İLK GÖRÜŞME

DÖRDÜNCÜ BASIMDAN ÇEVİRİ

THE FIRST INTERVIEW

FOURTH EDITION

James Morrison

Çeviri Editörleri

Doç. Dr. Sait Uluç

Dr. İ. Volkan Gülüm

Uzm. Psk. Ece Ataman

gp

nobel

NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ.

Yayın No.: 1501
Psikoloji.: 084
ISBN : 978-605-320-407-7
© 4. Basımdan Çeviri, Eylül 2016

İLK GÖRÜŞME
THE FIRST INTERVIEW
James Morrison
Çeviri Editörleri: Doç. Dr. Sait Uluç - Dr. İ. Volkan Gülüm - Uzm. Psk. Ece Ataman

Copyright 2016, NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ. SERTİFİKA NO.: 20779
Bu baskının bütün hakları Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.ne aittir. Yayınevinin yazılı izni olmaksızın, kitabın tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, yayımı, çoğaltımı ve dağıtımı yapılamaz.
Copyright © 2014 The Guilford Press
Published by arrangement with Guilford Publications, Inc.
Turkish language edition published by NOBEL AKADEMIK YAYINCILIK, Copyright © 2016.

Genel Yayın Yönetmeni: Nevzat Argun -nargun@nobelyayin.com-
Dizi Editörü: Naim Dilek -naim@nobelyayin.com-

Redaksiyon: Gönül Ekici -gonul@nobelyayin.com-
Sayfa Tasarım: Leyla Kurt -leyla@nobelyayin.com-
Kapak Tasarım: Mehtap Yürümez -mehtap@nobelyayin.com-
Baskı ve Cilt: Önka Ofset Basım ve Matbaacılık Sertifika No.: 20419
Zübeyde Hanım Mah. Büyük Sanayi 1. Cad. Keskinler İş Merkezi No.: 80 İSKİTLER / ANKARA

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI

Morrison, James.
The First Interview / *James Morrison*
İlk Görüşme / *Sait Uluç, İ. Volkan Gülüm, Ece Ataman*
4. Basımdan Çeviri, XVI + 360 s., 160 x 235 mm
Kaynakça ve dizin var.
ISBN 978-605-320-407-7
1. Klinik Psikoloji 2. Ruh Sağlığı 3. Tanısal Görüşme 4. Ön Görüşme 5. Psikiyatrik Görüşme

Genel Dağıtım: ATLAS AKADEMİK BASIM YAYIN DAĞITIM TİC. LTD. ŞTİ.
Sipariş: -siparis@nobelyayin.com-
Telefon: +90 312 278 50 77 - Faks: 0 312 278 21 65
e-satış: www.nobelkitap.com - esatis@nobelkitap.com
Bilgi: www.atlaskitap.com - info@atlaskitap.com

Dağıtım: Alfa, Arasta, Final, Kida ve Prefix

NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD ŞTİ.
Ankara Büro: Mithatpaşa Cad. No.: 74/4 Kızılay / ANKARA
Tel: 0312 418 20 10 **Faks:** 0312 418 30 20
Rasimpaşa Mah. Söğütlüçayır Sok. No.: 16/21 Kat: 5
Kadıköy / İSTANBUL **Tel / Faks:** +90 (216) 449 20 01
nobel@nobelyayin.com - www.nobelyayin.com

www.nobelkitap.com

ÇEVİRİ KURULU

Giriş	**Görüşme Nedir?** Doç. Dr. Sait Uluç (Klinik Psikolog) *Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü*
Bölüm 1	**Açılış ve Tanışma** Doç. Dr. Sait Uluç (Klinik Psikolog) *Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü*
Bölüm 2	**Temel Yakınma ve Serbest Konuşma** Doç. Dr. Sait Uluç (Klinik Psikolog) *Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü*
Bölüm 3	**İyi İlişki (Rapport) Geliştirme** Dr. Manolya Haseldan (Klinik Psikolog) *Charlotte Kuzey Carolina Üniversitesi, Sağlık ve İnsani Hizmetler Enstitüsü*
Bölüm 4	**İlk Hasta Görüşmesini Yönetmek** Uzm. Psk. Melis Ünübol (Klinik Psikolog) *uMUTLU Psikolojik Hizmetler Merkezi, İzmir*
Bölüm 5	**Şimdiki Rahatsızlığın Tarihçesi** Dr. İ. Volkan Gülüm (Klinik Psikolog) *Dumlupınar Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı*
Bölüm 6	**Şimdiki Rahatsızlıkla İlgili Gerçekleri Bilmek** Uzm. Psk. Melis Ünübol (Klinik Psikolog) *uMUTLU Psikolojik Hizmetler Merkezi, İzmir*
Bölüm 7	**Hisler Hakkında Görüşmek** Dr. Sevginar Vatan (Klinik Psikolog) *Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü*
Bölüm 8	**Kişisel ve Sosyal Tarihçe** Uzm. Psk. Ece Ataman (Klinik Psikolog) *Hacettepe Üniversitesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı* Uzm. Psk. Melis Ünübol (Klinik Psikolog) *uMUTLU Psikolojik Hizmetler Merkezi, İzmir*

BÖLÜM 9 **Hassas Konular**
Dr. Sevginar Vatan (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

BÖLÜM 10 **Görüşmenin İlerleyen Bölümlerinin Kontrolü**
Dr. Sevginar Vatan (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

BÖLÜM 11 **Zihinsel Durum Değerlendirmesi I: Davranışsal Yönler**
Uzm. Psk. Gizem Sarısoy (Klinik Psikolog)
Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

BÖLÜM 12 **Zihinsel Durum Değerlendirmesi II: Bilişsel Yönler**
Uzm. Psk. Gizem Sarısoy (Klinik Psikolog)
Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

BÖLÜM 13 **Klinik İlgi Alanlarındaki İşaretler ve Belirtiler**
Dr. İ. Volkan Gülüm (Klinik Psikolog)
Dumlupınar Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

BÖLÜM 14 **Sonlandırma**
Dr. İ. Volkan Gülüm (Klinik Psikolog)
Dumlupınar Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

BÖLÜM 15 **Kaynak Kişilerle Görüşme**
Uzm. Psk. Melis Ünübol (Klinik Psikolog)
uMUTLU Psikolojik Hizmetler Merkezi, İzmir

BÖLÜM 16 **Dirençle Karşılaşmak**
Dr. Manolya Haseldan (Klinik Psikolog)
Charlotte Kuzey Carolina Üniversitesi, Sağlık ve İnsani Hizmetler Enstitüsü

BÖLÜM 17 **Özel ya da Zorlu Hasta Davranışları ve Sorunları**
Uzm. Psk. Nalan Pulat Gölcüklü (Klinik Psikolog)
Carpe Diem Psikolojik Hizmetler Merkezi, Bursa

Uzm. Psk. Ebru Ermiş (Klinik Psikolog)
Medicalpark Hastanesi, Bursa

BÖLÜM 18 **Tanı ve Öneriler**
Uzm. Psk. Ece Ataman (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

BÖLÜM 19 **Hastayla Bulgularınızı Paylaşma**
Uzm. Psk. Ece Ataman (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

BÖLÜM 20 **Bulguları Paylaşma**
Uzm. Psk. Gizem Sarısoy (Klinik Psikolog)
Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Bölüm 21 **Görüşmenizdeki Sorunları Gidermek**
Uzm. Psk. Melis Ünübol (Klinik Psikolog)
uMUTLU Psikolojik Hizmetler Merkezi, İzmir

Ek A **Değerlendirme Görüşmesinin Özeti**
Doç. Dr. Sait Uluç (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Ek B **Seçilmiş Bazı Bozukluklar İçin Tanımlama ve Tanı Ölçütleri**
Dr. Sevginar Vatan (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Dr. Manolya Haseldan (Klinik Psikolog)
Charlotte Kuzey Carolina Üniversitesi, Sağlık ve İnsani Hizmetler Enstitüsü

Dr. İ. Volkan Gülüm (Klinik Psikolog)
Dumlupınar Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Ek C **Örnek Görüşme, Yazılı Rapor ve Formülasyon**
Uzm. Psk. Ece Ataman (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Uzm. Psk. Melis Ünübol (Klinik Psikolog)
uMUTLU Psikolojik Hizmetler Merkezi, İzmir

Ek D **Yarı Yapılandırılmış Görüşme**
Uzm. Psk. Gizem Sarısoy (Klinik Psikolog)
Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Uzm. Psk. Nalan Pulat Gölcüklü (Klinik Psikolog)
Carpe Diem Psikolojik Hizmetler Merkezi, Bursa

Ek E **Görüşmenizi Değerlendirmek**
Dr. İ. Volkan Gülüm (Klinik Psikolog)
Dumlupınar Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Ek F **Bibliyografya ve Önerilen Okumalar**
Dr. İ. Volkan Gülüm (Klinik Psikolog)
Dumlupınar Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Dizin Doç. Dr. Sait Uluç (Klinik Psikolog)
Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Yazar Hakkında

Dr. James Morrison, Portland'da bulunan Oregon Sağlık ve Bilim Üniversitesi (Oregon Health and Science University) Psikiyatri Bölümünde profesördür. Hem özel hem de kamu iş kollarında oldukça fazla deneyime sahiptir. Kullanımı kolay uygulama kitaplarının (son zamanlarda basılanlar, *Diagnosis Made Easier, Second Edition ve DSM-5 Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis* gibi) yanı sıra, Dr. Morrison binlerce ruh sağlığı öğrencisi ve profesyoneline klinik değerlendime ve tanı koymanın karmaşık süreçlerinde rehberlik yapmıştır. Kendisine ait olan web sitesinde (*www.guilford.com/jm*) psikiyatrik tanılama ve *DSM 5*'e ilişkin ek tartışma ve kaynaklara yer vermiştir.

Ön Söz

İlk Görüşme kitabı, mümkün olduğu kadar nesnel araştırmalara ve en iyi uygulama ilkelerine dayanan, ruh sağlığı hastalarıyla yapılan görüşmede kullanılacak bir el kitabı yazma isteğimden doğdu. Tabi ki ilk basım, yirmi yıldan uzun bir süre önce yapılmış ve hâlâ kullanılmakta olduğundan; üstelik hâlâ ruh sağlığı hastalarını değerlendirme sürecine yönelik görüşmecilere rehber olabilecek yeterince kontrollü çalışma olmadığından bu oldukça zor bir işti. Bu nedenle, bu yeni basımı toplayabildiğim her yeni bilgi parçacığıyla güncellemiş olmama rağmen, metin hâlâ bilimden ve hastalarla görüşme sanatından çekip çıkardığım en iyi tekniklerin bir sentezini içermektedir.

Basılan her kitap, gerçekten bir kişinin tek başına yapacağı işten çok daha fazlasıdır ve ben de bana yıllar boyu yardım edenlere minnettarım. Burada hepsinin ismini saymak, mümkün olmayabilir ama özel olarak şükran borcumun devam ettiği birkaç kişi var onları belirtmek isterim.

Dr. Matt Blusewicz, Uzman Sosyal Çalışmacı Rebecca Dominy, Dr. Nicholas Rosenlicht, Dr. Mark Servis ve Lisanslı Hemşire Kathleen Toms, ilk basıma katkı sundular. Dr. James Boehnlein, genel olarak üçüncü basımı okudu ve eleştiri verdi. Dr. Dave Kinzie, bu basım için temel bilgiler sağladı. Her zaman olduğu gibi, Mary Morrison taslak metinin tüm aşamalarının hazırlanmasında kavrayışı ve ilgili yorumlarıyla katkıda bulundu. Guilford basım ekibine, özellikle eski dostum ve editörüm Kitty Moore'a, bilgeliği ve desteği için sonsuza kadar minnettar kalacağım. Muhtemelen dünyanın en iyi redaktörü olan Marie Sprayberry, detaylarla yakından ilgilenerek bu kitabın görünümünü ve okunabilirliğini büyük ölçüde arttırdı. Ve Anna Brackett, *hâlâ* benim editoryal proje müdürüm–yeteneklerin ve yazarların değişim isteklerine karşı olan sabrın için tekrar teşekkürler.

Çeviri Editörlerinden...

Çocukken oynadığımız bir oyunu anımsıyorum. "Keşfedilmemiş bir ormanda ya da ıssız bir adada kalsan yanına neler alırdın?" Hepimizin uzun listeleri olurdu: çakmak, sargı bezi, yiyecek, kıyafet... Ancak, bütün listelerin iki değişmezi vardı: bir harita ve bir de pusula. Gerçekten de bilmediğimiz bir tabiat içinde yol alırken konumumuzu ve yönümüzü gösteren, sade ve kullanımı kolay gereçlere sahip olmak belki de en temel gereksinimdir. Dr. James Morrison bu kitabında, bir insanla klinik bir ortamda ilk kez karşılaştığımızda, konumumuzu anlamada "iyi ilişkiyi" ve yönümüzü bulmada "görüşme yapısını" temel alan kullanımı kolay ve hafif bir keşif çantası sunuyor. *İlk Görüşme* kitabı, değerlendirme süreci üzerine yazılmış kuramsal derinliği fazla olan bir eser değil. Daha çok uzmanın ihtiyaç duyduğu anda kullanabileceği bir reber ya da uygulama kitabıdır. Ancak, Dr. Morrrison'un geniş birikimi ve güçlü sezgileriyle birçok araştırma sorusu konusunda da oldukça kışkırtıcı. Bu kitabın ilk basımı, yıllar önce Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Lisansüstü Programında uzmanlığımı yaptığım sırada, ana ders kitaplarımdan biriydi. Özellikle hastane stajlarında yol göstericiliğinden fazlasıyla yararlanmıştım. Bu gün *İlk Görüşme'nin DSM*-5 ile uyumlu olan dördüncü basımı, öğretim üyesi olduğum aynı programın içinde ana ders kitaplarından biri olarak varlığını sürdürüyor. Çeviri ve editörlük çalışmaları sırasında tekrar detaylı inceleme fırsatı bulduğumda, ruh sağlığı alanında çalışan bütün meslek grupları için önemli gereksinimlere olduça derli toplu bir biçimde yanıt verdiğine bir kez daha emin oldum. Sizlere keyifli ve verimli okumalar ve görüşmeler dilerim...

Doç. Dr. Sait Uluç

İlk Görüşme ruh sağlığı alanında çalışan uygulamacıların ve çalışmaya aday olan öğrencilerin eğitimlerinde önemli bir yere sahiptir. Yurt dışında yaygın olarak kullanılan bu kitabın Türkçeye çevrilmesiyle alanımıza önemli bir katkı sağlayacağını umuyoruz. Özellikle, ülkemizde ruh sağlığı alanındaki artan ihtiyaç göz önüne alındığında, alanda çalışan tüm meslek gruplarına hitap eden bu kitabın uygulamacıların mesleki bilgi ve becerilerini arttırmada kullanabilecekleri güçlü bir kaynak olacağını düşünüyoruz. Elinizde tuttuğunuz kitap uzun uğraşlar, araştırmalar ve mesleki deneyim sonucunda Morrison tarafından yazılmış ve sürekli olarak güncellenmekte olan *The First Interview*'in en son basımıdır. Kitap, teknik bilgilerin anlaşılır bir biçimde sunulması ve bunu yaparken de örneklerle desteklemesi bakımından değerli ve önemlidir. Çok sayıda klinik psikoloğun bir araya gelerek çevirdiği bu kitabın, alanda çalışan uzmanlara klinik uygulamalarında yardımcı olacak bir kaynak olmasını diliyoruz.

Dr. İ. Volkan Gülüm

Yüksek lisansa başladığımız günlerden itibaren bizler için "başucu kitabı" niteliğinde olan bu kaynağı, dilimize kazandırmış olmaktan dolayı mutluluk duyuyoruz. Uzmanlık eğitiminin en heyecan verici, aynı zamanda en çok göz korkutan deneyimlerinden birinin ilk görüşmelerin nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin düşündürücü süreçler olduğunu söylemek mümkün. Tüm bu süreçlerde hocalarımızın deneyimleri ve yol göstericiliğinin yanında; her an başvurulabilecek, birçok sorunun cevabını barındıran, yalın diliyle kafa karışıklığına izin vermeden açık bir yol gösteren böyle bir kitabın yanıbaşımızda olması bizlere güç kazandırdı. Alanımızda çalışan tüm uzman ve uzman adaylarına bizlere olduğu kadar, ufuk açıcı ve yararlı bir kaynak sunmuş olmayı umuyor; Morrison'un da dediği gibi, "keyifli" ilk görüşmeler yapmanın imkânsız olmadığının deneyimlenmesini diliyoruz.

Uzm. Psk. Ece Ataman

Eylül 2016

İçindekiler

GİRİŞ Görüşme Nedir? 1

Kapsamlı Bilgi Gereksinimi, *3*; Uygulamanın Önemi, *4*

BÖLÜM 1 Açılış ve Tanışma 7

Süre Faktörü, *7*; Düzenlemeler, *10*; İlişkiye Başlamak, *12*; Not Almak, *13*; Örnek Açılış, *14*

BÖLÜM 2 Temel Yakınma ve Serbest Konuşma 16

Yönlendirmeliye Karşı Yönlendirmesiz Sorular, *16*; Açılış Sorusu, *17*; Temel Yakınma, *18*; Serbest Konuşma, *20*; Klinik İlgi Alanları, *22*; Ne Kadar Süre?, *23*; Devam Etme, *23*

BÖLÜM 3 İyi İlişki (Rapport) Geliştirme 26

İlişkinin Temelleri, *26*; Kendi Duygularınızı Değerlendirin, *28*; Konuşma Biçiminize Özen Gösterin, *29*; Hastanın Dilini Konuşun, *31*; Sınırları Koruyun, *32*; Uzmanlığınızı Sergileyin, *35*

BÖLÜM 4 İlk Hasta Görüşmesini Yönetmek 37

Sözel Olmayan Cesaretlendirmeler, *37*; Sözel Cesaretlendirmeler, *38*; Güven Vermeyi Sağlamak, *40*

BÖLÜM 5 Şimdiki Rahatsızlığın Tarihçesi 42

Şimdiki Epizod, *42*; Belirtilerin Tanımlanması, *43*; Vejatatif Belirtiler, *43*; Rahatsızlığın Sonuçları, *45*; Belirtilerin Başlangıcı ve Sonrası *47*; Stresörler, *48*; Önceki Epizodlar, *50*; Önceki Tedavi, *51*

BÖLÜM 6 Şimdiki Rahatsızlıkla İlgili Gerçekleri Bilmek 53

Görüşmenizin Amaçları ile İlgili Açık Olma, *53*; Dikkatinizi Dağıtan Şeylerin İzini Sürme, *54*; Açık Uçlu Sorular Kullanma, *55*; Hastanın Dilinden Konuşma, *56*; Doğru İrdeleyen Soruyu Seçme, *57*; Yüzleştirmeler, *60*

BÖLÜM 7 Hisler Hakkında Görüşmek 62

Olumlu ve Olumsuz Hisler, *62*; Hisleri Ortaya Çıkarmak, *64*; Diğer Teknikler, *65*; Detayların İzlenmesi, *68*; Savunma Mekanizmaları, *69*; Aşırı Derecede Duygusal Hastaları Ele Almak, *70*

BÖLÜM 8 Kişisel ve Sosyal Tarihçe 73

Çocukluk ve Ergenlik, *74*; Yetişkinlik Yaşamı, *76*; Tıbbi Öykü, *84*; Sistemlerin Gözden Geçirilmesi, *86*; Aile Öyküsü, *87*; Kişilik Özellikleri ve Bozuklukları, *89*

BÖLÜM 9 Hassas Konular 96

İntihar Davranışı, *96*; Şiddet ve Şiddetin Önlenmesi, *101*; Madde Kötüye Kullanımı, *104*; Cinsel Yaşam, *108*; Cinsel Kötüye Kullanım, *113*

BÖLÜM 10 Görüşmenin İlerleyen Bölümlerinin Kontrolü 116

Yönetimi Ele Almak, *116*; Kapalı Uçlu Sorular, *118*; Duyarlılık Eğitimi, *120;* Geçişler, *120*

BÖLÜM 11 Zihinsel Durum Değerlendirmesi I: Davranışsal Yönler 123

Zihinsel Durum Değerlendirmesi Nedir?, *123*; Genel Görünüş ve Davranış, *124*; Duygudurum, *128*; Düşünce Akışı, *131*

BÖLÜM 12 Zihinsel Durum Değerlendirmesi II: Bilişsel Yönler 136

Formal Bir Zihinsel Durum Değerlendirmesi mi Yapmalısınız?, *136*; Düşünce İçeriği, *137*; Algı, *142*; Bilinç ve Biliş, *149*; İçgörü ve Yargılama, *157*; Formal Zihinsel Durum Değerlendirmesini Hangi Durumlarda Atlayabilirsiniz?, *158*

BÖLÜM 13 Klinik İlgi Alanlarındaki İşaretler ve Belirtiler 160

Psikoz, *161*; Duygudurumda Bozulmalar: Depresyon, *164*; Duygudurumda Bozulmalar: Mani, *168*; Madde Kullanım Bozuklukları, *170*; Sosyal ve Kişilik Sorunları, *173*; Düşünme Güçlüğü (Bilişsel Sorunlar), *177*; Kaygı, Kaçınma Davranışı ve Uyarılma, *181*; Fiziksel Yakınmalar, *184*

BÖLÜM 14 Sonlandırma 187

Sonlandırma Sanatı, *187*; Erken Sonlandırma, *189*

BÖLÜM 15 Kaynak Kişilerle Görüşme 191

Öncelikle İzin Alınması, *192*; Kaynak Kişiyi Seçmek, *193*; Ne Sorarsınız?, *194*; Grup Görüşmeleri, *196*; Diğer Görüşme Ortamları, *197*

BÖLÜM 16 Dirençle Karşılaşmak 198

Direncin Farkına Varmak, *198*; Hastalar Neden Direnir?, *199*; Dirençle Başa Çıkmak, *200*; Önleme, *207*; Kendi Tutumunuz, *208*

BÖLÜM 17 Özel ya da Zorlu Hasta Davranışları ve Sorunları 210

Belirsizlik, *210*; Yalan Söyleme, *213*; Düşmanlık, *215*; Potansiyel Şiddet, *218*; Zihin Karışıklığı, *220*; Yaşlı Hastalar, *221*; Genç Hastalar, *223*; Diğer Sorunlar ve Davranışlar, *224*; Hasta Soru Sorduğunda Nasıl Tepki Vermek Gerekir?, *235*

BÖLÜM 18 Tanılar ve Öneriler 238

Tanı ve Ayırıcı Tanı, *238*; Tedaviyi Seçme, *240*; Prognozu Değerlendirme, *244*; Daha İleri Sorgulamanın Önerilmesi, *246*; Yönlendirme Yapma, *247*

BÖLÜM 19 Hastayla Bulgularınızı Paylaşma 251

Hasta ile Değerlendirme Yapmak, *251*; Aileyle Birlikte Ele Alma, *258*; Ya Plan Reddedilirse?, *259*

BÖLÜM 20 Bulguları Paylaşma 261

Yazılı Rapor, *261*; Tanınızı Raporlama, *267*; Formülasyon, *268*; Sözlü Sunum, *271*

BÖLÜM 21 Görüşmenizdeki Sorunları Gidermek 272
Sorunlu Görüşmeyi Fark Etmek, *272*; Neyin Yanlış Olduğu Nasıl Belirlenir?, *274*; Ne Öğreneceksiniz (ve Onunla Ne Yapacaksınız)?, *275*

EK A Değerlendirme Görüşmesinin Özeti 281

EK B Seçilmiş Bazı Bozukluklar İçin Tanımlama ve Tanı Ölçütleri 288
Duygudurum Bozuklukları, *288*; Psikotik Bozukluklar, *291*; Madde ile İlişkili Bozukluklar, 294; Nörobilişsel Bozukluklar, *294*; Kaygı Bozuklukları, *296*; Obsesif-Kompülsif Bozukluk, *297*; Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *298*; Anoreksiya Nervoza, *298*; Somatizasyon Bozukluğu, *298*; Kişilik Bozuklukları, *300*

EK C Örnek Görüşme, Yazılı Rapor ve Formülasyon 304
Hasta ile Görüşme, *304*; Yazılı Rapor, *323*; Formülasyon, *325*

EK D Yarı Yapılandırılmış Görüşme 327
Tüm Taramalar, *328*; Duygudurum Bozuklukları, *330*; Kaygı ve İlişkili Bozukluklar, *332*; Psikotik Bozukluklar, *335*; Madde Kötüye Kullanımı, *336*; Düşünme Güçlüğü (Bilişsel Bozukluklar), *338*; Fiziksel Yakınmalar, *338*; Dürtü Kontrolü Bozuklukları, *340*; Aile Öyküsü, *341*; Çocukluktan Yetişkinlik Yaşamına, *342*; Sosyal ve Kişilik Sorunları, *343*

Ek E Görüşmenizi Değerlendirmek 346

EK F Bibliyografya ve Önerilen Okumalar 351
Kitaplar, *351*; Makaleler, *352*; Bu Kitap Hazırlanırken Kullanılan Diğer Kaynaklar, *354*

Dizin 357

GİRİŞ

Görüşme Nedir?

