamına geliyordu ve ofisteki arkadaşları bunları ona göndererek, Violet'in patronun karısını kıskandığını bildiklerini anlatmak istiyorlardı. Ertesi gün, çalışanlardan birinin 'Texas'ın Sarı Gülü' şarkısını mırıldandığını duydu ve bunun kasten ona yöneltilmiş bir davranış olduğunu düşündü. En sonunda rengi sarı olan her şey onun için aynı anlama gelmeye başladı. Bunlardan kaçınılmalıydı. Son olarak, Violet sarı olduğu için elbisesini çöpe attı.

Ofisinde işlemeyen ve suyun akması için vurulması gereken bir su soğutucusu vardı. İnsanlar, özellikle de patronu, soğutucuya vurduklarında, Violet onların kendisine vurmak istediklerini düşünüyordu. Bunun nedenini sorduğumda da "Ben hiç yürümem, su gibi koşarım ve vurulmayı hak ediyorum" dedi. Ona, endişeli olduğunda, kendi değersizliğini gösterecek özel bir dü-

şünme şekli geliştirdiğini ve kendisi hakkındaki düşüncelerini başkalarına yakıştırdığını anlattım. Bu açıklama yardımcı oldu ve kısa bir süre için kayda değer ilerleme kaydettik ancak benzer belirtiler bir zaman sonra tekrar ortaya çıktı.

Bir gün Violet kızgın kızgın ofisime geldi ve önceki gün arkadaşı Lucy'nin onu ziyarete geldiğini ve ona bir küçük ispanyol kokeri getirdiğini söyledi. Lucy'nin evini bir köpek evi, kendisini de bir köpek sandığını sözlerine ekledi.

Hasta arkadaşları 'makine' lafını kullandıkları zaman, onların kendinden bahsettiğini sanıyordu. Aslında ona, pek çok işi itiraz etmeden yaptığı ve becerikli olduğu için bir insan gibi değil, makine gibi davranıyorlardı. Firmadaki insanlar, şüphesiz ki onun bu kadar çok işi, itirazsız yapmasında bir kişilik anormalliği olduğunu biliyorlardı ama bu durumdan faydalanmak istiyorlardı. Çiçek buketi ve benzeri jestler onu sömürmelerini telafi etmek içindi ama ondaki garipliği anladıklarını da gösteriyordu, Violet'in patronunun karısını kıskanmasında görüldüğü gibi.

Violet'in belirtilerin tekrar incelendiğinde, referans fikirlerinde bir parça da olsa gerçek payı vardır. Ancak bu içgüdü çok küçüktür. Fakat terapist, bu içgüdü parçasını tedavi amacıyla kullanabilir. Hastaya, gerçekleri biraz da olsa görebildiğini anlatır. Ama hasta bu içgüdüyü tüm yaşamına uygulayamaz sadece belirli konularda kullanır. Varsanılarda olduğu gibi, hasta edilgenlikten, etkenliğe geçmelidir. Başka bir deyişle, karmaşık düşüncelerin arasından bile fark edilen gerçek parçacıklarını kullanmalı ve bu parçalardan anlayış ve hassasiyet elde edilmelidir.

Bu yöntemin hastaya yararı sadece iki tartışan insan arasındaki entelektüel anlaşmadan ibaret değildir. Terapist bahsettiğimiz şekilde Violet'e yaklaştığında, Violet kendini daha iyi hissetmekte ve garip belirtileriyle yalnız olmadığını düşünmektedir. Terapistin sadece öyle görünmekle kalmayıp onun duygu ve düşüncelerini gerçekten paylaştığına inanmaktadır. Bundan sonra Violet gelişme göstermeye, sosyal olarak daha yeterli olmaya ve erkeklerle yakın, sürekli ve romantik ilişkiler kurabilmeye başlar. Otuz dokuz yaşında evlenir, kırk yaşında da bebeği olur. Çocuk şimdi on iki yaşında, aile de mutlu ve sağlıklıdır.

Gördüğümüz gibi, hastaların pek çok sanrısal düşüncesi kendilerine duydukları saygının olmamasından veya kendilerinin içinde bulunduklarını düşündükleri çok zayıf veya aşağı durumdan kaynaklanmaktadır. Başka bir örnek, insanların kendisine güldüğüne inanan hastadır. Onların güldüklerini gerçekten duymaktadır. Kafasını çevirip, onlara baktığında, kendisine gülümseyip alay ettiklerini sanır. Gülümksemiyor olabilirler ama o yüz ifadelerini yanlış anlayabilir. Gülüyorlarsa, onunla ilgili hiçbir şeyleri olmadığındandır. Terapist, hastanın insanları gülerken gördüğü zamanın, onların gülmesini beklediği zamanlar olduğunu anlamasına yardım etmelidir. Tedavi ilerledikçe, hasta kendisini komik biri olarak düşündüğü için insanların ona gülmesi gerektiğine inandığını anlamaya başlar. Onların güldüklerini duymaktadır çünkü ona gülmeleri gerekmektedir. Kendisi hakkında düşündükleri, bulguların nedeni haline gelir. Hasta için acı olan bunun aslında kendisinin hakkındaki düşünceleri olduğunu öğrenmektir. Tedavinin daha ileri bir safhasında, bu tuhaf görüntüyü değiştirmesine yardımcı olunacaktır.

Bazen, kişinin kendisine duyduğu saygının azlığı büyüklük bulgularına neden olur. Bilinçsizce kendisinin aşağı ve genellikle korkunç bir görünüşü olduğuna inanan kişi, kendini İsa ya da St. Paul veya Einstein veya büyük bir dahi sanabilir. Bu görüntüsünü, insanüstü biri ya da ölü veya canlı en önemli insanlardan biri olduğunu düşünerek inkar etmeye uğraşır. Tedavinin daha ileri bir safhasında, hastayla terapist arasında daha yoğun bir yakınlık olduğunda, hastanın geçmişi yorumlanmaya çalışılmalı, bu çelişkinin nedenleri olabilecek çocukluktaki veya aile ortamındaki önemli durumlar incelenmelidir. Ebeveynlerle ilişkiler, üzerinde durulması gereken en önemli konudur. Geçmişte çok görülen ve yine rastlanabilecek bazı hasta tiplerinde, tedavinin başında hasta ebeveynlerinden melek, kurtarıcı ve iyiliksever olarak söz eder. Dünyadan korkan ve ebeveynlerine hâlâ bağımlı olan hastanın sık sık ebeveynlerini özellikle annesini bu olumlu niteliklere dayanarak görmesi gerekir. Ebeveynlerin herhangi bir olumsuz niteliği ise zalimlere yakıştırılır.

Ancak hastaların çoğunluğu ebeveynlerini bu şekilde düşünmez. Hastanın zalimler üzerinde durduğu ve ebeveynlerini tarafsız olarak gördüğü tedavinin ilk safhasından sonra, hasta çocukluğunun ve anne-babasıyla olan ilişkilerinin önemini keşfeder. Bundan sonra onlara karşı başka bir tavır geliştirir. Çocukluğunda kurduğu ebeveynlerinin orijinal görüntüsü bilinçlenir ve hasta, hastalığıyla, umutsuzluğunun tüm sorumluluğunu ebeveynlerine yükler. Ailesine düşmanlık gösterir ve kötü şekillerde bahseder. Bir önceki bölümde gördüğümüz gibi, bazı terapistler bile bu karakterizasyonların ebeveynlerin gerçek kişiliğini yansıttığına inanır.

Terapistin hastanın anlattıklarının doğruluğuna inanması kolaydır, çünkü hastaların pek azı olumsuz bir görüntü içindedir ve ikinci olarak da hedeflerini zalimlerden ailelerine değiştiren hastalar ilerleme kaydediyorlar demektir, bunlar artık sanrılar içinde değillerdir veya daha az sanrıları vardır, büyük ölçüde güvenilirlerdir. Sanrıları anlamak çok kolaydır, çünkü gerçekten çok uzaktırlar ancak terapinin bu safhasında görülen çarpıtmaları anlamak zordur çünkü bunlar sadece abartı veya gerçeğin bazı bölümlerinin deformasyonudur.

Tedavi süresi, hastadan çok hastanın ailesi için zor bir sınavdır. Şimdi roller değişmiştir. Hayali insanlar tarafından suçlandığını hisseden artık hasta değil, hasta tarafından suçlanan ebeveynlerdir. Tek önerebileceğim, bu döneme cesaretle katlanmak olabilir. Er veya geç, terapistinin yardımıyla, hasta kendisinin psikolojik zorlukları yüzünden ebeveynlerinin oynadığı rolü abarttığını veya çarpıttığını idrak edecektir. Terapist hastanın ebeveynlerinin gerçekten olumsuz yönlerini, ilk olarak hastanın hassasiyeti, sonra olayların sıralanışı, üçüncü olarak hastanın bu olaylar sırasındaki anlayış yetersizliği ve son olarak da hastalık yüzünden ebeveynlerinin görüntülerine eklenenlerden ayırt etmesine yardımcı olmalıdır.

Bu yeni gelişen, ebeveynlere karşı duyulan hırs sırasında hasta, ebeveynlerinin söylediği ve yaptığı her şeyi çarpıtmak için bir kampanya başlatır. Bu arada, bu eğilim sadece şizofrenlerde

değil, aynı zamanda şizofreni teşhisini doğrulayacak rahatsızlık derecelerine ulaşmamalarına rağmen şizofren eğilimler gösteren insanlarda da görülür. Ebeveynlere karşı düzenlediği kampanyaya sıkı sıkı bağlanan hastaların sanrıları olmak zorunda değildir. Bu eğilim, pek gerçekçi olmasa da, nevrotiklerde de görülür. Kimi zaman bu ebeveynlere karşı olma kampanyası, ebeveynlere benzer rolü olan diğer kişilere veya eşin ebeveynlerine kadar büyüyebilir.

Terapist, *Interpretation of Schizophrenia* adlı kitabımda anlattığım ancak burada bizi fazla ilgilendirmeyen pek çok şekilde hastaya abartılarını ve çarpıtmalarını düzeltmekte yardımcı olmalıdır. Şüphesiz ki azaltılıp yok edilmesi gerekenleri çarpıtma gereksinimi, hedefler belirlemek, birilerini bir şeylerden sorumlu tutmak, kendi yaşamının veya genel olarak yaşamın bazı kısıtlamalarının veya istenmeyen niteliklerinin önce zalimlerin sonra da aile üyelerinin sorumluluğu olduğunu düşünmektir.

Aktarım ve Karşı Aktarım

Psikoterapinin, bu kitabın konusu dahilinde olmayan ancak bahsetmeyi yararlı bulduğum pek çok farklı yönü vardır. Bunlardan ilki, aktarım yani hastanın terapist için duyduklarının analizidir. Bu analiz hastanın çocukken ebeveynleriyle kurduğu ilişkileri anlamaya yaradığı gibi şu an kurabildiği ilişkileri de açıklar. Karşı aktarım veya terapistin hasta için duydukları da önemlidir ve hastanın yakınlık kurmak için diğer insanlardan neler beklediğini açıklamaya yardımcı olabilir. Freud tarafından geliştirilen orijinal psikanalitik tedavide, analistin hasta için bazı duygular beslemesi veya karşı aktarım gibi olgular düşünülmemişti. Analist tarafsız bir nesne olmalıydı. Bu durum Freud tarafından tanımlanan tipik nevrozlu hastalar için yararlı olabilir ancak şizofrenik hastalar için değildir.

Paul Federn'in hemşiresi Gertrude Schwing'in şizofrenik hastaların tedavisi konusunda yazdığı kitabında ilk kez belirttiği gibi, terapistin anne gibi bir tavrı olmalıdır. Sadece çarpıtmaları ve yanlış duyguları saptayıp, yorumlamakla kalmamalı, psikolo-

jik açıdan hastayı beslemelidir. Nasıl iyi bir annenin çocuğunu tarafsız bir nesne gibi düşünerek beslediğini gözümüzde canlandıramıyorsak, etkili bir psikoterapistin de şizofrenik hastasına karşı tarafsız kalarak, onun için hiçbir şey hissetmeden davranmasını bekleyemeyiz. Terapist işinin gereksinmeleri ve coşkusuyla motive olmadıkça, karşısına çıkan sayısız engelleri aşması olanaksızdır.

Şizofreninin psikoterapisinde öncülük edenlerden biri olan John Rosen şizofreniklerin tedavisinde, karşı aktarımın iyi bir ebeveynin rahatsızlıkları olan çocuğuna karşı hissettiklerine benzemesi gerektiğini söyleyerek bu noktayı çok iyi ortaya koymuştur. Rosen, terapistin aynen iyi bir ebeveynin kendi çocuğunun mutsuzluğuyla ilgilendiği gibi, mutsuz bir hastayla ilgilenmesi gerektiğini ve hastanın mutsuzluğu düzelip, huzura kavuşana kadar terapistin içinin rahat etmemesi gerektiğini söylemiştir.

Aktarım ve karşı aktarım duyguları şüphesiz ki tedavi ilerledikçe değişecektir. Terapist dayanak olarak görülmekten yavaş yavaş kurtulacaktır. Psikolojik konularda inanılırlığını (otoriterlikle karıştırılmamalıdır) korumasına rağmen, terapist her gün daha çok hastanın dengi haline gelir. Belirli bir derece yakınlık ve samimiyet sağlanır, ancak bu başka şeylerle karıştırılmamalı, fazla davetkar, tecavüzkar veya cinselliği çağrıştırıcı, olarak nitelendirilmemelidir.

Başarılı bir terapi önce hastanın bulgularının kaybedilmesi, ikinci de kendi kendisi tarafından kabul edilmesi demektir. Bir şizofreniğin kendi kendisini kabul etmesi büyümenin en iyi göstergesidir. Bunun için, hastalığın tekrar depreşmeyeceğine emin olacak kadar hastanın kendini olduğu gibi kabul etmesi gereklidir. Başarılı bir terapi sırasında bu gelişen kendi aslını kabul etme hissini izleyebiliriz (Ancak bu başkalarını suçlamaya dayanan kendini hatalı kabul etmeyle karıştırılmamalıdır). Görmüştük ki hastalığın başında, hasta daha fazla kendini suçlamak, inkâr etmek istemiyor, İsa, Einstein veya Kraliçe Elizabeth olduğunu düşünerek, sanrılar ve anormal düşünme yolları yardımıyla başkalarını suçlayarak bir sahte kendini kabullenme duygusu kazanıyordu.

Aslını kabul etme, kişinin kendini hastalık öncesinden farklı görmesi ancak sanrılara kapılmadan bunu kabul etmesidir. Bu daha fazla kendine saygı, yaşam ve gelecek için umut, kendinin ve insanoğlunun sınırlarını kabul eden değişik bir dünya görüşüyle bütünlenen dengeli bir görüntüye sahip olmak demektir. Bu bağlamda, hasta ve terapist önceleri arayan, sonra keşfeden, daha sonra eski ve katı kuralları yıkan ve son olarak da yeniden yapılanan ve daha önce bilinmeyen yönlere doğru yol alan bir ekip oluştururlar. Bütün bunlar kitabın dahilinde olmayan birçok ayrıntının sayısız uygulamasını gerektirir.

Ancak psikoterapistin felsefesinin veya ulaşmak istediği son noktanın herhangi başka bir uzmandan veya terapistten farklı olacağı açıktır. Bir uzmanın amacı, tıpta 'restitutio quo ante' denilen, hastanın hasta olmadan önceki durumuna dönüştürülmesidir. Bu prensip genel tıpta da geçerlidir. Doktor hastayı zatürre veya kabakulak geçirmeden, ayağını kırmadan önceki haline döndürmeye çalışır. Bir şizofreniğin psikoterapisti hastalık öncesi duruma dönmekten daha fazla şey ister çünkü zaten şizofrenik olan kişilerin hastalık öncesi durumları da anormaldir ve hastayı hassaslaştıran pek çok şizofreni öncesi veya şizofrenik olmayan özelliklerle doludur. Şüphesiz ki, kimi zaman daha aza razı olmamız gerekebilir çünkü pek çok hasta psikoterapiye kısmen cevap vermektedir. 9. Bölüm'de tedavi edilen şizofreninin sonuçlarını ayrıntılarıyla inceleyeceğiz.

Psikoterapi tartışmasını bitirmeden önce, bazı terapistlerin grup psikoterapisini önerdiklerini belirtmek önemlidir. Kendi deneyimlerime dayanarak, grup psikoterapisinin pek çok şizofreni vakasında geçerli ve iyi bir yöntem olduğuna inanıyorum ancak bireysel psikoterapinin yerine geçmesi mümkün değildir.

İlaç Terapisi

Günümüzde şizofreninin beyindeki biyokimyasal düzensizlik olduğuna inanan pek çok terapist vardır. Diğer psikiyatristler, biyokimyasal değişimlerin şizofreninin nedeni değil, sonucu olduğuna inanır, aynen metabolizmadaki karbonhidrat bozukluğunun şeker hastalığının nedeni değil, sonucu olması gibi.

İster neden ister sonuç olsun, şizofreniklerin beyninde biyokimyasal değişikliklerin olduğuna dair küçük bir şüphe vardır. Pek çok psikiyatrist özel ilaçlar kullanarak bu biyokimyasal değişiklikleri düzeltmeye veya bunların etkilerinden bazılarını nötralize etmeye çalışırlar. Benim gibi psikolojik faktörlere daha fazla önem veren bir psikiyatrist bile pek çok hastanın tedavisinde ilaç kullanır. İlaç terapisinin psikoterapiyle beraber uygulandığında, pek çok avantajı vardır. Hastayla hastalığının belirtileri arasında bir mesafe duygusu vardır. Hasta kendisine rahatsızlık veren şeylerle daha az meşguldür, terapistle daha kolay ilişki kurar, onu daha kolay dinleyebilir ve söylediklerinin anlamını aklında tutabilir. Aşın hareketlilik, enkoherans ve acındırmayla tanımlanabilecek akut vakalarda hasta terapistle ilişki kuramaz, onun varlığını bile fark etmez. İlaçlarla sakinleştirilmedikçe, diyalog kurulması mümkün değildir.

Bazı vakalarda, bulguların yoğunluğunun azalması hastaneye yatırmayı gereksiz kılar. Hasta işine devam eder, terapistinin ofisinde psikoterapi almayı sürdürür. Psikoterapiyle beraber uygulandığında, hastanın kişisel yaklaşıma karşı duyarlılığını kaybetmemesi için yüksek dozda ilaç verilmemelidir. Psikoterapinin yapılamadığı veya asgari uygulanabildiği vakalarda, ilaç terapisi yine de yararlıdır ve vakaların büyük bir yüzdesinde varsanılar, yanılsamalar, referans fikirler gibi açık bulguların ortadan kaybolmasına yardımcı olur. Hasta dünyayla daha iyi ilişkiler içine girer kendisine daha iyi bakar ve kişisel ihtiyaçlarını daha iyi karşılar. Bazen kalıntılar olabilir ve stres anında belirtiler tekrar görülebilir. İlaç terapisinin eleştirilerinde, bu tip tedavinin sadece bulguları ortadan kaldırdığı, hastanın aynı kişilik ve karakter yapısıyla başbaşa olduğu söylenmiştir. İlaçlar onun kendi görüntüsünü, yaşamını, dünyayı, geleceğini değiştirmesine yaramamaktadır. Genetik yatkınlık da değişmez ve onlara göre hasta gelecek hücumlara açık kalarak hastalık için sahip olduğu potansiyeli korur. Bu ancak şöyle doğru olabilir: Belirtilerini ortaya koyan bir hasta iyi koşullar altında yaşamla daha yapıcı bir şekilde tekrar

karşılaşmaya ikna edilebilir. Bundan başka, hastayı yeteneksizleştiren veya genel tavrını garipleştiren katatonik özellikler, varsanılar, yanılsamalar veya düşünce bozuklukları gibi bulguların ortadan kaldırılması küçümsenmemelidir. Hastanın ve ailenin, doyurucu bir ortamda, ilaçların psikoterapi bile olmaksızın hastalığın yinelenmesini önlediğini bilmeleri önemlidir. (Bölüm 8) Ancak yinelenmenin önlenmesi, hastanın istenen olgunluk seviyesine geldiğini veya hastalığa karşı sürekli bağışıklık kazandığını göstermez.

On altıncı yüzyılın başında, Portekiz Vasilinin doktoru Garcia de Orta, kitabı Coloquios'de Uzakdoğu'da geçirdiği otuz yıl boyunca öğrendiği bir ilacın etkilerini anlatmıştır. *Rauwolfia Serpentina* köklerinden çıkardığı esansın etkileri üzerindeki gözlemleri, 1567 yılında Fransız doktoru Charles de l'Escluse ya da Latin ismiyle Carolus Clusius'un Latince kitabında incelenmese çoktan unutulurdu. *Rauwolfia*, (Rovolfiya) tıbbi bitkileri incelemek için dünyayı dolaşan Alman doktoru Leonard Rauwolf'dan sonra isimlendirilmiştir.

1952'de, İsviçreli bir biyokimyager Rovolfiya köklerinden rezerpin olarak adlandırılan bir madde ayrıştırdı. Bu maddenin şizofrenik hastalar üzerinde yararlı olduğu kısa zamanda anlaşıldı. Aynı sene, Fransa'da Charpentier, daha rezerpinden çok etkili olduğu anlaşılan, klorpromazini buldu.

Klorpromazin bir fenotiyazindir. Fenotiyazin çekirdeği, metilen mavisi gibi anilin boyaların gelişmesiyle 1876'da incelenmiştir. Tam zamanlı bir psikiyatrist olmadan önce, ben nöropatolojik çalışmalarda büyük çaplı ve mikroskobik araştırmalar yaptım. O zamanlar beynin histolojik bölümlerindeki sinir hücrelerini renklendirmek için kullanılan ana yöntem metilen boyalarını ve özellikle tiyonin ile toluidinikullanan Nissl yöntemiydi. Ölü beyin hücrelerini boyamak için kullanılan maddenin kimyasal bir benzerinin akıl hastalarının yararına kullanılacağı hiç aklıma gelmemişti. İlaç-doku ilişkisi teorisini geliştiren Nobel ödüllü Paul Ehrlich 1890'ların başında metilen mavisinin akıl hastalıklarının tedavisinde kullanılabileceğini açıkladı.

Okuyucunun şizofreninin tedavisi için kullanılan pek çok ilacın çeşitli kompozisyonlarını bilmesi gerekli değildir. Ama biyokimyayla biraz ilgilenenler için belirtmek isterim ki bir fenotiyazin bir kükürt (S) ve bir azot (N) atomundan oluşan merkez halkanın iki benzer halkasıyla bağlanmasından oluşan trisiklik bir çekirdektir. Azot atomuna bağlı ya tersiyel bir amin ya da bunun yapısal eşleniği olan bir karbon yan halkasıdır (R1).

Okuyucunun şizofreni tedavisinde kullanılan pek çok ilacın kimyasal yapısını bilmesi de gerekli değildir. Ama ben burada en çok kullanılan ürünlere ve bunların pazarlandığı farmakoloji firmalarının isimleriyle (parantez içinde belirtilen) ilgilenenler için bunları belirtmek istiyorum: Tiyoridazin (Mellaril), flufenazin (Prolixin), perfenazin (Trilafon), trifluoperazin (Stelazine), klorprotiksen (Taractan), tiyatiksen (Navane), loksapin (Loxiton), haloperidol (Haldol), molindon (Moban).

Bu ilaçların etkileri çok çeşitlidir. Günlük verilecek miktar veya doz, her hasta için doktor tarafından kararlaştırılmalıdır. Bu doz ağızdan alındığından, etkiler otuz ile altmış dakika arasında görülür. Bu ilaçların en büyük avantajı bağımlılık yaratmamalarıdır. Bu yüzden barbitüratlarla, kloral hidratla veya amfetaminlerle kıyaslanamazlar. Almaları gereken dozun miktarını ve zamanını unutacak kadar dikkatsiz veya unutkan hastalar için kuvvetli bir doz flufenazin (Prolinin) enjeksiyonu yapılabilir. Bakım terapisi olarak yürütüldüğünde, tek bir enjeksiyon dört haftaya kadar belirtileri kontrol edebilir.

Benim ve diğer pek çok psikiyatristin deneyimlerine dayanarak, tamamen etkisiz olan şizofreninin megavitamin veya ortomoleküler tedavilerinden farklı olarak, yukarıda söz ettiğim anti psikotik ürünler kesin etkiye sahiptirler. Vakaların pek çoğunda bulguları ortadan kaldırır veya azaltırlar. Bulguların yok olmasından sonra, ilaç terapisi kesilmemeli, azalan dozajlarla en az bir iki ay sürdürülmelidir. Periyodik dönemlerle, doktor dozları azaltmaya veya tüm ilaçları kesmeye kendisi karar vermelidir. En iyi yol, psikiyatrist nüksetme tehlikesinin önemli ölçüde azaldığına inanana kadar tedaviye devam etmektir.

Bu antipsikotik ilaçların hareket mekanizmaları bilinmemektedir. Elimizde birkaç ipucu vardır ancak bunlar toparlamak

ve yorum yapmak için yeterli değildir. Serebrel korteks ve medulladaki solunum merkezlerinde etki yapan barbitüratların tersine fenotiyazinler ve diğer antipsikotik ilaçlar beynin subkortikal yapılarında, retiküler formasyonda, orta beyin, hipotalamus, rhinensefalon ve basal ganglia'da etkili olurlar. Antipsikotik ilaçlar, bu subkortikal alanlarda hareket ederek merkezi sinir sisteminin uyanmasını azaltırlar. Serebrel korteks fonksiyonlarını fazla azaltmadan merkezi sinir sisteminin uyanmasını, canlanmasını azaltırlar ve böylece aklın daha yüksek bilişsel fonksiyonlarının zayıflamasına izin vermezler. Bu ilaçların aşırı hale gelen veya akut psikotik vakalarda baş edilemeyen uyarım girdilerini de azaltma yeteneği vardır. Sempatik sinir sistemlerinin fonksiyonlarını azaltır gibi görünürler.

Antipsikotik bileşimlerin en önemli özelliklerinden biri de göreceli olarak güvenli olmalarıdır. Büyük bir miktar alarak intihar etmek mümkün değildir. Ancak bunları zararsız olarak nitelememeliyiz. Hatırlamamız gereken bir diğer nokta da uzun süreli kullanımda yarattığı etkilerin tam olarak bilinmediğidir. Hastanın doktoru belirli dönemlerde kan sayımı yaptırmalıdır. Çünkü hastaların pek azında ilaçlar kanın bileşimini olumsuz etkilemektedir. Karaciğer ve organizmanın diğer bölümleri de zarar görmüş olabilir.

İki çeşit yan etki sıklıkla görülür ve hep akılda tutulmalıdır. Bunlardan biri ekstrapiramidal dediğimiz belirtileri içerir. Hastanın yürüyüşünde, yüzünde ve duruşunda kasılmalar görülebilir. Bacakların ve kolların istemsiz hareketleri, hastanın gözlerinin dönmesi ve tremor görülebilir. Bu yan etkiler benztropin (Cogentin), Prosiklidin (Kemadrin), ve Triheksifenidil (Artane) gibi ilaçlarla düzeltilebilir.

Diğer bir yan etki grubu geç diskinezi (tardive dyskinesia) olarak adlandırılır ve antipsikotiklerin uzun süreli kullanıldığı hastaların pek azında ortaya çıkar. Bu etkiler ağız, dil, yüz ve vücudun diğer bölümlerinin istemsiz hareketleridir. Bunların tedavisi ekstrapiramidal belirtilerden daha zordur.

Bütün bu yan etkiler bize ilaç terapisinin hiç ayrım yapmadan herkese uygulanmamasını, dikkatle ve en kısa zamanda terapiyi kesmek amacıyla uygulanması gerektiğini hatırlatır.

Yedinci Bölüm
HASTANE TERAPİSİ

Hastaneye Yatırma: İyi mi Kötü mü?

Değerlendirme ve uygulamasında görülen pek çok değişikliğe rağmen, şizofreninin tedavisinde hastane terapisinin rolü önemini korur. Modern psikiyatrik hastane terapisinin, burada sadece değineceğimiz, uzun bir geçmiş vardır.

Fransız psikiyatrisini izleyen Amerikan psikiyatri hastaneleri "manevi terapi" sağlamak amacıyla 19. yüzyılın başında kurulmuşlardır. Bu dönemde, akıl hastalığına neden olan psikolojik faktörlere manevi nedenler adı verilmiş ve manevi terapi hastane ortamında verilen insani bakım olarak tanımlanmıştı. Amaç hastayı rahat hissettirmek, ilgisini çekmek, başkalarıyla ilişkilerini ilerletmek ve çektiği zorlukları tartışmaktır. Hastane içi faaliyetler bu amaç doğrultusundadır. Manevi terapist hastaya hasta değilmişcesine, yüksek bir saygıyla davranır ve ondan da normal hareket etmesini bekler.[3]

Manevi tedavi bugün hastane terapisiyle kastedilene çok benzer. Maalesef, iç savaştan sonra manevi tedavi azalmıştır. Büyük devlet hastaneleri ülkenin çeşitli bölgelerinde akıl hastalarına karşı yapılan kötü yaklaşımı ortadan kaldırmak amacıyla tekrar örgütlenmişler, ancak zamanla fazla kalabalıklaşmış ve kendi-

3 Manevi terapinin ayrıntılı ve tam bir tanımı için, Bkz. J.S. Backhoven, *Moral Treatment in American Psychiatry* (New York; Springer, 1963).

leri hoşolmayan özellikler geliştirmişlerdir. 1940'ların başına kadar, devlet hastaneleri terapiden çok gözetim ve koruma sağlamışlardır. O dönemlerde toplum garipliğin ve sapıklığın her şeklinden çok korktuğu için, hastayı rehabilite etmektense onu toplumdan ayırmaya çalışılmıştır.

Hastanelerin olumsuz özellikleri büyük ölçüde psikiyatrinin terapi şeklinde ortaya koyacak pek fazla şeyi olmamasından ve devletin vergi mükelleflerinin parasını mümkün olduğunca az harcamaları için yöneticilere sürekli baskı yapmasından kaynaklanmaktadır.

Bugün durum tamamen değişmiştir. Özel veya kamu kuruluşu olan psikiyatri hastaneleri arzulanan tüm koşullara sahip olmamakla beraber daha iyi donanımlıdır. Çoğu hasta ve çok sayıda psikiyatrist seçim kesinlikle gerekli olmadıkça, hastane olanaklarından yararlanmaya karşı ilgisizdir. Bu tavır kısmen hastaneler hakkında geçmişte söylenenlere karşı duyulanların aynı zamanda dünyadaki en iyi hastanenin bile kişinin özgürlüğüne bazı sınırlamalar getirdiği gerçeğinin sonucudur.

Psikiyatristlerin çoğu bu tip sınırlamaların kesinlikle gerekmedikçe kullanılmaması gerektiğini düşünürler. Pek azı hastanın akıl sağlığını düzeltecek bile olsa hastane tedavisinin hiçbir zaman uygulanmaması gerektiğine inanır. Hastanın tam onayı gereklidir. Ama kimi şizofrenikler (şansımıza çoğunluk değil), akli durumlarından öylesine etkilenirler ki hastane tedavisine gereksinme duyup duymadıklarını bilemezler. Ancak pek çok psikiyatrist klinik tecrübelerine dayanarak, hastanın, iyileşme veya gelişme göstermeye başladığı zaman, tedavi gördüğü ve zarar verici etkilerden korunduğu hastane ortamında bulunmaktan memnunluk duyduğunu görmüşlerdir. Bunun tersine, onun isteklerine saygı göstermek için bile olsa, hastanın yaşamını korumak amacıyla yeterli önlemler alınmazsa, akli dengesini bulması için gerekli işlemler yapılmazsa, hasta bizlere kızacak, darılacaktır. Mümkün olduğu zaman, hastayı kendi isteğiyle bir hastaneye yatırmaya çabalamak mutlaka ki daha iyidir.