Muhtemelen ilk görüşme deneyiminizi hiç unutmayacaksınız; biliyorum çünkü ben, kendi görüşmemi hiç unutmayacağım. Hasta, erken başlangıçlı şizofreni olduğu tespit edilen, bir düşünce bozukluğuyla hastaneye yatırılan genç bir kadındı, anlaşılmaz bir şekilde konuşuyordu ve çoğu kez konudan uzaklaşıyordu. Sık sık cinsel göndermeler yapıyordu ve henüz çok saf genç bir öğrenci olan ben, daha önce hiç böyle bir durumla karşılaşmamıştım. Ne hakkında konuşacağımdan emin değildim ve zamanı önceki yanıtın ne anlama geldiğini anlamak yerine, bir sonraki sorunun ne olacağını planlamakla geçirdim. Her şeye rağmen, hasta benden hoşlanmış gibi görünüyordu, bu iyi bir şeydi; sadece tam bir tarihçe almak için o hafta sonu koğuşu üçten fazla kez ziyaret etmem gerekti.

Bu ilk deneyimimin neredeyse normal olduğunu şimdi fark ediyorum. Kimse bana, pek çok acemi görüşmecinin soruları düşünürken zorluk yaşadığını ya da birçoğunun ilk birkaç hastayla kendisini rahatsız hissettiğini söylememişti. Keşke biri bana şu an bildiğim şeyi göstermiş olsaydı: Ruh sağlığı görüşmesi genellikle kolay ve neredeyse daima çok eğlencelidir.

Her ikisi de olmalıdır. Yine de klinik görüşme, insanların kendileri hakkında konuşmalarına, çoğu insanın yapmayı sevdiği gibi, yardım etmekten daha fazlasıdır. Ruh sağlığı alanında hastalara, duygularını ve özel hayatlarına dair bir şeyleri açığa çıkarmak için sorular sorarız. Uygulama, bize hastaya en iyi biçimde yardımcı olmak için gerek duyduğumuz bilgiyi verecek şekilde ne soracağımızı ve konuşmayı nasıl yönlendireceğimizi öğretir. Bu beceriyi geliştirmek önemlidir: Alandaki ve eğitimdeki klinisyenlere yönelik bir araştırmada, kapsamlı görüşme becerisi, ruh sağlığı çalışanlarının gereksinim duyduğu 32 beceri içinde en üstteki olarak derecelendirilmiştir.

Görüşme, sadece hastaların sorulara yanıt vermesini içerseydi, klinisyenler görevi bilgisayara yükleyebilir ve kahve içmeye daha fazla zaman ayırabilirlerdi. Ancak bilgisayarlar ve anket kâğıtları ifadelerdeki ayrıntıları, tereddütleri ya da nemli gözleri –verimli bir sorgulama hattı için canlı bir klinisyenin dik-

katini çekebilecek işaretleri– yakalayamaz. İyi bir görüşmeci, farklı kişilik ve sorun alanlarıyla nasıl çalışacağını bilmek zorundadır: kolay aktaran hastaya nasıl serbestlik tanıyacağını, dağınık olana nasıl yol göstereceğini, sessiz olanı nasıl cesaretlendireceğini ve saldırgan olanı nasıl yatıştıracağını. İdeal bir görüşmeci tarzı yoktur; farklı görüşme tarzlarıyla başarılı olabilirsiniz. Yine de kendinize en uygun tarzı geliştirmek için rehberliğe ve uygulamaya gerek duyacaksınız.

Tabii ki klinik görüşmeler, çeşitli hedeflere ulaşmak için kullanılır ve farklı alanlardan uzmanların farklı gündemleri vardır. Ancak bütün görüşmeciler-psikiyatristler, psikologlar, aile hekimleri, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, iş terapistleri asistan doktorlar ve madde rehabilitasyon uzmanları- karşılaştıkları her hastadan temel bilgi almalıdır. Gerek duydukları veri türündeki benzerlikler, farklı eğitim ve bakış açılarından beklenen farklılıkları kadar önemlidir.

İyi görüşmeciler üç özelliği birlikte kullanmalıdır. Bunlar;

1. tanı ve yönlendirmeyle ilgili büyük miktarda doğru bilgiye,
2. en kısa zaman dilimi içinde,
3. hastayla iyi işleyen bir ilişki (rapport) kurup ve bunu sürdürerek ulaşmaktır.

Bu üç bileşen içinde (1) veri tabanı ve (3) iyi ilişki (rapport) çok önemlidir. Süre kısıtlamasını dikkate almazsanız, iyi bir hizmet sağlayabilirsiniz; ancak bir anda birden fazla hastayla başa çıkmak zorunda kalabilirsiniz.

Herhangi bir hastayla ilk temasınız, çeşitli nedenlerle olabilir –kısa bir ön görüşme, ayakta tedavi gören hastanın tanı girişi, acil servis ziyareti, hastane girişi ya da tıbbi tedavi veya psikoterapi konsültasyonu. Klinik hemşire, çeşitli davranışsal tanılara dayalı hemşirelik planını geliştirmeye gerek duyabilir. Adli tıp raporu ve araştırma görüşmelerinin çok farklı hedefleri vardır ama yöntemleri ve içerikleri, söz ettiğim diğer bütün görüşme türleriyle ortaktır –her biri, temel ve kapsamlı bir ilk görüşmenin uzmanlaşmış kullanımıdır. Görüşme amacınız ne olursa olsun, bu kitap bütün hastalardan elde etmeye çalışacağınız bilginin taslağını sunmayı ve görüşmenizin farklı aşamalarında size yardımcı olacak teknikler önermeyi amaçlar.

Son birkaç 10 yılda, görüşme süreci hakkında çok fazla şey öğrendik. Bununla birlikte, genç ruh sağlığı uzmanlarıyla yaptığım günlük değerlendirmelerimde, eğitimlerde bu bilginin çok az bir miktarı kullanıldığı için çoğu kez sinirlenirim. Genç klinisyenler, çoğu kez bir görüşme için ayrılan zamandan azını kullanır, intihar düşüncelerini sorgulamada başarısız olur ve birçok ruh sağlığı hastasının, aynı zamanda madde kullanımı sorunu olduğunu

unuturlar. Kısacası, görüşme ve değerlendirme süreçleri hakkında bildiklerimizin çoğu göz ardı edilir. *İlk Görüşme*, bu eksikliği gidermeye çalışmaktadır. Bu kitap, öncelikle yeni başlayanlara odaklanarak, bütün ruh sağlığı disiplinlerindeki klinisyenlerin bilmeleri gereken temel materyalleri vurgulamaktadır. Eğitimli klinisyenlerinin de incelemeye değer bulmasını umuyorum.

KAPSAMLI BİLGİ GEREKSİNİMİ

Klinisyenler bir hastayı şaşırtıcı derecede değişik yönlerden görebilir. Aslında, bütün klinisyenler her hastayı biyolojik, dinamik, sosyal ve davranışsal açılardan görebilmelidir, çünkü tek bir hasta, bu kuramsal bakış açılarının herhangi birine ya da hepsine dayanan bir tedaviye gerek duyabilir. Örneğin, çok fazla alkol alan evli genç bir kadının sorunları, bu faktörlerin kombinasyonuyla tanımlanabilir.

Dinamik. Zorba kocası, içki içen babasına benzemektedir.

Davranışsal. İçki içmeyi kişilerarası ilişkilerin yarattığı gerginlikten kurtulmakla ilişkilendirmektedir.

Sosyal. Çok sayıda kız arkadaşı içmektedir, kendi sosyal çevresinde içki içmek kabul görmekte, hatta bunun için teşvik edilmektedir.

Biyolojik. Alkol kötüye kullanımına ilişkin babasından gelen genetik katkı göz önünde bulundurulmalıdır.

Kapsamlı bir değerlendirme, bu bakış açılarının her birinin katkısını alır. Her biri tedavi planına eklenir.

Kitap boyunca, kapsamlı bir görüşme yürütürken bütün bakış açılarının bir arada tutulması gerekliliğini vurguluyorum. Kapsamlı bir değerlendirme yapmadığınız sürece, muhtemelen çok önemli olan verileri kaçıracaksınız. Örneğin "geçim sorunları" nedeniyle yardım arayan bir hastanın gerçekte altta yatan psikozu, depresyonu ya da madde kötüye kullanımı olduğunu öğrenemeyeceksiniz. Hatta hastanızın gerçek bir ruhsal bozukluğu olmadığı ortaya çıksa bile, geçmiş deneyimlerinin şimdiki sorunlarına nasıl katkıda bulunduğunu anlamaya ihtiyaç duyarsınız. Sadece tam bir görüşme, doyurucu bir biçimde bu bilgiyi size verebilir.

Tedavi süreçleriyle çok daha fazla ek bilgi edineceğinizi söylemeye gerek yok. Hatta ilk karşılaşma sırasında, oluşturduğunuz belirli fikirleri değiştirmek zorunda kaldığınızı göreceksiniz. Ancak değerlendirme görüşmesi sırasında ilgili bilgiyi dikkatlice sağlayabildiğiniz oranda, yönlendirme için rasyonel bir plan yapabilirsiniz.

Bir ruh sağlığı görüşmecisi olarak başarınız birkaç farklı becerinin ardında saklı olacaktır. Öykünün bütününü ne kadar iyi ortaya çıkarabilirsiniz? İlgili bütün bilgileri elde etmek için yeterince derinlemesine araştırabilir misiniz? Hastanıza, size doğru ve uygun gerçekleri söylemeyi ne kadar hızlı öğretebilirsiniz? Hastanızın duygularını değerlendirip tepki vermede ne ölçüde yeterlisiniz? Gerek olduğunda, utanç verici deneyimleri açıklaması için hastanızı teşvik edebilir misiniz? Bütün bu beceriler ruh sağlığı tarihçesini almak zorunda olan herkes için gereklidir. Bunları öğrenme zamanı, yararsız –hatta zararlı– görüşme alışkanlıkları sizin tarzınızın değişmez bir parçası olmadan önce, eğitiminizin hemen başıdır. Erken dönem eğitimin yararları ömür boyu kalıcı olur.

Yarım yüzyıldan fazla bir süre önce iki eser, görüşme tarzı için bir üslup oluşturmuştur: Gill, Newman ve Redlich tarafından yazılan *Psikiyatri Uygulamalarında İlk Görüşme (The Initial Interwiev in Psychiatric Practice)* ile Harry Stack Sullivan tarafından yazılan *Psikiyatrik Görüşme (The Psychiatric Interwiev).* Yıllar içinde, görüşme üzerine birçok başka kitap ortaya çıkmasına rağmen, bu iki eser tarafından oluşturulan modeller en çok takip edilenler olmuştur. Ancak on yıllar içinde beğeni ve gereksinimler değişiklik göstermiştir ve bu saygıdeğer çalışmalar, artık ruh sağlığı görüşmecilerine yeterince hizmet edemez duruma gelmiştir. Geçtiğimiz birkaç on yılda, birtakım araştırma raporları –Cox ve arkadaşları tarafından yapılan, çok dikkate değerdir– modern görüşme uygulaması için bilimsel bir temel sağlamıştır. Bu kitabın büyük kısmında bu kaynakları temel aldım. Ayrıca, son 60 yıl içerisinde görüşme üzerine yayımlanan neredeyse her monografi ve araştırma makalesinden yararlandım. Bunların çok önemlilerinden yapılan alıntılar Ek F'de gösterilmiştir.

Cannell ve Kahn (1968), monografilerinde "Görüşmeciler için yönerge ve kitap yazan insanlar görüşmede kendilerine çok yer vermez." demişlerdir. En azından *İlk Görüşme* örneğinde, bu iddianın yanlışlığı bütünüyle kanıtlanmıştır. Bu eserin önemli bir kısmı, 15.000'den fazla ruh sağlığı hastasıyla yıllar boyunca yapmış olduğum görüşmelerimden oluşmuştur. Öne sürdüğüm görüşme yaklaşımı olan klinik araştırma, başkalarının deneyimi ve nasıl işlediğine yönelik kendi algımın bir karışımıdır. Kimi zaman kalıplaşmış görünse de bu, iyi çalışan bir formüldür. Temelleri bir kez öğrendiğinizde, uyum sağlayabilir ve kendi görüşme stilinizi oluşturmak için genişletebilirsiniz.

UYGULAMANIN ÖNEMİ

Eğitimim sırasında profesorlerim, bir öğrencinin en iyi ders kitabının hasta olduğunu söylerlerdi. Ruh sağlığı görüşmesi yapmayı öğrenme süreci, bu görüşün en geçerli olduğu yerdir. Aslında hiçbir ders kitabı bir tamamlayıcıdan –deneyimler aracılığıyla gelen gerçek öğrenme için bir kılavuzdan– fazlası olamaz. Bu nedenle baştan itibaren ve sık sık uygulama yapmanızda ısrarcıyım.

Öncelikle Bölüm 1'den Bölüm 5'e kadar çabucak okuyun. Bu materyali ezberlemeye çalışmayın; miktarı göz korkutucu olabilir ama zaman içinde kolayca

öğrenmenize yardım edecek bir sırada verilmiştir (Ek A'da tipik bir değerlendirme görüşmesinin her aşamasında gerek duyacağınız bilgilerin kısa bir taslağı ve kullanabileceğiniz stratejiler bulunmaktadır). Ardından öğrenmenize yardım edecek bir hasta görüşmesi bulacaksınız.

Acemi görüşmeciler için, ruh sağlığı servisine yatırılmış hastalar mükemmel bir kaynaktır. Pek çoğuyla önceden görüşülmüştür (bazıları oldukça deneyimlidir!); bu yüzden onlardan beklediklerinize dair bir fikirleri vardır. Modern hastanelerin birçoğunun yataklı servislerinde programlı etkinlikler olsa da genellikle kullanılabilir boş saatler de vardır. Pek çok hasta, bunu hava almak için bir şans olarak görür. Birçoğu ise kendi yaşadığı güçlüğün iyi bir şeylere katkı sağlamasından –bu durumda bir ruh sağlığı uzmanının eğitiminemutlu olur (1998 yılında yapılan bir çalışma, pek çok hastanın hastane bakımı ekiplerinde yer alan öğrencilerle yaptığı görüşmelerden son derece memnun olduğunu göstermiştir; başka bir çalışmada, öğrencilerin hastalar tarafından "kibar ve anlayışlı" olarak görüldükleri ve hastaların aynı deneyimi tekrar yaşamaktan memnun olacaklarını ifade ettikleri bulunmuştur). Kimi zaman acemi bir gözlemcinin, hatta öğrencinin yürüttüğü bir görüşme, terapinin yönünü değiştirebilecek yeni içgörülerin ortaya çıkmasına yardımcı olur.

Bu nedenle gönüllü bir hastanın yardımını alın ve çalışmaya başlayın. "İyi öğreten bir hasta" bulmak için kendinizi sıkmayın; herhangi bir yardımsever hasta, bunu sizin adınıza yapacaktır ve bütün canlılar doğası gereği ilginçtir. Görüşme taslağını çok yakından takip etmeyi denemeyin; özellikle de ilk zamanlarda. Rahatlayın ve hem kendinize hem de hastanıza keyifli bir deneyim yaşatmayı deneyin.

Yaklaşık bir saatin sonunda –daha uzun bir seans her ikiniz için de çok yorucu olacaktır– sonra daha fazlası için geri geleceğinize söz vererek görüşmeye ara verin. Görüşme yönetiminin herhangi bir alanını okumak için *İlk Görüşme*'ye geri dönmek size sıkıntı verebilir. Bölüm 8'deki öneriler doğrultusunda elde ettiğiniz kişisel ve sosyal bilgileri dikkatlice karşılaştırın (Ek A'da ayrıca taslağı bulunmaktadır). Zihinsel durum değerlendirmenizi nasıl bitirdiniz? Kendi gözlemlerinizi Bölüm 11 ve 12'deki öneriler ile karşılaştırın.

Bir öğrenci, "Bu kadar az bilgim varken ruhsal bir bozuklukla ilgili nasıl görüşme yapabilirim?" diye sorabilir. Tam bir görüşme yapmak, farklı bozuklukların tipik belirtilerini, işaretlerini ve seyrini bildiğinizi kabul eder ama görüşme tekniklerini öğrenirken bunlara da çalışabilirsiniz. Aslında bozukluğu, yaşamış hastalardan öğrenmek, bu tanıların temel özelliklerinin sonsuza kadar zihninizde kalmasını sağlayacaktır. Bölüm 13'te, hastanızın sergilediği klinik ilgi alanlarına göre bölümlenmiş bir görüşme içinde yer vermeniz gereken özelliklerin listesini bulacaksınız.

İlk zamanda sormayı unuttuğunuz soruların tam listesini bir sonraki seansta hastanıza tekrar sorun. Bir tıp öğrencisi ve acemi bir görüşmeci olarak o hafta sonu öğrenmiş olduğum gibi, ne soracağınızı öğrenmek ve ihmal ettiklerinizi düzeltmek için geri dönmekten daha iyi bir yol yoktur. Ne kadar çok görüşme yaparsanız o kadar az unutmaya başlayacaksınız..Görüşmenizi bitirdiğinizde, her-

hangi bir standart ders kitabı (açıklamalı bir liste için Ek F'ye bakın) hastanızın bozukluğunun ayırıcı tanısı için size yol gösterebilir.

Deneyimli bir görüşmeciden geri bildirim alırsanız, daha çabuk uzman hâle gelirsiniz. Bu geri bildirim, siz hastanızla görüşürken bir süpervizörün yanınıza oturması biçiminde, doğrudan olabilir. Sayısız çalışma, atladığınız noktalar ya da daha etkili olarak kullanabileceğiniz görüşme teknikleri üzerine süpervizörünüzle konuşurken, tekrar tekrar oynatabileceğiniz görüntü ya da ses kayıtlarının bulunmasının etkililiğini göstermiştir. Muhtemelen değerlendirme görüşmelerinizin ses kayıtlarını kendi başınıza dinleyerek bile, çok şey öğrenebildiğinizi göreceksiniz. Ek E'de görüşmenize dair içerik ve süreç sorunlarını değerlendirmenize yardımcı olması için bir puanlama formu hazırladım.

BÖLÜM 1

Açılış ve Tanışma

İlk görüşmeyi bitirdiğiniz zaman, (1) hastanızdan bilgi almış ve (2) iyi işleyen bir ilişkinin temelini atmış olmanız gerekir. Bu bilgi, çeşitli tarihçe türlerini (şu anki belirtileri *tarihçesi*, geçmiş hastalıkları, tedavileri, aile içi ve sosyal ilişkileri, tıbbi risk konularını –kısaca hastanın yaşamı ve ruh sağlığı sorunlarıyla ilgili olan her şeyi– içeren ayrıntılı bir açıklamadır) ve (hastanızın var olan düşünce ve davranışına dair bir inceleme olan) *zihinsel durum değerlendirmesi* kapsamaktadır.

Bu kitap boyunca sizi, yaklaşık olarak hastanızla konuşurken kullanacağınız kronolojik sıra içinde, tarihçenin ve zihin durumu değerlendirmesinin her kısmında gezdireceğim. Farklı bölümlerde, elde etmeyi beklediğiniz bilginin içeriğini ve bu içeriğe en uygun olan görüşme tekniklerini anlatacağım. Uygun olan yerlerde, iyi ilişki (rapport) konusuna da değineceğim.

SÜRE FAKTÖRÜ

İlk görüşmenizin ilk birkaç dakikasında bazı görevleri tamamlamanız gerekecek:

- Görüşmenizin nasıl şekilleneceğini –ne kadar süreceğini, ne tür sorular soracağınızı vb.– aktarmalısınız.
- Hastanızın (ya da bilgi verecek başka bir kişinin) size hangi türden bilgiler vermesini beklediğiniz hakkında düşüncelerinizi belirtmelisiniz.
- Hastanıza durum üzerinde mümkün olduğu kadar kontrol sağlayabileceği, rahat ve güvenli bir çevre oluşturmalısınız.

Tablo 1'de, görüşmeyi bitirme sürenize göre işlenmesi gereken temel materyaller listelenmiştir. Deneyimli bir klinisyenin ortalama bir hastayı değerlendirmesi genellikle yaklaşık bir saat alır. Bir öğrencinin bütün bilgiyi elde etmesi için muhtemelen birkaç saate ihtiyacı olacaktır. Deneyim seviyenizi göz önünde bulundurmadan, olası en çok bilgiyi toplamaya odaklanmalısınız.

Deneyimli bir görüşmeci bile, ara sıra ilk değerlendirme için birden fazla seansa gerek duyar; genellikle geveze, muğlak, saldırgan, şüpheci ya da zor anlayan bir hasta için veya anlatacak karmaşık bir hikâyesi olan bir kişi için ise herkes daha fazla süreye gereksinim duyar. Kimi hastalar uzun bir görüşmeyi tolere edemez ve hastaneye yatırılmış olan hastaların bile, yetişmeleri gereken başka randevuları olabilir. Birden fazla görüşme yapmak, hastaya başlangıçta atlanmış olan materyali aktarması ve hatırlaması için süre tanır. Tabii ki akraba ya da diğer kaynak kişilerle görüşüyorsanız, bütün kaynaklarınızdan gelen bilgiyi birleştirmek için fazladan süreye gerek duyacaksınız.

Modern sağlık bakımının koşuşturmacasıyla mevcut zamanın durmadan azaldığını fark ettim. Bu nedenle, ortalama bir ilk görüşmeyi planlarken görüşmenin farklı bölümlerine ayırmanız gereken zamanı yüzde olarak ifade etmeye ihtiyaç duydum:

%15: Temel yakınmayı belirlemek ve serbest konuşma için cesaretlendirmek.

%30: İntihar, şiddet tarihçesi ve madde kullanımıyla ilgili sorular sorup belirli tanıları aramak.

%15: Tıbbi tarihçeyi almak, sistemleri incelemek ve aile tarihçesi almak.

%25: Kalan kişisel ve sosyal tarihçeyi almak, karakter patolojisini değerlendirmek.

%10: Zihinsel durum değerlendirmesi yapmak.

%5: Hastayla tanı ve tedaviyi paylaşıp, sonraki seansı planlamak.

Mesleki gereksinimleriniz odağı biraz değiştirebilir. Örneğin sosyal çalışmacılar, kişisel ve sosyal tarihçeye daha fazla zaman harcayabilir (Eskiden, kimi kurumlar ve daireler, bütün sosyal tarihçeyi almaları için sosyal hizmet uzmanlarını görevlendirirdi. Günümüzde, tarihçenin tamamının -bu bilgileri tutarlı bir klinik tablo içinde sentezleyebilecek- bir klinisyen tarafından alınması gerektiğine inanıyoruz).

Mesleğinizi göz önünde bulundurmadan, hastanızla ilişkinizin başında bütün hikâyeyi almayı denemenizi öneririm. İlk birkaç seanstan sonra, kimi

TABLO 1.1. İlk Görüşme Taslağı

- Temel yakınma
- Var olan hastalığın tarihçesi
  - Stres faktörleri
  - Başlangıç
  - Önceki bölümler
  - Tedavi
    - Sonuçlar
    - Gidişat
  - Yakın zamandaki tedavi
  - Hastaneye yatırılma var mı?
  - Hasta üzerindeki etkileri, diğer
- Kişisel ve sosyal tarihçe
  - Çocukluk ve büyüme
    - Doğum yeri?
    - Kardeş sayısı ve sırası
    - Bir ya da iki ebeveynle büyüme?
    - Ebeveynlerle ilişki
    - Evlat edinilmişse;
      - Koşulları nedir?
      - Aile dışı olanlar?
    - Çocukkenki sağlığı
    - Ergenlik sorunları
    - İstismar (fiziksel/cinsel)
    - Eğitim
      - Mezun olunan son okul
      - Okulla ilgili sorunlar
      - Aşırı aktif?
      - Okul reddi?
      - Davranış sorunları?
      - Bırakma ya da atılma
    - Çocukken sosyallik?
    - Hobileri, ilgi alanları
  - Yetişkin olarak yaşam
    - Şimdiki geçim durumu
      - Kiminle yaşıyor?
      - Nerede?
      - Hiç evsiz oldu mu?
      - Destek ağı
      - Hareketlilik
      - Mali durumu
    - Evlilik geçmişi
      - Evlilik yaş(lar)ı
      - Evlilik sayısı
      - Boşanma yaşı ve nasıl bitti?
      - Çocukların yaşı ve cinsiyeti
      - Üvey çocuk?
      - Evlilik sorunları
    - Cinsel tercih, uyum
      - Cinsel birleşme sorunları
      - Doğum kontrol yöntemleri
      - Evlilik dışı ilişkileri?
      - Fiziksel, cinsel istismar
    - İş geçmişi
      - Şimdiki işi
      - İş sayısı
      - İş değişiklik(leri) nedenleri
        - Kovulma?
  - Yetişkin olarak hayat (*devamı*)
    - Boş zaman aktiviteleri
      - Kulüp, organizasyonlar
      - İlgi alanları, hobiler
    - Askeri hizmet
      - Branşı, rütbesi
      - Hizmet yılı
      - Disiplin sorunu
      - Savaş
    - Yasal sorunlar?
      - Suç kaydı?
      - Dava?
    - Din
      - Mezhep
      - İlgi alanları
- Tıbbi geçmiş
  - Önemli hastalıklar
  - Ameliyatlar
  - Zihinsel olmayan tedavi
  - Alerjiler
    - Çevre
    - Yiyecek
    - İlaç
  - Zihinsel olmayan yatış
  - Fiziksel bozukluk
  - AIDS için risk faktörü?
  - Yetişkin cinsel ve fiziksel istismar?
- Sistemlerin incelenmesi
  - Tat değişikliği
  - Baş ağrısı
  - Nöbet
  - Kronik ağrı
  - Bilinç kaybı
  - Adet öncesi sendrom
  - Somatik bozukluğun incelenmesi
- Aile tarihçesi
  - Akrabalık tanımları
  - Akrabalardaki zihinsel bozukluklar?
    - Madde kullanımı
  - Madde(lerin) tür(ler)i
  - Kullanım süresi
  - Niteliği
  - Sonuçları
    - Tıbbi sorunlar
    - Kontrol kaybı
    - Kişisel ve kişilerarası sorunlar
    - İş güçlükleri
    - Yasal sonuçları
    - Mali sorunlar
  - İlaç kullanımı
    - Reçeteli
    - Tezgâh altı
- Kişilik özellikleri
  - Yaşam boyu davranış örüntüleri
  - Şiddet
  - Tutuklanma
- İntihar girişimi
  - Yöntemleri
  - Sonuçları
  - İlaç ya da alkol birlikte?
  - İntihar girişimleri (*devamı*)
    - Ciddiyet
      - Psikolojik
      - Fiziksel
- Zihinsel durum değerlendirmesi
  - Görünüm
    - Görünen yaş
    - Irk
    - Duruş
    - Beslenme
    - Hijyen
    - Saç stili
    - Giyim
      - Düzenli?
      - Temiz?
      - Tip/moda?
  - Davranış
    - Hareket düzeyi
    - Titreme
    - Manerizm ve sterotipiler
    - Gülümseme?
    - Göz teması
  - Duygudurum
  - Tür
    - Değişkenlik
    - Uygunluk
    - Düşünce akışı
  - Sözcük çağrışımları
    - Konuşma oranı ve ritmi
    - Konuşmada aksan
  - Düşünce içeriği
    - Fobiler
    - Kaygı
    - Obsesyonlar, kompulsiyonlar,
    - İntihar düşüncesi
    - Sanrılar (Delüzyonlar)
    - Varsanılar (Halüsinasyon)
  - Dil
    - Kavrama
    - Akıcılık
    - Adlandırma
    - Tekrarlama
    - Okuma
    - Yazma
  - Biliş
    - Oryantasyon
      - Kişi
      - Yer
      - Zaman
    - Bellek
      - Şimdiki
      - Yakın
      - Uzak
    - Dikkat ve konsantrasyon
      - Yedili sayma
      - Geriye sayma
    - Kültürel bilgi
      - Beş başbakan
    - Soyut düşünce
      - Benzerlikler
      - Farklılıklar
    - İçgörü ve yargılama

zaman deneyimli klinisyenler bile, bir hastayı iyi bildiklerini varsayar ve gözden kaçabilecek bazı önemli bilgileri ihmal eder.

Tabii ki hiç kimsenin sınırsız süresi olmadığı gibi hiçbir değerlendirme de tamamlanmış sayılmaz. Hastanıza yönelik ilginizi sürdürdüğünüz sürece, orijinal veri tabanınıza yeni olgular ve gözlemler ekliyor olacaksınız. Ancak işinizi başlangıçta iyi yaparsanız, bunlar genellikle temel olarak tanı ya da tedaviyi etkilemeyecek destekleyici ayrıntı konuları olacaktır.

Hastalar korkutucu ve bunaltıcı buldukları, hatta hayatlarını tehdit eden ciddi sorunlar için yardım arar. Tam, adil ve profesyonel bir değerlendirme aldıklarını hissettirecek biçimde hikâyelerini dinlemelisiniz. Eğer hastanız alışılmadık düzeyde dramatik, yavaş ya da tutarsızsa, herhangi birinin yüzleştiği stres ve kaygılar ışığında bu davranışı anlamaya çalışın ve ek süre tanıyın.

DÜZENLEMELER

Bir uzmanın yeni bir hastayla geçirdiği ilk dakikalar, sonraki etkileşimin tamamına yönelik bir hava oluşturur. Hastayı karşılama, rahat ettirme ve hastaya kontrol hissi verme gibi basit konulara yönelik özeniniz, saygı ve iş birliği temelli bir ilişki kurmaya yardımcı olur. Kendi özel ofisiniz varsa, tercihinize göre güzelce dekore edebilirsiniz; ancak kurumlardaki ofisler çoğu kez pek şahane değildir. Neyse ki etrafın şıklığı görüşmenin yararını etkilemez. Bunun yanında gizlilik derecesi toplanan bilgi üzerinde çok etkili olsa da yatak ucunda veya yoğun bir hastane odasının köşesinde de yapılan muhteşem görüşmeler görmüştüm. Hastanın rahatlığı ve gizliliğine dair düzenlemeler en öncelikli şeydir.

Elinizdekilerle en iyisini yapın. Geleneksel olarak pek çok ofiste olduğu gibi, hasta ile aranızda bir masa olacak şekilde oturmak ikiniz arasında esneklikten yoksun bir engel oluşturmaktadır. Bu yerleşim, şüpheci (fiziksel mesafeye karşı aşırı duyarlı) bir hastayla daha fazla mesafe oluşturmak ya da bir diğer kişinin desteğine gereksinim duyan depresyondaki birine daha yakın olmak için fazla bir alana olanak tanımaz. Sandalyenizin yerini değiştirmeyi denediğinizde, sıra ya da masanın köşesinden hastayla yüz yüze gelebilirsiniz. Böylece anlık gereksinimlere göre ikiniz arasındaki mesafeyi düzenleyebilirsiniz. Eğer sağ elinizi kullanıyorsanız, hasta sizin solunuzda otururs daha rahat not alabilirsiniz. Tabii ki iki sandalyeyi yüz yüze bakacak şekilde koymak da çok iyi olacaktır.

Aynı zamanda yapmanız gereken bir göreviniz daha var –güvenlik koşullarını sağlamak. Ruh sağlığında görüşmelerinin büyük çoğunluğu ta-

mamen risksizdir ama kimi durumlarda bir şeyler olur ve klinisyen, hasta ya da her ikisi zarar görür (2006 yılında Maryland'de Bethesta'daki Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü'nde şizofreninin yönetimi konusunda uzman bir psikiyatrist olan Wayne Fenton, hastalarından biri tarafından dövülerek öldürüldü –bu ülkenin her yerinde manşet olan bir saldırıydı).

Her hasta görüşmesinin başında, kendinizin ve diğerlerinin güvenliğini sağladığınızı kontrol etme içgüdünüz olmalıdır. Pratik olarak anlatacak olursak; bunun anlamı şu üç ilkeyi izlemenizdir: (1) Başkalarına yakın bir yerde görüşme yapmak; (2) Alarm zili gibi kolayca çalıştırılabilen bir acil uyarı sistemi bulundurmak; (3) Kapalı bir ofiste görüşme yürütürken, hızlıca çıkmak gerektiğinde önünüzde engelleyici bir mobilya (masa) olmayacak biçimde ve hastaya göre sizin kapıya daha yakın olacağınız bir yere oturmak.

Nerede görüşme yaptığınızı göz önünde bulundurmadan, sizin görünümünüz hastayla olan ilişkinizi etkileyebilir. Neyin profesyonel kabul edildiği, çalıştığınız bölgeye ya da kliniğin kurallarına bağlı değişebilir. Bu söylediğim çok açık görünebilir ama tekrarlamak önem taşır: Eğer kıyafetinize, bakımınıza ve tavrınıza dikkat ederseniz daha profesyonel olarak kabul edileceksiniz.

Tamam, standartlar son on yıl içinde biraz değişmiş olabilir ama giyiniş biçimi hâlâ bir fark yaratmaktadır. Hastalar, genellikle geleneksel giysileri ve saç şekillerini kolayca kabul ederler. Aşırı günlük giysiler ya da tavırlar görüşmenizin önemiyle ilgili umursamazlığı akla getirebilir. Gerçekten de 2005 yılına ait bir araştırma, hastaların çoğunun resmî giyinen uzmanları tercih ettiklerini ve günlük kılık kıyafetli olanlardan çok, beyaz önlük giyenlere kişisel bilgilerini açıklamaya daha meyilli olduklarını göstermiştir. Ayrıca hastaların pek çoğu, resmî giyinen birinin öğüdüne uymalarının daha olası olduğunu ifade etmiştir. Bu ankete katılmış hastalar orta yaştadır; gençler ve çocukların bu kuralın anlamlı istisnaları olduğu yakın zamanda gösterilmiş olsa da rapor önem taşımaktadır (muhtemelen diğer sağlık çalışanlarını da ilgilendirmektedir).

Çoğu ruh sağlığı uzmanı beyaz önlük giymese de kıyafetinizin aşırı günlük olmaması, temiz ve düzenli olması profesyonel statünüzü yansıtacaktır. Aksesuarlarınızı ılımlı ölçüde olacak biçimde sınırlayın; hastanın ulaşmayı umabileceğinin ötesindeki zenginliği ya da statüyü akla getiren takılarla iş birliğine ihtiyaç duyduğunuz kişiyi kışkırtmayın. Dininizin göstergesi olarak rozet, küpe ya da bir giysi ögesi takıyorsanız, olası danışanlarınızdan herhangi birinin bunları etkili bir ilişkinin önündeki engel olarak kabul edip etmeyeceğini düşünün. Kıyafet ve tavırlarınızı belirlerken çevrenizdeki diğer uzmanların nasıl olduklarını gözleyin. Bu örnekler, neyin uygun olduğuna dair yargı geliştirmenize yardımcı olacaktır.

İLİŞKİYE BAŞLAMAK

Kendinizi tanıtın, tokalaşmayı teklif edin ve tercih ettiğiniz oturma düzenini gösterin (Sadece birkaç dakika kalmaya niyetiniz olsa bile, yatan bir hastayı ziyaret ettiğinizde hep oturun. Yetişmeniz gereken bir uçak olsa bile, hastanıza karşı çok aceleci görünmek istemezsiniz. Eğer yatan bir hasta olsaydınız, birinin tepenizden bakıyor olması sizi rahatsız ederdi). Görüşmeye geç kalırsanız, özür dileyerek hatanızı kabul edin. Hastanızın adı alışılmadık bir ad mı? Doğru telaffuz ettiğinizden emin olun. İlk kez görüşüyorsanız statünüzü (Öğrenci? İntörn? Süpervizör?) ve bu görüşmenin amacını belirtin. Ne öğrenmeyi umuyorsunuz? Elinizde var olan bilgiler neler? Hastanıza birlikte geçirmeyi beklediğiniz tahmini süreyi söyleyin.

Sıklıkla önceki uzmanların vaka notlarından, hastane çizelgesinden ya da yönlendirmeyi yapan doktordan hastayla ilgili bir şeyler biliyor olacaksınız. Başlamadan önce bu materyali inceleyerek zaman kazanabilir ve değerlendirmenizin doğruluğunu arttırabilirsiniz. Yine de bu kitabın amacına uygun olarak, bu bilgiye ulaşamayacağınızı varsayacağız.

Bazı görüşmeciler, kısa bir sohbetle ilişki kurmayı kolaylaştırmayı deneseler de ben bunun aksini öneriyorum. Pek çok durumda, hastanız sıkıntı yaratan sorunları nedeniyle tedavi için gelmiştir. Hava, futbol ya da televizyon programları hakkındaki yorumlar en hafif şekliyle bir oyalama gibi veya en ağır şekliyle sizin ilgisizliğinizin bir ifadesi gibi görünebilir. Genellikle doğrudan meselenin özüne inmek daha iyi olur.

Kısa bir sohbet başlatmak *zorunda* hissediyorsanız, evet-hayır yanıtından daha fazlasını gerektiren bir soru sorun. Örneğin:

"Buraya gelirken trafik nasıldı?"

"Yaz aylarını neler yaparak geçiriyorsunuz?"

Başka bir işe yaramasa da böyle bir soru, hastanızdan etkin olarak katılım beklediğinizi gösterir. Özellikle görüşmenizin ilk kısmında, seansın büyük kısmında da yaptığınız gibi, sorularınızı "evet" ya da "hayır" ile yanıtlaması yerine, hastanızı ayrıntılı olarak açıklaması için cesaretlendirmek istersiniz (Bölüm 4 ve 10'da bunu ve görüşme kontrolünün diğer yönlerini ele alacağız).

Zaman zaman, bir akraba ya da yakın bir arkadaş hastaya görüşme odasında eşlik etmek isteyecektir –iki şekilde yanıtlayabileceğiniz bir durum. Ben, hastayı ve bilgi verecek diğer kişiyi ayrı görmeyi tercih ederim, çünkü böyle yaparak elde edilen bilgi miktarını en üste çıkarırım. Hastanın özerklik hissini desteklemek için bilgi veren kişiye, "Daha sonra sizinle görüşeceğiz." diyerek daima hastayla başlarım. Yine de kimi zaman, başka bir yol izlemeye gerek duyabilir ve hastayla bilgi veren kişiyi birlikte görebilirsiniz. Bu, genellikle ileri demans gibi hastanın

çok fazla zarar gördüğü durumlarda olur. O zaman akrabayı da odaya almak gerçek bir zaman kurtarıcısı olabilir. İkili görüşme biçimine ihtiyaç duyabileceğiniz bir başka durum, şiddetli kaygı ya da depresyonu nedeniyle ek desteğe ihtiyaç duyan bir hastanın bunu aşırı biçimde talep etmesidir.

NOT ALMAK

Pek çok vakada not almak isteyeceksiniz. Duyduğumuz her şeyi, kısa bir süre için bile olsa, pek azımız hatırlayabilir ve görüşme sonrasında bunları hemen yazmak için fırsat olmayabilir. Bu yüzden not alacağınızı gösterin ve bunun hasta açısından sorun olmadığından emin olun.

Her şeye rağmen, mümkün olduğu kadar az not tutmayı denemelisiniz. Bu, sizin hastanızın duygularına yönelik ipuçları olan davranışları ve yüz ifadelerini gözlemek için daha fazla zaman ayırmanıza olanak tanıyacaktır. Her şeyi kâğıda geçiremeyeceksiniz ya da tam cümlelerle yazamayacaksınız (temel yakınmadan başka, bunu bir sonraki bölümde tartışacağız). Bunun yerine daha sonra araştıracağınız konulara işaret edebilecek ya da raporunuzu hazırlarken hatırlatıcı görev yapabilecek anahtar sözcükleri not alın. Kalemi elinizde tutun; bu, tekrar tekrar elinize almanın yol açacağı dikkat dağılmasını engeller. Elinizden bırakmanız gereken tek zaman, özellikle hassas konuları konuştuğunuz ve hastanın kaydedilmeyi önemsemediği anlardır.

Bilgisayarlı kayıtlar tartışmalı bir diğer konudur. Kayıt sistemlerinin giderek çevrim içi hâle gelmesiyle, biz klinisyenler hastayla konuştuğumuz sırada klavye aracılığıyla hasta bilgisi girme baskısıyla da karşılaşıyoruz. İtiraf etmeliyim ki, yeni bir hastayla görüşme yaptığım sırada bir taraftan iyi bir ilişki kurmaya çalışırken; öte yandan da bilgisayara not düşmenin etkin bir biçimini hayal edemiyorum. Benim çözümüm, bir kalemle not almak ve sonra bir özet yazmaktır.

Bir diğer sorun da şudur: Bazen hasta, belirli bir materyali kayıt dışında tutmanızı isteyebilir. Eğer pratik yapan bir öğrenciyseniz sorun yoktur. Ancak bu talep, sorumlu klinisyen olduğunuz durumda, görüşmenin başlarında gelirse, özellikle de görüşmenin sınırlı bir bölümü için geçerliyse, genellikle talebe karşılık vermek daha iyi olur. Hastanın not alınmasına karşı aşırı derecede rahatsız olduğu görülüyorsa, kendisine daha sonra incelemek için yardımcı olacak bazı notlar aldığınızı açıklayabilirsiniz. Hastanın ısrarcı olduğu nadir durumlarda bunu kabul edin, kalemi bırakın ve daha sonra hatırlayabildiklerinizi yazın. İstediğiniz şey, bilgilendirici bir görüşmeyi tamamlamaktır, bir irade yarışmasını kazanmak değil. Yine de bazı noktalarda -tam da görüşmeyi bitirmeye hazırlandığınız an olmamak koşuluyla- not tutma konusunu tekrar

açabilirsiniz. Veri tabanınızda önemli boşluklar olması, özellikle de bu hasta daha sonra başka klinisyenler tarafından görülecekse, sakıncalı olabilir.