Daha önce de belirttiğim gibi, bugünlerde psikiyatristler es-

kisine göre daha az hastaneye yatırma yöntemine başvuruyorlar. Yirmi beş yıl öncesine kadar bir insan minimum şizofreni belirtileri bile gösterdiğinde hastaneye koşturulurken, bugün şizofreninin bulguları hastaneye yatırmak için yeterli sayılmıyor. Hastaneden önce, alternatif olanaklar gözden geçiriliyor. Bir terapistin ofisinde veya bir klinikte psikiyatrik tedavi yeterli midir? Aile içinde veya toplulukta başvurulacak başka bir kaynak var mıdır?

Hastaneye yatırmak hastanın pek çok gereksinimini karşılar. Biz üç önemli gereksinimden söz edeceğiz. Hastanın korunması ve bakımı, gözlem, teşhis ve terapi. Geri kalanları bu bölümün sonunda inceleyeceğiz.

Bazı hastaların kendi düşünce ve hareketlerinden korunması gereklidir ve bunlar iyi niyetli bir incelemeye tabi tutulmalıdırlar. Kendilerine veya başkalarına zararlı olabilirler. Kendilerini kontrol edemezlerse veya sanrıların ve işitsel varsanılarının etkisi altında kalırlarsa, yıkıcı olabilecek bazı davranışların yapılabilirliği üzerinde karar veremeyebilirler. İlaç terapisinin ve zaman içinde psikoterapinin sayesinde bu hastaların sayısı azalmıştır.

Önemli sayıda hastanın hastaneye yatırılmaya gereksinimi vardır çünkü bunlar bir karmaşa ve gerileme (regresyon) içindedirler ve gereksinimlerini karşılayabilecek durumda değildirler. Yemeyi ve içmeyi otuz saatten fazla reddeden bir hasta, teşhis ister şizofreni ister anoreksiya ister ikisi birden olsun, mutlaka hastaneye yatırılmalıdır.

Hastaneye yatırmanın psikiyatristler tarafından pek de benimsenmeyen bir başka kriteri hastanın ilaç terapisini reddetmesi veya özellikle küçük bir kasabada yaşıyorsa, garip davranışlarının adını lekeleyeceğini düşünmesidir.

Bazen teşhis belirsizdir. Hasta şizofrenik gibi görünebilir ama aslında meskalin, haşhaş, marihuana, LSD, amfetamin, alkol veya başka bir maddenin etkisi altındadır. Bazen hastanın atipik veya teşhis edilmemiş bir beyin tümörü, hidrosefali veya başka bir nörolojik hastalığı olduğu düşünülebilir. Sadece hastanenin sağlayabileceği özel testler ve yakın gözlemlerin yapılması gereklidir. Hastaneye yatırmanın diğer nedenleri şunlardır:

1. Hastayı çatışmaların başladığı ve yerleştiği olağan ortamından veya yanlış anlamalar ve düşmanlık, inkâr etmeyle belirginleşen zayıf iletişim atmosferinden kurtarmak.
2. Hastanın yarattığı karmaşa ve gerilim durumuyla daha fazla baş edemeyen aileyi rahatlatmak. Ailede bakılması gereken bir çocuk veya hamile birinin varlığı. Kimi zaman da ailenin kısıtlı maddi olanakları yüzünden hastaya daha fazla bakamaması.
3. Geçirdiği son psikotik epizoddan sonra affedilen, bunu telafi edemeyen veya zor uyum gösteren ve daha az talep eden bir ortama gereksinimi olan hastaları bulundukları ortamdan uzaklaştırmak.
4. Hastayı daha ileride tanımlanacak terapötik bir topluluğa sokmak. Kişisel terapiden çok veya kişisel terapinin yanında hastaya grup terapisi, özel bir yaşam tarzı ve iş ortamı sağlamak.
5. Genelde sıkıntılı olan hastaya hastanenin güvenliğini sunmak. Bu tip vakaların çoğunda hastalık aktiftir. Hasta ayrı düştüğüne ve belirsizce veya açıkça kötülüklere hedef olduğuna inanmakta, hastaneye sığınmak ve korunmak istemektedir.
6. Önemli dozlarla, potansiyel olarak zehirli bir ilaçla tedaviye başlamak. İlaç terapisinin yürütülmesi kimi vakalarda evde yapılamayacak kadar karmaşıktır. Belli bir dönem için çok dikkatli gözlemler yapmak gerekir. Elektrik şoku tedavisi gerektiren nadir vakalarda, hastanın unutkan olduğu ve dikkatini toplayamadığı dönemlerde hastaneye yatması gerekebilir.
7. Yalnız hastaya yardım etmek. Ona yardım edecek kimse yoktur, geri çekilmiştir, şüpheci ve yardım istemeyecek kadar ilgisizdir.

Hastaneye yatırılmamanın nedenleri ise:

1. Semptomatoloji belirgin değildir. Varsanılar, sanrılar, referans fikirleri veya tuhaf davranışlar hastaneye yatırmak için yeterli değildir. Bu belirtiler ancak yukarıda tanımlanan durumları beraberinde getiriyorsa, hastaneye yatırma nedeni olabilirler.
2. Psikoterapi ve/veya ilaç tedavisinin hastaneye yatırmayı gerektirecek semptomatolojiyi azaltması.

3. Hastanın durumunun özgür ilişkiler kısıtlandığında daha kötüye gidecek olması.
4. İşi bırakmak bir yenilgi olarak düşünülebilir ve zorunlu olmadıkça yapılmamalıdır. Bir ofiste veya klinikte terapi gören hasta aynı zamanda işine de devam edebilir ve maddi gereksinimlerini karşılayabilir.
5. Hastanın ofis veya klinikte tedavi görmeye istekli veya uygun olması.
6. Olumsuz olmasına rağmen aile üyelerinin, hastanın terapistin ve çalışanların yardımıyla ortamının değiştirilebilmesi, daha az talepkar ve travmatik hale getirilebilmesi.

Kimi zaman uzman bir psikiyatrist bile hastaneye yatırmak için gerekli kriterleri kısa zamanda değerlendirip, hemen bir karara varmakta güçlük çekebilir. Kolay vakalarda, örneğin akut olarak veya cani eğilimli veya yıkıcı hastalarda göstergeler açıktır. Bazı vakalarda şüphelidir çünkü göstergeler kısa bir zaman içinde değişiklik gösterir. Kimi zaman diğer faktörler psikiyatristin çabuk karar vermesini engeller. Örneğin, paranoid kötülük görme fikirleri görüldüğünde, hastanın kendine veya başkalarına zarar verme ihtimali çok uzaktır ve terapist en küçük bir risk bile olduğunu düşünmeyebilir. Hatalar kaçınılmazdır çünkü problemin her yönü yaklaşık olarak değerlendirilmekte ve sübjektif içeriği olan kriterlere göre belirlenmektedir. Toplum ve özel durumlarda aile birtakım hataların kaçınılmazlığını büyük ölçüde kabul etmek zorundadır.

Hastaneye yatırmak pek çok vakada yardımcı olsa da, şizofreniyi iyileştirmez. Belirli terapötik yöntemlerle desteklenmesi gereklidir. Genellikle hastaneye yatırmanın kesinlikle gerekli görüldüğü durumlarda bile, terapist bir 'akıl kuruluşuna' karşı çıkan ailenin eleştirileriyle savaşmak zorundadır. Ailenin bu karşı çıkışı daha önce tartıştığımız, uzun yıllar öncesine dayanan bir kavramın kalıntısıdır. Aileye bugün verilmesi gereken kararların, geçmişe ait bilgilere dayandırılmaması gerektiği söylenmelidir.

Değişik Hastaneler ve Hastaneye Yatırma Çeşitleri

Psikiyatristin hastanın ailesiyle veya tercihen hastanın kendisiyle tartışması gereken üç olasılık vardır:

1) Genel hastanelerin psikiyatri servisleri 2) Özel hastaneler 3) Devlet veya eyalet hastaneleri.

Ailenin maddi durumu, iyi bir özel hastanede uzun süreli bir tedaviyi karşılamaya yeterli değilse, en iyi seçim genel hastanedir. Aslında bu tip kuruluşlara başvuran hasta sayısı ilk kez devlet hastanelerinden daha fazladır. Hasta, ismi akıl hastalıklarıyla ilgili olmayan genel bir hastaneye gitmeyi daha çok ister. Ayrıca, genel hastanelerin psikiyatri bölümleri, hastayı birkaç hafta en fazla üç ay hastanede tutmak için düzenlenmiştir. Tüm çabalar hastayı ailesine, işine ve ait olduğu topluluğa en kısa zamanda döndürmek üzerinde yoğunlaşır. Kısa dönem hastane terapisinin ana amacı hastaya bir yaşam krizi sırasında yardımcı olmaktır. Güvensizliğin, endişe ve karmaşanın azaltılması ilk hedeflerdir. Verilen psikoterapi probleme yöneliktir, geçmişi karıştırmaz ve hastanın kişiliğinde büyük değişiklikler yapmaya çalışmaz. En iyi genel hastaneler tıp okullarına bağlı olanlardır ama birkaç istisna vardır. Genellikle, bu tip hastanelerde, hastanın ailesi, hastayla ilgilenen doktorların, rahatsız insan ruhunu anlamak için fazla genç olduğundan yakınır. Bu şikayetlerde biraz gerçek payı vardır. Ancak, amaç hastanın tekrar dünyayla karşılaşmasını sağlamak olduğunda ve onun ruhunun çok derin incelenmesi gerekmediğinde, genel hastaneler bu iş için uygundurlar.

Hasta için yapılması gereken kalan diğer şeyler hastane dışında da yapılabilir. Hasta genel bir hastanedeyken bile, stajyerlerden sorumlu psikiyatristler hastalığının teşhisinde ve uygulanacak ilaç terapisinde söz sahibidirler. Psikoterapi asgariye indirilmiştir. Hemşireler ve bakıcılar hastanın krizi atlatması için gerekli koruma ve güven ortamını yaratmakta genellikle başarılıdırlar.

Özel bir psikiyatri hastanesinde tedavi gün başına düşünüldüğünde daha ucuzdur ama kalma süresi uzadıkça genel hastaneden pahalı hale gelir. Burada amaç hastanın tekrar dünyayla karşılaşmasını sağlamaktan ibaret değildir. Onun psikolojik güçlük-

lerini anlamaya ve psikolojik sistemini tekrar birleştirmeye çalışmaya başlanır. Genel hastanelerle aynı politikaya sahip, hastanın mümkün olan en kısa sürede tedavisini öngören bazı özel psikiyatri hastaneleri olmasına rağmen, biz hastaneye yatırma süresinin kısalığının esas konu olmadığı hastanelerden bahsedeceğiz. Pek az sayıda hastane tamamen kâr amacıyla kurulmuştur ve bunlar istenmemektedir. Ancak pek çok hastane yeterliden mükemmele kadar değişen başarılar sergiler. Tercih edilmesi gereken hastaneler erişkin veya yetişkin şizofrenlerin tedavisinde yoğunlaşmış, çocukları, yaşlıları, uyuşturucu ve alkol bağımlılarını kabul etmeyenlerdir.

Genel hastanenin amacı akut dekompensasyon belirtilerini (yemek yemeyi veya kendine bakmayı reddetmek, garip mimikler yapmak, kendine hakim olamamak, bağırmak gibi) ortadan kaldırmakken, özel hastanelerin personeli bu tip gerileme işaretlerini tolere edebilmektedirler.

Hasta, belirtilerini ortaya koyabileceği ve kendine güven duygusuna kavuşacağı dengeli bir ortama gereksinim duyuyorsa, uzun dönem hastane terapisi gereklidir. Kararlaştırılan kısa dönem hastane terapisi beklenen etkileri yapmazsa, ilerleme yavaşsa veya hiç yoksa veya daha önceki kısa dönem hastane terapileri başarısızlıkla sonuçlanmışsa, uzun dönemli hastaneye yatırma yararlı olabilir. Hastane personelinin amacı hastanın yaşam, dünya ve kendisi hakkındaki tecrübelerini tamamen değiştirmektir. Personel bu amaca ulaşmak için hastaya gerekli zamanı vermeye isteklidir. Bazı özel hastanelerde, akut gerileme özelliklerine karşı konulmakla beraber, uzun vadede amaç hâlâ demin bahsettiğimiz konudur. İlaç terapisi kullanılmasına rağmen, bir çeşit psikoterapi de yapılır.

Ailenin özel bir hastanede uzun vadeli tedaviye ayıracak parası yoksa, hasta devlet hastanelerine gidebilir. Bunların bazısı şizofreni hastalarının tedavisinde gerçekten çok ilerlemişlerdir. İlaç terapisi sayesinde pek çok hasta taburcu edilebildiğinden, devlet hastaneleri artık eskisi gibi kalabalık değildir. Aynı zamanda organik durumlara sahip pek çok hasta (şenil, arteriosiklerotik ve nörolojik vakalar) bu hastanelere yatmamaktadır.

1955'ten önce, hastanede ortalama kalış süresi altı aydı. Şimdi bu süre kırk güne kadar indirilebilmiştir (Kronik hastalıkları yüzünden yıllarca veya belirsiz bir zaman hastanede kalanlar hariç). Hastanelerin nüfusu azalmasına rağmen, hastaneye yatanların sayısı 1955'dekinin iki mislidir. Çığlık atan, kavgacı, çıplak, kendine hakim olamayan hastalarla dolu koğuşlar artık ortadan kalkmıştır. Tüm bu değişiklikleri ilaç tedavileri sağlamıştır.

Pek çok ilerlemeye rağmen, devlet hastanelerinde yapılması gereken daha çok şey vardır. Kısıtlı maddi olanaklar yüzünden doktorların sayısının az olmasından (psikiyatriyi tercih edenlerin de devlet kuruluşlarında çalışmamaları nedeniyle), devlet hastanelerinde neredeyse personel açığı vardır. İlaç terapisi psikoterapiden daha çok tercih edilir ve pek çok iş bakıcılar tarafından yapılmak zorundadır. Hemşireler bile yeterli sayıda değildir.

Çok duyulan bir başka şikayet de, devlet hastanelerinde çalışan doktorların çoğunluğunun yabancı olması nedeniyle, dil problemi yüzünden hastalarla yeterli iletişimi kuramamalarıdır. Psikiyatri eğitimi tıbbın diğer dallarına göre konuşma dilinin daha iyi olmasını gerektirir. Bu söylentiler doğru olabilir ama düşünülmesi gereken başka faktörler de vardır. Şüphesiz ki konuşulan dilin çok iyi bilinmesi, konuşma diline ait ortak deyişlerin ve çocukken veya bebekken veya anaokulunda duyulan şiirlere yapılan ani referansların anlaşılabilmesi avantajlıdır. Öte yandan, bir yabancı, yabancı olduğu için, kendisini toplumda bir yabancı gibi hisseden şizofreniği daha iyi anlayabilmektedir. Latince *alienus* ve İngilizce *alien* yabancı anlamına gelirler. Aynı kelimeden türetilen Latince alienist kelimesinin bir zamanlar psikiyatrist anlamında kullanılması şans eseri olmasa gerek. İngiltere'de seneler önce örgütlenen terapötik topluluklarda, İskandinavya'dan gelen yabancı personelin hastalarla İngiltere'de doğanlardan daha iyi ilgilendikleri görülmüştü. İki değişik kültürün insan ruhu üzerindeki etkisini anlayabilme yetisi, yabancı psikiyatristlere bazı özel vakaları daha iyi anlayabilme şansı verir.

İngiltere'de bunların çoğu geçerlidir. Özel hastaneler psiki-

yatri hizmetlerinde, özel psikiyatri hastanelerinin azlığından dolayı pek az önemlidir. Pek çok genel hastanenin artık psikiyatri koğuşları vardır ama hâlâ sadece psikiyatrik açıdan hasta olanlarla ilgilenen akıl hastaneleri de bulunmaktadır. Bu hastanelerdeki koşullar birbirinden çok farklıdır ve Amerika'da karşılaşılan sorunların çoğuyla İngiliz akıl hastanelerinde de karşılaşılmaktadır. Bundan başka, hastaneler belirlenmiş bölgelere hizmet verirler ve hastaların yatacakları hastaneyi seçme şansları yoktur. Bazı lisans ve lisanüstü eğitim hastaneleri belirli bölgelerle kısıtlanmamıştır ve İngiltere'nin her yerinden gelen hastaları kabul etmektedir. Uzun dönemli hastane tedavisine ihtiyaç duyan hastalar eninde sonunda akıl hastanelerine yatmak zorundadırlar. Koğuş-hostel ortamı, günlük merkezler, günlük hastaneler veya hastaların kendi sorumluluklarını üzerlerine aldıkları yarı terapik-evler gibi pek çok proje denenmektedir. Ancak bu ilerlemeler pek fazla değildir. Pek çok hasta Ulusal Sağlık Hizmetleri'ne ait hastanelerde; tedavinin klasik şekillerde yürütüldüğü yerlerde yardım bulmak zorundadır.

Ortam Terapisi

Hastanenin amacı sadece barınacak yer ve koruma sağlamak ve teşhisi çabuklaştırmak değil, aynı zamanda tedavi de etmektir. Her biri hastane dışında da verilebilecek ancak gerektiğinde tümü hastaneden sağlanabilen değişik tedavi çeşitlerine ek olarak hastanenin kendisi, bir çevre veya özel bir ortam olduğu için, psikiyatrist Maxwell Jones'un adlandırdığı gibi terapötik bir topluluk da olabilir.

Psikoterapide bir hasta nasıl başkasıyla edindiği deneyimleri sayesinde kendini daha iyi anlayabiliyorsa terapötik toplulukda, içinde bulunan insanlarla beraber (hastalar, doktorlar, hemşireler, bakıcılar, yardımcılar) hastane ortamı, sağlıklı ilişkilerin oluşması için iyi bir atmosferdir. Tedavi aracı olarak terapötik topluluğun bu bölümün başında anlatılan, on dokuzuncu yüzyılda uygulanan manevi terapiyle pek çok ortak noktası vardır.

Maxwell Jones terapötik topluluğu şöyle tanımlar:

Hastayı göreceli olarak daha sıradan ve tanıdık bir sosyal ortamda gözlemlemek gereklidir çünkü böylece onun insanlarla ilişki kurma yöntemlerini, strese karşı reaksiyonunu görmek mümkün olabilir. Eğer aynı zamanda hasta, hareketlerinin diğer insanlar üzerindeki etkisinin farkına varabiliyor ve hastanın davranışlarının altında yatan bazı motivasyonları anlamasına yardımcı olunabiliyorsa, durumu potansiyel olarak terapötiktir. Biz bunun terapötik topluluğun ayırıcı bir özelliği olduğuna inanıyoruz. Terapötik olsun veya olmasın, hastanın diğer insanlarla ilişki kuracağı açıktır. Eğitimli personelin gruba hastalar ve çalışanların planlı işbirliğiyle girmesi, yaşamın tümü değilse bile pek çok yönü hakkında terapötik özellikte sosyal deneyimlerin kazanılması olasılığını arttıracaktır.

Terapötik toplulukda her hasta grubun önemli bir üyesi olarak görülür. Önemli olan onun grupla nasıl ilişki kurduğudur. Konu üzerinde makalesinde Alan Kraft etkileşim sayesinde toplulukda nasıl bir iletişim ağı kurulabildiğini ve bunun tüm iletişim yollarını açık ve örtülü, sözlü ve sözsüz, bilinçli ve bilinçsiz, her düzeyde, hasta-hasta, hasta-personel ve personel-personel arasında olabildiğini açıklamıştır. Tüm bu ilişkilerde iletişimdeki kavramsal ve duygusal çarpıtmalar dikkatle gözden geçirilmelidir.

İletişim ve ilişki kurmakta zorluk çeken bir hasta böyle bir ortamdan fazlasıyla yararlanacaktır. Hastanın yaşamının tüm yönleri incelenecek, açıkça tartışılacak ve yaşayarak öğrenme deneyimi kazanabilmesi için bir şans yaratılacaktır. Kraft bu tip bir ortam terapisinin tanımlamasını şu sözleriyle çok güzel yapmaktadır: "Terapötik topluluk yaşam için bir okuldan farklı değildir. 'Öğrenci bedeni' günlük hayatın sorumluluklarının getirdikleriyle baş edemeyenlerden oluşmuştur. 'Üniversite' kendini anlayabilme ve sosyal yetenekler geliştirme konusunu öğretebilecek gelişmiş personelden ibarettir. 'Alınan dersler' ise öğrenme olanaklarını arttıracak şekilde zenginleştirilmiş, pek çok yönden günlük yaşam koşullarına benzeyen ancak daha korunaklı durumlardır."

Terapötik toplulukta, hastalar arasında sorumlulukların paylaşılması diğer hastanelerden daha çoktur. Hastalar kararların verilmesine katılırlar ve düzenli bir hasta hükümeti kurulur. Hastanın rolü iyileştikçe daha da artar ve hastane ortamında sorunlarına pasif olarak çözüm bulma fantezisi yavaş yavaş değişir.

Son zamanlarda ortam terapisinin yeni bir şekli olan 'Tavır Terapisi' J.C. Folsom tarafından geliştirilmiştir. Tedavi beş ana tavra dayanmaktadır.:

(1) Hastanın yalnızlığını ve dışlanmışlığını kıracak aktif arkadaşlık,
(2) Terapistin hastayla arkadaşlık edebileceği ama ilk çabanın hastadan gelmesini beklediği, arkadaşça yaklaşımlarda bulunmadığı pasif arkadaşlık,
(3) Terapistin hastayı nazik ama sert bir şekilde ödüllendirici etkinliklere yönlendirdiği nazik sertlik,
(4) Birbirleriyle normal günlük ilişkiler içinde olmak veya gerçek durumlar,
(5) hastanın dağılma paniği yaşadığı durumlarda kullanılan ve hastadan hiçbir şeyin istenmediği talepsiz tavır.

Hastane Hizmetleri

Günümüzde pek çok hastane terapötik topluluğun özelliklerini yitirmemeye çalışmasına rağmen, pek çokları da verebildikleri hizmetler üzerinde yoğunlaşmaya çalışır. Dexter Bullard Jr. bir psikiyatri hastanesinin vermesi gereken hizmetleri şöyle sıralamıştır:

Psikiyatrik tanı değerlendirmesi
Bireysel psikoterapi
Grup psikoterapisi
Aile terapisi
Sosyal vaka çalışması
Ortam terapisi
Yeniden oluşturma terapisi
Meslek terapisi
Psikolojik testler
Eğitimsel testler
Mesleki testler

Rehabilitasyon eğitimi
Danışmanlık
Özel eğitim hizmetleri
Psikiyatrik hemşire bakımı
Davranış düzeltme terapisi
Faaliyet terapisi
Dans terapisi
Sanat terapisi
Müzik terapisi
İlaç tedavisi
Fiziksel terapiler
Tıbbi ve diş bakımı
Servis hizmetleri
Günlük hastane hizmetleri
Gecelik hastane hizmetleri

Poliklinik Hizmetleri

Kriz müdahalesi

Pek de kısa olmayan bu listenin yazarı bunun sadece bir bölüm olduğunu söylüyor. Bir hasta tüm bu hizmetlere gereksinim duymayabilir. Belirli bir kişi için nelerin uygun olduğuna personel karar verir. Maalesef, büyük hastanelerde, işlemler standartlaştırılmıştır ve er veya geç tek tip bir yaklaşım uygulanmaya başlanacaktır.

6. Bölüm'de psikoterapi ve ilaç terapisini incelemiştir. Bullard tarafından sıralanan bu değişik hizmetlerin özel şekillerini öğrenmemiz gerekli değil ancak bunlardan üç tanesi hakkında; davranış düzeltme terapisi (veya simge terapisi, sanat terapisi ve dans terapisi) birkaç şey söyleyeceğiz.

'Simge ekonomisi' yöntemi T. Ayllon ve N.H. Azrin tarafından geliştirilmiştir ve şartlanma tekniğini kullanır. İşe gitmek, traş olmak, banyo yapmak, diş fırçalamak gibi iyi davranışlar yaptığında, sembolik olarak bir şeyler alan en gerilemiş hasta bile daha iyi alışkanlıklar edinir. Bu tip hastaların daha kolay ida-

re edilebilmeleri sağlanır. Bence, tekniğe dayalı tüm yöntemler diğer tedavi şekillerine cevap vermeyen çok hasta kişiler için kullanılmalıdır. Kişiler arasında sıcaklık olmadıkça, ödül ve ceza sistemi sadece davranış düzeyinde ilerleme sağlar, kişinin ruhunda hiçbir kayda değer gelişme görülmez. Pek çok şizofren hastalanmadan önce yapmadıkları halde, aniden resim yaptıklarını belirten bazı yazarların gözlemlerini doğrulamak imkansızdır. Doğru olsun veya olmasın, şizofrenlerde göze çarpan resim yapma arzusu, onların dünyayla ilgili şeylere karşı gösterdikleri ilgisizliğin karşıtıdır. Bu olguyu açıklamak için birçok hipotez geliştirilmiştir ama bunlar, bu kitabın kapsamı dışındadır.[4]

Şizofrenlerin yaptıkları sanat eserleri, tanıyı çabuklaştırmamıza ve hastalığın doğasını anlamamıza yardımcı olabilir. Margaret Naumburg'un öncü çalışmasından beri pek çok profesyonel, şizofrenlerin resimlerini karmaşalarının grafik yorumu olarak nitelendirmeyi öğrenmişlerdir.[5] Bazı hastalar kendilerini kelimelerle ifade etmekte veya kelimeler gerektiren çözümleyici düşünceler yoluyla ruhlarının belirli seviyelerine ulaşmakta güçlük çekerler. Kendilerine ve başkalarına sorunlarını resimleri ve çizimleriyle daha iyi anlatırlar. Sanat terapisti hastanın yinelenen şekilleri bırakmasına ve daha özgür bir ifade edinmesine yardımcı olur. Sanat terapisi en az iki güçlü nedenden dolayı pek çok hastanede popüler hale gelmiştir. Hastanın karmaşasından haberdar olmasını ve bunun hakkında konuşmasını arttırır, hastanın yaratıcılığını geliştirir, ona bir hedefe ulaşma ve tamamlama duygusu verir.

Dans terapisi akıl ve bedenin uyum içinde hareket etmesi esasına dayanır. Herhangi bir duygusal hastalık bedenin özellikle duygular ifade eden hareketlerinde değişime ve rahatsızlığa neden olur. Beden hareketlerinde en büyük değişiklik, katatonik şizofrenlerde görülmesine rağmen, hastalığın tüm tiplerinde daha az belirgin olarak izlenir. Hareketlerde değişiklik konuşma bozuklukları da yapabilir.

---

4 Bkz. S. Arieti, *Interpretation of Schzophrenia*, 2nd ed. (New York; Basic Books, 1974), s. 351-374.

5 Bkz. Margaret Naumburg, *Schizophrenic Art: It's Meaning in Psychotherapy*, (New York; Grune & Strotton, 1950).

Dans terapisi kişinin, kendi bedenini daha iyi tanımasını, bedenine karşı daha iyi davranmasını ve diğer insanlarla bazı hareketleri paylaşmanın verdiği zevki tatmasını sağlar. Dans terapisti, yerçekimi, enerji akımı, soluk alma, hareketlerin dizilişi, tekrar edilişi ve uzaysal örnekler gibi olgularla ilgilenmelidir. Grup halinde yapılan ritmik hareketleri izleyen hastalar kendi kafalarındakiyle daha az meşgul olurlar, dış etkilere cevap verirler ve diğerleriyle uyum içinde hareket etmeyi öğrenirler.

Dans için de resim yapmak için söylenenleri tekrarlayabiliriz. Bazı hastalar grup halinde yapılan ritmik aktiviteler sayesinde, hiçbir zaman kelimelerle anlatamayacakları şeyleri dışa vurabilirler.

Sekizinci Bölüm
HASTAYLA GÜNBEGÜN YAŞAM

Ev Doğru Yer mi?

Şizofreni tanısı koyulan bir kişi şimdi ailesiyle yaşamaktadır. Hastaneden dönmüş olabilir veya hiç hastaneye yatmamıştır. Akut epizod bitmiştir veya hiç akut bir epizod olmamıştır. Hasta şu an iyidir, neredeyse iyidir veya iyileşmektedir. Ailede şizofrenik tanısı konulan birinin olması ne demektir?

Son zamanlarda iyice yaygınlaşan, hastayı mümkün olan en kısa zamanda hastaneden çıkarma eğilimi, ailenin bu noktada oynayacağı rolü yeniden belirlemiştir. Aile artık patoloji kaynağı değil, hastanın sağlığına kavuşması için bir araçtır. Hasta tamamen iyileşmiş gibi bile görünse, belli bir dönem çok hassas olduğu bilinmeli ve özel muamele görmelidir.

Ailenin hastanın iyileşme dönemindeki katılımı rehabilitasyonun açısından değerlendirilmelidir. Rehabilitasyon, yeni kurulan yarı-evler, günlük hastaneler, günlük merkezler, eski hastalar kulübü hatta aileler biçiminde örgütlenmeleri inceleyeceğimiz 9. Bölüm'ün konusudur. Hastanın ailesi, en çok kullanılan ve en geçerli rehabilitasyon ortamıdır. Aileyi çatışmanın ve anormalliğin kaynağı olarak inceleyen pek çok kişi şimdi bize bunun yerine ailenin gerekli yardımı nasıl verebileceği konusunda ipuçları verebilirler.

Aile hastayı rehabilite edebilir ama ona psikoterapi uygulayamaz. Bu iki tip yardım arasında çok büyük fark vardır. Rehabilitasyon hâlâ psikoterapiyle karıştırılmakta veya psikoterapinin bir şekli sanılmaktadır. Psikoterapinin hastanın duygu ve düşüncelerinin nedenlerini anlamasına yardımcı olduğunu gördük. Hastanın, ortaya çıkan belirtilerin bilinçsiz hale gelen kabullenemediği gereksinmelerinin tanımlaması olduğunu anlamasına yardım eder. Psikoterapi, aynı zamanda hastanın uyumsuz davranış şekillerini ortaya çıkarmasına ve yanlış düşünce yollarını düzeltmesine de yardımcı olur. Ailenin bu zorlu görevleri yerine getirmesini beklemek biraz fazla olur. Psikoterapist ve hasta, hastanın iç yaşamını beraberce inceleyebilirken, aile üyeleri onun dış dünyasıyla ilgilenmekte, ona bu dünyanın eskiden olduğu gibi berbat değil, hastanın da kendine uygun bir yer ya da iş bulabileceği hatta daha fazlasının bulunduğu bir yer olduğunu göstermeye çalışmaktadırlar.

Aile içindeki veya aile dışındaki kuruluşlarda rehabilitasyonun nasıl yürüdüğü konusunda hiçbir teori geliştirilmemiştir. Aile dışında yürütülen rehabilitasyonun, hastanın diğer insanlarla normal ilişkiler kurmasını sağladığı, kendine inanmayı öğrendiği ve yararlı aktivitelerde bulunduğu sürece etkili olduğunu düşünüyoruz.

İnsanlarla normal ilişkiler kurmak, komşuluk ilişkileri, meslektaşlarla ilişkiler ve dostluklar, sevgi ve şefkat arayışının başlamasını içerir. İnsanın kendine inanması şu an ve gelecek için umut ve beklentileri olması demektir. Yararlı aktiviteler ortak yaşam, iş, alışkanlıklar hatta oyundan oluşur.