Bir seansın ses kayıtlarını incelemek, görüşme stilinizdeki sıkıntıları görmenizde yardımcı olabilir. Ses kayıtları aracılığıyla, çoğu kez görüşmenin tam olmayan kaydında (kalem kâğıt notlarında), kaçırmış olduğunuz sorunları ortaya çıkarabilirsiniz. Yine de günlük uygulamada önemli dezavantajları vardır: Bir kaydı incelemek çok zaman alır ve hastalar not alınmasına göre kayıt yapılmasından daha fazla rahatsız olur. Eğer ses kaydı almaya karar verirseniz, bunun eğitim amaçlı olduğunu açıklayıp izin aldıktan sonra başlamalısınız.

Ayrıca kanunlar ve mesleki etik kurallar çerçevesinde, başkalarının güvenliği söz konusu olduğunda, sizden belirli bilgileri rapor etmenizin talep edildiğini açıklamak gerekebilir. Kaliforniya'da 1974 yılında *Tarasoff* kararı ile oluşturulan bu ilke; sağlık personelinin tehdit altında olduğu bilinen kişileri koruma görevi olduğunu açıkça belirtir. Tüm ülkeler böyle bir ilkeyi yasalaştırmış olmasa da klinisyenlerin tamamına yakını karar yönünde davranmayı salık vermektedir. Tabii ki bir öğrenciyseniz, kendi başınıza böyle bir şeye kalkışmamalısınız; tehditleri ya da başka endişeleri hemen danışmanınızla paylaşmalısınız, o da koruma görevini yerine getirmede size liderlik edecektir.

ÖRNEK AÇILIŞ

Etkili bir açılışın olası pek çok çeşidi vardır. İşte iyi bir örnek:

GÖRÜŞMECİ: Günaydın Bay Dean. Ben Emily Watts, 3. Sınıf tıp öğrencisiyim. Sizinle yaklaşık bir saat boyunca, sizinkine benzer sorunları olan insanlar hakkında mümkün olduğunca çok bilgi edinmek için konuşmak istiyorum. Şu an benimle geçirmek için zamanınız var mı?

HASTA: Evet, iyi olur.

GÖRÜŞMECİ: (*sandalyeyi gösterip*) Niçin böyle oturmuyorsunuz? Not almamın sizin için bir sakıncası olur mu?

HASTA: Sorun olmaz.

Bu açılış işe yarar, çünkü hasta için önemli olan bilgiler çabucak verilmiştir; görüşmecinin adı, statüsü, görüşmenin amacı, gerekli olan süre. Görüşmeci ayrıca oturma düzeni ve not almak için izin alma işini de halletmiştir. Bununla birlikte, kimi hastalar sorunları olduğu fikrine karşı çıkabilir. Bayan Watts, yatan bir hastayla görüşme yaptığı için sorularıyla ilgili bir zorlanmayla karşılaşmadı. Yeni hastalar, basitçe "Lütfen bana niçin burada olduğunuzu anlatın." sorusuna daha iyi yanıt verebilir.

Bir başka yararlı açılış örneği de şöyledir:

HASTA: Bana bahsettikleri öğrenci sen misin?
GÖRÜŞMECİ: Hayır, ben Dr. Holden, psikoloji intörnüyüm. Öğleden sonra terapistinizle konuştum ve size nasıl yardım edebileceğimizi görmek için sizinle zaman geçirmek istedim. Şu küçük odayı kullanabiliriz.
HASTA: *(başını sallar)*
GÖRÜŞMECİ: Size en iyi şekilde yardım etmek için alabileceğim bütün bilgilere ihtiyacım olacak. Sizin için uygunsa birkaç not almayı isterim.
HASTA: Sorun olmaz.

Kimi zaman bilgi toplama aşaması bir görüşmeden fazlasını gerektirir. Sonraki seansa "Önceki konuşmamızla ilgili söylemeyi düşündüğünüz başka bir şey var mı?" ya da "Önceki görüşmemiz hakkında [eşinize, kızınıza vb.] ne söylediniz?" diye sorarak başlayabilirsiniz. Bazen de önceki seansınızın süresi bittiğinde kaldığınız yerden devam edersiniz.

BÖLÜM 2

Temel Yakınma ve Serbest Konuşma

Temel yakınma, hastanın tedavi arayışının nedenlerini açıkça belirtirken; hemen ardından gelen serbest konuşma, hastayı bütün bu nedenler hakkında konuşmak için cesaretlendirir. Bilgi vanasını açmak için kullanacağınız sözcükler, sonraki performansı büyük ölçüde etkileyebilir ve bunlar iki temel görüşme tarzından biri içerisinde yer alır: yönlendirmeli ve yönlendirmesiz görüşme.

YÖNLENDİRMELİYE KARŞI YÖNLENDİRMESİZ SORULAR

Yönlendiren (directive) bir görüşmeci, çok sayıda özgül soru sorarak, hastaya ne tür bilgilerin istendiğini söyleyen bir yapıyı açık bir biçimde sunar. Yönlendirmeyen (nondirective) görüşmeci ise daha edilgen bir biçimde hastanın vermeyi seçtiği bilgi her neyse onu alır. Yönlendirmesiz tarz, genellikle güçlü bir ilişki sağlar ve (hastanın yaşamına ilişkin) güvenilir gerçekleri ortaya çıkarır. Bununla birlikte aşırı yönlendirmesiz bir yaklaşım da daha az bilgiye yol açar. Örneğin, yönlendirme yapılmadığında hasta aile tarihçesinin önemli olduğunu fark edemeyebilir ya da oldukça kişisel bilgilerini gönüllü olarak verdiği için kendini çok suçlu hissedebilir. En etkili değerlendirme görüşmesi, hem yönlendirmeli hem de yönlendirmesiz soruları içerir.

Görüşmenizin ilk kısımlarının çoğu yönlendirmesiz olmalıdır. Bu, iyi bir iş birliği kurmanıza, ne tür sorun ve duyguların hastanızın zihninde ilk sırada olduğunu öğrenmenize yardım eder. Ancak bilgi almaya yönelik açılış sorunuz, hastanızdan ne beklediğinizi açıkça ifade etmelidir.

AÇILIŞ SORUSU

İlk sorunuzu sorarken açık olun. Hastanızın, tam olarak ne duymak istediğinizi anlamasını sağlayın. Bazı yönlendirmesiz görüşmeciler gibi konuyu bütünüyle hastaya bırakırsanız ("Ne hakkında konuşmak istersiniz?"), bu girişim geçen pazar yapılan futbol maçı ya da hastanın yeni arabası hakkında oldukça fazla bilgiyle sonuçlanabilir. Er ya da geç görüşme konusuna geri dönersiniz ama (bu size) zaman ve belki de gerçekten ne istediğinizi bilip bilmediğinizi merak eden hastayla olan ilişkinize mal olur.

Daha en baştan doğru soruyu sorarak bu güçlüklerden uzak durabilirsiniz:

"Lütfen sizi tedavi için buraya getiren sorunun ne olduğunu söyler misiniz?"

Çoğu hasta için bu soru çok iyi işe yarayacaktır. Ancak arada bir, bir sorunu olduğu fikrini çok içerleyen birilerine denk geleceksiniz. Tabii ki, "Lütfen bana neden burada olduğunuzu söyleyebilir misiniz?" ya da "Niçin tedaviye başvurdunuz?" biçiminde sorgulayarak bu güçlüğü aşabilirsiniz. Bazı kişiler için bunların (soruların) her biri hoşnutsuzluk tohumları taşır: Gençler genellikle kendi iradesiyle gelmez ve amacı, sadece yaşamın anlamını bulmak olan nadir hastalarla da karşılaşacaksınız. Sonuç olarak, mükemmel açılış (sorusu) diye bir şey yoktur. Hasta sizin açılış hamlenizi reddederse ("Bende hiçbir sorun yok!"), durumu genellikle şu tepkiyle toparlayabilirsiniz: "Belki bana neden burada olduğuna dair kendi fikrini söyleyebilirsin."

Sorunun tam içeriği ne olursa olsun, örnek açılış sorularının ulaşılacak bilgi türünü etkileyen iki temel özelliğe sahip olmasına dikkat edin:

- Hastaya hangi bilgi türünü aradığınızı belirtir.
- Açık uçludur. Açık uçlu sorular, bir ya da iki sözcükle kolayca yanıtlanamayacak sorular veya ifadelerdir. Hastayı kendisi için önemli olan şeyler hakkında bir süreliğine konuşmaya çektiği için, görüşmenin başında rahatlatıcı bir görüşme tarzını teşvik ederek, iyi bir ilişki kurmaya yardımcı olurlar.

Açık uçlu sorular ya da ifadelerin iki işlevi vardır. Bazı sorular, bir konu hakkında sadece daha fazla bilgi ister:

"Bunun hakkında daha fazla şey duymak isterim."
"Bunu açabilir misiniz?"
"Başka ne oldu?"

Diğeri de hikâyeyi günümüze doğru getirir:

"Daha sonra ne oldu?"

"Ve sonra ne oldu?"

"Sonra ne yaptınız?"

Açık uçlu sorular, elde edeceğiniz bilginin odağını genişletir; hastalar, daha özgür biçimde yanıtlayarak size kendileri için neyin önemli olduğunu söyler. Hastaların kendi hikâyelerinin sizin için de önemli olduğunu anlamalarını sağlar. Ayrıca size konuşmaya daha az, gözlemeye daha fazla zaman ayırmanız için olanak tanır. Bunun önemine dair kanıtlar, Bölüm 11'de zihinsel durum değerlendirilmesi anlatılırken daha belirgin hâle gelecektir.

Kapalı uçlu sorular, istenen yanıt türüne daha dar biçimde yönlendirir ve birkaç sözcükle yanıtlanabilirler. "Evet-hayır" biçiminde ya da sınırlı-seçenekli sorular olabilir ("Bana çocukluğunuzdan bahsedin." yerine "Nerede doğdunuz?" gibi). Onlar da yararlıdır; bazen kısa bir sürede en fazla bilgiyi elde etmek için gereklidirler. Ancak görüşmenin ilk kısımlarında, vaka tarihçesinin pek çok yönüne dokunan bir hikâye anlatması için hastanızı cesaretlendirecek olanlar açık uçlu sorulardır.

TEMEL YAKINMA

Temel yakınma, hastanın ifade ettiği yardım arama nedenidir. Genellikle açılış sorunuza verilen yanıtın birinci ya da ikinci cümlesidir:

"Sizi buraya getiren sorunu anlatın."

Önem

Temel yakınma iki nedenle önemlidir:

1. Genellikle hastanın zihninde ilk sırada yer alan sorun olduğundan, size öncelikli olarak hangi alanı araştırmanız gerektiğini söyler. Pek çok hastanın, belirli bir sorunu ya da talebi vardır. Bazı örnekler şöyledir:

"Hedeflerime ulaşamadım."

"Kadınlarla ilişkilerimde sorun yaşıyorum."

"Sesler duyuyorum."

"O kadar depresifim ki devam edemeyecek gibi hissediyorum."

Bu tipik örneklerin her biri hastanın yardım istediği bazı rahatsızlıkları, geçim sıkıntılarını ya da korkuları ifade eder.

2. Tam tersine, temel yakınma kimi zaman da ters giden durumun kesin bir inkârıdır. Bu durum size hastanın içgörüsü, zekâsı ya da iş birliği eğilimi hakkında ipuçları verir. Örneğin:

"Benimle ilgili yanlış bir şey yok. Hakim öyle emrettiği için buradayım."

"Bununla ilgili hiç bir şey hatırlamıyorum."

"Mutlak sıfır yaklaşıyor ve o buraya ulaştığında beynim bir somun ekmeğe dönüşecek."

Yukarıdaki üçü gibi temel yakınmalar, ciddi bir patolojiye ya da özel bir biçimde ele alınması gereken bir dirence işaret eder. Bölüm 16'da, görüşme yapmaya dirençli hastaları ele alacağız.

Yanıtlama

Bazı temel yakınmalar, hastanızın görüşmenin amacını yeterince anlamadığını düşündürebilir. Kimi zaman bu tür belirsiz ya da saldırgan temel yakınmalarla karşı karşıya geleceksiniz; bu yüzden hazırlıklı olmalısınız.

GÖRÜŞMECİ: Tedavi için neden buraya geldiniz?
HASTA: Dosyamdan hepsini okuyabilirsiniz.
GÖRÜŞMECİ: Yapabilirim ancak kendi sözcüklerinizle anlatmanız sizin hakkınızda daha çok şey öğrenmeme yardımcı olacak.

Buradaki görüşmecinin, temel yakınmasını aktarmak yerine tavsiye veren bir hastaya karşı nasıl tepki verdiğini görürüz:

HASTA: Sanırım bazı vitaminlere ihtiyacım var.
GÖRÜŞMECİ: Olabilir ama önce sizi rahatsız eden şeyi bana söyledikten sonra buna karar verelim.

Bir başka hasta ise henüz başlarken mazeret bulur:

HASTA: Gerçekten nereden başlayacağımı bilmiyorum.
GÖRÜŞMECİ: Neden en yakın zamandaki sıkıntınızdan başlamıyorsunuz?

Gelişin Gerçek Nedenini Öğrenmeye Çalışmak

Bir hastanın ilk sözcükleri, daima aranan yardımın gerçek nedenlerini ifade etmez. Bazı hastalar gerçek nedeni bilmezken; bazıları da onları söylemekten utanır ya da korkar. Her iki durumda da ifade edilen temel yakınma, klinisyenin sağlayabileceği yardım için tek "giriş bileti" olabilir.

"Ağrım var." (Ancak gerçek ağrı duygusaldır).

"Neredeyse uyanık olduğum her an kaygı hissediyorum." (İçki alışkanlığından söz edilmemiştir).

"İlişkilerimden bazılarını konuşmak istiyorum." (Hasta AIDS'ten söz etmeye korkuyor).

"Annem hakkında tavsiye istiyorum. Bunayıp bunamadığını merak ediyorum." (Aslında "Çıldıracak mıyım?" diye merak ediyor).

Bu ilk yakınmaların her biri, yardım arayışının daha derindeki ve daha az açık olan nedenini maskeler. Çoğu kez görüşmenin ilerleyen aşamalarında gerçek sorunu şu soruyla ortaya çıkarabilirsiniz:

"Sizi rahatsız eden başka bir şey var mı?"

Kimi zamansa ilk değerlendirmenizi tamamladıktan hemen sonra, hastanızın altta yatan motivasyonuna karar verebileceksiniz.

İfade edilen temel yakınmanın ne olduğuna aldırmadan, tam olarak hastanızın ağzından çıkan sözcüklerle yazmalısınız. Daha sonra bunu, hastayı yardım aramaya ittiğine inandığınız nedenlerle karşılaştırmak isteyeceksiniz.

SERBEST KONUŞMA

Temel yakınmayı izleyen birkaç dakika boyunca, hastanızın tedavi arama nedenlerini serbestçe anlatma şansı olmalıdır. Olası en geniş bilgi aralığını yüreklendirmek için, yaptığınız bir parça detaylı sorgulamalar ve müdahalelerle hikâyenin ortaya çıkmasına olanak sağlayın. Bu yönlendirmesiz bilgi akışını, görece olarak daha kısıtlı soru-yanıt formundaki klinik görüşmenin aşamalarından ayırt edebilmek için *"Serbet Konuşma"* olarak adlandıracağız.

Serbest Konuşma Nedir?

Basitçe söylersek; serbest konuşma, yönlendirme ve kısıtlama olmaksızın düşüncelerini ifade edebilmesi için hastaya bir şans vermektir. Bazı klinisyenler

buna "en az yapılandırılmış konuşma" demektedir. Deneyimli görüşmeciler, birkaç nedenle bu serbest konuşma dilimini (bir saatlik seansın yaklaşık 8-10 dakikası) önerir. Bunlardan bazıları açık uçlu sorular sormaya yönelik nedenlerle aynıdır:

- Serbest konuşma sizi, hastanızın endişelerini dikkatle dinleyen biri olarak gösterir.
- Hastanıza tedavi arama nedenlerini kafasında düzenleme ve açıklama fırsatı sağlar.
- Hastanızın zihninde neyin ilk sırada olduğunu öğrenme fırsatınız olur.
- Hastanızın kişiliği hakkında öngörü sağlar.
- Konuşmayı yönlendirmeye yönelik herhangi bir ihtiyaçla engellenmediğiniz için duygudurum, davranış ve düşünce süreçlerini gözlemlemeye başlayabilirsiniz.
- Soru akışıyla yanıt veren birine göre, kendiliğinden konuşan bir kişide karakter özellikleri daha çok ortaya çıkar.
- Bu konuşma dilimi boyunca kontrolü paylaştığınızda, hastanızın terapi süresince etkin bir katılımcı olacağına ilişkin ilk beklentinizi sergilersiniz.
- Tüm dikkatinizi hastanızın konuşmasının içeriğine verebilirsiniz. Bir çalışma, değerlendirme görüşmesinin başındaki ilk üç dakika içinde hastaların bütün belirtilerinin neredeyse yarısını anlattıklarını göstermiştir.
- Hastanıza temel yakınmasında söz etmediği diğer sorunları da ortaya koyma fırsatı sağlar.

Çoğu hasta, sorunları hakkında konuşmalarına yönelik talebinize hızlıca ve olumlu olarak yanıt verecektir. Bilmeniz gereken her şeyi size aktarmaları, sizin yeniden yönlendirmelerinizle olacaktır. Kimilerinin hikâyelerini anlatmaya yönelik o kadar çok deneyimi olmuştur ki, size hastalıklarının tam ve kronolojik bir açıklamasını sunabilir.

Bir başkası için tersi doğru olabilir; onların da kapalı uçlu sorulara sadece belirli yanıtlar vermesini isteyen pek çok görüşmeciyle deneyimi olmuştur. Bu hastalara da duygularını ve deneyimlerini daha genişletilmiş biçimde anlatmayı öğretmek durumunda kalabilirsiniz. Eğer hastanız ısrarla kısa cümleler kuruyor, sonra da sizin daha fazla soru sormanızı bekliyorsa, ne beklediğinizi açıkça ifade etmeniz gerekir.

"Sizden asıl istediğim şey, sorununuzu bana kendi cümlelerinizle anlatmanız. Daha sonra, kısaca yanıtlayabileceğiniz bazı özel sorular soracağım."

Aslında çok az sayıda tarihçe, bir ruh sağlığı sorununu klasik ders kitabı gibi ortaya koyar. Hastaların neyin önemli olduğuna dair kendi fikirleri vardır ve onların bilgilerinin görünür değerlerine bakmaksızın, hikâyelerini anlatmayı denemelerine izin vermeniz önemlidir. Zihinsel yetersizliği ya da şiddetli psikozu olan az rastlanır bir hasta, size yeterli bir öykü veremeyebilir. O zaman, tarihçeye ulaşmak için daha yapılandırılmış, soru-yanıt stratejilerinin yardımına başvurabilirsiniz. Fakat bu hastalar sık olmayacaktır ve bir biçimde konuşabilen herkes, size en azından zihinsel durum gözlemleri formundaki bilgileri verecektir.

Hastalara serbest konuşma süresi tanımak oldukça önemlidir; ancak performans temelli sağlık hizmeti modelleri, klinisyenlerin süre kullanımı üzerinde çok fazla baskı kurmaktadır. Bu tehdit en temel klinik etkileşimlere yer bırakmayarak, görüşmeciyi doğrudan takibi bırakması ve çabucak hastanın ilk birkaç sözcüğüne odaklanması konusunda yönlendirmektedir. Biliyorum, çünkü yaptım–ve bazen biraz uzatılmış bir serbest konuşma sürecinin değerini kendime hatırlatmam gerekiyor. Görüşmenin başında serbest konuşma için çok az zaman ayırmış olduğumu fark edersem, daha sonraya eklemeye çalışırım.

KLİNİK İLGİ ALANLARI

Serbest konuşma sırasında, hastanız büyük olasılıkla bir ya da daha fazla sorundan söz edecektir. Bu sıkıntılar duygusal, fiziksel ya da sosyal olabilir; pek çoğu birkaç önemli klinik ilgi alanından birine denk gelecektir. İnsanlar ruhsal bozukluk tanısı aldıklarında, bu genellikle şu yedi alanın kapsadığı sorunlarla ilgilidir:

Düşünce bozukluğu (bilişsel bozukluklar; özellikle DSM_5'te nörobilişsel bozukluklar olarak adlandırılan sorunlar)

Madde kullanımı

Psikoz

Duygudurum bozukluğu (depresyon ya da mani)

Aşırı kaygı, kaçınma davranışı ve uyarılma

Fiziksel yakınmalar

Sosyal sorunlar ve kişilik sorunları

Her bir klinik ilgi alanı, ortak belirtilere sahip birtakım tanılardan oluşur; tabii ki bu tanıların bazıları birden fazla alanda yer almaktadır. Daha sonra, var olan hastalığın tarihçesini öğrendiğiniz sırada, belirlemiş olduğunuz bu

alanların her biriyle sıklıkla ilişkili belirtilere dair sistematik biçimde sorular soracaksınız. Bu bilgi, tanımlanmış tanılardan hangisinin hastanız için uygun göründüğüne karar vermenize olanak tanıyacak. Ancak şimdilik, serbest konuşma boyunca, daha sonra incelemeye değer görünen herhangi bir konuyu (aklınıza ya da bir kâğıda) kaydedin.

Sinyal Veren Klinik İlgi Alanları

Klinik ilginin her bir alanına özgü birtakım belirtiler ve tarihçe bilgileri daha ayrıntılı bir inceleme gereksinimine işaret eder. Görüşmenizde bunlardan biriyle karşılaştığınızda, o alana dair derinlemesine bir inceleme yapmalısınız (Bölüm 13'te tartışılmıştır). Bu "kırmızı bayrak" belirtileri Tablo 2'de verilmiştir.

NE KADAR SÜRE?

Hastanızın konuşması aşırı belirsiz ya da düzensiz olmadıkça, temel yakınma genellikle birkaç dakika sürer. Bununla birlikte, serbest konuşmaya ayıracağınız zaman son derece değişkendir. Hastanızın tutarsız ya da neredeyse hiç konuşmadığı olağan dışı durumlarda, dakikalar içinde daha doğrudan bir görüşme tarzı benimsemeye karar verirsiniz. Ancak oldukça düzenli, deneyimli ve her şeyi anlatmaya hevesli bir hastayla, bir ders kitabında okuyacağınız şekilde sunulan bir tarihçeyi dinleyerek, muhtemelen bütün görüşmeyi serbest konuşmaya harcayabilirsiniz.