Rehabilitasyon tüm bunları kapsamasına rağmen - hatta aile içi rehabilitasyonda daha fazla şeyler olmasına rağmen, rehabilitasyon kelimesi aile için uygun değildir. Kullanmaya ısrar edersek, bunun aileye katılmak anlamına gelen, yakın çevrede sadece eski yerini kazanmak değil daha da ilerlemeyi kapsayan özel bir çeşit rehabilitasyon olduğunu eklememiz gerekir. Kişinin ailenin içine girmesini veya yeniden girmesini, büyükanneler ve

babalarla ve diğer akrabalarla ilişkiler kurmasını içerir. Bu, çeşitli kuruluşlarca yürütülen rehabilitasyondan daha sıcak, etkili bir yöntemdir. Ama önce gerçekçi olarak hastanın eve dönüşüyle yüzleşmemiz gerekir. Yeni bir faktör eklenmiştir ve aile atmosferi aynı değildir. Her şeyin eskisi gibi olduğuna hastayı inandırmak, gerçeği maskelemektir; inkâr mekanizmasının kullanılmasını gerektirir ki bu da yakın bir zamanda zararlı olacaktır. Üstelik, birazdan kısaca değineceğimiz gibi, ailenin bazı değişikliklerden etkilenmemesi tavsiye edilmez. Şizofreninin iyileşmesi, kabakulak veya kızamıktan kurtulmaya benzemez. Değişik bir ortamın gelişmesi genellikle kötü bir olay değildir, hatta tatmin edici bir sonuç için elverişli bile olabilir. Hastayla günbegün yaşamak terapötik bir ödevdir ve en işbirlikçi aile için bile pek de kolay değildir.

İlk önce karar verilmesi gereken, hastanın ailesiyle beraber yaşamasının onun yararına olup olmadığıdır. Karar herkesin katılımıyla verilmesine rağmen, esas sorumluluk ilgilenen psikiyatristindir. Bu noktada, psikiyatrik çevrelerde pek çok farklı görüş vardır. Pek azı ailenin terapötik rolünü küçümser çünkü onlara göre hastalığa yol açan karışıklıklar aile ortamından kaynaklanmıştır. Bu çevrelerde, hastanın ailesi, kendisi ve hastalığı, anormallikleri yüzünden istenmeyen sonuçlara neden olan birimler olarak düşünülür. Hiç şüphe yok ki pek çok vakada durum tam olarak böyledir. Aile içi sorunlar ortadadır, bunların çözümü veya yumuşaması öylesine olanaksızdır ki hasta için en iyi karar ailesinden ayrı yaşamak olacaktır. Hatta psikiyatrist hastanın ailesine karşı beslediği güçlü olumsuz duygularının hastanın kendi çarpıtmalarına bağlı olduğunu bilse bile, hasta aile ortamını değişik bir şekilde görene kadar onlarla beraber yaşaması tavsiye edilmez. Tekrar belirtilmesi gereken bir konu, her ne kadar gerçekçi olmayan temellere dayanırlarsa dayansınlar, hastanın duygularının onun için fazlasıyla gerçek olduğu ve buna saygı gösterilmesidir. Aksi şekilde davranmak kötü sonuçlara neden olabilir.

Bazen de hasta ailesiyle beraber yaşamayı gerçekten istemesine rağmen psikiyatristi buna karşı çıkar çünkü bu ailenin hastaya yardım edemeyeceğini düşünmektedir. Herkes yardımcı olmayabilir. İyi niyetli olmalarına rağmen, pek çok akraba kendi sorunlarıyla, zorluklarıyla, hastalıklarıyla veya işleriyle öylesine meşguldür ki bu zorlu ödeve katılmaları olası değildir. Aile üyelerinin yardım etmesi mümkün olmadığında, 10. Bölüm'de tartışacağımız gibi, terapötik asistanlara veya psikiyatrik yardımcılara başvurulabilir. Bu kararlar çok dikkatli verilmelidir çünkü aile içi rehabilitasyon en iyi yol olmasına rağmen, çok tehlikeli ve riskli de olabilir. Aile hastaya barınacak bir yer (oda) vermekten çok acıların ve neşelerin, şefkat ve yakınlıkla paylaşıldığı bir yürek de verebilmelidir.

Aileyi Göreviyle Tanıştırmak

Pek çok sayıda hasta veya daha önceden hasta olanlar ya psikiyatristleri aile ortamının tatminkar olduğuna inandırdığından ya da başka seçenekleri olmadığından, aileleriyle beraber yaşarlar. Bütün psikiyatristler aileyi bu ödeve hazırlamalılar ama pek çok diğer psikiyatrist gibi ben de aileye genel bir yönlendirme vermenin önemli olduğuna inanmıyorum. Amaç aile üyelerini psikiyatri hemşirelerine döndürmek değil, onların kişisel ilgi ve yakınlıklarına anlayış da katabilmek için, içinde bulundukları sorunları daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktır. Ben her zaman ailenin bir üyesinin en iyi hemşireden bile daha avantajlı olduğunu düşünürüm ve hasta ailelerinin de bunu bilmesini isterim. Çünkü aile üyeleri için hasta her zaman bir insandır, klinik bir vaka değil. Akraba hastanın neden hoşlanıp neden hoşlanmadığını zaten bilmektedir.

Aile üyelerinin genel yönlendirilmesi konusunda söyleyeceklerime gelince, insanlar çocukluklarından itibaren diğer insanlarla kurdukları ilişkilerin çoğunda toplumun veya belirli bir çevrenin arzuladığı gibi davranırlar. Toplum başkalarına karşı kabul edilebilir şekilde davranmayanları eleştirir, reddeder ve hatta cezalandırır. Kabul edilebilir davranışlar genellikle yüzyıl-

lık gelenekleri yansıtır ve kişilerin duygusal yaşamında kökleri vardır. Bunlar sadece örneklerle, taklitle, öğretmeyle değil, cezalandırma ve ödüllendirme yöntemleri hatta güç gösterileriyle korunur. Sosyolojik tavırların belli eğitimsel değerleri vardır ancak bunları şizofrenlere veya iyileşmekte olan bir şizofreniğe benimsetmeye çalışmak yıkıcı sonuçlar doğurabilir. En azından iyileşmenin başlangıcında, aile bu baskıları mümkün olduğu kadar az yapmalıdır. Hasta değişik ve çizgi dışı olsa bile kabul edildiğini hissedebilmelidir. Ancak hastayı olduğu gibi kabul etmek daha sonra da değineceğimiz gibi tüm davranışlarını hiç ayırt etmeden kabullenmek anlamına gelmez. Hasta yavaş yavaş düzenli bir yaşama katılmalıdır.

Akrabaların çoğu, eve dönen ve alışılmamış hareketlerde bulunan hastayı hiçbir zaman cezalandırmadıklarında ısrar ederler. Büyük samimiyetle hastanın davranışı çok saldırgan bile olsa bunun hastalığından kaynaklandığını anladıklarını ve bu yüzden onu önemsemediklerini söylerler. Aslında kendilerini öbür türlü hareket etmeye zorlamazlarsa, kendilerinin fark edemeyeceği ama çevreden gelen en küçük bir tepkiye karşı bile hassasiyeti olan hastanın kolayca anlayabileceği üstü kapalı şekillerde onu cezalandırırlar. Ailenin bir üyesi hastayı, ondan kaçarak veya mümkün olduğu kadar az görerek, onunla konuşmayarak veya kısacık konuşarak, kısa ve sert cümleler kullanarak, onu dinlemeyi reddederek veya üstün, emredici, aşağılayıcı tavırlarla ona açıklamalar yaparak veya hastayla her konuşmasında acelesi olduğunu söyleyerek veya kızgın, sıkkın, onaylamayan, tereddüt içinde bir yüz ifadesi hatta kimi zaman çok şaşırmış havası takınarak cezalandırabilir. Ailenin üyesi sadece hastanın tavır ve davranışlarını izlemekle kalmamalı özellikle kendi hareketlerini de gözlemelidir.

Farz edelim ki, hastanın erkek kardeşi gerçekten nazik, yardımcı ve güven verici olmak istiyor. Hasta, hastaneden döndüğü zaman minnet duyacağı yerde, güvensiz, hor gören ve aksi davranıyor. Hastanın erkek kardeşinin sinirlenmesi ,belki kızması ve öfkelenmesi normaldir. Bu sefer hasta, kardeşinin bu şekilde his-

setiğini anlıyor ve bu da kendi güvensizliğinin ve aksiliğinin artmasına neden oluyor. Bu kısır döngü yinelenebilir. Şüphesiz yapılması gereken erkek kardeşin kendini normal olarak nitelenen şekilde davranmaya zorlaması, hastanın içindeki karmaşayı hâlâ dışardakilere yansıtarak, onları suçlama gereksinimi duyduğunu bilmesidir. Bu örnek bize genellikle aile fertlerinden duyduğumuz şikayeti açıklamaktadır: "Samimi ve inanılır olmak istiyorum. Jean eve döndüğünden beri, söylediğim her kelimeye dikkat ediyorum, artık içimden geldiği gibi davranmıyorum. Ama bu yaptığımın doğru olup olmadığını bilmiyorum. Belki böyle yapay davranarak, zarar veriyorum. Ben inanılır olmaya inanıyorum." İnsanın kendine veya psikiyatriste yönettiği bu tip şüpheler yerindedir ve üzerinde iyice düşünmeye değer. Akraba inanılırlıkla neyi kastettiğini daha da irdelemelidir. Jean'la konuşmadan önce söyleyeceklerini düşünmesi, inanırlığını kaybetmesi anlamına gelmez. Ama, bize çok yakın ve samimi birinin başına böylesine ciddi bir hastalık gelmemiş gibi davranmak, inanılır olmamak demektir. Hastanın savunmasızlığı ve hassasiyeti açısından, inanılır ve yararlı olmak isteniyorsa bazı şeylerden veya hastaya belirsiz hatta tehdit edici görünen kelime ve cümleleri kullanmaktan kaçınmalıyız. Bundan başka, hastanın savunmasız ve hassas olduğu konuları saptayarak, bilinçsizce duygusuz hatta katı yürekli davrandığımız zamanları bulabiliriz. Daha uygun, daha etkili, toplumun beklentilerine daha yakın veya daha çok sevdiğimiz için kendi yolumuzu uygulamak istediğimizi idrak edebiliriz.

Bir şizofrenikle veya iyileşmekte olan bir şizofrenikle yaşamak, bu insanı, onun tüm haklarını ve bazı özel isteklerini yerine getirme gereksinimini anlamak, göstereceğimiz çabanın en fazlasını gerektirir. Bunu bizimle yaşayan normal bir insanla bile yapmak zordur. Bir şizofrenikle bu daha da zordur çünkü bizim neredeyse otomatikleşen öğüt vererek, öğreterek, hastalığın göstergelerini düzelterek ve uygun olmayı anlatarak yardım etmeye çalışmamız durumu karıştırır.

Bilmemiz gereken bir başka nokta da, hasta bir yetişkine yardım etmenin hasta bir çocuğa yardım etmekten daha zor olduğudur. Bir çocuğa talimat veya öğüt vermekten veya ona karşı aktif bir rol üstlenmekten rahatsız olmayız. Halbuki bir yetişkine böyle davranmaktan kaçınırız çünkü o bizim ilgili tavrımızı yersiz ihtimam veya kendi çocukluk, mantıksızlık ve düşkünlüğünün açıkça ortaya konması olarak yorumlayacaktır. Aşırı aile bakımı hakaret olarak algılanabilir ve hastanın kendisi için hissettiği aşağılık duygusunu pekiştirebilir.

Şans eseri pek az ailede görülen başka bir alışkanlık ise hastanın söylediklerini daima çok saçma hatta komik bulmaktır.

Bu kitaptan öğrendiklerimize göre, hastanın uyarıları ve şikayetlerinin saygıyla dinlenmesi ve değerlendirilmesi gerektiği açıktır. Sadece psikiyatristin anlayacağı karmaşık mekanizmalara dayanmalarına rağmen korkular ve sanrılar, hasta için canlı, gerçek ve neredeyse çok kötü deneyimlerdir. Aile ferdi hastanın ne dediğini anlayamıyorsa, en azından onun bu dikkat çekme, diyaloğa girme isteğine yanıt vermelidir. Akraba yapabildiği ölçüde, aktivitelerini bastırarak değil, bilgisini arttırıp, zor durumları açığa kavuşturarak hastayı etkilemeye ve yönlendirmeye çalışmalıdır. Daha önce belirttiğimiz gibi, işbirlikçi bir aile üyesi yavaş yavaş hastanın hassasiyetini iyice anlar ve hastayı istenmeyen bir şekilde etkileyecek şeylere karşı uyanıklaşır. 'Anteni' rahatsız edici şeyi bulmaya hazır olmalı, uyanık ancak fazla kaygılı veya fazla hırslı davranmamalı, yardım gerektiğinde ulaşacak kadar yakın ama hasta yakınlığı kabul edemeyecek haldeyse onu korkutmayacak kadar uzak durmalıdır.

Harry Stack Sullivan'ın terminolojisini izleyecek olursak, diyebiliriz ki henüz sıcaklığı kabul edemeyen bir hasta kötü niyetli bir değişim geçirebilir ve sıcaklık teklifini gizli nedenler saklıyor olarak yorumlayabilir. İyileşmekte olan bir şizofrenle yaşamanın getirdiği zorlukları tolere edebilen bir aile iyi bir sonuç için önemli bir faktördür. Ailede tek bir kişi hastayla yakından ilgilense bile diğer aile bireyleri de ilişki kurmalı ve destek vermelidir. Bağlılık atmosferinde kabullenici ve dengeli bir ortam sağ-

lamak daha kolay olacaktır. Bu terapötik çevrede, hasta müsrif bir erkek evlat gibi hoş karşılanacak ve saygı görecektir. Geçmişte veya şimdi nasıl olduğuna bakılmadan kabul edilecektir. İlgi, sabır, sebat ve seçici bir müsamaha gözlenecektir. Hastanın değişmesi için beslenen umut ve ilerleyebilmesi için duyulan güven havası hissedilebilecektir.

Kabul ettiklerini gösteren tavır, bir derece izin veren müsamahakâr tutum içerse de 'bırak yapsın' tavrına kadar uzanmaz. İnkar, ceza, aşağılanmak gibi yollara başvurulmayan sıcak bir atmosferde, hasta genellikle kendisi için uygun olan davranışları bilir. Doğru hareket etmezse hastaneye geri göndermekle tehdit etmek hastanın moralini bozar. Eğer sorunlarla baş etmek çok zorsa, herkesin iyi niyetli tutumuna karşın kişiler arasında gerilim artıyorsa, şiddet veya intihar olasılığı varsa, tekrar hastaneye yatırmak ciddi olarak düşünülmelidir. Bu hastaya bir ceza gibi gösterilmemeli, evden daha programlı ve düzenli bir ortam gereksinimi olarak açıklanmalıdır. Eğer hastaya bireysel terapi yanında aile terapisi de uygulanmıyorsa, bu görevin aile için gerçekten çok zor olduğunu söylersek haksızlık etmemiş oluruz.

Aile Terapisi

Pek çok yazar, aile terapisinin hastalığın yinelenmesini azalttığını, hasta için gerekli terapinin süresini kısalttığını ve hastanın hastalığından bağımsız olarak ailenin genel yaşam koşullarını da düzelttiğini söyler. Şu ana kadar ben aile terapisinin rolünden söz etmedim. Bunun nedeni, maalesef çok az sayıda ailenin, bu tip bir terapiyi kabul etmesidir. Kimi zaman, bazı aile üyeleri ister ama ailenin tümü bunu kabul etmez. Vakaların pek çoğunda, maddi koşullar sadece iyileşmekte olan hastanın terapisine izin verir.[6]

4. Bölüm'de bahsettiğimiz gibi, aile içi sorunlar şizofreninin tek nedeni değildir, ama bizim bilgi düzeyimizde ana faktörlerinden biridir. Bu sorunların şimdi çözümlenmesi, hastanın çocuk-

6 Şansımıza Ulusal Sağlık Hizmetlerinin bulunduğu İngiltere'de böyle bir durum yoktur.

luğunda veya hastalığın öncesinde olduğu kadar gerekli değildir ama yine de hastanın bir süre yaşamak zorunda olduğu ortamı iyi bir şekilde değiştirmek etkili olabilir. Aile terapisi şu sorunlara yanıt olabilir: Ailenin inkârları, çarpıtmaları ve inanışları hâlâ hastanın iyileşmesine karşı mıdır? Aile, psikiyatrist Theodore Lidz'in tanımladığı gibi bir bölünmeden hâlâ etkilenmekte midir? Fertler arasında ne tip bir iletişim vardır? Bu bir sahte diyalog mu yoksa gerçek diyalog mudur? Sahte mi yoksa gerçek karşılıklılık mıdır? Samimiyet mi yoksa oyun mudur?

Aile terapisi mümkün olan her zaman tavsiye edilmesine rağmen, aile her durumda terapötik bir ortam yaratmaya çalışmalıdır. Ben bunun pek çok vakada yapılabileceğine inanıyorum.

Bazı terapistler sadece ailenin değil yakın veya uzak akrabaların da teyzeler, dayılar, kuzenler, büyük ebeveynler gibi hastanın aileye katılımına yardımcı olmalarını önerirler. Mümkün olduğu zamanlarda, bu çabalar cesaretlendirilmelidir. (Maalesef, ben bu işlemi çok az uygulayabildim, başarısızlığımın nedeni, deneyimlerimi artık klan tipi ailenin ortadan kalktığı metropolitan bölgelerde edindiğim gerçeğinden kaynaklanıyor olabilir). Ailenin artık pek az üyesi vardır hatta aileler çekirdeğe dönüşmüşlerdir. Uzak veya yakın akrabalarla bağlar kopmuştur. Akrabalar pek de tanımadıkları bir yakınlarına yardım etmek için fazla istekli değillerdir. Fakat doğrusunu söylemek gerekirse, kimi büyükanne ve büyükbabaların ergenlikteki torunları için gerçekten harika şeyler yaptığını eklemeliyim.

Özel Konular

İyileşmekte olan bir şizofrenle yaşamanın özel şekillerini tanımlamadan önce, her vakanın değişik olduğunu ve diğer bir ortamdan tamamen farklı benzersiz bir durum yarattığını tekrar belirtmeliyiz.

Biz şimdi hastayla günbegün yaşamda sıklıkla ortaya çıkabilen özel konulardan söz etmek istiyoruz. Önceki bölümlerde gerçekten önemli ve sık görülen bir gelişmeden bahsetmiştik. Hastanın artık sanrıları yoktur ama hâlâ diğer insanlarla kurduğu

ilişkilerin çoğunu çarpıtmakta, olduğundan daha kötü görmekte, özellikle şanssızlığın nedeni olarak kabul ettiği ebeveynlerine karşı suçlayıcı tavırlar takınmaktadırlar. Diğer aile fertleri daha az da olsa suçlanmaktadır. Gerçekten bunu kabul etmek çok güçtür. En iyi tavır hastayla tartışmaya girmemek veya ona haksız olduğundan bahsetmemektir. Ama pek çok anne baba için savunmaya geçmemek çok zordur. Onurları incinmiştir; çileden çıkmışlardır, sanki bir mahkemede gibi sertçe savunmalarını yapmak için sabırsızlık duymaktadırlar. Eğer bu duyguya kapılırlarsa, mahkeme sürekli devam edecek ve hiçbir ilerleme sağlanamayacaktır. Ailenin benimseyebileceği en iyi tutum hastaya 'belki de bizim yaptıklarımızı ve yapmaya çalıştıklarımızı daha iyi anlayacağı zaman gelecektir' diyebilmektir. Aynı zamanda aile hastaya herkesin gereksinimlerini ve haklarını mümkün olan en iyi şekilde kullanabileceğine dair güvence vermelidir. Böylece geleceğin geçmişten çok daha iyi olma şansı olabilir.

Hastanın zayıflıkları ve hassas noktaları dikkate alınmalı ama büyütülmemelidir. Hastayı olduğundan daha bağımlı hale getirmekten veya ona etkisizmiş, bebekmiş gibi davranmaktan kaçınmalıyız. İyileşen kimi hastaların hareketlerinin kısıtlandığını biliyoruz ama pek çoğununki çok az sınırlandırılıyor. Hastalığın etkilemediği veya dokunmadığı şeylerin hepsinden yararlanabilmeliyiz. Ana amaçlardan biri hastaya aile kurumu içinde bir rol bulmaktır. Ona bazı ufak tefek ev işleri verilmelidir. Bu genellikle kadın hastalar için daha kolaydır, ama erkek hastaların da ev sorumlulukları olmalıdır. Aileye katkıda bulunma duygusu hastaya yararlı olacak ve ailenin hastaya duyduğu acıma ve güvensizlik kalıntılarının yavaş yavaş kaybolması kolaylaşacaktır.

Fakir ailelerden gelen hastaların eve döndükten sonra varlıklı ailelerin hastalarından daha hızlı rehabilite oldukları gözlenmiştir. Varlıklı insanlar rutin işler için daha çok başkalarını görevlendirirler. Böyle bir ailede, hastaya ufak tefek ev işleri vermek zordur. Hastaya odasının sorumluluğu verilmeli ancak aktivitelerini sadece ona ait şeylerle sınırlaması istenmemelidir. Tüm ailenin yararına olacak bazı aktivitelerle uğraşmasına çalışılmalıdır.

Özellikle hastaneden eve döndükten sonra, hasta genellikle inisiyatifini kullanamaz. Akrabalar bu işi yapmalı ve büyük sabır göstermelidirler. İşleri normal insanlardan daha yavaş yapmak yarı yarıya iyileşmiş hastaların bir özelliğidir. Konsantrasyon eksikliği, aklı karıştıran düşünceler herhangi bir aktiviteyi kesebilir. Buna rağmen, sürekli olarak çalışmaya devam eder ve cesaretlendirilirse, ne kadar yavaş olursa olsun, hasta ödüllendirici bir tatmin duygusu tadacaktır. Kendisine güveni arttıkça, hareketlerinin temposu hızlanacaktır.

Sık sık sorulan bir başka soru da, evde hangi iş veya rol verilirse verilsin tatmin olmayan bir hastaya, akrabalardan birinin bir iş verip vermemesidir. Babanın ve George Amca'nın büyük bir şirketi vardır. Joe burada çalışmalı mıdır? Kimi zaman da kolaylıklar yaratılabilir. Her vakaya uygun bir cevap vermemiz mümkün değildir. Genel prensip, ciddi sorunları olan bir kişinin akrabalarıyla çalışmasının doğru olmadığıdır. Eğer hasta normal veya normale yakın bir düzeydeyse, başka insanlar için çalışması istenebilir. Öte yandan, çok yavaşsa veya sabah erken kalkmayı, karmaşık işleri yerine getirmeyi gerektiren bir plana uyması gerekiyorsa, tamamen pragmatik nedenlerle ve en azından geçici olarak, hastanın yavaşlığını ve olası uyumsuzluklarını daha rahat kabul edebilecek bir akrabayla çalışması öğütlenebilir. Tekrar yararlı aktivitelerle uğraşmak bakımından pek çok terapistin gözlediği gibi, hastaneden karısıyla veya kocasıyla yaşamak üzere evine dönen hastalar, ebeveynleriyle yaşamak üzere evine dönenlerden çok daha iyi ilerlerler. Genellikle eşler, hastayı fazla bağımlı biri gibi düşünmez, pasif hallerini kabullenmez ve onu daha aktif davranması için cesaretlendirirler. Oysa, ebeveynler ebeveyn rolüne daha yatkındırlar ve aşırı bağımlılığı arttırırlar.

Terapiste sık sık, "Hastayı aktif olması için zorlayalım mı?" diye sorulur. Yine tek bir cevap yoktur. Pasif olmaya yatkın hastalarda, ufak bir zorlama uygun olabilir ama nazik ve kadife eldivenlerle yapılan bu zorlama kesinlikle otoriter bir emir gibi olmamalıdır. Hasta ne kadar küçük veya yavaş bir sonuca ulaşmış olursa olsun, yaptığı şey övülmeli ve cesaretlendirilmelidir. Has-

ta henüz hazır olmadığı adımlar atmak istediğindeyse bunun tam aksi şekilde davranılmalıdır. Örneğin hemen eski işine dönmek, yeni bir iş aramak, sömestreyi tamamlamak için okula dönmek, kendi dairesinde yaşamak gibi. Burada bir çeşit geciktirici bir teknik kullanılabilir. Hastaya meydan okumalara karşı daha etkili olabileceği zamana kadar planlarını ertelemesi öğütlenebilir. Kesinlikle hiçbir şekilde umudu kırılmamalı sadece birbirini daha yavaş izleyen fazlar halinde planlarını tekrar yapmaya davet edilmelidir. Bu arada ailenin küçük işlerinden, siparişlerinden tutun daha karmaşık muhasebe işlerine kadar hastanın faydalı olabileceği tüm yeteneklerini ortaya koymasına çalışılmalıdır.

Bazı ailelerde, başka tür sorunlarla karşılaşırız. Ailenin hastayla ilgili beklentileri çok fazladır. Eşin, hastanın aktif bir rol üstlenmesi konusunda ebeveynlerden daha etkili olduğundan söz etmiştik. Çoğu zaman iyi sonuçlanmasına rağmen, akut bir epizod geçirmiş, iyileşmekte olan hasta için bu beklentilerin aşırıya kaçması çok kötü sonuçlar doğurabilir. Karısı, hastanın tekrar her şeyi sağladığı eski durumuna dönmesini bekleyebilir, kocası, hastanın hemen tüm anneye ait sorumlulukları üstlenmesini isteyebilir. Şağlığına tekrar kavuşmanın çok uzun zaman alacağı gerçeğini kabul etmek, gerilimi, sabırsızlığın ve umutların kırılmasını önleyebilir. Özellikle genç çiftlerden duyduğum ortak bir şikayet de iyileşmekte olan hastanın cinsel olarak yetersiz hale geldiğidir. Hastanın eşine, gelecekleşinin söz konusu olduğu hatırlatılırsa, o bu geçici durumu daha iyi tolere edebilecektir. Genellikle cinsel ilgisizlik pek çok nedenden kaynaklanır. En çok görüleni hastanın aldığı ilaçlar yüzünden olanıdır. Pek çok nöroleptik özellikle erkeklerde cinsel arzuyu azaltır hatta boşalmayı engeller. Bazı psikiyatristler hastaya cinsel arzularda azalma görülebileceğini ve bunun ilaçların azaltılmasıyla, kesilmesi veya değiştirilmesiyle ortadan kalkacak geçici bir durum olduğunu anlatır. Ancak pek çok psikiyatrist bu durumun sürekli olmadığını hastanın eşine de bildirmeyi ihmal eder.

Cinsel isteğin olmaması, hastanın uzun bir süre boyunca cinsel konularla hiç ilgilenmemesi ve dikkatini uzun zamandır başka

konularda yoğunlaştırması yüzündendir. Bu yüzden şiddetli bir istek duymaz hatta cinsel perhize alışmış gibidir. Diğer durumlarda, hasta eşiyle olan ilişkisini tekrar değerlendirmek ve kendisinin nerede bulunduğuna bakmak zorunda kalabilir. Hastanın eşinin güvensizlik, endişe veya çözümlenemeyen düşmanlık gibi konularda, eşini terapiste danışmaya ikna etmesi önerilebilir.

Kesin olan bir şey vardır ve açıklıkla ifade edilmelidir. İyileşmekte olan şizofrenlerin daha önce birkaç psikiyatristin düşündüğü gibi, bir anthedonya durumunda oldukları doğru değildir. Anthedonya insanın cinsel zevk de dahil olmak üzere zevklerini ifade edememesi anlamına gelir. Hasta aslında biraz iyileştikten veya ilerleme gösterdikten sonra, tam olarak zevk alabilir, hatta hastalığın başlangıcından önce hiç yaşamadığı kadar yoğun cinsel zevk duyabilir. Bir grup hasta, hastalığın ilk ortaya çıkışından itibaren artan bir cinsel iştaha sahip olurlar ve bunu hastalık boyunca sürdürürler.

Normal ve Aşırı İlgi

Terapistle yapılan konsültasyonlar, ailenin ve hastanın aşırı uyarımlar ve az uyarımlardan; yani çok veya az şey veren ve bekleyen ortamların aksi tehlikelerinden kaçınmalarına yardımcı olacaktır. Gerçekten de dengeyi sağlamak bazen çok zordur. Aşırı uyarım, hastayı kendi yeteneğini aşan bir çevreyle uğraşmak zorunda bırakır. Hasta kendisini çekmişse, uyuşuk ve unutkan görünüyorsa, iyi niyetli akrabaları onun çok değişik şekillerde ilgisini çekmeye çalışırlar. Örneğin onu filmlere, müzelere, tiyatrolara götürür, konuşur, geçmişte yaşanılan güzel anlardan bahsederler. Hasta özellikle terapi ve çeşitli aktivitelere rağmen kendisini çok sıkıntılı hissedebilir. Aşırı uyarımlar veya sürekli konuşmalarla dolu bir duruma uymaya çalışmak onun için çok zor olabilir.

Eğer, bu noktada hasta eviyle ilgili olarak "Burası benim yerim değil", veya "Kendimi itilmiş hissediyorum", gibi laflar söylüyorsa, bunlar tehlike işaretleridir. Akrabalar artık hastanın sırtından inme, daha az konuşma en azından onunla bağları biraz olsun gevşetme zamanının geldiğini anlamalıdırlar.

Bazı İngiliz yazarlar, ailenin evde hastanın varlığının neden olduğu zorlukların tahmini anlamına gelen sübjektif yük ile araştırmacıların kendi objektif tahmini olan objektif yük arasında bir ayrım yapmışlardır. Bu araştırmacılara göre objektif ve sübjektif tahminler arasında bir çelişki bulunmaktadır. Şöyle ki objektif tahmin her zaman sübjektifden daha büyüktür. Diğer bir deyişle, bu yazarlara göre yük, akrabaların kabul etmek istediklerinden daima daha fazladır. Tabii ki, araştırmacıların tahmininin nasıl objektif olabileceği tartışılabilir. Bir yabancının aile durumunu yorumlaması da, bu duruma olan uzaklığına yani hastaya karşı yoğun duyguları ve ilgisinin olmamasına bağlı olarak, sübjektif olabilir. Ne olursa olsun objektif yükün bu araştırmacılara sübjektifden daha fazla olduğunun gösterilmesi, hastanın ailesinin durumunu daha iyi açıklar. Ortak inanışın tersine, pek çok ailenin çok sevdikleri birinin rehabilitasyonu işine katılmak için ellerinden gelenin en iyisini yaptıklarını ve gerekli zorluklara karşı direnmeye istekli olduklarını gösterir.

Aşırı uyarımlara karşı az uyarımlar sorunuyla ilgili bir diğer sorun aşırı ilgidir. Özellikle konuyu derinlemesine inceleyen John Wing'den esinlenen İngiliz yazarlar, aile tarafından duyguların fazlasıyla ortaya konmasını da içeren aşırı ilginin nüksetmeye neden olduğunu bildirmişlerdir. O ve meslektaşları "Şizofrenik hastayla çok ilgili bir akraba arasında haftada on beş saat veya daha fazla yüz yüze ilişkinin bir başka krize neden olma riski yüksektir" demektedirler.

Eğer yakınlık çatışmaları yineliyor ve mahremiyeti önlüyorsa, ortada Wing ve meslektaşlarının tarif ettiği bir aşırı ilgi durumu var demektir. Bu tip aşırı ilgi bazı şizofrenlerin ailelerinde hastalıktan önce de görülen bir durumun devamı gibi görünmektedir. Bu ailelerde, aile fertleri diğerleriyle hem rekabet içindedirler, hem de aşırı bir tepki, katılım, diğerlerinin hareketlerine karşı hassasiyet, hatta bunları olumsuz yorumlama duyguları beslemektedirler. Aile üyeleri birbirlerine yardım etmek isterler ama endişe, güvensizlik, yanlış anlama, karıştırma gibi duygular yüzünden, en sonunda birbirlerini kırarlar. Kişilikleri ve birbir-

lerine karşı yoğun ilgileri şanssız sonuçlar doğuran Cheov'un bazı karakterlerini anımsatırlar.

Anormal derecede aşırı ilgi Wing ve diğerlerinin anlatmaya çalıştığı kadar sık görülmeyebilir. Kültürel farklılıklar bunda rol oynayabilir. Wing ve meslekdaşları Anglo-Sakson geçmişe sahip hastalar ve aileler üzerinde çalışmışlardır. Bu çevrede aşırı ilgi olarak adlandırılan durum İtalyan ve Yahudi ailelerinde normal karşılanabilir. Diğer bir deyişle, bu faktörleri değerlendirirken, etnik geçmiş ve ailenin kültürü de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çarpıtmalar ve Bunlardan Kaçınma

Önceden de belirttiğimiz gibi iyileşmekte olan bir hasta akrabasının söylediklerini yanlış yorumlayabilir veya yaptığının farkında olmaksızın kendisiyle ailesi arasında geçenleri çarpıtabilir. Bu hastalığın iyileşmesininin belirli safhalarında sıklıkla ortaya çıkan bir gelişmedir. Hasta ailesine döndüğünde gerçekten çok uzak olan, hatta bu yüzden meslekten olmayan kişilerce bile hastalığın göstergesi olarak tanımlanan sanrılardan ve yanlış inanışlardan kurtulmuştur. Hasta şimdi sadece çarpıtır. Çarpıtmalar gerçeğe dayanmaktadır ama gerçek durumun içindekiler veya oranlar değiştirilmiştir. Bu çarpıtmalar aile tarafından gösterilen normal ilginin, aşırı ilgi, karışma, aşağılama, imalarda bulunma gibi görünmesine neden olur. Bunlar uzman biri tarafından verilen psikoterapiyle tedavi edilebilmesine rağmen, bunları aile fertlerinin tanıyabilmeleri ve ortaya çıkmalarını engelleyebilmeyi öğrenebilmelerinin önemi yüzünden burada tartışacağız.

Bir akraba tarafından söylenen "Bu elbiseyle ne güzel görünüyorsun" gibi bir beyaz yalan hasta tarafından en kötü yalana dönüştürülür. Sadece biraz patavatsızca söylenen bir söz yalancılık ve sapıklık sembolü olarak düşünülür. 5. Bölüm'de de gördüğümüz gibi, bu tip deformasyonlar hastanın çocukluğunda geliştirdiği bir örneği çoğaltma gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Bu örnek sadece gerçekten olanların değil, aynı zamanda hastanın bilgisizliği, toyluğu ve yanlış algılamasının da sonucudur. Bir hastanın annesi hastaya bir kez "Kayınvaliden hasta" demiştir. Hasta

annesinin sözlerinin şu anlama geldiğini düşünmüştür: "Huysuzluklarınla bir zamanlar beni hasta ettiğin gibi, kayınvalideni de hasta ettin." Başka bir zaman, anne hastaya akşam için ne yemek yaptığını sormuştur. Hasta annesinin sözlerini eleştiri olarak almıştır. Ona göre, annesi onun iyi bir aşçı olmadığını ve bir yemeği nasıl planlayacağını bilmediğini ima etmiştir. Yine başka bir olayda anne hastanın yeni evlenen küçük kız kardeşinin yeni döşediği evinin güzelliğinden bahsetmiştir. Bir ara annesinin kardeşine olan ilgisini kıskanmış olan hasta bu söylenenleri "Kız kardeşinin zevki senden daha iyi" anlamında yorumlamıştır.

Bu tip yorumlamalar hastanın endişelerini arttırabilir ve yeni bir psikotik epizodu kolaylaştırabilir. Eğer aile üyeleri hastayla ilgili olmasalardı, bu kırıcı durumlar ortaya çıkmazdı. Ancak mesafe de arzulanan bir şey değildir ve rehabilitasyona yardımcı olmaz. Hasta psikoterapiye devam ediyorsa, bu küçük olayları terapistiyle tartışacak ve atmosfer aydınlanacaktır. Aile bu işi yapacak nitelikte değildir, akrabalar kendilerini gereksiz yere savunmaya başlayabilirler ve küçük bir olay korkunç bir laf kavgasına dönüşebilir.

Öte yandan aldığı eğitim sayesinde terapist, hastanın neden bir örneği izleme gereksinimi duyduğunu ona açıklayabilir ve onun akrabası hakkındaki görüşlerinin eskisi gibi olmasını sağlayabilir. Genel olarak, terapistle günlük hayatın bu küçük olaylarını konuşan ve analiz eden hasta, ebeveynlerinin veya hayatındaki diğer önemli kimselerin olumsuz tavırlarının, bilinçli olarak kendisini incitmek için kullanılan oklar veya silahlar olmadığını idrak etmeye başlar. Bunlar sadece bu insanların, tüm kişiliklerini temsil eden önde gelen özellikler veya nitelikler olarak değerlendirilmemesi gereken halleridir. Örneğin yukarıdaki hasta ve annesi örneğinde, biz de annenin söylediklerinde düşmanlık havası sezebiliriz. Aslında hastanın olayları çarpıtmadığı hatta gerçeğe çok yaklaştığı çünkü başkalarının inkâr ettiği annesinin düşmanlığına karşı özellikle hassas davrandığı düşünülebilir. Bu tip bir durum kimin hatalı olduğunu bilmediğimiz bire Pirandello dramını anımsatmaktadır. Bu örnekte, terapist hastanın annesiyle kurduğu iletişimin bazı yönlerini doğru değerlendirdiğini

idrak etmesine yardımcı olabilir. Evet, gerçekten de annenin sözlerinde, kendisinin de farkında olmadığı düşmanlıktan da fazla bir unsur vardır. Ama en sevgi dolu ilişkide bile bazı düşmanlık unsurları bulunur, yapmamız gereken bunları doğru oranlarda görebilmek, derecelerini büyütmemektir.

İnsanlar arasında tüm ilişkilerin ve iletişimin, her sosyal olayın pek çok boyutu ve anlamı vardır. Hasta olumsuz taraflar üzerinde yoğunlaşmakta ve zengin bir iletişimin diğer boyutlarına örneğin sıcaklık ve samimi ilgi yönlerine aldırmamaktadır. Herhangi bir çelişik duygulaşım veya boyutların çokluğu durumunu tolere etmek hasta için çok zordur. Psikoterapi, hastanın bu çokluğun insan yaşamının ayrılmaz bir parçası olduğunu kabullenmesine yardımcı olacaktır.

Yukarıdaki örnek aile üyelerine de iyileşmekte olan bir hastayla ilişkilerini nasıl geliştirebilecekleri konusunda ipuçları vermektedir. Aile hastanın savunmasız olduğu konuları anlamalı ve bunlardan kaçınmalıdır. Şüphesiz bu pek kolay olmayabilir. Anne hastanın kız kardeşine karşı duyduğu rekabeti, kendini aşçı ve ev bakıcısı olarak pek yeterli hissetmediğini bilmektedir. Kızının sadece profesyonel bir iş hayatıyla ilgilendiğini de bilmektedir. Öyleyse neden bu konuları açmıştır? Ve kayınvalide söz konusu olduğunda, neden anne haberleri hastanın kocasının iletmesini beklememiştir? Bütün bunlar annenin biraz duygusuz olduğunu ama hastanın düşündüğü gibi bilinçli olarak yıkıcı ve kötülükçü olmadığını gösterir. Annenin duygusuzluğu ise, burada araştıramadığımız bazı psikolojik durumların sonucu olabilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi, iyileşmekte olan bir şizofrenle yaşamak aile üyelerinin hassasiyetinde bir artış gerektirir. Eğer başarılabilirse, daha fazla hassasiyetin ailenin tüm üyelerinin yaşamı için yararlı etkileri olacaktır.

İyileşmekte olan bir şizofrenle ilgilenirken karşılaştığımız karşıt, kimi zaman ters durumlardan daha önce bahsetmiştik ve bu değişik yönler arasında dönmenin ne denli güç olduğunu da söylemiştik. Birkaç problemden daha bahsetmeliyiz. Bunlardan biri hastanın hem arkadaşlık hem de yalnızlık gereksinimlerinin karşılanması ve tatmin edilmesi gereken durumdur. İkisi için de

zaman bulunmalıdır. Bir başka güç denge hastanın özgürlük ve yapılanma gereksinimi arasında kurulmalıdır. Hastanın hareket özgürlüğü olmalıdır ancak en azından hastaneden eve dönüşünden sonraki ilk birkaç ay için bir plana, bir yapıya, bir rutine uyması sağlanmalıdır. Bir yapıya sahip olmasına rağmen, hastanın günü pek çok şeyle dolu veya çok karmaşık hale gelmemelidir. Karmaşıklık derecesi hastanın kapasitesine göre ayarlanmalıdır.

Ev, iyileşmekte olmasına rağmen olağan aktivitelerini sürdüremeyen birisinin tüm gereksinmeleri sağlayamaz. 9. Bölüm'de göreceğimiz gibi, hastanın biraz da günlük hastanelerde veya eski hastaların kurduğu derneklerde zaman geçirmesi daha iyi olabilir. Psikiyatrik bir yardımcının, hemşirenin veya terapötik asistanların yardımı ancak iyileşmeyen veya fazla gelişme göstermeyen hastalar için tavsiye edilebilir. Bu konu 10. Bölüm'de tartışılacaktır.

Hasta taburcu edildiği hastaneyle birtakım bağlantılara sahipse, genellikle bu bağlantılar bir sosyal uzman tarafından yürütülür. Sosyal uzmanın pozisyonu da iyileşmekte olan şizofrenin yeni rehabilitasyon ortamında değişmiştir. 1950'lerde ve 60'larda sosyal uzmanlar hastaneler veya sorumlu psikiyatristler tarafından ailenin hastanın durumuna gösterdiği ilgi ve yararın araştırmasını yapmak için görevlendirilirken, şimdi hastanın rehabilitasyonu için kullanılabilecek tüm olumlu aile özelliklerini ve olanaklarını araştırmaları istenmektedir. Hasta için bir program hazırlamakta aktif bir rol üstlenebilmektedir.

Önemli Olaylar ve Önemli Kararlar

Kimi zaman aile hastanın yaşamında meydana gelen olağandışı olaylarla karşılaşabilir. Bu olaylar terapistle uzun uzun tartışılmasına rağmen, ailenin terapistten daha önce ilgilenmesi gerekebilir veya başvurulacak bir terapist olmayabilir. Hasta karşı cinsden (veya nadiren aynı cinsten) biriyle tanışmıştır ve onunla yaşamak istemektedir. Başka vakalarda, hasta nişanlanmak veya hemen evlenmek istemektedir. Aile hastanın hazır olmadığına kesinlikle inanmakta, ancak onun kısıtlanmış veya sıkı sıkı kontrol ediliyormuş gibi hissetmemesi için baskı yapmak isteme-

mektedir. Erteleme tekniği - hastayı hazırlanan programları uygulamasının daha kolaylaştığı bir zamana kadar beklemeye ikna etmek - en doğru karşılıktır. Ancak hâlâ ısrar ederse ve planlarını ertelemeye ikna edilemezse, en iyi yol onunla olmak ve mümkün olduğu kadar çok yardım etmektir. Açık bir isyan, karşı çıkma veya misillemede bulunmak tavsiye edilmez ve tam tersi etki yapabilir. Aynı şey iyileşmekte olan bir şizofreniin hamile kalmak istemesi durumunda tekrarlanabilir. Hamilelik ve annelik bütün anneler için zorlu durumlardır. Hastanın iyileşme sürecinde böyle bir komplikasyona bilerek neden olmak tavsiye edilmez. Yanlış anlaşılmış olabileceğim için, bu noktayı aydınlatmak istiyorum. Ben iyileşmekte olan şizofrenlerin veya eski şizofrenlerin anne olmamalarını söylemiyorum. Bazıları mükemmel annelerdir. Ancak en iyi sonuçlar alınan pek çok hasta için en azından bir yıldan başlayan ve beş yıla kadar uzayabilen hamilelik, çocuk doğurma ve annelik gibi olağandışı ve çok şeyler bekleyen durumların güçlükleriyle başa çıkmakta zorlanacağı bir zaman dönemi vardır. Eğer hasta ilaç terapisi altındaysa, hamile kalmamak için daha da dikkatli olmalıdır. Çünkü doğumsal özürler görülmemesine karşın pek çok ilacın hamilelik ve süt verme döneminde kullanılmasının güvenilirliği kanıtlanmamıştır. Belirli bir miktar ilaç anne sütüne geçmektedir.

Kimi zaman hasta büyük bir şey yapmak ister, örneğin karısını ve çocuklarını terk etmek gibi. Hastalığın bunca zorluğuna katlanan, destek ve sadakat gösteren eş genellikle incinmiş hisseder. Bazen de eş, genellikle reddedilmeyecek bu kararı kabul eder. Yine en iyisi erteleme tekniğini kullanmaktır ama hasta planlarını gerçekleştirirse, aile destekleyici olmalıdır. Hatırlamamız gereken hastanın bir kapris sonucunda veya aklına estiği için değil, koşullarla baş etmeyi becerememesi yüzünden bu kadar önemli bir aile ilişkisini yıktığıdır. Çocuklar da işin içindeyse, bakımları için mümkün olan düzenlemeler yapılmalıdır. Eski şizofrenlerin hatta şizofreniklerin bile mükemmel ebeveynler olabileceğini söylememe rağmen, koşullarla baş etmeyi beceremeyen iyileşmekte olan bir hastanın, genç bir çocuk için çok rahatsız edici olduğu doğrudur. Onun yerine bir ebeveyn bulunmalıdır.

Çok sık sorulan bir soru da şöyledir: "Bir akrabanın veya hastanın çok sevdiği birinin başına gelen ani ölüm veya ciddi bir hastalığın teşhisi gibi kötü olaylar hastaya söylenmeli midir?" Otuz yıl önce, devlet hastanesinde çalışırken, yaşlı psikiyatristler bana aileye her zaman doğruyu söylemelerini öğütlememi öğretmişlerdi. Şüphesiz ki biz ne hastalara ne de başkalarına yalan söylemek isteriz. Ancak gerçeği söylemenin iyi ve kötü zamanı vardır. Devlet hastanelerindeki psikiyatristler kötü haberlerin verilmesinin hiçbir kötü etkiye neden olmadığında ısrar ederlerdi. Bunlar çevrenin neden olduğu bir yalnızlık halinde olan hasta grubundan bahsetmekteydiler. Bu hastaların çoğu duygularını ifade edemiyordu. Açıkça görülen duygusuzluk, aldırmazlık olarak nitelenmemelidir. Bir heykel gibi hareketsiz ve duygusuz görünen katatonik şizofren bile çok kuvvetli hisseder. Donakalmış görünümünün altında bir duygu volkanı gizlenmektedir.

İyileşmekte olan şizofrende kendimizi tamamen farklı bir durumun içinde buluruz. Çok hassastır ve akrabalarının ona doğruyu söylememelerini bağışlamaz. Hâlâ dengesiz olduğu ve akli dengesini tam olarak bulmaya çalıştığı bu dönemde gerçeğin ona zarar verebileceğini bilmektedir. Hasta yavaş yavaş hazırlanmalı ve kendi aklında bunun olabilirliğini, bununla baş edebilmenin yollarını bulduğu zaman ona gerçek anlatılmaktadır.

Başka bir soru da iyileşmekte olan hastaya, hastalığını yaşamındaki önemli insanlara açıklaması konusunda nasıl tavsiyelerde bulunulacağıdır. Nişanlıysa, nişanlısına şizofreni hastası olduğunu söylemeli midir? Koleje başvuracaksa, psikiyatrik bir bozukluk yüzünden hastaneye yattığını başvuru formunda belirtmeli midir? Psikiyatri hastanesinde stajyerken, hastaya hep doğru söylemesini öğütlemem tembihlenmişti. Şüphesiz ki, biz de daima gerçeğin bilinmesini ve sürdürülmesini istiyoruz. Başka bir insanı karısı veya kocası olacak kadar yakın bir ilişkide arzulayan biri ona kendi yaşamı hakkındaki önemli şeyleri söyleyebilmek arzusunda olmalı ve bu açıklamanın sonuçlarını tahmin edebilmelidir. Ancak bu hastayı doğru söylemeye yöneltmekten farklıdır. Ne hastanın terapistinin ne de ailesinin böyle bir şeye

hakkı vardır. Seçmek ve karar vermek tamamen hastaya aittir ve bu haberlere karşı nasıl reaksiyon göstereceğine karar vermek karşıdaki insanlara kalmıştır. Kolej başvurusunda geçmişteki hastane deneyiminden bahsetmek konusuna gelince, hastaya her zaman doğruyu söylemesini öğütleyebilmeyi isterdim, ama bunu yapmak çok büyük bir sorumluluktur. Sadece hasta veya hasta ebeveynleri buna karar verebilir. Okuyucuya garip gelebilir ama bu konudaki bazı hoş olmayan deneyimlerimden de bahsetmem gerekir. Koleje başvururken geçmişteki şizofreni hastalıklarından bahseden veya öğretmenleri veya dekanlarının kayıt komitesine hastalığı yazılı olarak bildirdikleri bazı hastaları tedavi ettim. Vakaların çoğunda, bu öğrenciler tamamen iyileşmiş olmalarına ve çok iyi bir akademik geçmişleri olmasına rağmen, bazı kolejlere kabul edilmekte güçlüklerle karşılaşmışlardır. Tam tersine olduğunu iddia etmelerine rağmen, kolej ve mezuniyet sonrası okullarının bazılarında akıl hastalığına karşı bir önyargı vardır. Ancak belirtmeliyim ki bu önyargı hızla azalmaktadır ve bazı hastalarım hastalıkları bildirilmiş olmasına rağmen en iyi kolejlere kabul edilmişlerdir. Tıbbın yeni gelişmeleri doğrultusunda ilerleyen ve psikolojik olarak tam teşekküllü bir personelle çalışan iyi kolejlerde bu tip önyargılar yoktur. Ancak bazen söz konusu kolejde nasıl bir tavrın takınıldığını belirlemek zordur.

Son Sözler

Özet olarak, iyileşmekte olan bir şizofrenle yaşamak güçtür, ama üstesinden gelinemeyecek kadar değil. Sadece hasta için değil, ilgili herkes için ödüllendirici olabilir. Eğer iyileşmekte veya gelişme göstermekte olan bir şizofrenle yaşamayı bir alkolik, kör, epileptik veya kapasitesini yok eden kronik bir hastalığa sahip biriyle yaşamakla kıyaslarsak, şizofrenle yaşamanın daha kolay olduğunu görürüz. Pek çok vakada bir umut atmosferi vardır ve bir parça da ailenin işbirlikçi çabalarının sonucu olarak ortaya çıkan sonuçların tatminkarlığı, daha ileri beklentilerle dolu eğlenceli bir ortam yaratır. Genç çocukları olan bir ailede, bu ödev daha da zorlaşsa bile, olanaksız değildir. Çocuklar anlayabilecek

yaştaysa, onlara ailenin bir üyesinin hasta olduğu ve özel ilgiye gereksinim duyduğu anlatılabilir. Hastanın bazı olağandışı tavırları çocuklara hastalık açısından açıklanmalı, ciddi ama umutlu olunmalıdır. Çocuklar telafi edici durumların olduğu zamanlarda ters veya anormal koşullara daha iyi yanıt verirler. Sıcak ilginin ve açık tartışmaların yapıldığı bir atmosferde, aile üyelerinden birinin akıl hastası olması, çocuğun yaşamında genellikle düşünülenden daha az yer kaplamakta ve kimi vakalar da olgunlaşmasına neden olmaktadır.

Dokuzuncu Bölüm
SONUÇ: KLİNİK GÖRÜNTÜLER, İDARE ETME, BAKIM

Sonucun Tahmin Edilebilirliği

1. Bölüm'de bahsettiğimiz gibi şizofreninin sonuçları, tamamen iyileşmeden durumun kronikleşmesine kadar değişebilir.

İyi sonuçların sayısının arttığını belirtmemiz gerekir ve tedavi yöntemlerinde gelecekte kaydedilecek ilerlemelerle tamamen iyileşenlerin yüzdesi daha da artacaktır.

Şizofreni vakalarının sonuçları üzerinde en önemli istatistik çalışmasını, 1950, 1960 ve 1965 yılında hastaneye yatanlar üzerinde çalışan Finli yazarlar Niskanen ve Achte yapmışlardır. Tamamen iyileşen veya beş yıllık bir süreden sonra sosyal olarak iyileşen hastaların oranı 1950 yılında %59, 1960'ta %68 ve 1965'te %64'tür. Aynı bulgular beş yıllık bir süreden sonra hastane tedavisine gereksinim duyanların oranının da sürekli olarak azaldığını göstermiştir. Bu oran 1950'de hastaların %22'si, 1960'ta %14'ü ve 1965'te %10'udur.

Bu bulgular gerçekten cesaret vericidir. İyileşen veya iyi kötü sosyal olarak yeterli bir yaşam sürebilen hastalar şizofren nüfusun yaklaşık olarak üçte ikisini oluşturmaktadır.

Geçmişte, modern tedavi yöntemlerinin kullanılmasından önce bir şizofreni vakasının sonucunun tahmini veya prognozu tamamen ilk semptomatolojinin ve hastalığın gidişinin özelliklerine bağlıydı. Şimdi önemli olan sadece ilk belirtilerin iyi yanla-

rına güvenmek değil, şizofrenlerin gidişini etkileyebilmektir. Ancak semptomatolojiyi değerlendirmek hâlâ çok önemlidir. En tercih edilen özellikler arasında aşağıdakiler de vardır:

1. Başlangıç ne kadar akutsa, sonuç o kadar iyi olur. Bu kriter pek çok sayıda vakada geçerlidir ama hepsinde değil.
2. Eğer açıkça görülen ve bardağı taşıran bir damla (işini kaybetmek, nişanlısından ayrılmak, çocuk doğumu gibi), şizofreninin karmaşık nedeninin önemli bir bölümünü oluşturuyorsa, bu kişinin bu faktör ortadan kaldırılırsa veya etkili olmasa tekrar uyum sağlayabilme şansı yüksektir.
3. Bilinçli olarak endişe duymak iyi bir sonucun en önemli göstergesidir. Bunun varlığı istenmeyen duyguların körlenmesinin bu duyguyu bilinç seviyesinde bile yok edemediğini gösterir. Üzücü olduğu için, endişe hastayı arayışlarına devam etmeye ve belki de gerçeğe dönmeye teşvik eder.
4. Fırtınalı kişilik tipi olumlu bir sonuca daha yakındır.
5. Terapistlere ve hemşirelere karşı genel bir uysallık içinde olmak olumlu bir özelliktir. Bu kriter özellikle paranoidlerde çok güvenilirdir.
6. Yalan söyleme veya başka şekilde görünme yeteneği iyi bir işarettir. Sanrısal yaşam hasta için gerçektir, iddia değil. İleri vakalarda, sanrıları hakkında soru sorulduğunda hasta bunları inkâr edemez veya varlıkları hakkında yalan söyleyemez çünkü hayal gücünün önüne bir varsayım geçemez. Ona gerçek gelen sanrıları inkâr etmek onun fikrine göre gerçek olmayan bir doğrular grubuna geçmeyi veya bu doğruları özetlemeyi gerektirir. Hasta sanrıları hakkında yalan söylemeyi becerebildiğinde, iyileşme yolundadır. Daha fazla yalan söylemek zorunda kalmayacaktır çünkü sanrılar çok yakında kaybolacaktır. (Hatırlamamız gereken normal miktarda trankilizan bile alsalar şizofrenlerin yalan söyleme yetisini tekrar kazanacaklarıdır. Bu takdirde bu kriter onlara uygulanamaz.)

Önemli sayıda vakada - ancak tümünde değil - görülen olumsuz prognostik özelliklerse şunlardır:

1. Hastalığın yavaş ve sinsi başlayışı.

2. Bardağı taşıran son damlanın veya kolayca anlaşılan psikolojik nedenlerin olmaması.
3. Duyguların körelmesi ve şizoid kişilik tipi.
4. Doktorlara ve hemşirelere karşı genel bir meydan okuma tavrı.
5. Diğerlerini suçlamaya ve kendini suçsuz çıkarmaya çalışmak. Bu kriter her zaman geçerli değildir.
6. Hastalığını kabul etmesi veya hastalığa boyun eğmesi. Bu ayırt edici nitelik daha çok şizofreninin ileri safhalarında görülür.

Şimdi üç grup hastayı inceleyeceğiz:
1. Hastalığın üstesinden gelenler.
2. Hastalığı süreğenleşenler.
3. Hastalığı kronikleşenler.

Bu üç durumu da tanımlayacağız ve ikinci ve üçüncü gruplar için uzun dönemli planları özetleyeceğiz.

Şizofreninin Üstesinden Gelebilen Hastalar

Şizofreni yine de tedavi edilebilir. Geçmişin kötümser yaklaşımlarına rağmen insanlar iyileşmekte ve tamamen hastalıktan kurtulmaktadırlar. Ancak sadece üçte biri iyileşebilmektedir. 'Tedavi edilmekle' neyi kastettiğimizi de açıklamamız gerekir. Daha önce belirttiğimiz gibi, tüm belirtilerin yok olması iyi bir sonuç olarak görünmesine rağmen, psikiyatride istenen sonuçların en iyisi de değildir. Geleneksel tıp tedaviyi hastalığın başlayışından önceki duruma dönüş olarak tanımlar. Oysa bir psikiyatrist pek çok zayıflıkları olan ve akıl hastalığının saldırılarına karşı savunmasız bir kişilik tipine dönüşü tatminkar bulamaz. Daha fazlası için uğraşır. O hastanın diğer insanlarla daha iyi ilişkiler kurma kapasitesine sahip olmasını, birkaç kişiyle yakınlığı olmasını, karısı ve çocukları için sevgisi olmasını ister. Hasta kişiliğini öyle düzenlemelidir ki onun da bir kimlik duygusu olmalıdır. Kim olduğunu bilmeli, kabul etmeli hatta kendisini sevmelidir. Bir amaç ve umut duygusu olmalı, kendi başarısının olabilirliğine inanmalıdır. Başka bir deyişle kendisini, yaşamı, dünyayı ve geleceği bir başka şekilde görmelidir.

Vakaların önemli bir yüzdesinde bu sonuçları elde etmek mümkündür. Pek çok eski hasta, hastalığın onlar için yararlı bir deneyim olduğunu, bunun yaşamı korkusuzca, daha az karmaşa ve kararsızlıkla karşılayabilmek, zorlukla karşılaştıklarında, onlarla daha iyi baş etmek için karşılaşmaları gereken bir durum olduğunu söylemişlerdir. Yeni bir yaşama başlamış gibi hissetmektedirler. Hastalık süresince kendi yaşamlarından kaçmak için ve sanrısal bir biçimde, kendilerini yeniden doğmuş gibi hissetmişlerdir. Ama şimdi kendilerinde hiçbir zaman sahip olabileceklerine inanmadıkları yetenekleri gördükleri için gerçekten yeniden doğduklarına inanmaktadırlar. Biz psikiyatristler şizofren bir tecrübeye sahip olmanın çok iyi bir şey olduğunu söylemekte eski hastalar kadar ileri gitmeyeceğiz. Bu tavsiye edeceğimiz bir şey değildir. Biz ne zaman olursa şizofreniyi önlemeyi tercih ederiz. Çünkü sonuçların iyi olacağından hiçbir zaman emin olamayız. Ancak şüphe götürmeyecek bir gerçek vardır ki, bu da pek çok hastanın psikoterapiyi de içeren tatminkar bir tedaviyle hastalık öncesinden daha büyük bir olgunluğa erişmesidir.

Ancak tedaviyle kastımız bağışıklık kazanmak. Hastalığın bir daha asla yinelenmemesiyse, kesin açıklamalar yapabilecek durumda değiliz. İstatistikler hâlâ tartışmalıdır ve uygulanan yöntemler kayıslamalara elverişli değildir. Ama eğer tedavi esas psikolojik yöntemleri değiştirmeyi ve kişiliği tekrar organizasyonunu etkilemeyi başarırsa, yinelenmenin olması daha düşük bir olasılıktır.

Pratik düzeyde, başarıyla tedavi edilen hastalar yaşamın zorluklarıyla başa çıkmayı öğrenirler. Nelerle baş edemeyeceklerini ve nelerden kaçınmaları gerektiğini de bilirler. Son olarak da azalmayan ancak yoğunlaşan özel endişe tipini tanımlamayı ve bundan kaçınmayı öğrenirler.

Yoğun psikoterapiyi de içeren yöntemler sayesinde başarıyla tedavi edilen vakalara tekrar göz attığımızda, vakaların büyük bir çoğunluğunda iyimser tahminlerimin doğru çıktığını görüyorum. Sadece tatminkar denebilecek bir safhaya kadar tedavi gö-

ren bir iki hastada yinelemeler görülmüştür. Bunlar endişe uyandıran durumlara karşı savunmasız kalmışlardır. Bu vakaların çoğunda yinelenmelerin yoğunluğunun normal olduğunu ve hastaların iyileştiğini belirtmemiz önemlidir.

Bugün şizofren nöbetlerin yinelenmesi, uygun psikodinamik kökenli psikoterapi gibi ana tedavi çeşitlerinin ortaya çıkmasından önce yorumlandığında farklıdır. Geçmişte üçüncü nöbet veya hastaneye yatırma çok önemli olarak düşünülürdü. Üçüncü epizod hastalığın geri dönülmez bir biçimde kronik şizofreniye doğru ilerlediği anlamına gelirdi. Yeterli tedavi gören hastalarda, ikinci veya üçüncü nöbetler ilkinden daha yumuşaktır ve süre olarak daha kısadır. Bunların hoş olmayan kötü bir sonu göstermesi hiçbir şekilde mümkün değildir ve hastayla ailesi bu konuda emin olmalıdırlar. Sadece bir nöbet diğerinden daha ciddiyse, iyi bir sonuç biraz şüphelidir. Pek çok psikiyatrist eski hastalarının tatmin edici bir yaşam stili elde edebildiğini görmüştür. Bazıları iş dünyasında, sanatta, akademik yaşamda veya diğer alanlarda önemli pozisyonlar elde etmişlerdir.

Başarılı olarak tedavi ettiğim hastalarım arasında ortak bir olumsuz özellik aramak gerekseydi, pek çoğunun entelektüel açıdan kendilerinden daha düşük insanlarla evlendiklerini söylerdim. Görülen ortak olumlu özellik ise değişen derecelerde olmasına rağmen en sonunda yaşamda sevgiyi bulabilmeleriydi.

Bunlar, hastanın başarılı bir terapiden sonra tüm sorunlarının bitmesi anlamına gelmez. Frieda Fromm - Reichmann'ın ünlü sözleriyle bir gül bahçesi vaat edemeyiz. Bir bahçe vaadiyle, yaşam vaadinin karşılaştırılabileceğine inanmak gerçekçi değildir, hem hasta hem de bizim için ütopiktir. Ama hastaya kendimize söz verdiğimiz şeyi, er veya geç küçük bahçemize sahip olacağımızı vaat etmek gerçekçidir.

Hastalığı Süreğenleşen Hastalar

Bu görüntü her zaman güllerle dolu değildir. Hastaların %30 - %40'ında tedavinin sadece kısıtlı amaçlara ulaşabildiğini önceden belirtmiştik.

Pek çok durum ortaya çıkabilir. Hâlâ hastalığın işaretlerini göstermelerine rağmen bazı hastalar hastalanmadan önce gösterdiklerinden daha iyi uyum sağlayabilmektedirler. Bazıları hastalığın daha belirgin işaretlerini gösterirler ve bunların hastalığın başlangıcından öncekine benzer bir uyum düzeyine bile ulaşabildiklerini söyleyemeyiz.