Çoğu hasta yukarıdakilerden herhangi birine uymaz. Sıklıkla ilk 5-10 dakikada çok fazla kesmeden dinleyebilirsiniz. Ancak, bu tavsiyeye aşırı bağlı kalmaya çalışmayın –serbest konuşmadaki sizin payınız görüşmeye harcayabileceğiniz toplam zamana ve tarihçe hakkında önceden bildiklerinize bağlı olacaktır. Genel kural olarak, gelen bilgi önemli ve bağlantılı olmaya devam ettiği sürece hastanıza serbest konuşmaya devam etmesi için izin vermeniz gerekmektedir.

DEVAM ETME

Görüşmenin serbest konuşma kısmı, hastanızın zihninde en üst sırada bulunan sorunların ana hatlarını oluşturmanıza yardımcı olacaktır. Görüşmenin sonraki kısmına geçmeden önce, söz edilmemiş başka sorunlar olup olmadığını sormalısınız. Bu, çok önemli sorun alanlarını gözden kaçırma riskinizi azaltır (Önemli bir şey kaçırsanız bile, muhtemelen daha sonra ortaya çıkar ama ilk görüşmenin püf noktası, karşıdakiyle ilgili bütün bilgiyi almaya çalışmaktır).

TABLO 2.1. Klinik İlgi Alanlarına İlişkin Sinyaller

- Düşünce akışında bozulma (bilişsel bozukluklar)
  - Duygulanım dalgalanmaları
  - Garip davranışlar
  - Kafa karışıklığı
  - Yargılamada bozulma
  - Sanrılar (delizyonlar)
  - Varsanılar (halüsinasyonlar)
  - Bellek kusurları
  - Toksin alımı
- Madde kötüye kullanımı
  - Günde bir ya da ikiden fazla yoğun alkol tüketimi
  - Tutuklanma ya da diğer yasal sorunlar
  - Mali: farklı işler için gereken parayı harcama
  - Sağlık: kendinden geçme, siroz, karın ağrısı, kusma
  - Yasa dışı madde kullanımı
  - İş kaybı, derece kaybı, gerileme
  - Bellek bozulmaları
  - Sosyal sorunlar: kavgalar, arkadaşların kaybı
- Psikoz
  - Uygunsuz duygulanım ya da küntlük
  - Garip davranışlar
  - Kafa karışıklığı
  - Sanrılar (delizyonlar)
  - Fantaziler ya da mantık dışı fikirler
  - Varsanılar (herhangi bir duyuyla ilgili)
  - Bozulmuş içgörü ya da yargılama
  - Suskunluk
  - Algısal bozulmalar (ilizyonlar, yanlış yorumlar)
  - Sosyal geri çekilme
  - Takibi zor ya da tutarsız konuşma
- Duygudurum bozukluğu: depresyon
  - Açık bir biçimde artmış ya da azalmış hareketlilik düzeyi
  - Kaygı belirtileri
  - Öz bakım düzeyinde değişim
  - Zayıf konsantrasyon
  - Ölüm arzuları
  - Değersizlik hisleri
  - Alışılagelmiş etkinliklere olan ilgide azalma (cinsellik dâhil)
  - Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
  - Son zamanlarda artan madde kötüye kullanımı
  - İntihar planları
  - Gözyaşıyla dolma
  - Kilo kaybı ya da alımı
- Duygudurum bozukluğu: mani
  - Artmış hareketlilik düzeyi
  - Dikkatte dağınıklık
- Duygudurum bozukluğu: mani (*devamı*)
  - Abartılı benlik değeri
  - Yargılama bozukluğu
  - İrite ya da öforik duygudurum
  - Çok sayıda etkinlik planı
  - Az uyuma (uyku gereksiniminin azalması)
  - Durdurulması güç, tekrarlı ve bağırarak konuşma
  - Son zamanlarda artan madde kötüye kullanımı
  - Düşüncenin bir fikirden diğerine hızlıca uçuşması
- Kaygı ve ilgili bozukluklar
  - Kaygı
  - Göğüs ağrısı
  - Kompusif davranışlar
  - Sersemlik hissi
  - Çıldırmaktan korkma
  - Ölümden ya da yaklaşan azaptan korkma
  - Nesne ya da durumlardan korkma
  - Göğüste ağırlık
  - Düzensiz kalp atışı
  - Sinirlilik
  - Takıntılı düşünceler
  - Çarpıntı
  - Panik
  - Kısa soluk alışları
  - Terleme
  - Travma: ciddi fiziksel ya da duygusal öykü
  - Titreme
  - Endişe
- Fiziksel yakınmalar
  - İştahta bozulma
  - Konvülsivon
  - Depresyon, kronik
  - Başarısı
  - Karmaşık tarihçe
  - Çoklu yakınmalar
  - Nörolojik yakınmalar
  - Tekrarlı tedavi başarısızlıkları
  - Çocuklukta fiziksel ya da cinsel istismar
  - Madde kötüye kullanımı
  - Anlaşılması güç bir tarihçe
  - Halsizlik
  - Kilo değişimi (aşağı ya da yukarı)
- Sosyal sorunlar ve kişilik sorunları
  - Kaygı
  - Tuhaf ya da saçma görünen davranışlar
  - Dramatik bir sunum
  - İlaç ya da alkol kötüye kullanımı
  - İş kaybı, derce kaybı, gerileme
  - Yasal sorunlar
  - Evlilik çatışmaları

Aynı zamanda bütün bu sorunları kavrayışımızı da kontrol etmek için iyi bir zamandır. Her birini kısaca özetleyin ve analizinize yönelik hastanızın değerlendirmesini alın.

GÖRÜŞMECİ: Doğru mu anlamışım, bakalım. Kız arkadaşınıza evlenme teklif ettiğiniz ve onun bunu kabul ettiği iki hafta öncesine kadar iyi hissediyordunuz. O zamandan beri artan kaygı ataklarınız var, depresif hissediyorsunuz ve çalışmalarınıza odaklanamıyorsunuz. Şimdi hızlı çarpan nabzınızdan dolayı kalp hastası olmaktan korkuyorsunuz. Bunlar doğru mu?

HASTA: Oldukça.

GÖRÜŞMECİ: Bunun hakkında daha fazla şey bilmek istiyorum ama ondan önce, sizi rahatsız eden başka bir şey var mı?

Çok sayıda yakınması olan hastalara "Sizi en fazla rahatsız eden sorun hangisi?" diye sormak, bazen faydalı olabilmektedir. Böyle bir soru, hiç olmazsa tedaviye ilişkin sonraki özetler ve tartışmalara dair bir odak sunabilir.

BÖLÜM 3

İyi İlişki (Rapport) Geliştirme

İyi ilişki, hasta ve klinisyen arasında var olması gereken güven ve uyum duygusudur. İyi bir görüşmenin amaçlarından biri olarak, kurulan iyi ilişkinin pratik doğurguları bulunmaktadır. Söz konusu hastayı gelecekte tedavi edecek olmanız durumunda, bu nokta özellikle anlamlıdır. İlk görüşmenin başladığı dakikalardan itibaren kurmaya başladığınız güven, bir terapinin gidişatını ele alma gücünüzü büyük ölçüde arttırabilir. Aslında hastanızın tedaviye devam etmesindeki etken, ilginizi ne kadar iyi gösterebildiğinizdir.

Ancak iyi bir ilişki, bilgi toplamak için de çok önemlidir. İlişkinizin değerlendirme aşamasında kurulan olumlu ilişki, hastanızın içtenlikle konuşması ve önemli kişisel verileri açıklaması için motivasyon kazanmasında yardımcı olacaktır.

İyi ilişkinin temelleri, genellikle zaten hâlihazırda vardır. Çoğu hasta yardım arayışı ile gelmekte ve bunu klinisyenden almayı beklemektedir. Hastaya yönelik samimi bir ilgiyi ifade etmesi gereken sözleriniz ve beden dilinizle, bu beklentiyi sağlamlaştırabilirsiniz. İstemeyerek de olsa üzecek bir şey söyleme olasılığınız olsa bile, ilginizi devam ettirir ve hastanızın deneyimlediklerine duyarlı olursanız, geri döndürülemeyecek bir şey söyleme ya da yapma olasılığınız az olacaktır.

İLİŞKİNİN TEMELLERİ

En baştan itibaren, çoğu hasta sizden hoşlanmak isteyecektir. Ancak iki birey arasındaki gerçek iyi ilişki, genellikle sabahtan akşama oluşmaz. Uzun bir tanışma süreciyle aşamalı olarak gelişir ve her iki tarafın iş birliğini gerektirir. Yine de, gelişmesini hızlandırmak için belirli davranışlarda bulunabilirsiniz.

Anahtar olan sizin tutumunuzdur. Uzmanlığın, katı bir resmiyeti zorunlu kılmadığını unutmayın. Aslında sinemalarda, çizgi filmlerde ve romanlarda

popüler hâle getirilmiş olan katı, duygusuz terapist imajından kaçınmaya özen göstermelisiniz. Rahat, ilgili ve anlayışlı görünürseniz, hastanız kendini daha güvende ve rahat hissedecektir. Yüz ifadelerinize dikkat edin: Kaşlarınızı çatmayın, yüzünüzü ekşitmeyin ya da kendisini onaylamadığınız şeklinde yorumlanabilecek başka işaretler göstermeyin. Sizi soğuk ve eleştirel gösterecek sabit bakışlardan kaçınmanız gerekse bile, not alırken dahi sık sık göz teması kurduğunuzdan emin olun. Elbette samimiyetsiz görünmek istemezsiniz; ancak uygun şekilde gülümseme ve baş sallama, dikkatli ve anlayışlı olduğunuzu gösterecektir.

Ancak sadece başlangıçta, övme konusunda bir miktar tutumlu olun. Pekiştireç olarak kullanılan övgü, davranışı güçlü biçimde şekillendirebilir. Fakat ilişkilerin erken dönemlerinde hangi davranışı pekiştireceğinizden emin olacak kadar yeterli bilgiye sahip değilsinizdir. Örneğin, hastanız size tüm gerçeği anlatmamışken görünüşteki açıklığını övmek istemezsiniz.

Hastanızın tavırları, etkileşiminizi büyük olasılıkla diğer etkenlerden çok daha fazla şekillendirecektir. Beden dili –düşük omuzlar, sıkılmış yumruk, ayak sallama, gözyaşları– sıklıkla hastanızın kendini nasıl hissettiğini açıkça gösterir. Duyguları anlamak için diğer bir ipucu olarak ses tonunu gözlemleyin. Hastanız Bay Kimble'a, eşiyle geçinip geçinemediğini sorduğunuzu ve "gayet iyi" şeklinde cevap almış olduğunuzu varsayın. Ses tonu yumuşak ve hafifse, çiftin büyük olasılıkla görece daha az kişilerarası sorunu vardır. Eğer "gayet iyi" cevabı dişlerinin arasından, donuk bir monotonlukla ya da bir iç geçirmeyle birlikte geldiyse, Bay Kimble umutsuzluk ya da henüz söze dökemediği kızgınlık duygusu yaşıyor olabilir.

Mobilyaları aranızda engel oluşturmayacak şekilde önceden ayarlamış olursanız, iyi ilişkiyi destekler şekilde doğal ve kolayca hastanızın duygulanımındaki ufak geçişlere uyum sağlayabilirsiniz. Eğer hastanız depresif ise ilginizi göstermek için muhtemelen biraz daha yakınlaşmak isteyeceksinizdir. Bu doğal eğilimi takip edebilirsiniz. Bir düşmanlık sezerseniz, kendinizi birkaç santim de olsa fiziksel olarak geri çekmek isteyebilirsiniz. Böyle yapmak her ikinize de biraz alan sağlayarak aradaki gerilimin azalmasına yardımcı olacaktır. Benzer şekilde, hastanız şaka yaptığında gülebilir ya da bir panik sırasında ilgi ve desteğinizi yansıtacak şekilde kaygılandığınızı gösterebilirsiniz. Hastalarınızla bir düzine görüşme tamamladığınızda, her hastanın bilinç dışı verdiği ipuçlarına tepki olarak, bunları otomatik olarak yapıyor hâle geleceksinizdir.

Aynı zamanda, size söylenenlere karşı kesin bir tarafsızlığı dikkatlice korumalısınız. Hastanız akrabalarını eleştirirse onları korumamanız gerekir. Fakat eleştirisine dâhil olmak, ikircikli duygulara sahip birini rahatsız etme riskini taşır. Güvenli bir tepki, taraf tutmayan empatik bir yorumdur.

HASTA: Annem tam bir cadoloz! Kocamla arama girmeye çalışıp duruyor.

GÖRÜŞMECİ: *(Hafifçe öne eğilir)* Bu, senin için büyük bir sorun olmalı.

Bu görüşmecinin tutumu –anlayışlı, yargılamayan, hasta ve yakınlarına benzer şekilde saygılı– iyi çalışan bir ilişkiyi besleyecektir.

KENDİ DUYGULARINIZI DEĞERLENDİRİN

Hasta hakkında nasıl hissettiğinizin önemli doğurguları olabilir. Duygularınız olumlu olursa –örneğin, hastanın arkadaş olmayı tercih edeceğiniz tarzda biri olması gibi– muhtemelen sıcak ve bakım veren bir etki bırakacaksınızdır. Tutumunuz, ek hassas bilgilerin ortaya çıkmasında cesaretlendirici rol oynayabilir.

Duygularınız, kendi art alanınız ve yetiştirilme tarzınızdan da ağırlıklı olarak etkilenecek biçimde, kesin bir değerlendirme yapmak için gerekli olan becerilerinizi etkileyebilir. Görüşme boyunca, özellikle hasta hakkındaki bir şey sizde sıkıntı yarattığında, duygularınızın kaynağı ve doğasının farkında olmalısınız. Bu kişisel bakım, kaba bir dil kullanımı ya da etnik ön yargıların ifadesiyle ilgili basit bir sorun olabilir. Ya da bu kişi size bir yakınınızla yaşamış olduğunuz zorlukları anımsatıyor olabilir mi? Her koşulda, nasıl tepki verdiğinizi dikkatlice takip etmelisiniz. Eğer yüzünüzü asar ya da başka bir şekilde rahatsız olmuş görünürseniz, hastanız onu onaylamadığınızı hissedebilir ve doğru bilgi alma çabalarınızı engelleyebilir.

Sizin amacınız empati kurduğunuzu göstermek olduğundan, bazı noktalarda siz de hastanızın hissettiklerini hissedebilir ve kendinizi hastanın yerine koyabilirsiniz. Empati kurmak, hastanın doğru şeyi yaptığını düşünmeseniz bile davranışlarının ardında yatan motivasyonu anlamaktır. Empatinizi göstermek, sürece olan güveni artıracak ve ihtiyacınız olan tanısal bilgiyi size vermesi için hastayı cesaretlendirecektir (Araştırmalar ruh sağlığı uzmanlarının, bir başka kişinin bakış açısını anlamada diğer sağlık uzmanlarından çok daha fazla puan aldığını göstermektedir). Şunu aklınızda tutabilirseniz empatik duygularınızı muhtemelen en iyi şekilde aktaracaksınızdır: "Şu anda benimle konuşan bu hastanın yerinde olmak, acaba nasıl bir şey olurdu?"

Hastanız oldukça fazla kızgınlık, kaygı ya da hatta psikotik belirtiler gösterdiğinde bunu yapmak korkutucu görünebilir. Uzmanlık yaşamınız boyunca pek çok farklı insanla çalışmanız gerekecek. Bazıları diğerlerinden daha az uzlaşmacı görünecek ama neredeyse tüm hastalarınızda, kendinizle ilişkilendirebileceğiniz bir şeyler bulacaksınızdır. Size söylenenlerin içeriğine olumlu yanıt veremezseniz bile, belki ardındaki bazı duygulara karşı sempati duyabilirsiniz. Örneğin, ılımlı düzeyde antisosyal bir hasta önceki terapisti hakkında konuşuyordu:

HASTA: O adamı gözüm hiç tutmadı. Hatta 1-2 kere öldürmeyi bile düşündüm!

GÖRÜŞMECİ: Kulağa gerçekten çok kızmışsın gibi geliyor.

Bu hastanın yorumunun doğrudan içeriğiyle uğraşmaya çalışmak, görüşmeciyi ona katılmak ya da potansiyel olarak saldırgan bir hastayla yüzleşmek arasında seçim yapmaya zorlardı. Hastanın kızgınlığını açarak, görüşmeci her iki tarafın da rahat edebileceği bir şey söylemiş oldu.

Tüm uzmanların yansıttıkları imajı etkileyecek duyguları, tutumları ve deneyimleri vardır; hastalar üzerindeki etkililiğimizi zedeleyebilecek bu kişisel konuları önlemek için devamlı tetikte olmalıyız. Boşanma gibi olağan bir olayın etkilerini düşünün:

> Kocasından ayrılma sürecinde olan bir klinisyen, benzer sorunlara sahip bir hastasını etkili şekilde ele alamayacak kadar üzgün olduğunu fark etti.
>
> Bir başka terapist, eski karısından gelen incitici bir telefon konuşmasının ardından hastasının sorunlarına odaklanabilecek kadar sakinleşinceye dek bir sonraki görüşmesini erteledi.

Pek çok yeni başlayan görüşmeci, kendilerini öğrenci olarak tanıttıklarında hastaların üzerinde baskı yarattıklarını öğrenmiştir. Fakat eğitim ya da uygulamalarınızın hangi aşamasında olduğundan bağımsız olarak mizacınız ve deneyiminiz, kendi hassas meselelerinizle nasıl başa çıkacağınızı belirleyecektir. Sınırlılıklarınız ne olursa olsun, bu sınırlılıklar hakkında farkındalık sahibi olduğunuzda hastalar üzerindeki etkililiğiniz artacaktır.

KONUŞMA BİÇİMİNİZE ÖZEN GÖSTERİN

İyi bir ilişki için, hasta kendisini anladığınızı bilmelidir. Doğrudan ".... hakkında nasıl hissettiğini anlıyorum." diyerek konuya yaklaşmak cazip gelebilir. Ama maalesef bu söylem yanlış anlaşılabilir. Sizin ofisinize gelene kadar, çoğu hasta bunları aslında hiç anlamayan ya da gayet iyi anlayıp yardım için hiçbir şey yapmayan insanlardan sıklıkla duymuş olacaktır. Gerçekten ciddi sorunlara sahip ya da sorunlarını şiddetli algılayan bazı hastalar, neler yaşadıklarını kimsenin anlamasının mümkün olmadığını hissedebilir. Bağlılık ve ilgi gösteren başka bir tepki vermeniz, muhtemelen daha iyi olacaktır:

> "Çok mutsuz hissetmiş olmalısın."
>
> "Hiç böyle bir durumda olmadım; bu yüzden nasıl hissettiğini sadece hayal edebilirim."
>
> "Çok kötü bir deneyimmiş. Seni, neyin çok üzdüğünü görebiliyorum."

Bazen duygularınızı biraz daha fazla vurgulama ihtiyacı hissedebilirsiniz. Bu öneri kulağa biraz hileli gibi gelebilir ama o anlamda söylemiyorum. Örneğin aktörler, kaydedilmiş seslerinin sabitleşme eğiliminde olduğunu ve bu ne-

denle yansıtmayı amaçladıkları duyguların aktarılabilmesi için abartılı şekilde rol yapmaları gerektiğini bilir. Benzer bir yaklaşımla, siz de bazı hastalarda ne kadar derin bir anlayışa sahip olduğunuz fikrini aşılamak için, duygusal yanıtları daha güçlü bir şekilde verebilirsiniz. Bunu, yüz ifadelerinizle ya da sesinizin tonu, perdesi ya da vurgularını değiştirerek başarabilirsiniz. Kısa ünlem ifadeleri bile bu işi görebilir. Uygun zamanda ve tonda kullanılan bir "Hı hı!" anlayışlılığınızı ve bağlılığınızı mükemmel bir avutma konuşmasından daha etkili şekilde ifade edebilir. Yeni başlayan görüşmecilerin sıklıkla kullanmayı unuttukları duygusal katılıma yönelik bu tür işaretler, hastanız için çok büyük önem taşıyor ve iyi ilişkinin oluşmasına katkı sağlıyor olabilir.

Ancak bu konuda aşırıya kaçmak oldukça kolaydır. Kocası ya da sevgilisi tarafından bir aldatılma ya da askerî veya sivil bir arbedede yaralanma hikâyesiyle size gelen bir hastayı düşünün. Tabi ki desteğinizi göstermek isteyeceksinizdir, fakat şaşkınlık ya da korkunuzu tüm çıplaklığıyla gösterirseniz, sizin dağıtmak için orada olduğunuz travmatik etkileri aksine pekiştirmiş olursunuz. Elbette sempatinizi gösterebilirsiniz –sunulan bir mendille bile bu desteği sağlayabilirsiniz ama hastanızı bir kurban olarak tanımlamama konusunda dikkatli olun.

Şimdi de hastalarla etkileşimlerinizde mizah kullanımını ele alalım. Mizah, iletişimde harika bir kolaylaştırıcı olabilir. İnsanların rahatlamasına ve kendisini dostlarının arasında hissetmesine yardımcı olur. Fakat bir klinisyen olarak, mizah kullanırken yargılamanıza dikkat edin. Edinilen her yeni bilgiyle, yanlış yargılamada bulunmak ya da yanlış anlaşılabilecek bir şey söylemek kolaydır. Ruh sağlığı hastaları, gafa karşı özellikle hassastır. İyi tanıdığınız bir hasta bile, düşüncesizce dile getirilen bir görüşü yanlış yorumlayabilir. Her zaman olduğu gibi, kendinizi hastanın yerine koyun: Doktorunuzun size güldüğünü düşünerek nasıl hissedeceğinizi hesaba katın.