Böyle vakalarda diğer konuları bir kötümserlik atmosferinin gölgelemesine izin verilmemelidir. Bazılarında uzun yıllar süren yavaş bir ilerleme olabilir. Bazen ilerleme neredeyse fark edilmeyecek gibidir ama uzun zaman sonra hastanın durumunu gözden geçirdiğimizde, tatmin edici bir gelişme görürüz. Bu gelişme bana stop-motion fotoğrafçılığını anımsatır. Bitkilerin büyümesi, çiçeklerin açması normal hızla fotoğraflandığında, sadece statik bir tasvir görürüz. Ama stop-motion fotoğrafçılığında, bitki bölüm bölüm fotoğraflanır ve tek bir film haline getirilir. Bitkinin büyümesini, açılmasını ve tomurcuklanmasını görmek, bitkiyi uzun zaman değişik anlarda görüntülemekle mümkün olabilir.

Hasta ailesiyle beraber yaşıyorsa, 8. Bölüm'de anlatılan işlemler uygulanmalıdır. Pek çok diğer vakada dışarıdaki bazı olanaklardan da yararlanılmalıdır. Bunlar bu bölümde, daha ileride incelenecektir.

Hastalığı süreğenleşenlerin oluşturduğu tablolar pek çoktur ve farklıdır. Pek az durumda, bazı normal insanların yaptığı gibi aşırı canlı ve hevesli hastalar görebiliriz. Ama çoğunlukla girişimlerde bulunma, paylaşma, katılma, tüm kalbiyle bir işi yapma ve içinden geldiği gibi davranma duygularından yoksun kişiler görürüz. Hiçbir işi kendi kendine başlatamaz. Sürekli olarak uyarılması gereklidir, bu şekilde uyarılmasının bile son derece nazik ve düşünceli olması gerekir, aksi halde iyilikten çok zarar getirir. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde toplaması gerektiğinde, hasta bir türlü konsantre olamaz ve sadece bulanık, soğuk bir karşılık verir. Diğer hastalarda ezici bir şüphecilik görülebilir. Her şeyin bilinçli olarak kendilerine karşı yapıldığı şeklindeki yorumlamayı sürdürürler. Pek az durumda, hayal ürünü sesler duyar, garip fikirlerden bahsederler ancak bu hiçbir zaman akut epizodda olduğu kadar sık değildir. Bazıları, en sonunda yaşam-

larını bir rutine indirgemeye eğilimlidir ancak azimle yardım edilmezse fakir bir yaşam sürdürürler.

Hastalığı süreğenleşenlere iki ana amaç rehberlik etmelidir:

1. Hastanın, hastalığın başlangıcından beri devam ettiği tedaviyi sürdürmesini sağlamak. Uzmanlar tarafından verilen bu tedavi bazı değişikliklerle 6. Bölüm'de anlatılan işlemleri kapsamaktadır.
2. Hastalık yüzünden ortaya çıkan bazı engellerin ortadan kalkmayabileceğini de göz önünde bulundurarak, hastanın eski ortamına veya yeni bir ortama rehabilitasyonunu ve kazandırılmasını sağlamak.

Bu amaçlarımızı değişik şekillerde oluşturabiliriz:

1. Akıl sağlığının tekrar hastaya kazandırılması.
2. Hastalığın kalıntılarına rağmen tatminkar bir yaşam sürdürebilme yetisi.

Biraz olsun iyileşmiş hastalar için bazı basit kurallar yararlı olabilir.

1. Her şeyden önce kabul etmeliyiz ki en azından belli bir süre için hasta bizim yaşamak istediğimiz kadar yoğun bir yaşam sürdüremez. Onun varolan kısıtlamalarını kabul etmemiz zorunludur. Onu yapamayacağı şeyleri yapmaya zorlamak büyük bir endişenin doğmasına ve genel durumun daha da kötüleşmesine neden olabilir. Onun bize yaklaşmasını beklemektense biz ona yaklaşmalıyız. Herhangi bir rehabilitasyon projesinin çok uzun bir işlem olduğunu, bir cephe saldırısı olmadığını her zaman akılda tutmalıyız.
2. Hasta sorumsuz veya kendini ve diğer insanları incitebilecek biri gibi muamele görmemelidir. İstatistikler hiçbir zaman şizofrenlerin genel nüfustan daha sık şiddet veya suç davranışlarında bulunduğunu kanıtlamamıştır.
3. Hasta gerçekle tam olarak ilişki içinde olmasa bile, büyük ölçüde yaşamı doğru olarak değerlendirme yetisine sahiptir. Aklen bozuk değildir. Hasta, çocuk veya aşağı biri veya bir nesne muamelesi görmemelidir. Daima insan onuruna saygı duymalıyız. Güven ve umut vermeliyiz. Onu "Bunu niye yap-

tın?" veya "Bunu niye söyledin?" veya "Neden konuşmuyorsun?" şeklinde soru yağmuruna tutmamalıyız. Onun kendini suçlu, reddedilmiş, veya mahkemede gibi hissetmesine neden olacak hiçbir şey söylememeliyiz.

4. Hasta duygusuz ve dünyadan kopmuş gibi görünmesine rağmen, hiçbir cevap, vermediğinde bile, onun ortamdan etkilendiğini hatırlamalıyız. Bu kadar hasta olduğu için sık sık dünyadan kopma zırhını giymektedir.
5. Şizofren hastalar aşırı olarak uyarılırlarsa veya zalimce davranışlara maruz kalırlarsa veya yapamayacakları şeyleri yapmaları istenirse, agresif olabilirler. Ancak kötülendikleri, kendileriyle alay edildiği veya eziyet gördükleri gibi bazı sanrısal fikirlerden bahsettiklerinde, bu davranış bir yarı uzman tarafından değil psikiyatrist tarafından incelenmelidir.
6. Hasta bir akıl hastalığının belirtilerini ve izlerini gösterse bile, aklının büyük bir bölümü sağlıklı kalır. Bizim bu sağlıklı tarafla ilgilenmemiz gerekir. Olayları ortaya koymalı ve açıklamalıyız, ama tabii ki onun alabileceğinden fazlasını değil. Aynı şeyi defalarca tekrarlamaktan üşenmemeliyiz.

Sağlıkla hastalık arasında orta bir sayfaya gelen hastalarla kurulan ilişkiler onların özel ve bireysel gereksinimlerine göre ayarlanmalıdır. Genel ortam 8. Bölüm'de tarif ettiğimize benzer olmalıdır. Hastalar daha da iyileşmeyi bekleyebileceklerini bilmelidirler. Aynı zamanda özel olarak onlar için hazırlanmış bir plana veya programa uyabilmek için ellerinden geleni yapmalıdırlar.

Tüm bu genel önlemlere rağmen, hasta geriler ve çocukça hareketlerde bulunur veya kontrol edilemeyecek öfke krizlerine girer, bağırır çağırırsa, aile ortamının rehabilitasyon için iyi bir yer olmadığı sonucuna varmalıyız.

Çok sayıda uzman hastalık süreğenleşirse, aile ortamında rehabilitasyonun mümkün olamayacağına inanır. Ben bu görüşün herkesin onayıyla ortaya konduğuna inanmıyorum. Başka tip gerçeklerle de sık sık karşılaşıyoruz. Aile hastanın rehabilitasyonuna tam olarak katılmak istemektedir ancak özel durumlar (çocukların veya hamile birinin veya bir sakatın varlığı, hastaya kar-

şı duyulan büyük düşmanlık, bazı aile fertlerinin aşırı hassasiyeti ve duygusal dengesizliği) hastanın hastaneden çıkarılmasından hemen sonra aile dışında rehabilitasyonunu gerekli kılmaktadır.

Şansımıza hastalığı süreğenleşen şizofrenler için pek çok kurum vardır ve bunlardan yararlanan hastaların sayısı hızla artmaktadır. Uzun süre hastanede kalma hastalığı süreğenleşenler için bile pekçok nedenden dolayı tavsiye edilmemektedir. Bu pek çok vakada kurumsal nevroz veya psikoz (institutionalitis) denilen kişilik kaybı, çekilme, apati ve boyun eğmeyle tanımlanan duruma yol açmaktadır.

Klinik ve rehabilitasyon olanakları pek çok psikiyatrik hastanede de bulunmaktadır. Ancak bunlar korunmalı bir hastane bünyesindedirler ve hastanın bunlara uyum göstermesi, yaşamın güçlükleriyle daha yakın ilişkide olacağı topluluğun içindeki olanaklarla baş edilebileceğinin kesin bir göstergesi değildir.

Bugün topluluğun sunduğu rehabilitasyon çeşitlerine rağbet edilmektedir. Topluluk tarafından organize edilen belli bir süre rehabilitasyondan sonra hastanın tekrar ailesinin sorunu olacağı ön koşul olarak kabul edilmektedir. Bu durumda 8. Bölüm'de tanımlanan işlemler ve tavsiyeler izlenmelidir. Amacın hastanın eski devlet hastanesinin yerini tutacak bir başka organizasyonda tutulması olmadığını bir kez daha tekrarlamalıyız. Ulaşılmak istenen hastanın ailesine veya yeni bir aileye geri dönmesidir. Sadece hastanın ileri yaşı veya gidecek bir ailesi olmaması durumunda, diğer düzenlemeler amaç haline gelebilir.

Eğer topluluğa tekrar katılma veya geri dönmeyle hastanın hastaneden taburcu edilir edilmez, özel kuruluşlardan yararlanmadan topluluğun arasına katılmasını kastediyorsak, örtmece yapıyoruz demektir. Varolmayan sosyal durumlar için arzulanan veya nostaljik terimler kullanırız. Bazı yerlerde, hastane dışında yaşamak bir topluluğun üyesi olmak anlamına gelmez. İnsanların birbirini tanıdığı, karşılıklı çıkar, ilgi ve destek sağladığı geleneksel topluluklar bugün endüstrileşme, büyük kent merkezlerinin oluşumu ve nüfusun hareketliliği yüzünden normal insanlar arasında bile nadiren görülmektedir.

Topluluktaki Rehabilitasyon Merkezleri

Tarihsel Geçmiş

1955'te, Akıl Hastalığı ve Sağlık Ortak Komisyonu topluluktaki bazı ayakta tedavi veren kliniklerin ve rehabilitasyon merkezlerinin deneyimlerine dayanarak çok sayıda akıl hastasının ayakta tedavi görerek bir hastaneden daha az parayla daha iyi bir tedavi gördüklerini belirtmiştir. Ortak Komisyon'un 1961'deki son raporu, 'Akıl Sağlığı için Hareket', psikiyatri hastanelerinin küçültülmesini, kaynaklarının arttırılmasını ve hizmetlerini topluluğa yaymalarını öneriyordu. Komisyon hastanın evine ve topluluk yaşamına mümkün olan en kısa zamanda dönmesini ve iyi tasarlanmış, iyi bir personele sahip, akıl hastaları hizmetleri bölümünün bir parçası olan günlük ve gecelik hastanelerinin, bakım sonrası kliniklerinin, kamu sağlığı hemşirelik hizmetlerinin, aile bakımının, hemşire evlerinin, rehabilitasyon merkezlerinin, iş hizmetlerinin ve eski hasta gruplarının yardımıyla burada tutulmasını öngörüyordu.

1963'te Başkan Kennedy, bir ABD başkanı tarafından Kongre'ye gönderilen akıl hastalığıyla ilgili ilk mesajında eski hastane yöntemlerinin soğukluğunun, topluluğun ilgisi ve yeteneklerinin açık sıcaklığıyla değiştirilmesini önerdiği yeni yaklaşımını savunuyordu. Bu yeni tutum ciddi ve kronik hasta kategorisi için fazla iyimserdi. Bu hastaların durumunu bu bölümün daha ilerideki başlıklarında inceleyeceğiz. Ancak hastalığı süregenleşenler için, bu yaklaşım yeni bir dönem demekti ve yeni olanaklara kapı açtı.[7]

İlk Geçiş Safhaları: Gecelik ve Günlük Hastaneler

Hastaların korunaklı bir ortam olan hastaneyi bırakmaları gerektiğinde ve ailelerine dönmeleri tavsiye edilmediğinde, değişik rehabilitasyon safhalarından geçmeleri gerekir. Bazıları için ilk basamak gecelik hastanelerdir. Bazı hastalar özellikle geceleri çok endişeli olurlar. Çünkü çevredeki tehlikelerin gece arttığına inanırlar veya gece olduğunda belirtilere ve etkilere karşı koyamayacakları için kendilerinden korkarlar.

---

7 Bu dönemde, İngiltere de dahil olmak üzere dünyada pek çok ülkede benzer gelişmeler görülmüştür.

Günlük hastaneler bir basamak üsttedir. Tam bir hastanenin yerine geçebileceği için bunlar çok değerlidir ve mükemmel rehabilitasyon programları sağlayabilirler.

İlk psikiyatrik günlük hastane 1933'te Rusya'da M.A. Dzhagarov tarafından kurulmuştur. Ama bu proje Batı ülkelerince senelerce bilinmemiştir. Amerika kıtasında ilk defa 1947'de Montreal'de Ewen Cameron tarafından kurulmuş, 1948'de de Joshua Bierer tarafından İngiltere'de başlatılmıştır. Günlük hastaneler ABD 'de özellikle her topluluk akıl sağlığı merkezinin federal fonlardan yararlanabilmesi için günlük bakım imkanı olması zorunluluğunun çıktığı 1963'ten sonra hızla büyümüştür. 1960 yılında A.B.D'de 37 günlük hastane varken, Mart 1964'te bu sayı 149 olmuştur. Bu sayı hâlâ artmaktadır. Hastanın bir günlük hastaneye uygun olabilmesi için, ailesinin geceleri idare edemeyeceği kadar rahatsız olmaması ve hastaneye gelip gidebilmeyi becerebilmesi zorunludur.

Günlük haştanelerin pek çok avantajı vardır. Tam hastanelerden daha az pahalıdırlar. Yatakhaneler kurmaya gerek yoktur. İki üç vardiya işçisinin çalışması ortadan kalkınca ve çalışma günleri yediden beşe inince, personel giderleri azalır. Tam zamanlı hastanelerin bazı geleneksel işlemleri artık gerekli değildir. Hastanın olağan ortama reaksiyonunu test etmek için onu yarın günlüğüne veya hafta sonu için eve yollamak artık gereksizdir. Hasta kendini tam bir kuruma bağlı gibi hissetmez. Artık kendini deli veya kilitli kapılar arkasında veya dünyadan ayrılmış gibi düşünmemektedir. Ailesi ve sosyal çevresiyle olan bağlarını korur ve bu bağlar rahatsızlıklar ve karmaşalara neden olacak kadar sıkı değildir. Günlük hastaneler, aile ile tam zamanlı hastaneler arasındaki kimi zaman pek de hoş olmayan sonuçlara neden olan keskin farkı ortadan kaldırır. Günlük hastaneler mutlaka 7. Bölüm'de tanımlanan tam hastanelerin hizmetlerini de yerine getirirler. Şimdiye kadar günlük hastaneyi tam bir hastaneden aile ortamına geçiş aşaması olarak tarif ettim. Ama bunun tam tersi pek çok sayıda vakada geçerlidir. Çok sayıda hasta tam bir hastaneye hiç girmeden, günlük hastaneye gidebilir. Hasta psikiyatristinden düzenli olarak ofis terapisi almaya devam ediyorsa, bu durum çok sık görülür.

Pek çok kişinin aklında, psikiyatrik günlük hastaneler akıl hastalıklarıyla ilgili eski moda fikirlerle bağlantılı değildir. Düzenli bir psikiyatri hastanesine gitme fikrini reddeden çok sayıda hasta günlük bir hastaneye gitmeye itiraz etmez. Genellikle aile de bu düzenlemeyi kolayca kabullenir. 'Günlük merkez' terimi 'günlük hastane'den daha uygun görünmektedir ve daha sık kullanılmaktadır.

Yarı Terapi Evleri ve Benzerleri

Yarı terapi evleri, hastanedeki durumlarıyla tam rehabilitasyon arasında kalan hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan ikamette ayrılmış merkezlerdir. 'Yarı' tam olarak sözlük anlamıyla düşünülmemelidir. Bazı hastalar yarıdan çok, bazıları az ilerleme göstermiş olabilir. Çok da iyileşmemiş yarı ev sakinleri gün boyunca düzenli bir günlük hastaneye de gidebilirler.

En sık görülen yarı terapi evler eski pansiyonlar veya bir hayırsever tarafından bağışlanan eski evlerdir. Çok sayıda yarı ev hastanın kalabileceği, sınırların pek de sıkı uygulanamadığı altı günden bir seneye kadar uzayabilen azami zaman dönemleri belirler. Zaman sınırlaması politikası yarı-evden pek çok kişinin yararlanmasını sağlamakla kalmaz, onlara buranın daimi bir düzenleme olmadığını da hatırlatır. Topluluğa tekrar katılmak için çalışmaları gereklidir.

Genel olarak yarı (terapi)-evler kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır. Bazıları hiçbir ücret almazken, nedense bazıları çok pahalıdır. Personelin pozisyonları süreklidir ve bunlar en azından pratik-davranışsal açıdan, kalanların psikolojik problemleriyle ilgilenmek için yetiştirilmişlerdir. Sosyal görevliler ve gönüllüler de personelin bir parçası olabilir. Kalanlar belli bir disiplin içinde olmalı ve kurallara uymalıdırlar. Disiplin katı değildir ve disiplin cezalarından önce, ihlaller burada kalanlar arasında tartışılır. Kalanlara kurum içinde değişen görevler verilir.

Genel bir kabullenme ve arkadaşlık ortamı bu tip yarı-evlerin özelliği olmasına rağmen, genel politikaları farklıdır. Hastanın özel gereksinimleri için en uygun olanının seçilmesi zorun-

ludur. Bazı yarı-evler 'yüksek beklenti merkezleri' olarak adlandırılır. Burada hastaların derslere devam etmeleri veya çalışmaları veya ikisini birden yapmaları beklenir. Diğerlerinde beklentiler orta derecelidir. Tüm yarı-ev çeşitlerinde, atmosferin, gerilemeci özelliklerle, pasiflikle ve kendi kendini ihmal etmek gibi belirtilerle savaşılmayan kronik hastalar için bir kuruma benzemesinden korkulduğundan, aşırı hoşgörülü davranılmaz. Beklentileri yüksek olan yarı-evlerin düşük beklentili yarı-evlerden daha iyi sonuçlar verdiği söylenmektedir. Ancak bu farkın hastaların seçiminden kaynaklanıp kaynaklanmadığını söylemek zordur.

Maalesef ülkenin büyük bir bölümünde gereksinimlere cevap verecek yeterli sayıda yarı-ev bulunmamaktadır. Bu tip kurumlar şizofreniden başka psikiyatrik durumdaki hastalara da hizmet verirler. Ancak alkolikler, uyuşturucu bağımlıları, fetişistler, teşhirciler ve travestiler kabul edilmezler. Bazı yarı-evler uzun süreli kalışlar için düzenlenmiştir ve kesin iş olanakları da içerir. Bazıları kırsal bölgelerdedir ve çiftlik olarak adlandırılabilirler.

Psikiyatrik hastaların hastane sonrası bakımlarıyla ilgili pek çok araştırma yapmış olan psikiyatrist Dr. Israela Zwerling önce hastane tedavisi esnasında küçük hasta gruplarının kurulmasına, ikinci olarak da bu hastaların bir birim halinde toplulukta bir eve yerleştirilmelerine önem verir. Bu Palo Alto Veteran Administration Hastanesi'nde, Dr. Fairweather ve yardımcılarının hastalarına verdiği bakımın tanımıdır.

'Onlar (Dr. Fairweather'in personeli) hastanede dört haftalık bir planlama döneminden sonra, topluluk içerisinde karşılacakları problemleri ve bunların olası çözümlerini tartışmak amacıyla bir motele (The Lodge) taşınan yetmiş beş kronik hastadan oluşan bir grup üzerinde çalışmışlardır. Personelden birinin özel bir görevden kaynaklanan istisnai ziyaretleri dışında, Lodge tamamen hastalar tarafından organize edilmiş ve işleri yürütülmüştür. Topluluktaki işler tek tek hastalar tarafından yürütüleceği yerde Lodge birimlerince ele alınmıştır; kısa bir süre için çalışması mümkün olmayan bir hastanın sorumluluğu, işin kaybedilmemesi için diğer

Lodge üyelerince üstlenilmiştir. Lodge'u devam ettirebilmek için gerekli olan, alışverişi, yemeği veya muhasebe defterlerinin tutulmasını kimin üstleneceği gibi bazı yaşama ve çalışma düzenlemeleri, kimin dışarıdaki hangi işi yapacağının kararlaştırılması, Lodge'de yaşayanların katıldığı grup toplantılarıyla belirlenmiştir. Sonuçlar gerçekten etkileyicidir; dikkatle seçilmiş kontrol grubunun %24'ünün hastane dışında kalmasının ve sadece %3'ünün tam zamanlı çalışmasının tersine ilk altı ayda Lodge grubunun %63'ü hastane dışında kalmıştır ve bu dönemde %50'si tam zamanlı işlerde çalışmışlardır. Otuz aylık izleme döneminde bu çarpıcı farklılık sürmüştür. En ilgi çekici olan ise tek tek incelendikleri zaman hastaların bulgularında fazla bir değişiklik olmamasıdır. Lodge ortamında bu bulgular hastaları yeteneksizleştirmeyi bırakmışlardır. Lodge'un sosyal yapısı, eğer hasta yalnız olsaydı onun toplulukla baş etmesini engelleyecek bir yetersizliğinin gruptaki diğer insanlar tarafından kapatıldığı, aşırı etkili bir karşılıklı destek sisteminin gelişmesine izin vermiştir.'

Günlük merkezlerin, yarı-evlerin, eski hasta kulüplerinin birtakım özelliklerine sahip olmaları nedeniyle tanımlanması güç, rehabilitasyon sağlayan bazı kuruluşlar da vardır. New York'taki Fountain House ilk kurulanlarıdır ve herhalde hâlâ da en iyi bilinenidir.

Fountain House bir kuruluş olarak 1940'ların başında Rockland Devlet Hastanesi hastaları tarafından kurulmuştur. 1948'de fonlar Manhattan'ın ortasında kahverengi tuğlalı bir ev alabilecekleri kadar artmıştır. 1950'lerde John Beard'ün yönetiminde günlük bir program da eklenmiştir. Fountain House hastalarının, ait olma ve gereksinilme duygusunu tekrar kazanmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Arkadaşlık, beraber çalışma, birbirine yardımcı olma gibi yaklaşımları olan, normal ailelerden farklı, yeni ve genişlemiş bir aile yaratmaya çalışır.

John Beard'ın *Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health* tarafından yayınlanan bir çalışmada geçen aşağıdaki sözleri anlamlı ve aydınlatıcıdır:

"İnsanlar kendilerini önemli hissetmek isterler ve bunun için de önemli hissetmelerini sağlayabilecek bir ortamda bulunmaları gerekir. Biz en azı beklediğimiz müşterilerle çalıştığımız için, personelimiz herhangi bir başarı veya işin önemli olduğunu düşünür. Restoran projemizi düşünün. Bu projede çok hasta, on yedi tane konuşma özürlü hastamız çalışıyor, gerçek maaşlar alıyorlar, kâr eden gerçek bir iş yerinde çalışıyorlar. Personel bu tip bir başarıya karşılık verebilir."

Fountain House'da bulunan en çok iyileşmiş, en iyi hastayı bile düşündüğümüzde ve onu incelenmesi için psikiyatrik bir uzmana götürdüğümüzde, eğer bu kişi yetkiliyse, ona yine de şizofreni teşhisi koyacaktır. Ama bu hiç de ilgili değildir çünkü bu kişinin toplumda işlevi vardır. Teşhis sadece akademik hale dönüşür. Bu yüzden benim inancım, şizofrenlerin toplulukta kötü durumda olmalarının nedeninin bizim onların ego fonksiyonlarını en çoğa çıkaracak tipte deneyimler edindirmede başarısızlığımız olduğudur.

Beard, Fountain House personelinin, hastanın hastalığı veya hastalığının geçmişinden çok hastaya bilmesi gerekenleri öğretmekle ve toplulukta yaşamak ve çalışmak ve onurlu bir yaşam sahibi olmak için gerekli desteği vermekle ilgilendiklerini de belirtmiştir.

Yukarıdaki rapor yazıldığında (1971), Fountain House'da elli beş tam zamanlı ve on yarı zamanlı personel vardı. 47. Sokak'taki kahverengi tuğlalı ilk Fountain House'un tam karşısında kurulan şimdiki Fountain House'un maliyeti yaklaşık 2 milyon dolardı. Üyelerinin yüzde sekseninden fazlası bir zamanlar şizofren teşhisi koyulmuş kişilerdi. Günlük aktivitelere 300'den fazla, hafta sonları ve akşamüstü faaliyetlerine ise daha da fazla kişi katılmaktadır. Sosyal program, müzik, dinlenmek, değişik oyunlar oynamak, beraber televizyon seyretmek gibi pek çok olanağı kapsamaktadır. Çoğu akşamüstleri veya hafta sonları yapılan aktivitelerin içinde tiyatro, fotoğrafçılık, yüzme, basketbol, sinemalara gitmek, grup tartışmaları vb. de vardır.

Fountain House aktivitelerin en etkileyici bölümü hastaları işe hazırlamayı ve onlara iş bulmayı amaçlayan mesleki programdır. İki aşamalıdır:

1. Fountain House ortamında yürütülen meslek öncesi aktiviteler. Üyeler resepsiyon bürosunda, hediyelik eşya dükkanında, barda, yemek salonunda veya eğitimsel aktivitelerde çalışırlar.
2. New York'da pek çok işyerinde veya dükkanda yerleştirme. Sears, Roebuck, Newsweek dergisi gibi büyük firmalar ve bankalar bile bu programa katılmışlar ve Fountain House üyelerine 'geçici işler' önermişlerdir.

Diğer önemli rehabilitasyon merkezleri Philedelphia'da Horizon House, Pittsburgh'de Council House, Chicago'da Thresholds, Los Angeles'ta Partal House ve Cleveland'da Hill House'tur.

Mesleki Rehabilitasyon ve Eski Hasta Kulüpleri

Yarı-evlere ve rehabilitasyon merkezlerine bağlı olanlara ek olarak, mesleki rehabilitasyon için diğer programlar başka yerlerde yürütülmektedir ve daha da fazlasının kurulması umut edilmektedir. Topluluk Hastanesi Endüstri Rehabilitasyonu Programı Brockton'daki Masachusetts Veteran Administration ile bağlantılıdır. Hastalar bir yandan eğitimsel ve el sanatları terapilerine katılırken diğer yandan yaptıkları iş için ücret alırlar.

Goodwill Industries'in bünyesindeki ulusal programlara ait 141 çalışma grubu psikiyatrik geçmişi olan kişileri kabul etmektedir. Kronik Yinelenen Hastalıklara Rehabilitasyon Merkezi'nin bir parçası olan Altro çalışma grupları da psikiyatri hastalarını kabul etmektedir. The National Association of Sheltered Workshops bünyesindeki 1300 çalışma grubunun yaklaşık bin tanesi psikiyatrik tanılı hastaları kabul etmektedir.

Bazı rehabilitasyon merkezlerininkine benzer programlar düzenleyen çok sayıda kulübün en büyüğü 1937'de kurulan ve şimdi 5000'e yakın üyesi bulunan Recovery, Incorporated'dir.

Yukarıda tanımlanan ve Amerika'da bulunan olanaklar, İngiltere'de de bulunabilir. Ancak bu tip olanakların sağlanması artan taburcu etme politikasına paralel değildir. Topluluk hizmet-

leri, toplulukta sayıları sürekli olarak artan hastalara yeterli olmayı başaramamıştır. Bu yüzden yarı-ev tipindeki olanakların çoğu Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından değil de gönüllü kuruluşlarca sağlanmıştır. Yine de, Bölge Sağlık Teşkilatı, Sosyal Hizmet Departmanlarıyla ortak olarak psikiyatrik hastaların rehabilitasyonu için hosteller ve yarı evler oluşturmuştur. Londra'daki Maudsley Hastanesi'nden Dr. Douglas Bennett, hastanenin içinde bulunduğu topluluğa hizmet vermek için, kapsamlı psikiyatrik bakım sağlamak umuduyla bir Bölge Hizmetleri Merkezi kurmaktadır. Burası yarı-evler, eğitilmiş personele sahip hosteller ve asgari düzeyde gözetimin bulunduğu konaklama olanaklarına sahip olacaktır. Hastaların bu olanaklar içinde ilerleyecekleri ve bunları normal topluluk içi yaşama tekrar girebilmek için kullanacakları umut edilmektedir. Maalesef, bu tip yaklaşımlar fazla görülmemektedir.

Ciddi ve Kronik Hastalar

Şimdi bu kitabın en rahatsız edici konusu olan şizofreniyi yenememekle kalmayıp, ciddi ve kronik olarak hasta kalanların sorunuyla uğraşacağız. Eğer bu kitabın okuyucusu, geçmişte veya hatta son zamanlarda şizofreni tanısı konmuş birisiyse, kendini şimdi bizim tanımlayacağımız insan grubuna dahil edemez. Eğer onlardan birisi olsaydı, bu kitabı okuması veya ilk iki üç sayfadan ileri gitmesi mümkün olmazdı. Bu yüzden bu bölümde yazılanlar onun için 'geçerli değildir.'

Bu hasta grubunu tanımlarken bile sevinmemiz gereken bir durum vardır, bu da sayılarının azaldığıdır. Üstelik bu çok hasta insanların grubu içinde bile, en ciddi safhalara nadiren varılmaktadır.

Bu hastaların hiçbirinin uzun bir entelektüel çabayı sürdürmesi mümkün değildir. En hasta şizofrenlerin içine çok farklı klinik görüntüleri de eklemeliyiz. Bazıları kendini acındırmaya, agresifliğe, yıkıcılığa, yüksek sesle konuşmaya, hayali sesleri cevaplamaya çalışırlar. Paranoid fikirler hâlâ ilk safhadaki kadar güçlüdür. Ancak bu hastaların çoğunda yanılsama ve sanrılar ortadan kaybolmuştur veya ortaya çıkarılamamaktadır. Bazı vakalar-

da yine de görülebilirler ama tamamen düzensiz ve duygusal yükten yoksundurlar. Hastaların düşünüş işlemlerinde ciddi düzensizlikler görülür öyle ki fikirleri çok zor anlaşılabilir. Bazı hastaların ileri derecede bölünmenin özelliği olan garip alışkanlıkları vardır. Bazıları sınırlı büyüklükte ve pratik kullanımı olmayan garip nesneler biriktirir. Bunları paketlere koyar ve çok değer verir görünürler, kıymetli eşyalar gibi saklarlar.

Gerilemiş ve kronik durumları yüzünden koğuşlarda bulunan hastalar üzerinde, uzun yıllar önce yaptığım bir çalışmada, bazı hastaların her çeşit kâğıdı; eski mektuplar, tuvalet kağıdı, gazeteler - tahta parçaları, taşlar, yapraklar, sopalar, sabunlar, kaşıklar, ip, bez parçaları, saç tokaları, eski diş fırçaları, tel, fincanlar, tüyler, meyve çekirdekleri, bayat yiyecekler, saç, kurşun kalemler, tükenmezler, taraklar, küçük kutular, kartonlar ve diğer şeyleri istifleyip paketlere sardıklarını görmüştüm. Sadece hastanelerde veya eski akıl kurumlarında uzun zaman kalan hastaların bu tip alışkanlıkları olduğunu düşünmemeliyiz. Zaman zaman taburcu edilmiş veya hiç hastaneye yatmamış bazı insanların şehrin sokaklarında gezindiğini ve yanlarında sanki kişiliklerinin önemli bir parçasıymışçasına bazı nesnelerin tüm koleksiyonunu taşıdıklarını görebiliriz. Daha az gerilemiş ve son zamanlarda bu alışkanlığı edinmiş hastalar sembolik veya gerçek kullanımı olan mektuplar, resimler, gazeteler biriktirebilirler. Ancak daha ileri bir safhada bu şeyleri sadece kullanmak için değil, sadece biriktirebilmek için saklarlar. Sadece bunları kullanmakla kalmaz, diğer gereksiz şeyleri de istiflemeye başlarlar.