Genellikle hastaya karşı değil, hastayla birlikte gülmek güvenlidir. Bu da genellikle hastanın başlamasına izin vermeniz gerektiği anlamına gelir. İlk birkaç seansta hastanın şakayı anlayacak bir düşünce yapısında olduğu açık ise yumuşak bir mizah kullanımı olmalıdır. Şaka yaparken düşmanca ya da küçültücü olduğu şeklinde yanlış yorumlanabilecek durumlara karşı dikkatli olun. Hasta şaka yaptığında, bunun her ikinizi de önemli bilgileri açığa çıkaracak bir tartışmadan saptırmak için yapılmış bilinç dışı bir girişim olup olmadığını değerlendirdiğinizden emin olun. Genellikle güvenli tepki, gülümsemek ve hasta ile göz teması kurmaktır.

Deneyimli görüşmeciler, bazen bir hastadan diğerine geçtikçe kişilik değişimine uğradıklarını bildirmektedir. Biriyle resmî bir ton geliştirirken, bir sonraki hastayla daha geleneksel bir kişilik sergileyebilmektedirler. Bir görüşmeci, kırsal bir art alandan gelen ve belli bir şekilde konuşan bir hastasıyla görüşürken bilinçsizce ve ısrarlı bir biçimde sondaki "g" harflerini telaffuz etmemekteydi. Belli sınırlar içinde, bu tip davranışlar kabul edilebilir, fakat kişiyi taklit edecek noktaya gelene kadar tekrarlı olarak yapmama konusunda dikkatli olmalısınız.

Bir noktada deneyim düzeyinizden bağımsız olarak bazı hastalarla hata yapacaksınızdır. Daha genel anlamda bakıldığında, muhtemelen bunlar az bir

önem teşkil edecektir. Aynı soruyu iki kere sormak, hastanızın eşinin mesleğini unutmak ya da zihninizin dağıldığını ve hastanızın (ya da sizin) az önce sorduğu soruyu anımsamadığınızı aniden fark etmek gibi. Her ikiniz de bir hata yaptığınızı biliyorsunuzdur. Durumu düzeltecek hızlı adımlar atmalısınız. Ben pişman bir gülüşle "Ah, yaşlılık işte!" diyebilirim. Eğer yaşınızı bahane edecek kadar şanslı değilseniz, bir an için başka bir şeye odaklandığınızı itiraf etmeli ve hatanızı düzeltmek için gerekeni yapmalısınız (örneğin, hastaya soruyu tekrar sormasını rica edin). Hemen her zaman, konuşma güvenli şekilde ilerleyecektir. Önemli olan, hastanın hatanız için sorumluluk aldığınızı ve bunun sizin için önemli olduğunu bilmesidir.

HASTANIN DİLİNİ KONUŞUN

Hastanızın anlayabileceği dilde konuşmak özen gerektirir. Rahat hissettiğiniz sürece hastanızın dilini dinleyin ve kullanın. Ergen ve genç yetişkinler daha ileri yaştaki insanlara genellikle güvenmediklerinden, onların nesillerine uygun bir dil kullanımına daha olumlu tepki verebilir. Ama "havalı" ifadenizin hâlâ "geçerli" olduğundan emin olun; yoksa "eski kafalı" olarak görülme riski alırsınız (Bu konuyla ilgili bir başka nokta daha var: Bazı ergen hastalar, onların konuşma örüntülerini benimsemeye çalışmanıza gücenebilir ve iyice güvensiz hâle gelebilirler). Herhangi bir hastayla nasıl konuştuğunuz açıklık ve iyi ilişkiye olan ihtiyacınız tarafından yönlendirilmelidir; bu nedenle hastanızın tepkilerini izleyin ve konuşma biçiminizi buna uygun şekilde ayarlayın.

Belirli kavramlar bazı hastaları rahatsız edebilir. Böyle anlam yüklü kelimeler hastalık, başarısızlık gibi mesajlar ya da zayıf kişilik gibi anlamlar içerir. Genel olarak bunlardan kaçınmalısınız. Kısaca örnekleyelim: *kürtaj, kötü, beyin hasarı, kanser, deli, özürlü, fantezi, soğuk, histerik, yetersiz, nörotik, müstehcen, sapıklık, kurban.* Çalışma hayatınız boyunca daha pek çoğuyla karşılaşacaksınızdır. Bunlar gibi kelimelerin yansız eş anlamlarını kullanmaya hazır olun ya da daha iyisi, hastanızın daha önce kullanmış olduğu terimleri kullanın.

Psikolojik jargondan kaçının. *Psikoz* gibi basit terimler bile yanlış anlaşılabilir ve hastanız, sizden daha az eğitimli birine karşı duyarsız olduğunuzu düşünebilir. Ayrıca, hastanızın kendine ait dil kullanımını anladığınızdan emin olun, kendinizinki ile aynı olduğunu varsaymayın. Örneğin, size göre "arada bir içmek" ayda bir kere anlamına gelirken, hastanız için "günde birkaç kere" anlamına gelebilir. Ergen hastanız kokaini içiyor mu, yoksa burnundan mı çekiyor? Sokak dilinde "Gerçekten paranoiddim" sözü kişinin psikotik açıdan kötülük görme sanrısı olduğunu değil, daha çok korkmuş olduğu anlamını taşıyabilir.

Az eğitimli hastanız, cinsellik ya da boşaltım işlevleri için kullanılan "kibar" terimleri anlayabilir, ancak sade bir dil kullanırsanız geliştirdiğiniz iliş-

ki daha iyi olabilir. Sokak dilini kullanma konusunda çelişkili düşüncelere tutunduğumu itiraf ediyorum. Bir taraftan (bazı çalışmaların da göstermiş olduğu gibi) gündelik terimleri kullanarak elde edeceğiniz bilginin miktarını artırabilirsiniz. Diğer taraftan aynı taktik, net bir bilgi alabilmek için tabi olduğunuz kişileri gücendirme riskini taşır. Son değerlendirmede kararınızı, kendi rahatlık düzeyiniz ve hastanız hakkındaki değerlendirmelerinize dayandırmanız gerekecektir.

Hastanız yurt dışında doğmuş ya da ülkenizin başka bir yerinde büyümüşse, birbirinizi anlamada zorluk yaşayabilirsiniz. Hastanızın konuşmasının "bozuk/komik" olduğunu ima etmemeye çalışın. Bunun yerine, farklı aksanlara sahip olduğunuzu ve her ikinizin de karşıdakinin söylediğini tekrar etmesini isteyeceğiniz zamanlar olabileceğini dile getirin. Nasıl devam edeceğinden emin olamayan ya da bu konuda tereddüt eden bir hasta için, "Senin hızında ilerleyelim; böylece ben de yaşadıklarını gerçekten anlayabileyim." diyerek verilen bir güvence ile bu baskının bir kısmını ortadan kaldırabilirsiniz. Öte yandan, gerçekten anladığınızdan emin olmak için, bazen hastaların kendilerini ifade etmede -belki kafa karıştırmak, belki de bir klinisyenin psikolojik terimler duymak isteyeceğini düşündükleri için- kullandıkları fazla süslü terimleri daha basit bir dile çevirmek isteyebilirsiniz.

HASTA: Kedilerle ilgili hep bir fobim olmuştur, bende dört tane var!

GÖRÜŞMECİ: Yani tam bir kedi hayranısın!

Belki sonradan, birbirinizi daha iyi tanıyınca, daha net bir tanım yapabilirsiniz.

SINIRLARI KORUYUN

Klinisyenlerin, hastalarıyla nasıl ilişki kurmaları gerektiği son yıllarda değişen bir hedef olmuştur. Hasta için karar veren, otoriter, kanun koyucu geleneksel imaj pek çok çevrede yerini, sorunları ve çözümlerini hastayla *birlikte* araştıran daha az resmî bir iş birlikçiye bırakmıştır. Ben ikinci yolu fazlasıyla tercih etmekteyim. Bana kendimi daha rahat (daha az kibirli) hissettiriyor ve hastayı tedavi kararlarına katılması için yüreklendiriyor. Gerçekten, tüm sorumluluğu klinisyene yüklemektense, iki zihni de işin içine katıyor. Hastalar kendi tedavi planları üzerinde tartıştıkları ve buna katkıda bulunduklarında, tedaviye daha çok uyum sağlama ve iyileşme yolundaki engellerde daha az yakınma eğiliminde olmaktadır.

Yine de arkadaşça bir iş birliğini destekleyen klinisyenler de sınırları korumak durumundadır. Ben Kaliforniya'da çalışırken, hastalara ilk isimleriyle hitap etmek yaygındı. Ergenler için bu gayet uygun görünüyordu. Fakat torunları

olacak kadar genç yaştaki ruh sağlığı uzmanlarının kendilerine benzer bir yaklaşımda bulunduklarını söyleyen yaşlı adam ve kadınların da bu konuyu dile getirdiklerini duydum. Bu tutum, – eğer yataklı bir hastanedelerse– özerkliklerini zaten önemli düzeyde yitirmiş hastaların çocuk muamelesi görmelerine yol açmaktadır. Ayrıca hastalarının kendileri için vermeleri gereken sağlık kararlarının uzmanlar tarafından verilmesi, uzmanların *ebeveynleşme* eğilimini de artırmaktadır.

Ancak, bunu *çok* büyük bir olay hâline getirmeden önce, zamanın değiştiğini ve pek çok terapistin hastalarıyla karşılıklı olarak birbirlerine yakın terimler kullandıkları hâlde, başarılı uygulamalar yapmış olduklarını eklememe izin verin. Hastaneye yatırılmış hastalara ilk isimleriyle hitap etme fikrine hâlâ karşıyım ve yetişkin hastalarımı soy isimleriyle (Bay, Bayan ya da Green Bey gibi) çağırmaya devam etmekteyim. Böyle bir uygulama, kişisel saygınlığı mümkün olduğu kadar artırır ve yetişkinlik duygusunu özerkliğin kaybolmuş olabileceği bir zamanda bile pekiştirir. Unvanımı ve soy ismimi kullanmak, aynı zamanda hastaları belli bir duygusal mesafeyi koruyabilmeleri adına cesaretlendirmektedir. Bu mesafe, bazen tutkulu ya da profesyonel olmayan ilişkilerde uygun olmayan girişimlerin önüne geçmeye yardımcı olmaktadır.

Bir hasta, ilk ismi kullanmama konusunda gücenmiş görünürse, soy isim ve unvanları kullanmanın her zamanki alışkanlığım olduğu şeklinde tepki vermekte ve bunu değiştirmenin benim için zor olduğunu söylemekteyim (Hâlâ öğrenciyseniz mazeretiniz, bunun kurumunuzun eğitim alan kişiler için koymuş olduğu bir gereklilik olduğu şeklinde olabilir –eğer böyle bir durum varsa...).İlk ismi kullanma konusunda inatla ısrar eden hastayla nadiren karşılaşmışımdır. Eğer alışkanlığıma tutunmanın ilişkimize zarar vereceği sonucuna varırsam, *iki* isim kullanırım; ilki ve ikinci ya da ilk ve son isim – *artı* unvanları. Örneğin, böyle bir hastayı bekleme odasından çağırırken, "Bayan Joanne Cremier" şeklinde seslenir ve bunu kocaman arkadaşça bir gülümsemeyle söylerim. Şimdiye kadar böylesi bir uzlaşma her zaman tatmin edici olmuştur. Ancak diğer klinisyenler (ve onların hastaları) daha farklı hissedebilir; bu nedenle isim kullanımı konusunda katı ve hızlı kuralların muhtemelen konulmaması gerekir.

Genel olarak, hastalarınıza çok fazla kişisel bilgi vermek iyi bir fikir değildir. Bu, özellikle birbirinizi henüz gerçekten çok iyi tanımadığınız başlangıçtaki görüşmeler için geçerlidir.

> İşe yeni başlayan bir asistan psikiyatrist, yeni hastasıyla önceden polis memuru olduğuna dair sırrını paylaşmıştır. Daha sonradan hayal kırıklığı içinde öğrenmiştir ki, hastasının hem ağır bir kişilik bozukluğu hem de polise karşı sonsuz bir nefreti bulunmaktadır.

Bir hastadan bilgi almada zorluk yaşıyorsanız, ikinizin paylaştığı ortak bir şey bularak daha iyi bir iş birliğini destekleyebilirsiniz. Örneğin, tıpkı hastanız gibi yelkenli tekneyle gezmekten hoşlandığınızı ya da Indiana'da doğmuş olduğunuzu belirtebilirsiniz. Yelkenci ya da Indianalı olmanız sizi aradığınız ilişkiye yakınlaştırabilir. Bu yöntem, çok yakın görünmeye başlamamanız için temkinli

bir şekilde -herhangi bir hastayla nadiren bir kereden fazla- kullanılmalıdır. Havadan sudan olan sohbetlerin, sizi görüşmenin gerçek amacından uzun bir süre uzaklaştırmasına izin vermemesine de dikkat etmelisiniz.

Hastalar neden kişisel sorular sorar? Bazıları sadece meraktan kaynaklanır, diğerleri görüşmecinin uzmanlık art alanı ya da yardımcı olma becerisi hakkındaki ilgisini gizlemek içindir. Klinisyenlerin uygulamalarında diploma, yetkilendirme ve başka sertifikalarla dolu bir duvar sergilemelerinin bir nedeni de eğitim ve yeterlilikleriyle ilgili güvence sağlamaktır. Eğitim alanlar bir duvar ya da sertifika olmamasının yararını görürler. Yine de istendiğinde mümkün olduğunca bu bilgiyi sözel olarak sağlamalısınız. Özellikle kaygılı bir hastaya gerekli ise süpervizörlerinizin isim ve unvanlarına başvurmaktan çekinmeyin.

Kişisel bilgi almaya yönelik basit istekler, görüşmeci ve hasta arasında büyük ölçüde bilinç dışı bir arzu tarafından harekete geçirilen bir eşitlik duygusuna ulaşmak için olabilir. Diğerleri, hassas bir malzemeyi tartışmaktan kaçınmak için bir girişim bahanesi olabilir ve bu sorular kesin ancak ince bir anlayışla ele alınmalıdır:

HASTA: Bu arada siz kaç yaşındasınız?

GÖRÜŞMECİ: Neden bilmek istiyorsunuz?

HASTA: Böyle bir iş yapmak için fazla genç görünüyorsunuz.

GÖRÜŞMECİ: Şey, iltifatınız için teşekkür ederim ama yaşımın konumuzla özellikle ilişkili olduğunu düşünmüyorum, hadi size odaklanalım. Şimdi, sorduğum soruya geri dönecek olursak...

Bazı durumlarda, kişisel bilgileriniz görüşmenizle ilişkili olabilir. Eğer durumun böyle olduğuna karar verirseniz, genellikle kendinizle ilgili bir şeyler anlatmalısınız:

HASTA: Bu şehirde mi büyüdünüz?

GÖRÜŞMECİ: Size bunu sorduran şey nedir?

HASTA: Annem burada büyümüş bir terapistim olduğundan emin olmamı söyledi. "Varoşlarda büyümüş olmanın, nasıl bir şey olduğunu başka kimse gerçekten anlayamaz" diyor.

GÖRÜŞMECİ: Anladım. Aslında ben burada büyümedim, fakat eğitimimin büyük kısmını almış olduğum yer burası. Yaklaşık 8 yıldır burada yaşıyorum; o nedenle bazı yaşantılarınızın nasıl olmuş olabileceğiyle ilgili iyi bir fikre sahibim, diye düşünüyorum. Ama sizin bana çok daha fazlasını anlatacağınıza dair bir hissim var.

Sonrasında ilişkiyi daha karmaşık hâle getirecek gibi görünmüyorsa, iyi ilişkinin gelişmesini hızlandıracağına inandığımdan tehlikesiz soruları kısaca yanıtlama eğilimindeyimdir.

UZMANLIĞINIZI SERGİLEYİN

Belirtiler ve bunların ne anlama geldiğini bildiğiniz konusunda hastayı bilgilendirerek iyi ilişki için başka bir yol izleyebilirsiniz. Bu değerlendirme, başlangıç görüşmesinin ardından neden bahsettiğinizi bilecek düzeyde bilgi topladığınızda sizde kendiliğinden oluşacaktır. Sonra muhtemelen şuna benzer bir şey söyleyeceksiniz:

"İçinde bulunduğunuz durum aslında oldukça yaygın. Hastaların ruh sağlığı uzmanlarına en sık getirdikleri sorunlardan biri. Sadece son birkaç ay içinde birçok benzer vaka gördüm. Bir dizi iyi tedavi yaklaşımımız mevcut, yani sizin durumunuzda iyi bir sonuç almayı bekleyebiliriz."

Nadir bir durumla karşı karşıya olsanız bile, hastaya nereden rehberlik alacağınızı bildiğinizin güvencesini verebilirsiniz:

"Bu sorunun üzerinde birlikte çalışabiliriz."

Öğrenciyseniz, henüz hastanızın ya da başka hastaların durumuyla ilgili kişisel deneyime muhtemelen sahip olmamış olacaksınız. Ama benzer durumda olan pek çok hastayla karşılaşmış deneyimli eğitmenlere sahip bir eğitim programıyla bağlantılısınız.

Uzmanlığınızı sergileme hakkında size birkaç uyarıda bulunmak isterim. Öncelikle, empatinin doğal sonucu saygı göstermektir. Bu nedenle, *otoriter* görünmekten kaçınmak için çabalamanız gerekmektedir. Söylediğiniz şey doğruysa, kulağa *otoriter* gelmek kabul edilebilir ama otoriteryen görünmek, 21. yüzyılda saygısızlık olarak görülen eski ve ebeveynci klinik tarzı çağrıştırır. Zaten bu, hiçbir zaman iyi bir şekilde işlememişti. İkincisi, hastanızı rahatlatma çabalarınızda, hastanın sizden çok erken bir zamanda almak istediği bilgi ya da öneri isteklerine boyun eğmeyin. Uzman olmanın bir yanı da, destek önerisinde bulunmayı haklı çıkaracak gerekçelere sahip olana kadar beklemektir. Erkenden tanı koymaya ya da tedavi planı önerilerinde bulunmaya kalkışmak, bazen sizi utandıracak şekilde geri adım atmanıza neden olabilir. Son olarak, bilgi birikiminizi aktarma konusunda yumuşak olun. Görüşlerinizi "bence" ya da "deneyimlerime göre" şeklinde sunun –hastanız bu yaklaşıma da aynı şekilde saygı duyacaktır ve siz de hiç kimsenin sürdüremeyeceği bir yanılsamazlık atmosferinden uzaklaşmış olacaksınız.

Kaçınılmaz olarak, birlikte bir türlü çalışamadığınız hastalarla karşılaşacaksınız. Bazen bu sizin kendi duygularınıza bağlı olacaktır. Tekrarlayan suç davranışları olan ya da belki de size eski eşinizi fazlasıyla hatırlatan biriyle ilgili... Diğer zamanlarda, hastanın "Hristiyan bir terapist" ile çalışmak ya da sizin önerdiğinize hiç de uygun olmayan bir terapötik yaklaşımı tercih ettiğine yönelik yaptığı bir açıklama gibi, söylediği bir şeyden uyarı mesajınızı almış olacaksınızdır.

Böyle hastalar muhtemelen az sayıda olacaktır ama bunları açık yüreklilikle karşılamak gibi bir göreve sahipsiniz. Elbette, ilk izlenimlerinizin doğru olduğundan emin olmak için karar vermeden önce değerlendirmeyi tamamlamalısınız. Daha sonra şuna benzer bir şey söyleyebilirsiniz:

"Açıkçası, sorununuzla ilgilenecek doğru kişinin ben olduğumdan emin değilim."

Bu sonuca neden vardığınızı açıklayarak (kötüleyici kısımları dışarıda bırakarak) ve hastanızın sizden sonra nereye gideceğine dair bir öneride bulunarak devam edebilirsiniz:

"Sizinki benim çok deneyim sahibi olmadığım türde bir sorun. Ancak bizimle aynı binada, sizin yaşadığınız türde zorluklara sahip kişilerle çalışmış birini biliyorum. Eğer isterseniz, sizin durumunuzla ilgili benim tespitlerimi içeren bir not yazabilirim."

BÖLÜM 4

İlk Hasta Görüşmesini Yönetmek

Tipik bir ilk görüşme seansının ilk başlarında, hasta rahatlamış ve size ihtiyacınız olan bilgileri veriyor olmalıdır. Sizin o andaki göreviniz basitçe hastanın konuşmasını sağlamak olacaktır. Birçok hasta konuşmak için oldukça isteklidir. Genellikle yapmanız gereken sadece, hastayı konuşması için en iyi şekilde cesaretlendirecek olan araçları seçmek olacaktır (Sizin görüşmenizde böyle bir durum mevcut değil ise, yardımcı olması için Bölüm 16 ve 17'deki konuları gözden geçirebilirsiniz).

Konuşmanın serbest bir şekilde akmasını devam ettirmek için, konuşma sırasında araya olabildiğince az girin. Söyleyeceğiniz herhangi bir şey –sorular, yorumlar, hatta boğazınızı temizlemek bile– hastanın dikkatini dağıtabilir. Hastanın neden tedaviye geldiğini anlayana kadar beklemelisiniz. Uygulamada, genellikle sadece ilk birkaç dakika veya devamını dinleyeceksiniz. Daha sonra bilginin akışı yavaşlayacak ya da yanlış yöne sapacaktır; böyle olunca müdahale etmek zorunda kalacaksınız. Müdahale seçimleriniz, tüm görüşmenin başarısını belirlemede yardımcı olabilir.

SÖZEL OLMAYAN CESARETLENDİRMELER

En sık yaşayabileceğiniz zorluk sessizlikle başa çıkmak olabilir. Yeni başlayanlar, genelde sessizliğe dayanmakta zorlanır. Ne kadar kısa süreli olduğu fark etmeksizin, konuşma sırasındaki her bir boşluğun kelimelerle doldurulması gerekiyor gibi hissederler. 10-15 saniyeden fazla süren duraksamaların terapisti

soğuk gösterebileceği ve bu durumun bazı hastaların cesaretini kırdığı doğrudur. Daha kısa süren duraksamalar ise, genellikle hastanızın ilerideki konuşmalar için bazı düşüncelerini organize etmeye çalıştığı anlamına gelir. Kaygınızın, yalnızca güç toplamak için mola vermiş düşünce trenini rayından çıkarmasına izin vermeyin.

Hastanın düşünmesine izin verecek kısa sessizlikler ile sizi ilgisiz ve duygusuz gösterebilen uzun boşluklar arasındaki ince çizgi arasında yürüyebilmeyi öğrenmelisiniz. Bir bakış, hikâyenin devamının gelip gelmediğini size söylemelidir. Hastanın nefes alışını ya da dudaklarını yalama gibi diğer işaretleri gözlemelisiniz.