Bu istifleme alışkanlığının, garip olmasına rağmen, bir anlamı vardır. Hastanın topladığı gereksiz nesneler hastaya yararlıdır. Onlar hastanın insanlarla ve nesnelerle olan ilişkilerinin son izlerini temsil ederler, bir zamanlar sahip olduğu veya sahip olduğunu düşündüğü önemli ilişkilerin yerine geçerler, dış dünyayla bağlarını korurlar. Biriktirilenlerin aşırı çokluğu ve büyüklüğü hastaya verilen odada saklamalarını olanaksız kılmadıkça, hastayı paketlerinden yoksun bırakmak tavsiye edilmez.

Diğer hastalar, özellikle kadınlar kendilerini olağandışı, acayip, 'dünyanın gözünde garip' şekilde süsleme alışkanlığı gelişti-

rirler. Aşırı miktarda ruj ve göz farı kullanırlar ve yüzlerinin büyük bir bölümünü boyarlar. Bazı hastalar kâğıt ve paçavra parçalarından bilezikler, yüzükler veya kolyeler yaparlar. Her iki cinsiyetten pek çok hasta omuzlarını düğmelerle, küçük kutularla, mantarla veya bozuk paralarla süsler. Bu alışkanlıklar aktivite gereksinimleri, gerileyen aklın kendini geliştirmek olarak gördüğü bir şeyler yapmak için son çabaları olarak yorumlanmalıdır. Hastalığın daha ileri safhalarında, hastalar kendilerine hakim olamazlar, giyinmezler, kişisel gereksinimlerini karşılayamazlar. Yaşamları aşırı pasiflikten veya refleks şeklinde tepkisel hareketlerden ibarettir. Bazılarının yenilir, yenilmez tüm nesneleri ağzına alma veya yemeye çalışma eğilimleri vardır.

Bu kadar ileri safhalardaki hastaların sayısının az olduğunu tekrarlayalım. Bugün psikiyatri kuruluşlarının bu tip hastalara ayrılmış olan koğuşlarını ziyaret etsek, görürüz ki bu hastaların çoğu uzun süredir hastadır, hatta bazıları modern tedavi çeşitlerinin varolmadığı zamanda hastaneye yatmıştır.

İlaç terapisi hastaların aksi, kavgacı, bağıran hareketlerini ortadan kaldırmayı başarmıştır ancak bu ilkel alışkanlıkları ve gerileyen hareketleri yok etmekte daha az etkili olmuştur.

Sorun ciddi ve kronik olarak hasta olan bu kişiler için ne yapabileceğimizdir. Normal yaşama dönemediklerinden, yaşamlarını mümkün olduğu kadar konforlu ve ödüllendirici hale getirmek için neler yapılabilir? Bir neden veya diğeri yüzünden pek de tatmin edici olmayan pek çok olanak vardır. Bunları ayrı ayrı inceleyeceğiz ama kısaca bunlar;

1. Aile yaşamına dönüş
2. Psikiyatrik tedavi
3. Sürekli olarak bir kurumda kalmak
4. İnsan haklarına saygı
5. Toplulukla tekrar bütünleşmedir.

Şu an incelediğimiz hasta grubunda, pek çok bölünme görüntüsü vardır, bunlardan bazıları belli bir eğilime karşı daha yatkındırlar.

Aile Yaşamına Dönüş

Ağır hastaların aile yaşamına dönmesi orta derecede hasta olanlardan çok daha zordur. Her şeyden önce, hasta en basit gereksinimleri için bile idare edilmek zorunda olduğundan, yük daha ağırdır. İkinci olarak, akrabalar sık sık böylesine çetin bir işe girişmenin kaybedilmiş bir dava ve kuşkulu bir görev olduğunu düşünürler. İşe yaramazlık duygusu baskındır ve ilk baştaki coşku ne olursa olsun zaman içinde azalır. Ancak hastalığın kanıtları agresif davranış epizodları olmaksızın hareketsizlik ve tutarsızlıkla sınırlıysa, ciddi olarak hasta olanların evde bakımında, manevi bir ödül duygusu yaşanabilir. Önemli sayıda hastanın yaşlı ebeveyni tarafından sevgi ve şefkatle bakıldığı görülmüştür. Eşler ve büyük ebeveynler bu yükü üstlerine almakta daha isteksizdirler.

Bu tip hastayı evde tutmak uygulanan en zor projelerden biri olmasına rağmen, hastanın bakış açısından hepsinden iyi ve en istenen yoldur. İnsancıldır. Bu hastalara evlerinde sıcaklık ve sevecenlikle davranıldığını görmek ne kadar da dokunaklıdır. Bu genellikle yaşamın daha az karmaşık olduğu köylerde ve küçük kentlerde görülür. Basit bir kural olarak, çok gerilemiş bir şizofreniği evde tutmanın ihtiyarlıktan ötürü bunayan birini veya akıl hastasını evde tutmaktan daha zor olduğunu belirtmemiz şarttır.

Psikiyatrik Tedavi

Ağır hastaların psikiyatrik tedavisi sadece sınırlı sonuçlar verir. Yine de hastanın bir psikiyatristi düzenli aralıklarla ziyaret etmesi, ilaçlardaki olası değişiklikler ve yaşam şartları hakkında genel bir danışma açısından önemlidir. Sadece pek az psikiyatrist bu grup hastalar için psikoterapi uygular. Bu vakaların pek çoğunda terapistin ücreti tıbbi bakım veya tıbbi yardım tarafından ödenir. Bazı klinikler hastanın taburcu edildiği hastaneyle bağlantılıdır, diğer kliniklerse önemsiz bir ücret karşılığında kişisel geliri veya aile desteği olmayan hastalara bakarlar.

Sürekli Olarak Bir Kurumda Kalmak

Kronik ve akıl hastaları için devlet ve bölge hastaneleri gibi büyük kurumlara karşı pek çok şey yazılmıştır. Bunlar hapishanelerle veya sadece bekçilikle uğraşan yerlerle kıyaslanmışlardır. Bu söylenenlerde neyin doğru, neyin yanlış, neyin abartı olduğunu tanımlamamız gerekir. 1948'de Albert Deutsch devlet hastanelerini anlatan *The Shame of the States* (Devletlerin Utancı) adlı kitabı yazdı. Bazı yazarlar tüm hastaların devlet hastanelerinden taburcu edildiğini ve genel hastaneler, hemşirelik evleri veya yeni kurumlar gibi başka yerlere yerleştirildiğini görmek isterler. Bazı Avrupa ülkelerinde, yeni hükümet kuralları kamu akıl sağlığı kuruluşlarının en kısa zamanda kapatılmasını gerektirmektedir.

Bazı yazarlar hastane yaşamının psikiyatrik durumu daha kronikleştirdiğini, yani bulguları devam ettirdiğini kanıtlamışlardır. Geleneksel kurumsal yaşam, tatmin edici değildir ve normal insanlar üzerinde bile ters etki yapabilir. Bu yazarların en ünlülerinden Erving Goffmann kronik akıl hastalarının bu geleneksel kurumlardaki deneyimlerini, hareketlerini ve şartlarını ayrıntılı olarak tanımlamış ve hastanın burada geçirdiği çürüme işlemini ortaya koymuştur.[8] Goffmann'a göre, hastane kişinin kendi kişisel dünyası üzerinde kontrolü olduğunu hissetmesini sağlayacak hareketleri, yani kendisi olduğu duygusunu yıkmaktadır. Kişi otonomi ve inisiyatif gerektiren hareketlerle meşgul olamamaktadır.

Kurumlarda kalan psikiyatri hastalarının her sene artmaya devam ettiği ve bu kurumların hâlâ akıl hastalıkları için hiçbir etkili tedavinin olmadığı dönemlere ait eski prensiplerle düzenlendiği zamanlarda, akıl kurumlarının pek çok tanımı yapılmıştır. Uzun yıllar önce, ne kadar kötü olursa olsun, hastaların büyük bir çoğunluğu için, hastanelerin sadece bekçilik yaptığı bir gerçekti. Ancak bekçiliğin bile daha iyi yapılabileceği ve gözetim kurumunu terapötik bir topluluğa dönüştürmek için çaba gösterilebileceği de ayrı bir gerçektir. Öte yandan, terapötik çevre terapisi hakkındaki yeni gö-

---

8 E. Goffman, Asylums, *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Garden City, N.Y.: Doubleday, 1961).

rüşler henüz denenememiştir ve eski zamanların manevi terapisi de unutulmuştur. Bundan başka, bazı devletlerin hükümetleri, hâlâ ekonomik buhran yıllarının etkisinde olarak, devlet hastanelerinin işletilmesinde en sıkı ekonomiyi tavsiye etmektedirler.

Şansımıza bu durum büyük ölçüde değişmiştir ve hâlâ da daha iyiye doğru değişmeye devam etmektedir. Her şeyden önce, 1955 yılında devlet ve vilayet psikiyatri hastanelerindeki hastaların sayısı 558-922 gibi bir zirveye ulaşırken, 1976'da bu sayı yüzde 65.4'lük bir azalmayla ve Birleşik Devletler nüfusundaki belirgin artışa rağmen, 193.436'ya düşmüştür. İkinci olarak, bu hastaların yüzde 30-40'ı yinelenen epizodlar yüzünden tekrar başvuruda bulunmuşlardır. Yeni politika hastaları mümkün olan en kısa zamanda taburcu etmeyi ve sonucun belirsizliğiyle daha az ilgilenmeyi öngörmektedir. Üçüncü olarak, diğer bir büyük yüzdeyi yeni başvurular ve tekrar başvurular oluşturmaktadır. Eğer hastaların çoğunluğunu yeni veya tekrar başvurular oluşturuyorsa, hastane artık gözetim ve bekçilik yeri olmaktan çıkacaktır. Ancak sürekli bakım ve gözetime gereksinen en önemli kesimi oluşturan gerilemiş hastalar sorunu hâlâ vardır. Hasta sayısı azaldığı için artan ekonomik olanaklar bu az sayıda kalan hastanın yaşam stilinin geliştirilmesine yöneltilmelidir. Sorunu inkâr etmek ve tatminkar alternatifler sağlamadan bu kurumların kapatılmasını emretmek hiç de gerçekçi görünmemektedir.

Bazı özel hastaneler çok gerilemiş birtakım hastaları kabul etmektedir, ancak ücret öyle yüksektir ki sadece pek az insan bunu karşılayabilmektedir. Üstelik, bu hastaların bakımını üstlenmek isteyen özel hastanelerin sayısı da hızla azalmaktadır. Her vatandaş, yasa koyucuları kronik akıl hastalarının hastane koşullarında önemli ilerlemeler kaydedilmesi için daha fazla şeyler yapmaya zorlamalıdır.

Toplulukla Tekrar Bütünleşme

Şizofrenisi iyileşmekte olan veya hastalığı süreğenleşen hastalar için toplulukla tekrar bütünleşmek harika bir olay bile olsa, bu bölümde tanımladığımız en önemli kesime ait kişiler arasın-

da nadiren görülen bir olaydır. Bilmeliyiz ki bazı yazarların inanmamızı istediklerinin tam tersine, bu hastaların en önemli sorunu kurumlarda yaşamak değil, akli durumlarının ciddiyetidir.

İyi niyetli ama hiç de gerçekçi olmayan bir atılımla düzenli bir topluluğa uyabilmek için hiçbir şansı olmayan hastalar, hastanelerden taburcu edilmişlerdir. Dışarıdaki dünyada yapabilme şansları çok küçük de olsa, hastaların taburcu edilmesine karşı değilim. Bu hastaların tekrar başvuracağı ve bunu izleyen döner kapı politikasından da rahatsızlık duymuyorum. Döner kapı kapalı kapıdan daha iyidir. Şüphesiz ki, bu hastaların rehabilitasyonun değişik aşamalarından geçmeleri için, olası her şekilde yardım görmeleri taraftarıyım. Ancak çok ağır akıl hastalarıyla ilgili düşünülmesi gereken bir dizi sorun vardır. Sorun hastaya tatmin edici (veya daha az tatminkar olmayan) bir yaşam sağlayabilmek için nasıl yardım edilebileceğidir. Pek çokları ehliyetsiz ve kötü yöneltilen pansiyon evlerde yaşamaktadır. Bu hastalar sokaklarda amaçsızca dolaşmakta, sıklıkla kiliselerin, tren istasyonlarının kapılarında veya havanın daha az sert olduğu sokak köşelerinde yatmaktadırlar. İstiflenmiş nesnelerinin paketlerini taşıyarak tıraşsız, kirli, bir deri bir kemik kalmaktadırlar. Bazıları çeteler veya uyuşturucu bağımlıları tarafından dövülmekte ve soyulmaktadır. Pek çok topluluk bu insanların görüntüsüne kızmakta, merhamet değil sadece hınç duymaktadır. Albert Deutsch yaşasaydı, devletlerin ikinci utancı hakkında bir kitap yazması için çok iyi bir nedeni olacaktı.

Vatandaşlık Haklarına Saygı

Çok ciddi akıl hastalarının bile vatandaşlık haklarına saygı duyulmalıdır. En liberal kurumda kalmak bile, ilgili yasa işlemi olmaksızın yapılmaması gereken, bazı özgürlüklerden mahrum olmak anlamına gelir. Son yıllarda, eyalet yasalarıyla bir kurumda kalmanın kriterleri değiştirilmiştir. Hastanın rızası olmadan hastaneye yatırmaya ancak hastanın kendisine veya başkalarına çok yakında zarar vereceği gösterilebilirse başvurulabilmektedir. Kendisine veya başkalarına zarar vermenin uzak veya küçük bir olasılık olması artık pek çok eyalette yeterli değildir.

1960'lardan beri tedavi hakkı hareketi hız kazanmıştır. Eğer bir kurum, rızası olmadan hastaneye yatırılan bir hastaya yeterli tedavi sağladığını kanıtlayamıyorsa, hasta kendi arzusuyla bırakılabilir. Şüphesiz kronik ve ciddi olarak hasta olan akıl hastalarının alacağı yeterli tedavinin standartlarını belirlemek zordur. Gerilemenin en ileri safhalarına ulaşmış hastalara hiçbir tedavi yeterli değildir. Mutlaka ortam insancıl, uzman personel nitelik ve nicelik olarak yeterli olmalı ve her hasta en azından asgari bireysel ilgi görebilmelidir. Ama bu özellikler yeterli tedavi tanımlaması için kafi midir? Hastaların hâlâ bazı yasal ve psikiyatrik çevrelerde tartışılan diğer hakları vardır. Bunlardan biri en az kısıtlayıcı tedavi hakkıdır. Eğer gönülsüz kapatılma yerine bir başka tedavi konulabiliyorsa, bu tip tedavi seçilmelidir.

Pek çokları hastanın ne kadar hasta olursa olsun, psikocerrahiyi, elektroşoku, ilaçları ve hatta psikoterapiyi reddetme hakkına sahip olduğuna inanırlar. Ben psikocerrahinin ortadan kaldırılmasını destekliyorum. Gelecekte geliştirilecek yöntemlerin veya şimdi görülmeyen olanakların uygulanmasını engelleyen beyne verilen zararın geri dönülmezliği herkesi bu tip bir tedaviye başvurmamaya ikna edebilmelidir. Diğer tedavi yöntemlerini önerdiğimde, her zaman hastalarımı buna ikna etmeyi başarmışımdır. Ancak bunu yapmanın her çeşit tedaviyi kabul etmeyi reddeden birkaç ciddi hastayla zor olabileceğinin farkındayım. Varolan tedavi çeşidiyle çok az ilerleme umudu olan veya hiç ilerleme umudu olmayan az sayıda hastaya bile baskı yapmamak önerilebilir. En azından bu şekilde hasta, hâlâ yaşamını yönetebildiği duygusunu korumuş olur.

Hastaların vatandaşlık haklarına saygı sorunu İngiltere'de kuvvetle tartışılmaktadır. 1937 Akıl Sağlığı Hareketi hastaların haklarında geniş değişiklikler yapmıştır ama şimdilerde modern psikiyatri ile bağlantısı açısından tekrar incelenmektedir. Akıl sağlığı bakımı konusunda çalışan pek çok kişi bu tartışmalara katılmıştır. Ama reform için esas hamle gönüllü kuruluşlardan gelmiştir. İngiltere'de bunların en önde geleni Ulusal Akıl Sağlığı Birliği'dir. (National Association for Mental Health - MIND).

Son Sözler

Kronik ve ciddi olarak hasta olanlara karşı genel yönlendirme ne olmalıdır?

1. Topluluk bu insanlara karşı daha toleranslı bir tavır takınmak için eğitilmelidir. Her şeyden önce topluluğu bu insanların, hiçbir zaman şizofrenik bozukluk geçirmemiş eşit sayıda insandan daha fazla tehlikeli olmadıklarına inandırmamız gereklidir.
2. Yasa koyucular akıl hastalarının barınak ve onurlu yaşama düzenlemelerine olan büyük gereksinimlerine karşı uyanık olmalıdırlar. Eski devlet hastanelerini düzenli işleyebilmek için gerekli minimum kuralların uygulanarak insanların tutulduğu yaşama bölgelerine dönüştürmek mümkün olabilir.
3. Bazı iyimser insanların savunduğu çok gerilemiş kişiler için hastalık sonrası bakımın topluluk içinde kurumlardan daha ucuz olacağı inancını yıkmalıyız. Eğer onlara şimdiki yetersiz koşullardan daha iyi olanaklar sağlamak istiyorsak, toplum daha fazla para harcamaya hazırlıklı olmadır. Yardım etme, kurtarma, iyileştirme için gösterilen her çabada rehber en ekonomik olanı değil, terapötik amaçlarımıza en yakını bulmak olmalıdır.

Çok gerilemiş şizofrenlerin önemli bir kesiminin insancıl tedavisi yalnız veya daha çok psikiyatrik bir problem değildir. Bu toplumun tümünü kapsayan bir problemdir. Toplum işe karışmalı ve ana sorumluluğu üstlenmelidir. Bir toplumun ulaştığı medeniyet derecesi iyileşmeyecek hastaları için yaptıklarından anlaşılır. Toplumun insancıl ruhu bu tip hastalara karşı takındığı merhametli ve işbirlikçi tavırlardan daha iyi hiçbir şekilde somutlaşamaz. Bunun tersine, toplumun indiği vahşet derecesi hastalar için yapmayı planladıklarıyla ortaya çıkar. Vahşetin en son örneği Nazi Almanya'sının İkinci Dünya Savaşı sırasında ağır akıl hastaları için bulduğu 'çözüm'dür.

Onuncu Bölüm
ÖZEL DURUMLAR

Terapötik Asistanlar ve Psikiyatrik Arkadaşlar

Eski yıllarda hastalığı süreğenleşen veya ağır hasta olan ve ailesiyle yaşamaya devam eden hastaların tedavisi ve rehabilitasyonunda sık sık bir terapötik asistanın veya psikiyatrik arkadaşın yardımına başvururdum. Bu yönteme şimdiye göre eskisinden daha sık başvurmam pek çok faktörün kombinasyonuna bağlıdır.

1. Bu durumdaki hastalarla özellikle de genç erkek hastalarla uğraşmayı arzulayan insanlar bulmak daha zorlaşmıştır.
2. Bu yöntemin artan maliyeti çok kişinin ulaşabilmesine engel olmaktadır.
3. Bu yöntem kullanılmaya başlandığında var olmayan ilaç terapisi, bulguların tedaviyi izleyen değişimiyle bazı vakalarda yine de istenmesine rağmen bir asistanın veya yardımcının varlığını daha az gerekli hale getirmiştir.
4. Aradaki yıllarda hastanın psikodinamiğinde ailenin rolü hakkındaki yerleşik kavramlar tekrar değerlendirilmiştir.

Bu nedenler 8. Bölüm'de tanımlanan şekillerde aile üyelerinin işbirliğine katılmasını teşvik ederek, terapötik asistanların sadece özel durumlarda kullanımı sınırlamasını getirmişlerdir.

Bu özel durumlar, hastanın gereksinimlerinin akrabaları tarafından karşılanmayacak kadar fazla olması veya ailenin duygusal ortamının çok karmaşık, çok çatışmalı ve değiştirilmesi olanaksız hale gelmesiyle ortaya çıkarlar. Bu durumlarda terapötik asistan veya psikiyatrik arkadaş niteliğindeki bir yabancının kullanımı hastaneye yatırmayı gereksiz hale getirebilir.

Psikiyatri eğitimi almış bir hemşire, büyük bir anlayış ve sempatiye sahip bir kimse veya psikodinamik psikoterapiyle uğraşmış veya başarıyla analiz eden biri, uzman bir terapötik yardımcı haline gelebilir. Bu işlemi başlatan psikiyatrist John Rossen gibi, ben de bu amaçla eski psikotik hastaları kullandım. Onların yaşamış oldukları deneyimler daha önceden belirtilen niteliklere yeni ve zengin bir boyut kazandırmaktadır. Şüphesiz ki bütün eski hastalar bunun için uygun değildir ve çok küçük bir azınlık bir akıl hastalığını tekrar derinlemesine paylaşmaya isteklidir. Ancak gerçekten istekli olduklarında, sonuçlar genellikle çok ödüllendiricidir. Terapötik arkadaş yardım etmek, desteklemek, paylaşmak için hep oradadır.

Tedavinin belirli bir aşamasında asistan özellikle değerlidir. Psikoterapinin sonucunda hasta sanrılarını ve varsanılarını kaybettiğinde, hâlâ belirsiz bir tehdit edilme endişesi olabilir, bu soyut ve dağınık bir duygudur ve hasta buna karşı kendisini geri çekerek savunmak istemektedir. Terapötik arkadaş bu duyguyu yok etmek için oradadır. Böyle bir arkadaş bir aile üyesinin işi, taahhütleri veya diğer nedenlerle hazır olamadığı durumlarda da hazırdır. Hastanın uzun bir zaman dönemi için güvenebileceği birisi vardır. Terapötik asistan dış dünyaya açılan yolu hazırlar, çevre korkusunu ortadan kaldırır. Şüphesiz ki bu korku terapistle yapılan daha derin bir iç çalışma olmaksızın yenilemez. Ama terapötik arkadaş psikodinamik anlayış, terapistle kurulan bağlar ile dış dünya arasında somut bir bağ kurmak için oradadır. Asistan çabucak hastanın korktuğu pek çok şeyin aslında var olmadığını ve de incitecek güçte olmadığını hastaya gösterir. Çok sayıda vakada, terapötik asistanlar hastaya ailenin bir üyesinden daha güven verici ve emin gelir.

Hastanın bulguları zayıfladığında, terapötik arkadaşın çalışmaları bunların yok olmalarını çabuklaştırabilir.[1] Örneğin hasta zalimlerin korkusuyla veya yanlış seçim yapma korkusuyla dükkanlara gitmek istemeyebilir. Oysa terapötik arkadaşın varlığıyla, hasta dükkanlara gidecek, seçim yapacak ve zalimleri görmeyecektir.

Çok sayıda vakada, terapötik arkadaş hastaya, kendisine zararlı ve yıkıcı olan, dünyayla kopukluğunu arttıran bazı alışkanlıklarından ve bulgularından kurtulmasında ailenin herhangi bir üyesinden daha iyi yardımcı olabilir. Düzeltilmediği takdirde, bu alışkanlıklar kalıcı olabilir ve hastanın tüm yaşamında kökleşme eğilimi gösterirler. Ancak bunlar görüldükleri kadar dirençli değildirler. Başka bir insanla beraber olmanın getireceği sıcak duygu bile hastanın bu alışkanlıkları bırakması için yeterlidir. Terapist, görüşmeleri sırasında ortaya çıkmadığı için ya da fark edilmez olduklarından, bu yıkıcı alışkanlıkların farkında olmayabilir. Öte yandan aile üyeleri bunlara öyle alışmışlar, öylesine olağan kabul etmişlerdir ki, bunlardan terapiste bahsetmek gereksinimi bile duymazlar. Terapötik asistan bunları gözlemleyecek, terapiste bildirecek ve nazikçe düzeltecektir.

Alışkanlıklar ve genel davranışlar hakkında söylediklerim bulgular için de geçerlidir. Aile üyeleriyle ilgili 8. Bölüm'de önceden bahsedilen bazı işlemleri burada da tekrarlamak ve biraz irdelemek yararlı olabilir. Çok sayıda terapist hastanın ne zaman varsanılar göreceğini veya bu varsanıların içeriğinin hangi hareketlerle ifade edileceğini bilmez. Ama terapötik asistan kimi zaman hastanın yüz ifadelerine ve vücut duruşlarına olan yakınlığı yüzünden bir iki dakika sonra varsanılar göreceğini ve bu deneyimini tepkisel bir davranışla dışa vurabileceğini bilir. Terapötik arkadaş nazikçe ona yaklaşır, onu uyarır ve başka aktivitelere katılmasını sağlayarak varsanılar görme olasılığını azaltır. Terapist bu bulguları yorumlamaya ve onları gereksiz kılmaya çalışırken, terapötik asistan hastaya bunları önlemenin yollarını gösterir. Bu önleme terapisinin mekanik koşullu refleks terapisiyle ilgisi yoktur ama başka bir insanın sıcak yaklaşımıyla ilgisi vardır. Bulgulardan kaçınmakla kastım, bulguların ortaya çıkamayacağı durumlar yaratmak ve bunların kolayca görülebileceği durumlardan kaçınmaktır. Örneğin hastanın yalnız kaldığı zamanlarda ayinler düzenlemek gibi bir eğilimi varsa, hasta mümkün olduğu kadar az yalnız bırakılmalıdır. Kaçınma terapisi semptomatik tedaviden ötedir, bulgular ve alışkanlıklar daha sık ortaya çıktıkça daha güçlü ve dirençli olmaya başlarlar.

Terapötik arkadaşın yardımını alan bazı hastaların erken çocukluk dönemine dönme, asistanı bir hemşire-anne gibi görme eğilimleri vardır. Ama terapötik asistan aile fertlerinden bile daha iyi derecede hastayı zorlamadan, büyümesini etkilemeden sert ve kırıcı olmayan yumuşak bir itişte bulunabilir. Önceden edinilmiş fikirlerden, programlardan veya günlük aktivitelerdense, hastaya gösterilen yoğun ilgi, terapötik asistana bir eğilime karşı koymak veya geri çekilmek için uygun zamanı daha iyi gösterir.

Terapötik asistanın çalışması sırasında sayısız komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bunların çoğu asistanı bir kişi olarak kabul eder, aynen terapistin karşı aktarım sırasındaki duyguları gibi. Pek az vakada terapötik arkadaş hastayı, önemli ölçüde gelişme göstermesine rağmen yardıma gereksinimi olan biri olarak görme eğilimindedir. Arkadaş hastayla daha az zaman geçirmeye veya bakımı azaltmaya istekli değildir. Hasta için çok güçlü merhamet duyguları geliştirmiş olabilir öyle ki onunla çalışmayı bırakması çok güçtür. Ayrıca bu karşı aktarım iyi bir terapötik ilişki için bir gerekliliktir. Tüm bu duygular analiz edilmeli ve terapistle terapötik asistanın katılacağı belli aralıklarla yapılan toplantılarda bunlara bir çözüm bulunmalıdır.

Diğer bir güçlük hastanın bazı vakalarda arkadaşı için beslediği düşmanlıktır. Bunun nedeni ya bağımlı olmaya içerlemesi ya da asistana duyduğu sıcaklıktan korkması veya onu geçmişteki önemli biriyle özdeşleştirerek paranoid çarpıtmalarla görmesi olabilir. Tüm bu durumlar bunları hastayla tartışacak olan terapiste mutlaka bildirilmelidir.

Terapistle terapötik arkadaşın rekabete giriştiği veya birbirlerine karşı çalışır gibi göründükleri üçgensi durumlar hastanın yüzünden ortaya çıkabilir. Hasta kendi tedavisi hakkında terapistle terapötik arkadaş arasında bir uyumsuzluk olduğunu hissederse veya terapist veya terapötik arkadaş ve bir ebeveyni arasında böyle bir şey olduğunu düşünürse, rahatsız olmaya başlar. Bazı vakalarda bu rahatsızlık, hastanın çocukluğunda neden olduğu veya kurbanı olduğu ebeveyninin arasında varolan anlaşmazlık duygusunun hareketlenmesiyle ortaya çıkabilir. Problemler hastayla

açıkça tartışıldığında ve değişik konulardaki yanlış anlamalar aydınlandığında, bu rahatsızlık çabucak ortadan kaybolacaktır.[9]

Acil Durumlar

Tıbbın diğer dallarıyla karşılaştırıldığında, psikiyatride pek az ciddi acil durum vardır. Psikiyatride rüptüre apadisit, perfore ülser, strangüle herni veya koroner yetmezliğiyle karşılaştırılacak tek bir durum yoktur. Çok ciddi psikiyatrik bozuklukları olan psikiyatri hastalarının çoğu bile bir psikiyatristi görmeden önce yirmi dört saat bekleyebilir. Ancak psikiyatride de birkaç acil durum görülür. Aile üyelerinin acil durumu bir doktora bildirmeleri zorunludur. Hiç doktor yoksa, hastayı hastaneye götürmelidirler. Pek çok genel hastanenin acil psikiyatri kliniği veya bir psikiyatristin hastayı incelediği, ona ilk yardım yaptığı ve gerekli tavsiyelerde bulunduğu ayakta tedavi kliniği vardır.

Hastaneye telefonla ulaşılıyorsa, aile üyeleri hastanenin akut bakım hizmetlerini sağlayıp sağlamadığını sormalıdır. Bazı bölgelerde, bu tip acil durum ünitelerini bulmak kolaydır. Örneğin New York ilinde bu hizmeti veren dokuz hastane vardır. Aile üyesi hastanın bakım alanına veya hastanenin kapsadığı şehir bölgesine ait olduğunu belirtmek için hastanın adresini vermeye hazırlıklı olmalıdır. İngiltere'nin büyük şehirlerinde pek çok genel hastane psikiyatrik vakalar için yirmi dört saat çalışan acil durum hizmetleri sağlar.

Bazı coğrafi bölgelerde akut bakım üniteleri bulmak zor olabilir. Ama herhangi bir hastanenin danışma bürosu bu hizmeti veren en yakın hastanenin adresini verebilir.

Şansımıza bu tip hizmetlere gereksinme duyan şizofrenlerin sayısı, insanın düşünebileceğinden uyuşturucu bağımlılarından, alkoliklerden, akut maniklerden veya intihara yatkın ciddi olarak depresyona girmiş hastalardan daha azdır. Ama şizofren bir hasta için de bir acil durum söz konusu olabilir. O da intihara eği-

---

9 Bkz. Sally Lorraine, *'The Therapeutic Assistant in Treating the Physchotic'* 'International Journal of Psychiatry, Vol. 10 (1972): 11-22.

limli, saldırgan, kavgacı, dayanılmayacak kadar gürültücü veya kontrol edilemeyen antisosyal tepkiler veren biri olabilir. Bu tip hastalar göze battıklarından çok sayıda gibi görünürler, ama şizofreniklerin toplamıyla karşılaştırıldığında çok değillerdir. Neredeyse bir milyon kişinin yaşadığı Amsterdam'da belediyenin sağladığı sağlık hizmetleri psikiyatrik acil durumlar için dünya çapında bir üne sahiptir. Bu hizmet öylesine az talep edilmektedir ki görevli psikiyatrist uyuyabilmekte ve nadiren rahatsız edilmektedir. En azından birkaç sene öncesine kadar, Boston'daki Massachusetts Mental Health Center ve St Louis'deki Malcolm Bliss Mental Health Center gibi yirmi dört saat ayakta tedavi veren kliniklere gece yarısından sonra bakıma gereksinen pek az kişi gelmiştir.