Siz de sözel olmayan başka ipuçlarını kullanarak, daha fazla konuşma için cesaretlendirici olabilirsiniz. Göz temasını bozmamaya dikkat edin. Bir gülümseme ya da baş sallama, "İyi gidiyorsun, kendi hızında devam etmende bir sorun yok." anlamına gelecektir. Deneyimli terapistler tarafından bazen kullanılan başka bir teknik ise (genellikle düşünmeden yaparlar), hastanın söylediğine karşı duyulan ilgiyi göstermek için hastaya doğru biraz daha eğilmektir. Sözel olmayan bu teknikler, basit ve genellikle oldukça kullanışlı, cesaret veren tekniklerdir. Bu teknikler, konuşmayı bölmeden, sizin ilgili ve dikkatli olduğunuzu gösterir. Bunlar, hastaya devam etmesini söyleyen evrensel beden dilinin bir parçasıdır. Ancak bu işaretleri çok abartmayın: Çok coşkulu bir biçimde başını sallayan ya da çok geniş bir biçimde gülümseyen bir klinisyen, bu işaretlerin ne anlama geldiğini merak eden bir hastanın dikkatini dağıtabilir.

SÖZEL CESARETLENDİRMELER

Beden dili yardımcı olsa da bunun yanında biraz konuşmanız gerekecektir. Seçtiğiniz sözcükler önemlidir: İstediğiniz hastayı rahatlatmaktır, dikkatini dağıtmak değil. Bu yüzden, anlatmak istediğiniz şeyi ifade ederken olabildiğince kısa konuşun.

Bir ya da iki hece çoğu kez tümünü karşılar. "Evet" veya "hım-hımm" açıkça malzemenin sizin tarafınızdan kavrandığını belirtir. Yönlendirici olmadan, kısa ünlemler ve deyimler hastaya konuşmaya devam etmesini anlatır. Bunları sık sık kullanın ve sözel olmayan cesaretlendirmelerin arasına seçkisiz olarak serpiştirin. Her bir ya da iki dakikada bir böyle bir cesaretlendirme hastanızın konuşmayı sürdürmesine yardım eder.

Ek bilgi istemek için kullanabileceğiniz başka birçok sözel teknik vardır. Bunlar az önce bahsedilenlerden daha çok araya giren bir tarzdadır. Bu nedenle, bunları az kullanmalısınız. Her birini –bazıları *yansıtıcı dinleme* olarak adlandırır– kısa bir örnekle açıklayacağım.

• Hastanızın son kelimesini ya da son iki kelimesini, bir soru olması için artan bir ses tonu değişikliği ile tekrar edin.

HASTA: Saatler boyunca sesler duyuyormuş gibi olduğumdan çok üzgündüm (*Duraksama*).

GÖRÜŞMECİ: "Sesler?"

HASTA: Kafamda... Annemin beni çağıran sesini düşünmüştüm.

- Hastanızın daha önce kullandığı bir kelimeyi detaylandırın. Bu teknik, konuşulan son düşünce olmayan başka bir düşünceye geriye dönüp ulaşmanıza izin verir.

HASTA: Biliyorum, aşırı tepki gösterdim ama çaresiz hissediyordum. Uyuyamadım, yemek yiyemedim ve çocuklarıma bağırdım.

GÖRÜŞMECİ: Çaresiz hissettiğinizi söylediniz *(Duraksama)*.

HASTA: Evet, intihar etmeyi bile düşündüm.

- Direkt olarak daha fazla bilgi sorun.

"Biraz daha detaylandırabilir misiniz?"

"Ne demek istediniz?"

- Hasta sizin ilk sorunuzu yanlış anlamış göründüğü zaman yeniden sorun.

GÖRÜŞMECİ: Ne tür bir iş yapıyorsunuz?

HASTA: İşim Elm Street'te bir dökümhane.

GÖRÜŞMECİ: Ve orada ne tür bir iş yapıyorsunuz?

- Kısa özetlerde bulunun. Bunlar sıklıkla "Bu yüzden ..... hissediyorsunuz" veya "..... mi demek istiyorsunuz" ile başlayacaktır. Özetler size geçişlerde yardımcı olmasının yanında, aynı zamanda hastanın anlaşılmış olduğuna dair somut kanıtlar sunar.

GÖRÜŞMECİ: Yani yaklaşık 6 aydan beri, depresif ve kaygılı hissediyorsunuz.

HASTA: Bu doğru. Son günlerde, korkunç düşünceler düşünmeye bile başladım, kendimi öldürmekle ilgili düşünceler.

Bazen gerçekten almak istemediğiniz bir bilgiyi alacaksınız. Son zamanlarda gidilen tatiller, çocukların yaptığı şakalar ve sevdikleri kişiler ile yaptıkları tartışmalar ilgi çekicidir; ancak zamanınızı diğer konulara ayırmanızın daha iyi olabileceği durumlarda bu konular zaman alabilir. Böyle boşa kürek çekilen bir sözel anlatımda, basitçe bu konuyu pekiştirmeyerek geçebilecek olsanız da, genellikle hastanıza karşı açık sözlü olmanız daha iyidir:

"Bu ilginç ve belki buna daha sonra tekrar dönebiliriz ama şu anda ... bilmek istiyorum."

Ya da belki daha da doğrudan:

"Hayır, gelin benim size yardımcı olmama yardımcı olabilen bilgilere odaklanalım."

GÜVEN VERMEYİ SAĞLAMAK

Hastanın gizlilik veya iyilik hâli hissini arttırmaya yönelik yapılan her şey güven verir. Sizin diğer kişiyi sevdiğinizi ya da onunla ilgilendiğinizi gösterdiği için aynı zamanda ilişkiyi de destekleyebilir. İlk görüşmede tedbirli bir biçimde destekleyici cümleler kullanın, "Ben sizin tarafınızdayım. Bu işi başaracağız."

Herhangi bir görüşme terapötik olabilir. Çalışmalar, başka bir insan ile sadece sorunları paylaşma eyleminin (Bazı durumlarda, bilgisayarla bile!), daha önceki konulara yeni bir bakış açısı kazanılmasına yardımcı olabildiğini veya sorunların paylaşılması ile fikirlerin yeni bir yolla toparlandığını göstermiştir. Ancak yeni bir hastaya bir anda öneri vermeye, yorum yapmaya veya başka deyişle "terapi yapmaya" başlayamazsınız. Aksine ilk görüşmenin amacı, tedaviyi planlamak için ihtiyacınız olan bilgiyi elde etmektir. Diğer taraftan, görüşmenizin temel amacını engellemediği sürece güven vermeyi sağlayabilecek bir fırsatı da atlamamalısınız. Sizin başka bir şekilde elde edemeyeceğiniz hassas konuları, hastaların güvenini yeterince artırarak ortaya çıkarabilirsiniz.

Beden dili (gülümseme ve kafa sallamalar) güven verici olabilir. Ancak çoğunlukla konuşma ile güveni sağlayacaksınız. Gerçekten güven verici olmak için söylediğiniz şeyin gerçeklere dayanması gerekir. Emekliliği için 45 yıl boyunca beş kuruş para biriktirmemiş bir hastayla, "Maddi konularla ilgili beceriniz var." diyerek bir yol katedemezsiniz. Kelimelerinizi dikkatlice seçin. Kalbinizden söylemek yerine, ezberden söylüyormuşsunuz gibi algılanacağınız klişe ve diğer sterotipik ifadelerden kaçının.

Özetle, destekleyici bir güven verme gerçekçi, samimi ve duruma özgü olmalıdır. Aşağıda iki örnek yer almaktadır:

HASTA: Geçen yıl iki terfi alabildim.

GÖRÜŞMECİ: O zaman, işinde çok iyiydin!

HASTA: Bana doğru bıçakla geldiğinde, doğrudan ikinci katın penceresinden garajın çatısına atladım. Kendimi aptal gibi hissettim. Beni parçalara ayırma zahmetinden onu kurtardığımı düşündüm.

GÖRÜŞMECİ: Bu, senin hayatını kurtarmış olabilir! Muhtemelen yapabileceğin tek şey oydu.

Görüşmede çok erken yapılan ya da çok az gerçek bilgiye dayanan yanlış genellemelerden kaçının. "Eminim ki işe yarayacaktır." veya "Bu korkular nedensiz görünüyor." muhtemelen birçok hastaya, özellikle paranoyası ve şiddetli depresyonu olanlara inandırıcı gelmeyecektir. Bu hastalar, işlerin iyi gitmeyeceğini *bilirler!* Daha az şiddette hasta olan biri bile, inandırıcı olmak için çok fazla bilgi gerektiren içi boş bir güven vermede sizin bilginizi sorgulayabilir.

Hasta, zaman zaman ruhsal veya fiziksel olaylar ile ilgili yanlış anlamaya dayanan bir endişesini ifade edecektir. Böyle zamanlarda, öykü almayı engellemeden yanlış anlaşılmaları ortadan kaldırmak için uzmanlığınızı kullanabilirsiniz.

HASTA: Daha önce hiç Kaliforniya'da bulunmamıştım. Ancak bir anda "Daha önce aynı bu San Francisco sokağında bulundum!" diye düşündüm. Acaba aklımı mı kaybediyorum diye endişelendim.

GÖRÜŞMECİ: Bu duyguya *deja vu* denir. Bu çok yaygın bir durumdur ve herhangi bir şeyin yanlış gidiyor olduğu anlamına gelmez. Şimdi bana daha sonrasında ne olduğunu anlatın.

Ancak bu görüşmecinin koşulsuz güven vermeyi sağlamada hata yaptığını fark edin. *Deja vu* neredeyse her zaman iyi huylu bir olgu olsa bile, bazen temporal lop epilepsisi gibi bir nörolojik durum ile ilişkili olabilir. Ancak daha fazla doğrulayıcı kanıt olmadan herhangi bir patolojik önemi olabileceğini ileri sürmek de ciddi bir hata olabilir. Akıllıca bir uzlaşma şöyle olabilir: "Genellikle herhangi bir şeyin yanlış olduğuna işaret etmez."

Hastayı rahatsız edebilecek, düşünmeden yapılmış yorumlardan kaçınmaya özen gösterin. Bir hasta, kuzeniyle cinsel birleşmesini anlattı; sonra bunun bir taciz olarak görülüp görülmeyeceğini bilmediğini söyledi. Genç görüşmeci "Bana göre kesinlikle bir taciz olarak görünüyor." şeklinde yanıt verdi. Bu cevabın, hasta bununla baş etmeye hazır olmadığı için kaygıyı arttırma potansiyeli vardı ("*Sen* bunu nasıl görüyorsun?" daha güvenli bir yanıt olabilirdi).

Çoğunlukla, güven verme ve cesaretlendirmeye yönelik çabalarınız başarı ile sonuçlanacaktır. Yine de bu tekniklerden herhangi biri, bazen olumsuz sonuçlara yol açabilir. Kötülük yapılacağına ilişkin sanrıları olan bir hasta, dostça bir gülüşü ya da kafa sallamayı bile alay gibi yorumlayabilir. Öfkeli olan birine doğru eğilirseniz, daha fazla bilgi ile ödüllendirilemezsiniz. Onun yerine, düşmanlık veya derin bir sessizlik ile karşılaşabilirsiniz. Bir hasta almaya hazır olmadığında, yargıda bulunmak karmaşık olabilir. Sizin için en iyi çıkar yol, yavaş yavaş başlamaktır. Sert değil, arkadaşça ve cana yakın olun.

İpuçlarına dikkat edin; çok saldırgan bir şekilde yönelirseniz, hastanız aşağıdaki davranışlardan bazılarını sergileyebilir:

Göz teması kurmama

Donuk ifade

Konuşmanın azalması

Pozisyonunda gergin değişim

Bu belirtilerden herhangi birini görürseniz, hızlı bir biçimde daha sakin bir tutuma geçin.

BÖLÜM 5

Şimdiki Rahatsızlığın Tarihçesi

Araştırmanız gereken daha fazla ek sorun alanı hissettiğinizde, serbest konuşmayı yavaş ve doğal bir şekilde kapatıp, şimdiki rahatsızlığın tarihçesini konuşmaya geçin (Ancak tarihçe alma sırasında daha ileri keşiflere imkân sağlayabilecek diğer ipuçlarını gözeterek dinleyin).

Şimdi, ilk görüşmenin en önemli konusuna, hastayı bu tedavi arayışına iten sorunları daha derinlemesine incelemeye geçeceksiniz. Bu inceleme, belirlediğiniz her sorun için belirtilerin tanımlaması, zamanlaması ve olası stresörlerin ne olduklarının anlaşılmasını içerecek. Bu sürece yardımcı olması bakımından, serbest konuşma süresince tespit ettiğiniz klinik ilgi alanlarını göz önünde bulundurabilirsiniz. Bu alanlar Zihinsel Durum Değerlendirmesi'nden malzemeler içerdiğinden ilk olarak Bölüm 2'de bahsedilmişti; ancak tam olarak Bölüm 13'te ele alınacaktır.

Bazı hastaların tanılanabilir bir bozukluğu olmasa da kişiyi oraya getiren şey ne olursa olsun, onu "rahatsızlık" olarak etiketleme eğilimi vardır. Hiç kimsenin, en azından hastaların hastalık olarak adlandırmayacağı evlilik anlaşmazlıkları ve yaşama ilişkin diğer sorunlar -hatta bir kimsenin kendisini daha iyi anlama arzusu bile- geniş anlamıyla şimdiki "rahatsızlık" kavramının içerisine girer. Ancak tüm bu meselelerin hızlandırıcıları, belirtileri, gidişi ve size etkili bir hareket planı önermenize imkân sağlayacak diğer özellikleri de vardır.

ŞİMDİKİ EPİZOD

Her ne kadar herhangi bir epizod ya da tüm epizodlar hakkında bilgi edinmek isteyecekseniz de ilk olarak rahatsızlığın şimdiki epizoduna odaklanın. Hastanız en fazla bununla ilgilenecek ve tüm bilgi veren kişilerin zihnindeki en taze ayrıntılar şimdiki duruma ilişkin olacaktır. Elbette rahatsızlığın bir epizodunda tam olarak hangi belirtileri bekleyeceğinize dair temel bir bilgi kaynağına ihtiyaç

duyacaksınız. Bunun için ders kitaplarına ve konuyu kapsayan diğer kaynaklara bakmanız gerekecek (Bu kaynaklardan birkaçını ben yazdım). Bu kitapta yer alan Ek D, daha yaygın olan ruhsal bozuklukların belirtilerini kapsayan yarı yapılandırılmış bir görüşme sunmaktadır. Ek B ise klinisyenlerin sıklıkla karşılaştığı ruh sağlığı sorunlarının en yaygın olanlarından bazılarına ilişkin çok temel bilgiler vermektedir. Erken dönem görüşme deneyimleriniz benimki gibi bir şey olursa (bk., Giriş bölümünün ilk kısmı), ilk bir-iki kerede unuttuğunuz soruları geri dönüp hastaya sormak işinize yarayacaktır.

BELİRTİLERİN TANIMLANMASI

Hastanızın bildirdiği her belirti hakkında öğrenebileceğiniz ne varsa öğrenin (*Belirtinin* hastanın rapor ettiği herhangi bir öznel duyum olduğunu unutmayın. Bunlar, hoş olmayan durumlar olmak zorunda da değildir; ağrı, varsanı ve kaygı durumlarının hepsi belirtidir ancak manideki gibi coşku ya da güç duygusu da bir belirtidir). Kullanılan her betimleyici terimi açıklığa kavuşturun: Örneğin, *gergin* kelimesi hasta için ne anlama geliyor?

Her belirtiyi yapabildiğiniz kadar tanımlamaya çalışın. Her zaman var mı ya da arada bir gelip gidiyor mu (*Epizodik* mi)? Kaygı atakları ve pek çok depresyonda söz konusu olduğu gibi epizodikse, epizodlar ne sıklıkla ortaya çıkıyor? Yoğunluğu nasıl? Her zaman aynı mı ya da değişiyor mu? Unutmayın, belirtiler zaman içerisinde birden ortaya çıkıp sonra yok olabilir ya da çevreye göre değişebilir. Hasta, belirtileriyle ilişkilendirebileceği herhangi bir etkeni (herhangi bir faaliyet ya da gün içerisinde bir zaman dilimi) fark etmiş mi? Belirtilerin yoğunluğu ya da sıklığı zaman içerisinde artıyor mu, aynı mı kalıyor ya da azalıyor mu? Hastanız belirtiyi yaşadığında, bu ne kadar sürüyor? Hangi bağlamlarda ortaya çıkıyor (Sadece geceleri? Sadece yalnızken? Ya da herhangi bir zamanda mı?)?

Hasta belirtiyi nasıl tanımlıyor? Ağrı, kesilme, yanma, ezilme, keskin ya da künt olabilir. İşitsel varsanıları, içeriklerine (gürültüler, mırıldanmalar, tek başına kelimeler, tam cümleler), işitildikleri yerlere (hastanın kafasının içerisinde, havada, dışarıdaki koridorda) ve yoğunluğuna (yüksek sesli çığlıklardan uzak fısıltılara kadar değişebilir) göre tanımlayabilirsiniz. Diğer varsanı çeşitleri de –görme, dokunma, koklama ya da tat alma– benzer şekilde tanımlanabilir. Bölüm 12'de bu konu üzerinde daha fazla duracağım.

VEJETATİF BELİRTİLER

Kaygı atakları, depresyon ve psikoz gibi ciddi sorunları olan hastaların pek çoğu *vejetatif belirtiler* deneyimler. Bu eski terim, sağlık ve zindeliği koruma amaçlı beden işlevlerini ifade eder. Vejetatif belirtiler; uyku, iştah, kilo değişimi, enerji seviyesi ve cinsel ilgi gibi sorunları içerir.

Bütün hastalar bu belirtileri kendi kendilerine bildirmez. Ancak bu belirtiler, ciddi ruhsal bozuklukların pek çoğunda bulundukları için kullanışlı bir tanısal gösterge olarak hizmet ederler. Bu belirtileri rutin bir şekilde sormalısınız. Özellikle önceki normal işlev düzeyindeki *değişimlere* bakın. Aşağıda yer alan tepkilerden bir ya da daha fazlasıyla karşılaşabilirsiniz:

- *Uyku.* Hastanız, aşırı uyumaktan (hipersomnia) ya da uyumakta yaşadığı güçlükten (insomnia) yakınıyor olabilir. Eğer ikincisi ise, normal uykunun hangi kısmının etkilendiğini öğrenin –erken (başlangıç uykusuzluğu), orta (ara dönem uykusuzluğu) ya da geç (bitiş dönemi uykusuzluğu/terminal insomnia). Bitiş dönemi uykusuzluğu melankoli içeren depresyon gibi, genellikle daha ciddi ruhsal sorunlarla ilişkilidir. Başlangıç dönemi uykusuzluğu ise daha yaygındır; pek çok normal yetişkin yaşamında sorunlar olduğu zamanlarda bu durumu deneyimleyebilir. Ara dönem uykusuzluğu ise kâbuslarla uyanmanın bir biçimidir. Aşırı alkol tüketen ya da travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan hastalarda görülebilir. Uykuyla ilgili sorunları nasıl sorgulayabileceğinizin bir örneği aşağıda verilmiştir:

GÖRÜŞMECİ: Uykunuzla ilgili herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?

HASTA: Evet, mahvolmuş durumda.

GÖRÜŞMECİ: Ne çeşit sıkıntılar yaşıyorsunuz?

HASTA: Ne demek istediniz?

GÖRÜŞMECİ: Hımm, gecenin hangi zamanında iyi uyumuyorsunuz?

HASTA: Ah! Daha çok uykuya dalmakta sorun oluyor.

GÖRÜŞMECİ: Sabahları çok erken, uyanma vaktiniz gelmeden uyandığınız oldu mu ve sonra tekrar uyuyamadığınız?

HASTA: Evet bu da oluyor. Bunu çok sık yaşıyorum.

GÖRÜŞMECİ: Genellikle ne kadar süre uyursunuz?

HASTA: Son zamanlarda, sanırım... Muhtemelen sadece 4 ya da 5 saat.

GÖRÜŞMECİ: Peki uyandığınızda dinlenmiş hissediyor musunuz kendinizi?

HASTA: Evet, bütün gece tuğla taşımış kadar dinlenmiş oluyorum!

GÖRÜŞMECİ: Bu, daha önceye göre ne boyutta bir değişim?

- *İştah ve kilo.* Bu da rahatsızlığın epizodu boyunca artabilir ya da azabilir. Değişimin ne kadar anlamlı olduğunu da öğrenmelisiniz (hasta ne kadar kilo aldı ya da kaybetti ve bunu ne kadar zamanda yaşadı?). Ayrıca bu kilo değişiminin bilerek ve isteyerek yapılıp yapılmadığını da sorun. Bazı hastalar son zamanlarda tartılmadıklarını söyleyecektir; kıyafetlerin çok bol ya da dar gelmeye başlayıp başlamadığını sormak değerlendirmeye yardımcı olacaktır.

- *Enerji seviyesi.* Hasta sürekli olarak yorgun olmaktan yakınıyor mu? Bu değişim kişinin her zamanki hâline göre mi olmuştur? İş ya da okuldaki bir performans veya ev işleriyle uğraşmak bir şekilde etkili olmuş olabilir mi? Tuvalet alışkanlıkları gibi beden işlevleri hakkında da yakınmalar duyabilirsiniz. Örneğin şiddetli depresyon yaşayan bazı hastalar kabızlık sorununu deneyimler.

- *Duygudurumun gün içerisindeki değişimi.* Bu ifade, bazı hastaların günün belli bazı dönemlerinde daha iyi hissetme eğilimlerine işaret eder. Şiddetli depresyonu olan bazı hastalar ilk uyandıklarında daha kötü hissederken, gün ilerledikçe daha iyi hissetmeye başlayabilir. Uyku zamanı geldiğinde ise neredeyse normal hissederler. Daha az depresif olanlar ise günün erken saatlerinde daha iyi hissettiklerini ifade eder ama akşam vakitlerinde depresif, uyuşuk ve yorgundurlar.