Bazı yazarlar acil durumu, hemen görülen ve toplulukta varolan olanaklarla halledilemeyen durumlar olarak tanımlarlar. Diğerleri (H. Resnik ve H. Ruben) acil durumu ani, tahmin edilmeyen, karşılık verilmezse yaşamı tehdit eden veya psikolojik olarak yıpratan sonuçlara neden olabilecek bir olay olarak tanımlarlar.

Acil durum hizmetlerinde, şizofrenleri içermeyen vakaların çoğu evlilik sorunlarıyla, ebeveyn-çocuk kavgalarıyla, travmatik cinsel deneyimlerle, yakın bir akraba veya arkadaşın ani ölümüyle, zehirlenme, alkolizm veya uyuşturucuların sonuçlarıyla ilgilidir. Bu vakaların çoğunda etkisi olan ve buna neden olan olayları bulmak görece kolaydır. Bazı yazarlar (L. Bellak ve L. Small) bazı özel kriz durumlarında kullanılabilecek bir acil durum psikoterapisi çeşidi tanımlamaktadır. Bu, birden altıya kadar uzanabilen terapötik seanslardan oluşmakta ve terapistin çok aktif bir rolü olmasını gerektirmektedir. Bu acil durum terapisi şizofrenik hastalar için belirtilmemiştir.

Şizofrenik hastalarda durum daha karmaşıktır. Bazıları beklenmeyen bir şekilde kendilerine karşı tehlikeli hale gelir ve varsanısal emirlerine cevap olarak intihar girişimlerinde bulunabilirler. Diğerleri yine seslerden gelen saldırgan emirlere uyarak başkalarına karşı tehlikeli olabilirler. Kendilerini korumaya çalıştıkları hayali zalimlere karşı saldırgan eğilimler gösteren paranoid

hastalar hiç de az değildir. Hasta saldırgan, agresif veya yıkıcı hareketlerde bulunduğunda, acil durum açıkça görülebilir. Diğer hastalar acınacak bir karmaşa, heyecan, hiçbir şeye yönelememe, çok garip ve antisosyal hareketler gösterdiklerinde acil durumda sayılabilirler. Akrabalar ve insanlar arasında büyük endişe uyandıran ve acil durum müdahalesini gerektiren şizofrenikler intihar ve cinayet eğilimleriyle değil sanrıları yönünde kabul edilemeyen, tuhaf hareketlerde bulunurlar. İnsanlar yıkıcı mektuplar yazan hatta mala zarar veren hastaları bile tolere edebilmekte ancak toplum içinde mastürbasyon yapan, işeyen veya kaka yapanlara veya teşhircilere veya çocukları rahatsız edenlere tahammül edememektedirler. Bu kategorilerin şizofrenikler arasında şizofrenik olmayanlardan daha fazla olduğunun hiçbir zaman kanıtlanmadığını vurgulamak önemlidir.

Saldırgan paranoid hastalar çok küçük bir azınlıktır ama tehlikeli hale dönüşebilmeleri ve baş etmenin zorluğu daha fazla soruna yol açmalarına neden olur. Hasta genellikle korktuğu zaman tehlikeli hale gelir. Uysal görünen hastalar bile tehditkar görünen ve sanrısal düşünüşlerini pekiştiren bir muameleyle karşılaştıklarında değişirler. Bu da acil bir durumda veya paranoid bir hastanın olası saldırısında polis çağırıp çağırmama sorusunu gündeme getirir.

Polisin müdahalesi vakaların büyük bir yüzdesinde kaçınılmazdır. Maalesef bu tip vakaları halledebilecek nitelikte başka gruplar veya koşullar bulunmamaktadır. Pek çok bölgede, ani ambulans isteği bile polis yoluyla yapılmaktadır. Polisten yardım almak konusunda rahatsız edici düşünceler akla gelebilir. Her şeyden önce polis yasaları çiğneyenlerle ilgilenir ve bu yüzden polisin hastalarla uğraşması bize tiksindirici gelebilir. Öte yandan pek çok paranoid hastanın örgütlü bir toplumun kötülüğüne uğrama ve kurban edilme sanrıları bu şekilde pekişebilir. Başka vakalarda kullanılabilecek farklı yöntemlerin bulunmaması gerçeği çok sayıda polisin, profesyonelleri kıskandıracak ölçüde akli bozuklukları olan hastalarla uğraşmak için yeteneklerini geliştirmelerine neden olmuştur. Bir şekilde hastayı ikna etmeyi veya agresif davranışlarını kontrol ettirmeyi becerebilmektedirler.

Psikiyatrik acil durumların pek azı hastaneye veya diğer psikiyatrik kurumlara götürülememektedir. Bu nadir vakalarda hastayı evinde ziyaret etmesi gereken, bir uzmandır. Psikiyatristlerin çoğu ev ziyaretleri yapmaktan kaçınır ama mutlaka deneyim kazanmaya yeni başlayan ve böyle ziyaretler yapacak vakti olan genç psikiyatristler tanırlar. Psikiyatrik bir ev ziyaretinin en yaygın nedeni, tanıda bulunmak ve hastanın hastaneye yatmaya gereksinimi olup olmadığına karar vermektir.

Bir psikiyatrist koroner yetmezliği, sürüngüren romatizma veya bir kriz gibi ciddi fiziksel yetersizlik durumunda da hastayı evinde ziyaret edebilir. Ev ziyareti için üçüncü bir önemli durum hastanın paranoid korkular veya başka sınırlar veya şizofrenik bulgularına ek olarak evi terk etmesine engel olan fobileri nedeniyle evden çıkmayı reddetmesidir.

Mümkün olduğu zaman, hasta bir psikiyatrik kuruma acil durumda bile gitmeye ikna edilmelidir. Psikiyatristi evine getirebilme gücüne sahip olduğu duygusu, hastayı terapötik durumunu kontrol edebildiğine inandırabilir ve bu duygu ilerlemeyi geciktirebilir.

Ezoterik Tarikatlara Girmek

Eski şizofrenik hastaların veya orta derecede iyileşenlerin veya kronik olarak hasta olanların veya hastalığı süreğeleşenlerin ebeveynlerinin önemli bir bölümü genellikle çocuklarının gizli bir tarikata katıldığını düşünerek bir psikiyatriste başvururlar. Onu artık göremememektedirler. Başka vakalarda girdikleri tarikat evde kalmalarına izin vermektedir ama onlar sadece tarikatın uygulamalarıyla meşgul olmakta veya mitolojisi hakkında konuşmaktadırlar. Ebeveynler ne yapabilir? Bugün daha da çok görülen bu durum tamamen yeni değildir. Kökleri yeni tarikatların çıkmasından önceki benzer olaylara dayanmaktadır.

Psikiyatrik tecrübemin başından beri çok sayıda ön şizofrenin, şizofrenin ve biraz iyileşmiş şizofrenlerin yeni bir dine döndüklerini gördüm. Böylece pek çok amaçlarına ulaşmışlardır:

(1) Ebeveynlerine karşı gelmişler,

(2) Yeni dinde bir şeylerin değişmemesi halinde çözülemeyeceklerine inandıkları sorunlarına çözüm aramışlar,

(3) Umutsuzca olağandışı şekillerde olmasına rağmen karşılıklı tatminkar ilişkiler bulmaya çalışmışlardır (manastır, misyoner çalışması, mistik gruplar gibi).

Genel olarak din değişikliği Batı ülkelerinin büyük dinleri arasında olurdu. Bugün durum değişmiştir. Her şeyden önce, yukarıdaki amaçlara ek olarak, toplumda belirgin düzeyde bir tatminsizlik vardır. Bu tatminsizlik, 1960'ların öğrenci çatışmalarında olduğu gibi politik şekillerde değil, dünyanın mistik görüşlerini benimseyerek ifade edilmektedir. Pek az tarikat Yahudi-Hıristiyan ideolojisinin değişikliklerine veya belirli politik yönlenmelere dayanmasına rağmen, çoğunluğu Hindu ve Doğu kavramlarına dayalıdır. Bazıları cadılıkla ispiritizmanın değişik şekilleriyle uğraşmaktadır.

Yanlış anlaşılmamak için bir noktayı aydınlatmak istiyorum. Hiçbir şekilde bu gruplara katılan kişilerin tümünün veya çoğunun şizofrenik, akıl hastası veya zihinsel olarak uyumsuz olduğunu kastetmiyorum. Ayrıca insanlığa sonradan çok yararlı olduğu kanıtlanan pek çok ideolojik hareketin de başlangıçta yetersiz, neredeyse akıl hastası olan kişilerin çoğunun ilgisini çektiğini de biliyorum. Benim demek istediğim, profesyonel nedenlerle karşılaştığım ve problemleri sosyal uyumsuzlukla akıl hastalığı arasındaki gri bölgede olan kişilerin, istatistik açıdan önemli bir bölümünün, tarikatlara katıldığıdır. Bunlar ek olarak ön-şizofrenik, eski şizofren, kısmen iyileşmiş şizofren veya kronik şizofren olarak tanımlananların önemli bir bölümünün de bu gruplara katıldığını belirtmek isterim. Genellikle tüm bu insanlar orta sınıf, üst orta sınıf ve üst sınıf ailelerden gelmektedirler.

Psikolog Margaret T. Singer 'Eski Tarikat Üyeleriyle Terapi' adında mükemmel bir yazı yazmıştır. Makalesi gerçekten çok iyimserdir. Bu insanların onları kullandığı ve kontrol ettiği için tarikata karşı büyük bir kızgınlık duyduklarını söylemektedir: "Kaybolan yıllara ve olanaklara gerçekten kızmaktadırlar ve yaşamları istedikleri düzeyde gitmezse başlarına geleceklerden endişe duymaktadırlar."

Tarikatın şartlandırmalarının ve doktrinlerinin etkilerini ortadan kaldırmak için Singer büyük ölçüde bilgi, destek ve yardım önermektedir. Ona göre 'programsızlaştırma' tarikatlar tarafından basına tanımlandığı gibi bir düşmanlık değildir. "Yoğun bir bilgi verme döneminden öteye gitmez." Kesin olarak emin olmama rağmen, Dr. Margaret Singer'in bana gelen hastalardan daha az ciddi olanlarla ve kesinlikle şizofren olmayanlarla uğraştığına inanıyorum.

Dr. Singer bu tarikatların yaşam sorunlarına 'basit cevaplar' önermelerini çok güzel tanımlar. Onlar, 'üyelerine hazır arkadaşlar, iş, evlilik, flört, seks ve yaşamın anlamı hakkında hazır kararlar sağlamaktadır'. Bunun karşılığında ise çeşitli zorlayıcı ikna programlarıyla sağladıkları kesin itaat talep etmektedirler. Bazı tarikatlar üyelerini sokağa çıkıp para toplamaları için koşullar. Bu kişiler on sekiz-yirmi dört saat arası sürekli çalışmak anlamına gelse de 150 dolar veya daha fazlasını toplamadan geri dönemezler.

Dr. Singer'in yerinde sözlerine ben de tarikatların görünen bir avantajını eklemek istiyorum ki bu da tarikatın 'dyadic' ilişkinin önemini yok ettiği veya azalttığıdır. Bu bazı komünlerde de görülebilir. 'Dyadic' ilişki iki kişi (karı koca, ebeveyn - çocuk) arasında var olan, başka hiçbir ilişkinin gerektirmediği belli bir derece şefkat, taahhüt ve karşılıklı değiş-tokuş gerektiren bir ilişkidir. Bir tarikatın parçası olmakla kişi grubu ve psikolojik açıdan daha basit olan grup ilişkisini 'dyadic' olanın yerine koyar.

Ben bu tarikatlar hakkında ne düşünüyorum? Belirtmeliyim ki cevabım Dr. Singer'in çalışmasına dahil olan tüm insanları değil ön-şizofrenleri, eski şizofrenleri, hastalığı süregenleşenleri ve kronik şizofrenleri kapsayan şizofreni grubuyla ilgilidir. Ben, bir insanın kendi kişiliğinden, otonomisinden ve bağımsızlığından sadece marjinal bir akıl dengesine sahip olabilmek için vazgeçerek bir tarikata girmesini çok üzücü bir durum olarak nitelendiriyorum. Bununla birlikte, bugün pek çok insanın içinde bulunduğu durum budur. Ben bu gruplara katılmanın daha iyi rehabilitasyon yolları bulamamış bazı hastaların belirsizce gerilemesine engel olduğuna inanıyorum. Ayrıca bir tarikatın sunduğu yaşam şeklini,

uygulanan rehabilitasyon yöntemlerinden daha tatmin edici bulan hastalar da vardır. Görünen odur ki, bu kişiler bu gruba katılarak neler kaybettikleriyle (özgürlük, inisiyatif, içinden geldiği gibi davranma) değil, neler kazandıklarıyla (korunmak, diğer taleplerden ve karar vermekten kurtulmak) ilgilenmektedirler.

Ebeveynler bir tarikata girmek isteyen veya yeni girmiş çocukları için ne yapabileceklerini sorduklarında cevabım şudur: Öncelikle, çocuk on sekizin üstündeyse, ebeveynlere oğullarının veya kızlarının zulüm, açlık, şiddet, kölelik, zorla uyuşturucu kullanımı veya benzer tecrübelerle karşılaştıklarını gösteremedikleri sürece yasal olarak yapabilecekleri hiçbir şey olmadığını hatırlatırım. Ebeveynler böyle durumları kanıtlayamıyorlarsa, ancak bunların var olduğuna kesinlikle inanıyorlarsa, mahalli yetkililere bildirmeli veya kongre temsilcileriyle ilişki kurarak hükümeti benzer kötüye kullanmaları önlemek için gerekli hareketlerde bulunması amacıyla uyarmalıdır. İkinci olarak, eğer hasta şizofrenik gruptansa, ona rehabilitasyon açısından önerilenlerin tarikat tarafından önerilenlerden daha iyi olup olmadığını değerlendirmeliyiz. Üçüncü olarak, bir şizofreni 'programsızlaştırmak' tehlikeli olabilir. Aslında bir şizofreni 'programlamak' büyük bir başarıdır. Programsızlaştırma tam bir dağılma durumuna neden olabilir. Gerçekten başarılırsa, programlama çok gerilemiş şizofrenlere uygulanan simgesel ekonomi programına benzer şekilde hastanın durumunu iyileştirebilir. Benim görüşüme göre, programlamanın ve tarikat doktrinini benimsetmenin en kötü yönü şizofreni gruplarına ait hastaları psikoterapiye karşı tamamen vurdumduymaz hale getirmesidir.

Belki de eski tarikat üyesi olan şizofrenlerle olan tecrübemi arttırdığımda, bu söylediklerimi yeniden gözden geçireceğim ama şu an için belirtmeliyim ki onların hiçbiriyle ilerleme kaydedememekteyim. Doktrin benimsetilmesi hastayla benim aramda bir engeldir. Bu engel aynı zamanda hastayı tarikat grubu dışındaki dünyadan da korumaktadır. Ama onu daha zengin bir yaşamdan alıkoyan ve koruyan bu engel aynı zamanda onu durumunun daha da gerilemesinden de korumaktadır.

Bence tüm bu konunun en üzücü yönü tarikatların, biz akıl sağlığı alanında çalışanlardan daha fazla sayıda hasta kişiye ulaşmış olduklarını görmemizdir. Durumun bir başka şanssız yönü, kronik hastaların rehabilitasyonu için varolan olanakların azlığı ve yetersizliği, bu insanların önemli bir bölümünün bu kitabın 163. sayfasında tanımlandığı şekilde sokaklarda amaçsızca gezinmesine yol açtığı sürece bazı kişileri (doğrudan veya ebeveynleri yoluyla) bu tip gruplara katılmaktan alıkoyamamızdır. Eğer toplum bu insanların haliyle daha ilgili olsaydı, tarikatlar daha az popüler olurdu. Belki de bu kuruluşları tümdengelimci bir yaklaşımla ilk başta kötülememeli, onları büyük bir alçakgönüllülükle inceleyerek, içlerinden diğer topluluklara uyabilecek ve faydalı olabilecekleri özümsemeye çalışmalıyız. Bunu yapabilirsek ve aynı zamanda da bu tarikat gruplarındaki istenmeyen şeyleri (bireyselliğin ve özgür seçimin kısıtlaması gibi) yok edebilirsek, hiç aklımıza gelmeyen sonuçlara ulaşabiliriz.

Ek Sözler

Bu kitabın taslağının yayıncıya tesliminden bir iki gün sonra, James Jones tarafından kurulan Guyan, Jonestown'daki Halkın Tapınağı'nda meydana gelen katliamın üzücü haberleri bize ulaştı. Hiçbir zaman bütün tarikatları aynı kategoriye koymak yanlışını yapmamak gerekmesine rağmen, 900'den fazla insanın ölümüyle sonuçlanan bu trajediden sonra, bir grubu diğerinden ayırma ve detaylı araştırma yapma gerekliliği iyice önem kazandı. Tarikatlar, başta karmaşık sorunlara kolay çözümler önerdiklerinden ve insanları kabul ettiklerinden, kendilerini reddedilmiş hisseden veya yaşamın zorluklarına yenik düşmüş kişileri cezbederler. Bunların arasında, yukarıda tarif edildiği gibi, şizofreni grubuna ait kişiler de vardır. Ancak daha sonra, bazı tarikatların mistik ayinleri, doktrin benimsetmeleri, karizmatik liderlere delicesine duyulan aşk, gizlilikten yoksun olmak, uykusuzluk ve zayıf beslenme, bireylerin kendilerini kolektif sistemce takılan boyunduruktan kurtarabilmelerini oldukça zorlaştırmaktadır. Yine tekrarlıyorum, benim arzum, toplumun umutsuzca psikolojik gereksinmeler içinde olan bu vatandaşlara başka çözümler önermesidir.

Onbirinci Bölüm
ÖNLEMLER

Şizofreniyle ilgilenen herhangi biri için, şizofreninin önlenmesinden daha önemli başka hiçbir şey olamaz. Psikiyatri konusunda en az üç alanda, önleyici ilaçlar büyük ilerleme kaydetmiştir:

1) Beri beri hastalığına bağlı psikoz
2) Genel vücut felci ve
3) Enfeksiyondan kaynaklanan deliriyum.

Bu üç durumun tamamen fiziksel nedenlerle ortaya çıktığı tanımlanmıştır. Beri beriyi vitaminlerle zenginleştirilmiş bir diyetle, genel felci zaman içinde antisifilitik tedaviyle ve deliriyumu sulfonamidlerin ve antibiyotiklerin kullanımıyla engellemek yeterlidir.

5. Bölüm'de gördüğümüz gibi, şizofreninin nedenleri daha karmaşıktır ve yukarıdaki üç durumdan tamamen farklıdır. Çok karmaşık dalları yüzünden bugüne kadar şizofreninin önlenmesi hak ettiği ilgiyi görememiştir. Ancak son zamanlarda, ABD'deki psikiyatristlerin ve psikologların tümü genel olarak akıl hastalıklarının önlenmesiyle daha fazla ilgili hale gelmişlerdir. Genetik danışma, aile terapisi merkezleri ve düşük ücretli bireysel ve grup danışma merkezleri pek çok şehirde ve kasabada açılmaktadır. Şizofreninin önlenmesi konusundaki çabalarımız her ne kadar ilk aşamasında olsa da iyi karşılanmaktadır ve iyice düşünülmeye değer. Bu kitap, şizofreninin nedenleri hakkında tartışmalı konular olmasına rağmen sahip olduğumuz bilginin etkili korunma önlemlerini uygulayacak kadar kesin ve geniş olduğunu göstermektedir.

Üç tip önlemden bahsedilecektir. Bunlar:

1. Temel önlemler, şizofreni için bir potansiyel oluşturan veya ona karşı savunmasızlığı arttıran kalıtımsal veya çevresel bazı ön koşulların ortadan kaldırılmasını amaçlar.

2. Uzun süreli önlemler, bireyin yaşamı boyunca; özellikle erken yaşlarda, sadece bir potansiyel veya şizofreninin gerçek klinik görüntüsüne olan yatkınlığının dönüşüm riskini arttıracak gelişmelerden, ortamlardan veya süreğen olaylardan kaçınmada bireye yardımcı olmayı amaçlar.

3. Kritik önlemler, potansiyel şizofrenin, şizofreninin ortaya çıkmasına neden olabilecek belirli stresli durumlardan kaçınmasına yardımcı olmayı amaçlar.

Temel Önlemler

Kalıtım

5. Bölüm'de şizofreni potansiyelinin kalıtımsal bir dayanağı olduğuna dair neredeyse kesin kanıtlar görmüştük. Tekrar açıkça belirtmeliyiz ki, şizofreni kalıtımla geçmemektedir sadece bir potansiyel veya savunmasızlık durumu geçebilmektedir. O halde kesin önlem, böyle bir kalıtımsal yatkınlığın kuşaktan kuşağa geçmesini olanaksızlaştırmaktan ibarettir; öyle ki bu bireyler en stresli ve güç psikolojik deneyimlere bile tâbi tutulsalar, hastalığı geliştirmeyeceklerdir. Ancak bu önlemleri uygulamak hem istenmemektedir hem de uygun bulunmamaktadır. Şizofreni bizi iyi bilinen kalıtımsal hastalıklarla ilgili karşılaştığımız durumlardan çok daha farklı bir konumda bırakmaktadır. Huntington koresi, musküler distrofi, hemofili ve diğer tartışılmaz kalıtımsal durumların bulunduğu bir ailede, doktorun bireye Mendel'in kalıtım yasalarını, baskın ve çekinik genlerin varlığını ve çocuklar için olası riski açıklaması kolaydır. Şizofreni durumunda, buna benzer kesin genetik danışmanlık olanaksızdır. Danışman, sadece eğer ebeveyn şizofrense, çocuğun şizofreniye yakalanması riskinin genel nüfusa kıyasla daha arttığını söyleyebilir, ama yine de çocuğun en az yüzde 90-95 arasında hiç şizofreni olmama olasılığı da vardır.

Kesinlikle belirlenmiş kalıtımsal hastalık genleri taşıyan kişilerin bile evliliklerini önlemek olası olmadığına göre konuyla ilgili literatürün yüzde 90 korunmayı garantiler göründüğü şizofreni durumunda bunu yapmak daha da zordur. Başka bir deyişle, bir kişi şizofrense veya eskiden şizofreniiyse, kalıtımla şizofreniyi geçirmesi şansı yüzde 10'dur. Diğer psikolojik önlemlerin alınması halinde, bu yüzde 10'luk potansiyelin hiçbir zaman gerçekleşmemesi olasılığı da vardır. İstatistiklerin ezici olmaması gerçeği ve çevre faktörlerinin bunları tamamen etkisiz hale getirebilme olasılığı, insanların genetik riskten çok aşk ve manevi düşüncelerıyle hareket etmelerine neden olmaktadır. Ayrıca birey iyi bir çevre sağlamak konusunda kesinlikle kararlı olabilir ve önleyici psikoterapiye devam edebilir. Yaşam boyu doğum kontrolü, gönüllü kısırlaştırma veya terapötik kürtaj böylesine küçük bir riskin varlığında kesin olarak tavsiye edilemez. Bu tip önlemler ancak eşlerin ikisinin de şizofren olması veya eskiden olmaları durumunda önerilebilir. Çünkü istatistikler bu durumda çocuğun şizofren olma riskinin çok yüksek olduğunu göstermektedir (yüzde 50-68).

Buna göre aşağıdaki sonuçlar çıkarılabilir

1) Şizofreniye karşı kalıtımsal yatkınlık taşıması olası kişilerin evliliğine veya en azından ebeveynliğine karşı çıkmak önemli veya büyük bir risk olmadıkça çok zor ve belki de hiç doğru değildir. Risk müstakbel ebeveynlerin her ikisinin de şu an veya geçmişte şizofreni geçirdiği durumda çok yüksektir.
2. Şizofreniye kalıtımsal bir yatkınlık olduğunda, hastalarla nişanlıları evlilik planlarını yürütmek isterlerse, iyi bir aile ortamı oluşturmak ve hastalığın riskini azaltmak amacıyla danışmanlık sağlanmalıdır.

Erken Çevre

Şu anki bilgilerimize göre, şizofreniye karşı kalıtımsal bir yatkınlığın sağlıklı bir erken çevreyle giderilebileceği neredeyse kesin görünmektedir. Öyleyse şizofreninin önlenmesi psikolojik olarak sağlıksız bir çevrenin oluşmasına neden olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır.

Ebeveynlerin Evliliği:

Ebeveynlerin mutsuz evliliği, sağlıksız bir erken çevrenin en çok görülen ve esas belirleyicilerinden biridir. Ebeveynin her birinin kişiliklerindeki olumsuzluklar mutsuz bir evlilikte daha da belirginleşir. Pek çok mutsuz evliliğin olduğu ve bunların çok küçük bir yüzdesinde şizofren çocuklar bulduğumuz doğrudur. Burada şizofreninin görülmesi için kalıtımsal yatkınlıktan başka pek çok durum olmalıdır. Ayrıca bu mutsuz evlilik, çocukları öylesine rahatsız etmelidir ki çocuklar hiçbir ebeveynle özdeşleşmek istememeli veya az miktarda güvenlik bile bulamamalıdırlar.

Şizofreni hastalarının aileleri üzerinde yapılan inceleme mutsuz evliliğin bunlarda genel nüfustaki ailelere göre daha çok ve belirgin görüldüğünü ortaya koymuştur. Açıkça görülen istisnalar vardır. Bazen hastanın hastalığı ebeveynler arasında bir bağlılık duygusu oluşturmakta ve bağı pekiştirmektedir. Bunlar genellikle gecikmiş olaylardır ve bir profesyonel danışman tarafından düzeltilmezse, hastaya yarardan çok zarar getirir. Varlığını devam ettirebilmek için hastanın hasta olmasına gereksinme duyan bir evliliğin hiç de samimi ve kayda değer bir temeli yoktur. Kalıtımsal açıdan yüksek riskli bir çocuk doğuracaklarını önceden bilen muhtemel eşlere danışmanlık hizmeti verilmeli ve onların evlilik hayatının tahahhütleriyle ve işleriyle tanışmaları sağlanmalıdır.

Ebeveynlik: Mutsuz evliler psikolojik tatmini ve telafiyi çocuk yetiştirmekte bulurlar. Bu özellikle ebeveynliğin, evliliğin en önemli tarafı olarak kabul edildiği bazı kültürlerde böyledir. Bu durumda çocuklar ciddi olarak incitilmezler. Öte yandan ebeveynliğin öneminin azaldığı veya evliliğin diğer yönlerine göre ikincil sırada olduğu bir kültürde, mutsuz evliler aynı zamanda kötü ebeveynler olma eğilimi de gösterirler. Endüstri devriminden günümüze kadar, özellikle de hızla ilerleyen teknolojik değişikliklerden beri, kültürümüz ve toplumumuz bir geçiş dönemindedir. Annenin ve babanın rollerinde geleneksel ebeveynliği tehdit eden değişiklikler olmuştur. Bu kültürel faktörler kişilik güçlükleriyle birleştirdiğinde, istenmeyen sonuçlar görülebilir.

Modern kadın çoğu geleneksel değeri ve görevi yeniden değerlendirmektedir. Aynı zamanda son zamana kadar çok açıkça

belirtmemekle beraber, baskın babaerkil bir toplumda, çoğunlukla ikinci sınıf vatandaş olarak düşünüldüğü ve erkeğe verilen olanaklara eşit ölçüde sahip olmadığı gerçeğine duyduğu nefreti tanımlamaktadır. Eşitliğe ulaşmak için gösterdiği çabalarda, ev kadınlığı görevi için harcadığı enerjinin birazının yönünü değiştirmekte ve bir erkek gibi kariyer peşinde koşmaktadır. Buna kesinlikle hakkı ve yeteneği vardır. Ama toplum onu aşağı bir konumda görerek hayal kırıklığına uğrattığı gibi şimdi de onu bu ikili rol için yeterince hazırlamayarak ortada bırakmaktadır. Bu görev gerçekten güçtür ve sosyologlar bu problemi sadece teorik doğrultuda değil pratikte de daha fazla incelemelidirler. Evli kadınların yerine getirme duygusuna sahip olmaları gerekir. Aksi takdirde hayal kırıklığına uğrayacaklar ve eşleriyle ailenin mutsuzluğu ile sonuçlanan bir yarışma içine gireceklerdir.

Bir kadının değiştiremeyeceği görevi anneliktir. Ancak bu görev için yaşamın diğer önemli yönlerinden vazgeçmesi gerekmemelidir. Kent-endüstri toplumunda annelerin büyük bir çoğunluğu güçlük çekmektedir. Bu çevrede çoğu genç kadın annelik için yeterince hazırlanmamıştır. Bazıları anne olmakta hiçbir güzellik veya çekicilik görmez. Bu kadınlar kesinlikle eleştirilmemeli veya yalnız bırakılmamalıdır. Onlara bir kariyer olanağını koruyarak, anneliğe bakış açılarını yeniden değerlendirmeleri için yardım edilmelidir. İki cinsin eşitliğini amaçlayan modern Batı toplumumuzda, babanın rolü de yeniden belirlenmeli ve sadece kadınlara ait olarak tanımlanan görevlerin çoğu daha adil olarak paylaştırılmalıdır.

Bir kariyer hedeflemek ve erkeklerle yarışmak anneliğe hazırlığı güçleştiren nedenlerin tümü değildir. Annelikle ilgili psikolojik problemleri ortaya koyan Natalie Shainess bize Freud'un kadının ikili cinsel rolü ve sonuçları konusundaki düşüncelerini hatırlatmaktadır. Bunların ilki bir erkeği cezbetmek ve onunla cinsel ilişkide bulunmak, ikincisi çocuk doğurmak ve annelik görevini üstlenmektir. Bazı anneler sadece birinci rolde başarılıyken, çok sayıda anne ikisinde de başarılı değildir. Evlilikten çok şey bekleyerek bu işe girişirler ve bunun karşılığında bir şeyler vermeye hazır değillerdir. Çocuğun gelmesinden sonra, bu annelerin bazısı anneliği stres içinde geçirirler.

Toplum, genç kadınların annelikte yeniden bir amaç duygusu kazanmalarına yardımcı olmalıdır. Genç kızların lisede ve üniversitede biraz danışmanlık ve eğitim almaları önerilebilir. Kadının rolünün yeniden belirlendiği bu geçiş döneminde, genç kızların çoğu anneleriyle özdeşim kurmamış ve annelik hakkında yeterli şey öğrenememiştir. Kurslar, kuramsal talimatlar ve hatta eğitimsel bir ortamda verilen danışmanlık anneliğe sevgiyi sokmak için fazla yapay, bilimsel ve kasıtlı yöntemler olarak görülebilir. Böyle de olabilirler. Ancak şu an durum odur ki, kadınların belli bir yüzdesi sosyal değişiklikler yüzünden kuşaktan kuşağa geçen içten gelen, doğal annelik tavrını kaybetmişlerdir. Kadınlar bu sosyal nedenlerin sonucu olan durumu kabullenene kadar, onlara yardımcı olabilecek tüm yöntemlere başvurmalıyız.

Babalık da Endüstri Devrimi'nden beri daha az tatminkar hale gelmiştir. Mitscherlich ve Mitscherlich toplumumuzdaki 'görünmez baba'yı tanımlamışlardır. Bu baba artık öğretmen, el işlerindeki büyük ortak değildir. Sadece yaşam öğretmeni olarak değil disiplin koyucu, taklit edilecek örnekleri gösteren, çocukların kendilerini özdeşleştirebilecekleri kişi olma yetilerini de kaybetmiştir. Sıklıkla oyun arkadaşı rolüne yakıştırılır. Çocuklarını az görmekte ve gördüğü zaman onlardan biri olmak, onlarla oynamak, onların benzeri olmak istemektedir. Ama böyle yaptıkça ebeveyn statüsünü kaybetmektedir. Şu an toplumun içinde bulunduğu değişim durumunda, mutlaka babalık da değişime uğramalıdır. Mitscherlichler tarafından tanımlanan bütün değişiklikler olumsuz değildir. Yine de modern babalar henüz rollerini belirlemiş değillerdir ve bu kararsızlık kargaşaya, aile içinde dengesizliğe neden olabilir. Aynı modern anneler gibi modern babaların da yardıma gereksinimi vardır. Geleceğin annelerine önerilen benzer yardım geleceğin babalarına da sağlanmalıdır.

Bugünkü bilgimizle özetleyecek olursak, olumsuz bir erken psikolojik çevreden, mutsuz evlilikleri önleyen ve iyi annelik-babalığı geliştiren tüm sosyolojik ve psikolojik önlemlerin yardımıyla kaçınmak olası görünmektedir.

Uzun Süreli Önlemler

Uzun süreli önlemler, olumsuz erken çevrenin etkilerini değiştirmeyi ve toplumsal koşulları, gereksinimlerin çocuk, yeni yetişkin ve genç yetişkin için daha kolay yerine getirileceği ve olağandışı stresin bir bireyin üstesinden gelemeyeceği şekle ulaşmasını önleyecek şekilde etkilemeyi amaçlar.

Uzun süreli önlemler almak sıklıkla zordur çünkü aile, gereksinimi iyice ortaya çıkmadan önlem almaya isteksizdir ve toplumun büyük bir bölümü (tıbbi ve eğitimsel otoritelerin de belirli bir kısmı) psikolojik problemlere karşı duyarsızdır.

Kişisel olarak ben her öğrencinin ortaokul veya lisede psikolojik veya psikiyatrik bir incelemeden geçmesi ve sonuçların ebeveynlerine bildirilmesi gerektiğine inanıyorum. Eğer araştırmacı kişisel anormalliklerin ilk işaretlerini bulursa, öğrenciye bireysel psikoterapi önerebilir, ebeveynlere danışmanlık, aile terapisi veya terapi tavsiye edebilir veya çocuğun, yeni yetişkinin, genç yetişkinin veya yetişkinin çevresinde değişiklikler önerebilir. Geleneksel ailede çocuk pek çok etkinin altındadır: Sadece ebeveynler değil bir veya iki büyük ebeveyn, ayrıca ağabeyler, ablalar, teyzeler, kuzenler ve çok çeşitli diğer insanlar bulunur. Bugün özellikle büyük şehirlerde aileler ebeveynlerden ve bir ya da iki çocuktan oluşmaktadır. Bu nedenle ebeveynler iyi ebeveyn olamıyorlarsa, çocuğun kendini özdeşleştirebileceği başka hiç kimse yoktur.

Pek çok vakada araştırmacı, çocuğun veya yeni yetişkinin sadece ebeveynler değil başka erişkinlerin de etkisi altında olmasını önerebilir. Bir teyze, dayı veya ailenin iyi bir arkadaşı yeni yetmeyi iyi bir psikolojik bütüne yöneltebilir. Daha özel bir öneri de anneliğin akraba olmayan birisiyle paylaşılmasıdır. Israil'de uygulanan 'kibbutzim' annelik rolünün değişik sayıda erişkin arasında paylaştırılmasının çocuk için yararlı olabileceğini savunur. Kibbutzim'de 'metapelet' adı verilen kimse çocukların bakımından, annenin yokluğunda onun yerini doldurmaktan sorumludur. Esas olarak, metapelet topluluğun çocukları için annenin yerine geçen kişidir. Ünlü psikolog Bruno Bettelheim kibbutzimde büyüyen ço-

cukları incelemiş ve bunların arasında hiç şizofreni vakasına rastlanmadığını bildirmiştir.[10] Bettelheim bir kibbutzda büyüyen bir çocuğun güvenlik gereksiniminin sadece annesinden ve babasından değil, metapeletlerden ve yaşadıkları topluluktan da kaynaklandığını belirtmiştir. Öyleyse ebeveynden gelmeyen etkilerin savunmasız çocuğa çok yararlı olduğunu ve müdahale gerektiği takdirde kesinlikle önerilebilceğini söyleyebiliriz. Bu ek etkiler sağlanabilirse evden uzaklaştırmak gerekli değildir.

Ancak bazı durumlarda aileden ayrılmak gerekli hale gelebilir. Bu, tehlikenin çok belirgin ve kaçınılmaz olması durumunda ortaya çıkar. Dikkatlice seçilen bazı yatılı okullar bu gibi durumlarda çok yardımcı olabilir.

Aile yaşamına bağlı olmayan sosyal durumlar artan şizofreni oranı ile ilgili olarak nitelendirilebilir. Aslında stresi arttıran her tür faktör savunmasız bireyler için zararlıdır. Ama bazı özel faktörler üzerinde yoğun araştırma yapılmaktadır. Birleşik Devletler'e göç edenlerin yerleşik halktan daha yüksek oranda şizofreniye yakalandıkları bulunmuştur. Bekar olanlar arasındaki şizofreni oranı evli insanlardan daha yüksektir. Büyük şehir sakinleri küçük kasabalardaki insanlardan daha yüksek oranda şizofreni hastası olmaktadırlar. Bu durumları değiştirmek çok zordur. Öte yandan, bazı önlenebilen toplumsal koşullar vardır. Örneğin sefalet, yetersiz yerleşim, suç, önyargı ve uyuşturucu bağımlılığı gibi. Bu koşulların ortadan kaldırılması sadece kendi içinde değil, dolaylı olarak şizofreninin ortaya çıkmasına neden olan stres koşullarını da azaltacağından, gerçekten harika olacaktır.

Kritik Önlemler

Kritik önlemler şizofrenik bir epizoda yol açacak gibi görünen krizler sırasında hastaya yardım etmek içindir. İlk soru bu tip önlemleri uygulamanın uygun olup olmadığıdır. Kritik ve çeşitli sonuçlara yol açabilecek bir olayın devede kulak olduğunu ve tüm yaşamın bu güçlüklerden kaçarak veya bunları telafiye çalışarak sürdürülmeyeceğini düşünebiliriz. Bölüm 2'de duru-

10 B. Bettelheim, *The Children of the Dream* (New York: Macmillan, 1967).

mun böyle olmadığını görmüştük. Hastalığın temeli kalıtımsal faktörlerle, erken çevreyle ve uzun vadeli psikolojik örneklerle atılmış olsa bile, her stresli olayın kötü sonuca yol açacağını düşünmek doğru değildir. Bu olay içten içe veya sembolik açıdan hastanın psikolojik görüntüsüyle ilgili olmalı, onun özel savunmasızlığını etkileyecek, kendi görüntüsünü incitecek nitelikler taşımalıdır. Bu aynen 2. Bölüm'de anlatılan trafik kazası yapan emeklinin durumu gibidir.

Maalesef pek çok vakada belirli bir olayın bir insan için anlamını ve olası sonuçlarını önceden tahmin etmek olanaksızdır. Bu yüzden kritik önlemler almak aşırı güç olabilir. Diğer pek çok vakada belirli bir durumun hasta için baş edilmesi gerçekten güç bir durum olacağını biliriz. Zor bir durumun veya bir krizin normal insanın kaynaklarını harekete geçirmesine rağmen, savunmasız bir kişi üzerinde yıkıcı etkileri olduğunu da biliriz. Ama yine de hastayı bu durumdan koruyabilecek konumda değilizdir. Hastanın hareketlerini sınırlamak, onun anayasal haklarını kontrol etmek anlamına gelir. Onun bazı adımları atmasına engel olmak, bir çöküşe neden olabilecek moralini bozan durumlara eştir. Bu olayların arasında okumak veya çalışmak için evinden uzağa gitmek, evlenmek veya nişanlanmak, bebeği olmak, okul veya iş değiştirmek, maceralı bir yolculuğa gitmek, terfi olmak, nişanlısından ayrılmak, boşanmak veya uzun bir ilişkiyi bitirmek sayılabilir. Psikiyatrik tecrübe bu tür olayların gerçekten de yeni zor durumun gerektirdiği taleplerle, kişinin psikolojik kaynakları arasında bir dengesizliğe neden olduğunu kanıtlamaktadır. Ancak temel önceden söz edilen psikolojik faktörler ve kalıtımla atılmamış olsaydı, ortaya çıkan yeni zorluk dengesizlik yaratmayacaktı. Yine de bu yeni güçlüğün kendi etkişini de inkâr edemeyiz.

Pek az vakada bu zor durum iyi bir olay olarak nitelenebilecek örneğin terfi gibi bir durumda da ortaya çıkabilir. Hasta bu yeni pozisyonun getireceği ek sorumluluklarla baş edemeyeceğinden korkmaktadır. Başarıya ulaştıktan sonra başarısız olmaya dayanmak aslında daha zordur. Bir yaşam krizini önlemek için, bu yeni durumla baş etmeyi daha kolaylaştıran kişilerarası bir müdahale teklifinde bulunmalı ve tehlikeli koşulları hafifletmeliyiz.

2. Bölüm'de evin korunaklı ortamından ilk defa ayrılan kolej öğrencileri örneğinde bu ilk gereksinimlerden söz etmiştik. Tehlikelerin hafifletilmesi hastanın haklarını kısıtlamadan yerine getirilmesi zor veya olanaksız olan bir şeydir. Durumu nasıl değerlendirdiğimizi ondan saklamamalıyız. Ama planlarına devam etmekte ısrar ederse, ona karşı çıkmak yerine, yapmak istediği işe ait riskleri azaltmaya çalışmalıyız. Yapmak istediği yurtdışına basit bir gezi veya pek de güvenilmeyen biriyle nişanlanmak gibi karmaşık bir şey de olabilir.

Eğer bir akraba bir kriz sırasında veya olağandışı bir durumda bireye yardım edemiyorsa, profesyonel müdahale önerilebilir. Bazen çok ciddi rahatsızlıklara neden olabilecek bir krizi çözmek için kısa bir terapi yeterli olabilmektedir.

Hamilelik ve doğum bir kadının yaşamında çok önemli zor durumlar olabilir. Yeni doğum yapmış bir kadın yaşamın önceden tahmin etmediği bazı yönleriyle veya ona şu an itici gelen taraflarıyla karşılaşabilir. Genellikle yeni anne kendini ve başkalarına nasıl göründüğünü tekrar değerlendirmelidir. Geçmişte kadınlık büyüsünü kullanan bir kadın kadınlığını tekrar gözden geçirmeye zorlandığında büyük bir engelle karşılaşabilir. İnsanlarla ilişkilerinin başarılı bir yanı olan kişisel çekiciliğinin, onun yeni bakım sorumluluklarına hiçbir yararı yoktur. Anne olma yetisinden şüphe duyan bir kadın, bebeğin bakımını yeterince iyi yapamama endişeleriyle, anneliğin üstesinden gelinmeyecek kadar zor olduğu fikirleriyle ezilebilir. Sıklıkla genç annenin kendisi de kendi annesinin ellerinde yetersiz büyütülmüştür. Bu yüzden bir zamanlar annesinin kendine yaptığını şimdi çocuğuna yapmaktan korkar.

Ağır bir evlilik çatışması çocuğun doğumundan sonra daha da kötüleşebilir. Bu doğum yüzünden kadın kendini kocasına yapışmış, özgürlük şansı olmayan biri gibi görmekte ve bunun suçunu da çocuğun doğumuna yüklemektedir.

Tartışılması gereken son çatışma annenin bebeğiyle olan ilişkisiyle ilgilidir. Bebek annenin hoşuna giden şeyleri yapmasına, bağımsız bir yaşam sürdürmesine engel olan davetsiz bir misafirdir. Anne kocasının bebeğe gösterdiği, kendisine gösterilmesi gereken sevgiyi, kıskanabilir.

Kadınlar genellikle çatışmaları yenmeyi veya onlarla baş etmeyi becerebilmelerine rağmen, psikolojik açıdan savunmasız az sayıda kadın bu durumları idare edemeyebilir. Bahsettiğim değişik çatışma çeşitleri bazen tahmin edilemeyen derecelere ulaşır ve yeni doğum yapmış veya doğurmak üzere olan hastanın büyük endişeler yaşamasına neden olur. Kendisini kaçışı olmadığını düşündüğü tatsız bir durumun içinde bulur. Bu çatışmaların büyük bir bölümü veya tamamı bilinçsiz olarak kaldığı sürece, klinik görüntü ortaya çıkmadan önce büyük miktarda hasara neden olabilir. Hastanın çözemeyeceği çatışmalardan şüphelenildiği anda, veya psikolojik bir bozukluğun ilk ortaya çıktığı zamanda, hamile veya yeni doğum yapmış kadın hemen uzmanlarca incelenmeli ve tedavi edilmelidir. Bu önlemlerle, çok sayıda doğum sonrası şizofreni vakasından kaçınılacaktır.

Onikinci Bölüm
ŞİZOFRENİDEN NE ÖĞRENEBİLİRİZ?

Şizofreni gibi ciddi bir akıl hastalığından gerçekten bir şey öğrenebilir miyiz? Evet, hem de çok. Bu olumlu cevap hastalığın kendisi hakkında öğreneceklerimiz; tıbbi veya psikiyatrik bir konunun bilgisi anlamına gelmez. Şizofreniden genel olarak insan yaşamı ve insanın kötü durumları hakkında bir şeyler öğrenebiliriz. Daha öncede belirttiğimiz gibi, başka hiçbir hastalık, hiçbir anormallik insan doğasını bu kadar derinlemesine araştırmamıza izin vermez. Şizofreni bilgisi, gözlerimizin ve anlayışımızın önüne gerçek ve yanılsamanın büyük problemlerini, acayiplik ve yaratıcılığı, büyüklük ve kendini küçümsemeyi, yalnızlık ve toplu yaşama yetisini, fedakarlık, kronik şüphecilik ve mutlak sadakati, hareketsizlik ve hareket özgürlüğünü, yansıtma ve kendini suçlama yetisini, aşka ve nefrete teslimiyeti ve tüm bu duygulara aldırmazlığı kapsayan insan halinin bir panoramasını serer. Şizofrenik panorama karşımıza yaşamı bilimsel bir metodolojiyle anlama ve tecrübe etme olasılığının yanında gerçekliği ve gerçek olmayanı sürrealist bir görüntüyle birleştiren bir akıl çerçevesi olarak çıkar.

Tüm bu büyüleyici gizemine ve henüz bilinmeyen potansiyeline rağmen, şizofreni dünyası hiçbir bireye insani kötü durumlardan kaçınılan bir yer veya gerçekliğe ve bilgeliğe ulaştırabilecek bir yol veya kişinin ruhani amaçlarını güçlendirebileceği bir yöntem olarak tavsiye edilmemelidir. Bu söylenenler gerçekçidir. Son zamanlarda şizofreniyi, aynen on dokuzuncu yüzyılda

bazı roman ve operalarda tüberkülozlu hastanın idealize edildiği gibi romantik bir şekilde idealize eden bazı kişilerin bu gerçekliğe karşı koyması dışında burada da bundan bahsedilmemelidir. Bence bu tip bir romantikliğin kimseye, en azından insan topluluğunun tekrar bir parçası haline gelen hastaya yaran yoktur. Yine de bu bölümde bilgilerimiz ve şizofreni anlayışımız sayesinde daha da iyi açıklanacak üç konudan bahsedeceğiz.

Hastanın Mesajı

Finli psikiyatrist Siirala şizofrenleri kimsenin dinlemediği bir kurban ve bir kahin olarak görür. Terapist ise hastasının kehanetlerini topluma açıklama görevine sahip bir kişidir. Bu kehanetler kuşaklardan beri sürdürdüğümüz ve fark edilmemesi için gömdüğümüz kötü hareketlere, ortak hastalığımıza yönelik akli zorlamalardan ibarettir. Siirala şizofreninin çok görülen, sağlıklı olarak nitelendirilen insanlar tarafından paylaşılan bir hastalıktan doğduğuna inanır. Diğer bir deyişle, Siirala'ya göre, en azından kökünde, şizofreni sosyal bir hastalıktır.

Siirala neden şizofreni kahin olarak adlandırmıştır? Emin değilim ama bana öyle geliyor ki pek çok şizofren ve Old Testament'in kahinleri arasında bazı benzerlikler bulabiliriz (şüphesiz özdeşim değil). İncil'in kahinleri kötülüklere ve çevremizi saran düşmanlığa karşı aşırı duyarlıydılar. Bunlar aynı zamanda toplumun kötülüğe karşı gösterdiği duygusuzluğa karşı da aşırı duyarlıydılar. Pek çok paranoid şizofren dünyanın düşmanlıklarını bulmalarına ve sezmelerine yardımcı olan normal insanlardan farklı bir psikolojik radarları varmış gibi düşünür ve davranırlar. Onlar daha fazla kötülüğü inkâr etmek istememektedirler. Diğerlerinin yaptıklarını ortaya çıkarmak arzusundadırlar.

Bu özellikleri olumlu değerler olarak mı yoksa hastalığın ortaya çıkması olarak mı değerlendirmeliyiz? Bir paranoidin sanrıları mı yoksa kahinin kehaneti mi olup olmadığını tartışmak rüyanın mantıksızlığı mı yoksa 'gerçek gerçekliği'mi temsil ettiğini tartışmak gibidir. Rüya bir deneyim gibi gerçektir ve Freud'dan öğrendiğimiz gibi uyanık olduğumuzda kolayca duyulamayan

bir mesajı ortaya çıkarır. Ama gerçeği çarpıtılmış bir şekilde iletir. Dünyada düşmanlığın varlığına rağmen paranoidin bunu anlayışı anormal ve aşırı derecede çarpıtılmıştır. Düşmanlık, şizofreninin karmaşık ve uzak nedenlerinden olmasına karşın, pek çok başka psikolojik faktör bunun hastalığın aktif bir nedeni haline dönüşmesine neden olmaktadır.

Söylemeye çalıştığım hastanın dünyayı yanlış yorumlaması veya anormal karşılık vermesinin gerçek olduğudur. Yine de sadece durumunun olumsuz taraflarını görmemeliyiz. Onu derinlemesine anlamaya çalıştığımızda, normalliğin (veya normallik dediğimiz şeyin) pek de sağlıklı olmayan akıl mekanizmalar ve tavırlar gerektirdiğini fark edebiliriz. Bazen bizden istenen duygusuzluk veya incitici ve zararlı çevreye karşı aldırmazlık olabilir. Kendimizi bunları inkâr ederek, saklayarak, bunlara duyarsızlaşarak veya bunlara uyacak ve bunları mantıklı kılacak binlerce yol bularak koruruz. Sessiz bir çoğunluk haline geliriz. Böylesine savunmasız ve duyarlı olan hasta bize duygusuzluğumuzla savaşmayı öğretebilir. Uyum sağlamak için harcadığımız bunca enerjinin karşılığında hak ettiğimiz en iyi şekilde ayakta durabilir ve yaşamaya devam ederiz ama kişiliğimizin bir bölümünün fakirleşmesine neden olan yüksek bir ücret öderiz. Her gün daha da sıkılaşan bir uymacılığın tutsağı haline gelebiliriz.

Paranoid şizofren toplumu bir Darwin ormanı olarak tecrübe ettiğinde, hatırlamamız gereken bu analojiyi hastanın değil, ters şekilde Darwin'in kendisinin yapmış olduğudur. Toplumu Malthus'un eserlerinde okuduktan sonra, Darwin, Galapagos Adaları'nda ormanı toplumun bir reprodüksiyonu olarak görmüştür. Eşitsizlik, rekabet, mücadele ve güç iki ortamda da önde gelmektedir. Olası şizofren veya şizofren hiçbir ormana en uyan kişi değildir. Hastalandığında bir kahin değil, çoğu zaman kazanan ve güçsüze ağıt yakan güçlerin hatırlatıcısıdır. Önemli bir sestir ancak önemine rağmen çoğu zaman sesi çok zayıf, çok güçsüz, duyulmak için gereken güçten yoksundur. Hastayı önemseyen herhangi biri, bu sesi duymaya çalışmalıdır. Aynı zamanda hastanın mesajını bozan bulgularından kaçması için has-

taya yardımcı olmalıdır. Filozoflar, ayrılıkçılar, devrimciler de aynen şizofren gibi adaptasyondan mahrumdurlar ama belirgin yaratıcılıklarıyla bunu telafi ederler. Bir-iki belirgin örnek dışında, şizofren onların yararlandığı yaratıcı eğilimleri kullanamaz. Onun kendine özgü sesini duymak ve mesajını dünyaya iletmek istiyorsak, hastalığı yüzünden ortaya çıkan engelleri aşmalıyız.

Mesajı bozukluk tarafından çarpıtılmadan önce şizofreni belirtmek istediği değerler, gerçek sözler nedir? Bu, insanların esas değeridir. Şizofren isteklerine egemen olmak istemektedir. Tamamen kendisi olmak ister ama başaramaz. Her yerde egemen kişiler bulur ama kendi içinde değil. Onlara düşmanca fikirler yakıştırır ve kendisi de büyük ölçüde düşmanlık besler.

Onun terapisti veya arkadaşı veya akrabasıysak, onun mesajını kabul etmeye ve iletmeye istekli olmalıyız. Bu mesaj ,gelecek kuşaklara ve büyüme çağındaki yeni yetişkinlere belki de yardımcı olabilir. Aynı zamanda hastanın kendisine de yardımcı olmaya çalışmalıyız. Eğer o da bizi kendine benzeyen, kendi değerlerini paylaşan insanlar olarak düşünürse biz de ona yardımcı olabilecek ve ona kendi mesajımızı iletecek duruma gelebiliriz. Onu rahatsız eden gerçek veya fantastik güçlerin bizi de rahatsız ettiğini hissettiğinde, bizimle güvensizlik duymadan ilişki kurmaya başlayacaktır. Genel bir açıdan onun düşmanlık algılamalarını kabul ederek, daha sonra bu düşmanlığın sanrısal çarpıtmalarını sona erdirecek veya kesecek duruma gelebiliriz. En sonunda, hastanın esas amacı kötülükle savaşmak değil, sevgi ve bir şeyler yapmayı aramak haline gelebilir.

Bu bölümde aydınlatmak istediğimiz noktalardan biri de şizofrenlere yardım ederek, kendimize de yardımcı olabileceğimizdir. Örtülü düşmanlığa karşı daha az vurdumduymaz, görmek istemediklerimize karşı daha az kör, çok tuhaf ve abartılı bir şekilde olsa bile muhalif bir sesi anlamaya daha eğilimli hale geliriz. Çok mantıksız, gösterişsiz veya uysal kaynaklardan geldiği için genellikle görmezlikten gelme eğiliminde olduğumuz sözleri daha iyi dinleyebilir hale gelebiliriz.

Şizofreni ve Toplum

Şizofreni bilgisinden yararlanabileceğimiz ikinci yol birinciyle ilgili olmasına rağmen, yönlendirilmesi çok farklıdır. 5. Bölüm'de şizofreninin nedenlerinden, 11. Bölüm'de şizofreniden korunmadan bahsettiğimizde, kuşaktan kuşağa geçen kalıtımsal yatkınlığın geçmesini önlemek için yapabileceğimiz çok az şey olduğu sonucuna varmıştık. Bunun yerine bu bozukluğun karmaşık nedenleri arasında bulunan doğrudan veya dolaylı faktörleri önlemek için çok şey yapabileceğimizi söylemiştik. Ama çevresel faktörleri engellemek çoğu zaman toplumu geliştirmek ve medeniyeti ilerletmek anlamına gelir. Bu, pek çok insanın iyi ebeveynler olmasına engel olan eşitsizliklerle ve ayrımlarla savaşmak demektir. Bu, mutsuz evlilikleri ve büyümüş veya çekirdek aileleri önlemek anlamına gelir. Bu, iyi komşu ilişkilerini geliştirmek, sağlıklı insan ilişkilerini ilerletmek, okullarda iyi bir psikolojik gözetim sağlamak, rehberlik ve psikoterapi sunmak anlamına gelir. Bu insanların acı çekmeleriyle savaşmak için bir tane daha hem de çok önemli nedenimiz olduğunu öğrendiğimiz anlamına gelir. İnsanların acı çekmesi biyolojik veya çevresel faktörler yüzünden yatkınlığa sahip insanlar arasında yeterince sıklıkla akıl hastalıklarına yol açar. Şizofrenik semptomatolojiyi temelde topluma karşı bir protesto olarak görenler, diğerlerine toplumun şimdiye kadar uyguladığı, benim isteksizce ve üstünkörü bahsettiğim bazı önlemleri göstermekte yardım edebilirler.

Ayrıca 9. Bölüm'ün sonlarında tartıştığımız gibi, bugün bilgi düzeyimizin yardım etmeye yeterli olmadığı ve yeni çıkışlardan yoksun ciddi olarak rahatsız olan hastaların çekirdeğini düşünmek, insanların herhangi bir kesimine karşı daha insancıl ve hoşgörülü bir tavır takınmamız için teşvik edici olabilir.

Şizofreni ve Yaratıcılık

Bu son bölümde; şizofrenlerin aksine biz normal denen insanların uymacılığın tutsağı olarak kalma eğilimi gösterdiğimizi belirttik. İlk bölümde de gerçekliğin tutsağı olarak kalma eğilimimizi belirtmiştik. Şizofren böyle değildir, o hem gerçeklik hem de

uymacılık kaçağıdır. Yine de şizofren gerçeklikten ve uymacılıktan kaçan tek insan değildir. Buldukları dünyadan tatmin olmayan diğer insanlar da vardır. Bu yüzden bu dünyayı daha güzel, daha rahat, daha güvenli, daha tahmin edilebilir ve sanat, bilim, edebiyat, felsefe çalışmalarını daha iyi anlaşılabilir hale getirerek değiştirmek isterler. Onlar yaratıcı insanlardır. Garip olan bu yaratıcı insanların da belli bir noktaya kadar dünyayı olağan yollarla yorumlamaktan ve tecrübe etmekten, şizofrenlerin kullandığı 4. Bölüm'de tanımlanan aynı akıl mekanizmalarına başvurarak kaçmalarıdır. Ancak belli bir noktada şizofrenler ve yaratıcı insanlar çok sert şekilde ayrılırlar. Şizofren kendi sapkın düşünce yollarıyla sarılmıştır ve sanrısal veya tutarsız hale gelir. Yaratıcı insan ilkel ve sapkın akıl işlemlerini normal olanlarla uyumlu hale getirmeyi becerir; sonuç bir yaratıcılık ürünü veya hareketidir.

Örneğin 4. Bölüm'de tanımlanan Von Domarus'un akıl mekanizma şizofrenler tarafından bazı sanrıları sürdürmek ve yaratıcı kişiler tarafından yaratıcılık işlemini yürütmek için, bu işlemin sadece belirli bir aşamasında kullanılmaktadır. Aynı şizofrenler gibi yaratıcı kişiler de görünürde ilgisiz olan şeyler arasında ilgi kurarlar. Örneğin Newton yere düşen elmayla ay arasında bir benzerlik görmüştü. Bu benzerliği başka hiç kimse görmemişti. Ortalama bir insan bu tip bir benzerliği gördüğünde, bunu görmezlikten gelecektir. Bunun yerine Newton elmanın yere düşmesine neden olanla ayı yörüngesinde tutan arasında bir benzerlik kurmuştu. Önceleri sadece bir analoji olan şey sonunda yerçekimi kuvvetinin keşfi haline gelmiştir.

Benzer şekilde, şizofrenik sanrılarda görülen metomorfoz şiirsel yaratıcılıkta metafor haline gelir. Nesne geçici olarak ortak bir hüküm veya ayırt edici niteliği yüzünden başka bir nesneyle özdeşleştirilmektedir. Örneğin, bir kadın gül olarak tarif edilmektedir. Çünkü bu çiçek ve kadının en az ortak bir özelliği vardır; bu da güzellikleridir. Kimi zaman şair rüya gören birinin hayali kadar geniş bir kapasiteye veya bir şizofrenin özdeşimler cümbüşü yetisine sahiptir. Şair, metaforları yaparken tahmin edilemeyen görüntüleri kullanır. Örneğin Fransız şair Victor Hugo, yıldızları

çok sayıda ve bazı insanlara inanılmaz gelen şekillere; elmaslara, mücevherlere altın bulutlara, altın çakıllara, lambalara, ışıklı tapınaklara, ebedi yazın çiçeklerine, gümüşlü zambaklara, gecenin gözlerine, alacakaranlığın belirsiz gözlerine, gökyüzünün amberlerine, büyük bir tavandaki deliklere, gökyüzünde uçan arılara, Adem'in kan damlalarına ve hatta devekuşunun kuyruğundaki renkli noktalara benzetmekte, bunlarla kıyaslamaktadır.

Yaratıcı kişinin ilkel düşünüşünü yüksek bilişsel işlemlerle nasıl normalleştirip yaratıcılığın çeşitli alanlarında nasıl yenilikler meydana getirdiğini göstermek bu kitabın amaçları dışındadır.[11] Ama bu noktada iki şeyi belirtmek önemlidir: (1) Şizofrenin ilkel akıl işlemlerini araştırmak bize yaratıcı kişinin yaratıcılık işlemini anlamamızda yardımcı olabilir, ve (2) Şizofren kişinin ruhunda zenginlik kaynakları bulunmaktadır. Eğer yeterince iyileşirse, bunları normal akıl mekanizmalarıyla kullanma potansiyeline ve bir yenilikçi olma olanağına sahiptir.

Son Sözler

Anlaşılması çok güç birini daha iyi anlamayı ve insanlarla bütün ilişkilerini koparmak istemesine rağmen onunla ilişki kurmayı öğrenebileceğimiz, bu kitap boyunca umarım gösterilebilmiştir. Umarım, şizofreni tarafından takılan maskelerin altında, bizimkilere benzer duygulara ve beklentilere sahip, bizimki gibi acı çekme yetisi olan ve acı çektiğini gösteremediği için gerçekten acı çeken, neşeyi tecrübe edecek hale getirilebilecek bir kişi olduğunu fark etmişizdir.

Modern psikiyatri biliminin ve gönüllerimizin karşılaştığı yer, şizofren için yardımın bulunduğu ve daha ileri amaçlar için umutların beslendiği, harekete geçirildiği gerçekleştirildiği yerdir.

---

11 Bu işlemin detaylı açıklaması için Bkz. S. Arieti, *Creativity: The Magic Synthesis* (New York: Basic Books, 1976).

BİR ŞİZOFRENİ ANLAMAK

Ad olarak bilinen, bir o kadar da toplumsal hayatta yaygın olan şizofreniyi nasıl bir hastalık olarak değerlendirebileceğimizi, üstelik şizofrenik durumun neleri içerdiğini de pek bildiğimizi söyleyemeyiz.

Silvano Arieti'nin *Bir Şizofreni Anlamak* kitabı bize bu bilinmezlikleri, tanımsızlıkları öğrenmenin kapısını aralıyor. Üstelik psikiyatrik bir durum olan şizofreni üzerine bilinenleri, bilinmesi gerekenleri gözler önüne sermektedir, Arieti.

Bir yanıyla bu hastalık karşısında önyargıların aşılması, diğer yanıyla da çevremize ve ilişkilerimize doğru bakabilme, böylesi durumlar yaşayanları anlayabilme bilgisini bizlere sunmaktadır elinizdeki kitap.

Şizofreni uzmanı olan İtalyan bilim adamı Arieti; şizofreninin oluşumundan tedavi yöntemlerine, çözüm yollarından tartışma alanlarının neleri içermesine değin uzanan geniş bir eksende konuyu/sorunu ele almakta ve şizofreni neden/nasıl anlamak gerektiğinin de altını çizmektedir.

Bir Şizofreni Anlamak, bu alanda yol gösterici bir başucu kitabıdır.

SILVANO ARIETI

Doruk Psikoloji

ISBN 978-975-553-378-0

www.dorukyayimcilik.com