- *Cinsel ilgi ve performans.* Cinsel ilgi, genellikle bireylerin iyilik hâline güçlü bir şekilde bağlıdır. Bu nedenle de cinselliğe olan ilgi kaybı ruhsal sorunların ilk sonuçlarından biridir. Hastanın cinsel yaşamının hangi özelliklerinde değişiklik olduğunu da öğrenin: sıklık, yeterlilik ve keyif alma. Değişimin yönü ruh sağlığı sorununa bağlı olarak, yukarıya ya da aşağıya doğru olabilir. Eş sayısı ve seçimi, azalmış yargılama gücünden etkilenebilir. Cinsel belirti ve örüntülere ilişkin daha ayrıntılı açıklamalar Bölüm 9'da verilecektir.

RAHATSIZLIĞIN SONUÇLARI

Ruhsal bozukluklar insan etkileşimlerinin her aşamasını etkileyebilir. Birçok nedenden dolayı hastanızın rahatsızlığının sosyal, eğitim/iş ve aile yaşamı gibi işlevselliğin her alanında, işlevselliğe ve ilişkilere nasıl etki ettiğini öğrenmek önemlidir.

1. Sorunun ciddiyetine dair en güvenilir göstergeyi bu bilgi sağlayabilir. O ana kadar dinlediğiniz tarihçenin büyük bir kısmı öznel bilgilere dayanıyordu: Hastanızın, kafasındaki fikirlerle gerçekleri ayırt edebilme becerisine bağlısınız. Bunun en güvenilir gösterge olma nedeni, kısmen elde edeceğiniz bilgileri diğer bilgi kaynaklarıyla doğrulama imkânınızın olmasıdır. Hastanızın bir hafta boyunca işe gidip gitmediği bilgisi, kişinin ne kadar votka tükettiğini sorduğunuzda alacağınız cevaba kıyasla daha az çarpıtılabilir bilgidir.

2. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın 5. sürümündeki (DSM-5: Birleşik Devletler ve dünyanın geri kalanında kullanılan başlıca tanısal el kitabının son sürümü) bozuklukların pek çoğunun tanımı, büyük ölçüde hastalıkların sosyal sonuçlarına dayanarak yapılmıştır: Hasta üzerindeki etkileri neler olmuştur? Diğer insanlar üzerinde? Madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu yasal, finansal, sağlık ve kişilerarası sorunlara

neden olabilecek durumlara örnek olabilir. Bununla birlikte pek çok bozukluğun ölçütleri, belirtilerin işlevselliği nasıl etkilediğini bilmenizi gerektirir.

3. Bu sayede, hastanızın işinden kovulduğu, boşandığı ya da aile üyelerinden ayrıldığı için yakınları tarafından suçlandığını öğrenebilirsiniz. Bu ve bunun gibi kırılmalar yaşanan diğer insan ilişkileri ruhsal bozuklukları gerçekten *etkileyebilir*. Bu bakış açısı hem hastanız hem de yakınları açısından kullanışlı olabilir: Aile ve arkadaşlara rahatsızlığın sonuçlarını öğretmek hastanızı kaldığı zor durumdan kurtarmaya yardım edebilir.

Rahatsızlığının yol açtığı sosyal sorunları öğrenmek için elde edebileceğiniz bilgileri sınırlandırmayan açık uçlu bir soruyla başlayın. Hastanız sorunuzun ne anlama geldiğini sorarsa, ilgilendiğiniz konularla ilişkili bazı örnekler vererek yanıt verin.

GÖRÜŞMECİ: Bu sorun nasıl zorluklara neden oldu?

HASTA: "Zorluklar" derken ne demek istiyorsunuz?

GÖRÜŞMECİ: Örneğin, sorununuzun ailenizle ve arkadaşlarınızla geçinmeniz, işinizde nasıl olduğunuz, hobileriniz gibi konularda değişikliklere neden olup olmadığını öğrenmek yardımcı olabilir.

Herhangi bir olumlu yanıtta bütün ayrıntıları topladığınızdan emin olun. Araştırılacak alanlar şunları içerir:

- *Evlilik/çift.* Ortalama düzeyde rahatsızlık yaşayan hastalar bile genellikle evlilik ve diğer romantik ilişkilerinde düzensizlikler deneyimler. Ruhsal bozukluklar boşanma ya da ayrılığa, beklenenden çok daha fazla düzeyde neden olabilir.
- *Kişilerarası.* Hastanız yakınlarından uzaklaşmış ya da arkadaşları tarafından dışlanmış hissediyor mu? Bunun sadece algılanan bir sorun olup olmadığını söyleyebilir misiniz ya da davranışları, başkalarının hastadan sakınmalarına neden olacak kadar uzun süredir devam etmiş mi? Sorun:

"Yaptığınız herhangi bir şey, sizde ya da arkadaşlarınızda ya da ailenizde sorunlara neden oldu mu?"

- *Yasal.* Herhangi bir yasal zorluk yaşanmış mı? Bu gibi durumlar, tarihçede alkol ya da diğer maddelerin kullanımı söz konusu olduğunda ortaya çıkmaya daha yatkındır. Sorun:

"Polisin dâhil olduğu ya da başka herhangi bir sorun yaşadığınız oldu mu?"

"Hiç tutuklandınız mı? Kaç kere? Ne için?"

"Daha önce hiç cezaevine girdiniz mi? Toplamda ne kadar süreyle?"

"Daha önce herhangi bir kuruma kapatıldığınız ya da birinin gözetimine, korumasına ya da vesayetine girmek zorunda kaldığınız oldu mu?"

Bunlar gibi yasal durumlar, genellikle çok uzun süreli ve şiddetli ruhsal sorunlar yaşandığında söz konusu olur. Ayrıntıları öğrendiğinizden emin olun: yasal duruma neden olan olaylar; süresi; yasal olarak sorumlu olan kişinin ismi ve sorumlukları, olayın bozukluğun gidişine olan etkisi.

- *İş/eğitim.* Duygusal sorunların bir sonucu olarak hastanın, işe gidemediği, işten ayrıldığı ya da kovulduğu olmuş mu? Bu ne sıklıkla olmuş? İş performansıyla ilgili zorluklar aile üyelerinden önce amirler ya da iş arkadaşları tarafından belirtilebilir. Daha genç hastalar için sorular okula devam durumu ve okul performansı olarak sorulmalıdır.

- *Malullük ödemeleri.* Gazi maaşı, sosyal güvenlik kurumları, tazminat, özel sigorta gibi şeylerden yararlanıyor mu? Hangi bozukluk için? Malullük yüzdesi nedir? Toplam miktarı nedir? Ödemeler ne kadar süre devam edecek?

- *İlgiler.* Hastanın hobilerine, okumaya ya da TV izlemeye yönelik ilgilerinde değişim oldu mu? Cinselliğe olan ilgisi arttı ya da azaldı mı? Peki ya cinsel performans? İktidarsızlık, ağrılı cinsel birleşme ya da orgazm olamama sorunları var mı? Bu konu hakkında daha fazla bilgi Bölüm 9'da yer alacaktır.

- *Belirtiler.* Belirtiler ne kadar rahatsızlığa neden oluyor? Hastanızın, belirtilerinin anlamına ilişkin ne gibi korkuları var? Belirtiler ölüme ya da kalıcı sakatlıklara neden olacak gibi görünüyor mu? Cinnet? Bu bilgiler içgörünün derinliği ve yargılamaların geçerliliği hakkında da değerlendirme imkânı verecektir. Bu konuyu Bölüm 12'de tartışacağız.

BELİRTİLERİN BAŞLANGICI VE SONRASI

Belirtilerin tam ve doğru bir şekilde tanımlanmasına ek olarak, onların zamanlaması ve sırasını da belirlemelisiniz. İlk olarak, bu sorunlar ne zaman başladı? Bazı hastalardan başlangıçla ilgili olarak çok net bildirimler alabilirsiniz: "Geçtiğimiz yılbaşı gecesinde içmeye tekrar başladım." ya da "Bir hafta önce Perşembe günü uyandığımda kendimi depresif hissediyordum." Ancak çoğunlukla yanıtlar bu kadar kesin olmayacaktır. Ya hastanın emin olmamasından dolayı ya da epizod yavaş yavaş ortaya çıktığı için ne hasta ne de siz başlangıç noktasını tam olarak belirleyemeyeceksiniz.

Özellikle fark edilebilir belirtiler için başlangıcı daha net belirlemeyi teşvik etmeyi deneyin (Bazen, ilk panik atağı ya da TSSB'yi tetikleyen dehşet verici olay gibi durumlarda, ayrıntılar özellikle önemlidir). Hastalar genellikle, ölme arzusu ya da cinselliğe ilginin kaybı gibi önemli sorunları ilk olarak ne zaman yaşadıklarını hatırlar. Başlangıcı önemli olaylar ya da tarihlerle ilişkilendirmeyi becerebilmelisiniz.

GÖRÜŞMECİ: Depresif hissetmeye geçen sene 4 Temmuz'da mı başladınız?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

GÖRÜŞMECİ: Peki ya sonbahar, doğum gününüz civarında?

Her ne kadar hatırlatıcı sunsanız da bazı hastalar net bir tarih ya da yaklaşık bir tarih bile veremez: "Sadece uzun süredir var olduğunu biliyorum. Çok uzun süredir." Net bir tarih almak için daha fazla üstelemek, muhtemelen her ikinizi de hayal kırıklığına uğratmak dışında bir işe yaramayacaktır. Onun yerine, hastanın üzerinde çokça düşündüğü bir konuya odaklanmayı deneyin:

"En son ne zaman kendinizi iyi hissettiniz?"

Bu çaba da boşa çıkarsa, en azından hastanızın sorunlarından hangisinin ilk olarak başladığını öğrenmeye çalışın. Bunu bilmek genellikle tanı ve tedavi için önemlidir. Örneğin; depresif epizodun mu, yoksa içmenin mi önce başladığını bilmek gibi. Yani sorun:

"İlk olarak hangisini fark ettiniz; içmeyi mi, yoksa depresyonu mu?"

"Diğer sorun ortaya çıkmadan önce ne kadar zaman geçti?"

Eğer belirtiler düzensizse sorun:

"Bunlar birlikte mi ortaya çıkıyor ve yok oluyor?"

STRESÖRLER

Elbette ki ruhsal bozukluk belirtileri göstermenin kendisi oldukça streslidir ama burada stresi başka bir şekilde ele alacağız. Bir *stresör*, hastanın ruhsal sorunlarına neden olan, onları hızlandıran ya da kötüye götüren herhangi bir koşul ya da olay olabilir. Bazen *hızlandırıcılar* olarak da adlandırılır.

"Kocam sekreteriyle birlikte kaçtı."

"Başarısızlığımdan dolayı okulu bırakmak zorunda kaldım."

"Kedim öldü."

Olası stresörlerin çeşitliliği oldukça fazladır ve bir kimse için orta derecede stresli görünen şey, bir başkası için felaket olabilir. Tanısal yönergeler, yıllar içerisinde (DSM-5'in yayınlanmasına kadar) pek çok bireysel stresörü de içeren dokuz psikososyal ve çevresel sorun grubu listeledi. Bu stresörlerin pek çoğunu

Tablo 5.1'de bulabilirsiniz. Bunların, değerlendirmenizden bir yıl öncesine kadar olmuş olması gerekmektedir. Bunları tanısal değerlendirmenizin bir parçası olarak listeliyorsanız (bk., Bölüm 18), mümkün olduğu kadar belirgin olmaya çalışın.

Hastalar stresörlerden, çoğunlukla serbest konuşma sırasında ya da temel yakınmalarından konuşurken bahseder. Eğer yapmazlarsa sormak zorundasınız. Bunu yapmak için uygun zaman, rahatsızlığın başlangıç zamanının yaklaşık olarak belirlenmesinin hemen sonrasıdır. Eğer bir stresör bulursanız, bunun hastanın zorluklarının gidişini nasıl etkilediğini öğrenmeye çalışın. Sorun:

"Belirtilerinizi ortaya çıkarabilecek bir şeyler olmuş olabilir mi?"

"Bu sizi nasıl etkiledi?"

Eğer hastanız herhangi bir stresör düşünemiyorsa, her birinden sonra kısa duraklamalar yapıp düşünme imkânı sunarak olasılıklar listesi üzerinden geçmelisiniz:

"Evde olmuş bir olay olabilir mi? İşte? Arkadaşlarla? Herhangi bir yasal sorun? Hastalık? Çocuklarla ilgili bir sorun? Eşinizle?"

TABLO 5.1. Psikososyal ve Çevresel Sorunlar

Bu belirtiler ruhsal bozukluklardan kaynaklanmış ya da bağımsız olaylar şeklinde ortaya çıkmış olabilir.

Sağlık hizmetlerine ulaşım: yetersiz sigorta ya da sağlık hizmetleri; sağlık hizmetlerine ulaşım için yetersiz ulaşım araçlarının olması

Ekonomik: yoksulluk; yetersiz finansal durum ya da yoksulluk yardımı

Eğitim: akademik sorunlar; sınıf arkadaşlarıyla ya da öğretmenlerle tartışma; okuma yazma bilmeme; yetersiz okul ortamı

Barınma: evsiz olmak; yetersiz barınma koşulları; tehlikeli mahalle; ev sahibi ya da komşularla tartışma

Yasal sistem/suç: tutuklanma; hapsedilme; dava; bir suçun kurbanı olma

İş: stresli iş koşulları ya da takvimi; iş değişikliği ya da memnuniyetsizlik; amirle veya iş arkadaşıyla tartışma; emeklilik; işsizlik; iş kaybı tehlikesi olma

Sosyal çevre: bir arkadaşın ölümü ya da kaybı; kültürel uyumda zorlanma; ayrıma maruz kalma; yalnız yaşama; sosyal yalıtım

Destek grubu: bir yakının ölümü ya da hastalığı; boşanma ya da ayrılık nedeniyle ailenin parçalanması; ebeveynin yeniden evlenmesi; fiziksel ya da cinsel istismar; bir yakın ile anlaşmazlık

Diğer: aileden olmayan bir bakım verenle tartışma (danışman, sosyal çalışmacı, doktor); ulaşılamaz durumdaki sosyal hizmet kurumları; felaketlere maruz kalma; savaş ya da diğer şiddet içerikli durumlar

Bazı rahatsızlık epizodları için herhangi bir stresör bulamayacaksınız ama bir hasta için hemen hemen her şey duygusal bozuklukların olası nedenlerinden biri olabilir. Bu nedenle stresör olarak bildirilenler arasında doğumlar, ölümler, evlilikler, boşanmalar, iş kaybı, romantik ilişkilerin sonlanması, sağlık sorunları ve hemen hemen bütün diğer duygusal travmalar ile sıradan gibi görünen pek çok yaşam deneyimi yer alabilir.

Elbette hastanızın bir olayı stresör olarak tanımlaması, onun bozukluğun gerçek nedeni olduğu anlamına gelmez. Sıklıkla iki olay, basitçe aynı anda gerçekleşir; ancak biz insanlar, sorundan önce olan herhangi bir şeyi suçlama eğilimindeyizdir. Örneğin, Bayan Alberston'un depresyonunun zamansal gidişini dikkatli bir şekilde kontrol ederseniz, bazı belirtileri –belki insomnia ve bazı ağlama nöbetleri– kocası onu terk etmeden önce de yaşadığını görebilirsiniz.

Başka bir hastanın "stresörü" rahatsızlığa neden olabilecek gibi durmuyordur –yoğun bir depresyonu olan kadının başlangıçla ilgili söylediği şey gibi, yeğeninin hamile olduğunu öğrenmiştir. Stresör bozuklukla ilişkili görünsün ya da görünmesin, not alın. Bunu daha sonra, hastanız hakkında öğrenebileceğiniz her şeyi öğrendikten sonra değerlendirebilirsiniz.

Ruhsal rahatsızlığın epizodunu hızlandıracak herhangi bir şey bulmasanız bile, şu soruya yanıt vermeye çalışın: Hastanız neden şimdi başvuruda bulundu? Bazı durumlarda bu, hastanın kendi seçimi olmayabilir; ancak bir başkası silah ruhsatı almak için başvurmuş olabilir, aile yaşantısından uzaklaşma nedeniyle gelmiş olabilir ya da akut alkol zehirlenmesi söz konusu olabilir. Yanıt çok açık değilse, en iyi yaklaşım sormaktır:

"Bu sorun sizi çok uzun zamandır rahatsız ediyor. Şu anda sizi yardım aramaya getiren şey ne?"

Hasta gönüllü olarak değerlendirmeye gelmişse, endişeli yakınların ısrarı, değerli bir işi kaybetme korkusu ya da kötüye giden belirtiler hakkında hastanın kendi kaygılarıyla ilgili bir şeyler duymanız olasıdır.

ÖNCEKİ EPİZODLAR

Aynı ya da benzer ruhsal durumlara ilişkin olarak önceki epizodları bilmek, tanı ve gidişi belirlemek konusunda size yardım edecektir. Buraya gelene kadar zaten daha önceki epizodlara dair bir şeyler duymuş olmanız çok olasıdır. Eğer bu olmadıysa, sorun:

"İlk defa ne zaman böyle hissettiniz?"

"İlk olarak o zaman mı tedavi arayışına girdiniz, yoksa sonra mı?"

"Neden beklediniz?"

"Tanı neydi?" (Birden fazla tanı söz konusu olabilir.)

Önceki epizod ilk ataksa, tam bir iyileşme olmuş mu, hasta bazı belirtileri yaşamaya devam etmiş ya da kişiliğinde bir değişim olmuş mu? Tam bir iyileşme olup olmaması çok önemlidir. Örneğin, şizofreni (pek çok hasta tamamen iyileşemez) ve psikozun eşlik ettiği duygudurum bozukluğunu (genellikle tamamen iyileşme söz konusudur) ayırt etmekte yardımcı olabilir.

Hastanız önceki belirtilere ya da önceki epizodlara nasıl tepki vermiş? Bazı hastalar bu durumları basitçe görmezden gelir; bazıları işlerinden ayrılarak belirtilerden kaçmaya çalışır, evlerini terk eder, intihar girişiminde bulunur ya da alkol veya madde kötüye kullanımı olur. İşitsel varsanıları olan bazı insanlar, çok yüksek sesle radyo dinleyerek diğer sesi bastırmaya çalışır. Birkaçı bir arkadaşla ya da dinî bir danışmanla konuşur. Baş etme davranışı her ne ise bunu öğrenmek geçmiş epizodlarla şimdiki epizodu karşılaştırarak şimdikinin şiddetini değerlendirmenize olanak sağlar. Bu bilgi ayrıca, eğer rahatsızlığı tedavi edilmezse hastanızın nasıl davranacağını öngörmenize de yardımcı olur.

ÖNCEKİ TEDAVİ

Hastanız daha önce tedavi görmüş mü? Eğer öyleyse, sonraki terapileri planlamak konusunda size yol göstermesi için hastaya önerilen ve denenen şeylere dair ayrıntıları öğrenmek isteyeceksiniz.

Hasta psikoterapi almışsa, psikoterapinin doğası neydi? Bugünlerde Bilişsel Davranışçı Terapi popüler, ancak pek çok farklı olasılık da mevcut. Bireysel, grup ya da çift terapisi miydi? Önceki terapistin adını -özellikle de mesleğini- öğrenmeye çalışın. Tedavi ne kadar sürmüş? Neden durmuş?

Herhangi bir ilaç reçete edilmiş miydi? Eğer edilmişse bu hangi ilaçtı ve dozu neydi? İlaç terapisinin herhangi bir yan etkisi olmuş mu? Hastanız daha önce kullandığı ilaçların adlarını bilmiyorsa, tablet ya da kapsüllerin fiziksel tarifleri size ya da ilaçları danışacağınız kişiye ipucu verebilir. Yan etkilerin listesi de ilacı tanımlamak konusunda yardımcı olabilir. Enjeksiyonla sağlanan ilaçlar kullanılmış mı? Özellikle de fluphenazine (Prolixin) ve haloperidol (Haldol), risperidon (Risperdal), olanzapin (Zyprexa) ve paliperidon (Invega) gibi etkisi uzun süren, enjekte edilebilir antipsikotiklerin kullanılıp kullanılmadığını öğrenin.

Ayrıca, hastanın önceki tedaviye nasıl uyum sağladığını da değerlendirmeye çalışın. Bunu öğrenmek için doğrudan bir soru sorarsanız gurur ya da suçluluk duygusu bazı hastalarının bu soruya samimiyetle yanıt vermesini zorlaştıracaktır. Onun yerine şunu deneyin:

"Terapistinizin yönlendirmelerine uyum sağlayabiliyor muydunuz?"

Eğer bu sorunun yanıtı, "Hayır" ise sorun:

"Ne gibi sorunlarla karşılaştınız?"

Önceki tedavinin ne gibi etkileri olmuş -herhangi bir şekilde yardımcı olmuş mu? Eğer olmuşsa hangi tedavinin daha fazla yardımcı olduğuna dair fikir almaya çalışın (Terapistle konuşmak? Davranış terapisi? Elektrokonvülsif terapi? İlaçlar?). Alacağınız yanıtlar sizi şaşırtabilir. Şimdiki ilaç tedavisi antipsikotiklerle yapılıyor olsa bile hastanız en fazla lityumdan fayda sağladığı şeklinde bir yanıt verebilir. Tekrar sorun.

Hasta, daha önce hastaneye yatırılmış mı? Eğer yatırılmışsa kaç kere? Nereye ve ne kadar süreyle? Eğer zaman azsa ve hastanız hem bilgi sahibi hem de iş birliğine açıksa bunun yerine hastanızdan, önceki hastaneye yatışlar ve tedaviler hakkında bir özet yazmasını ve bunu da sonraki görüşmeye getirmesini isteyebilirsiniz.

BÖLÜM 6

Şimdiki Rahatsızlıkla İlgili Gerçekleri Bilmek

İlk ruh sağlığı görüşmesinin tüm aşamaları içerisinde en önemli olan, muhtemelen şimdiki rahatsızlığın tarihçesidir (Çoğunlukla da ihmal edilir). İlk görüşmedeki bu bölüm, tanı koymanız için temel oluşturacak birçok bilgiyi alacağınız ve hipotezleri test edeceğiniz kısımdır. Bu süreç, büyük ölçüde *geçerli* olan bilgiyi elde etmeyi gerektirir. Yani, bu süreç hastanızın öyküsündeki gerçek olguların mümkün olabildiğince yakınını yansıtmalıdır. Şimdiki rahatsızlığın tarihçesinde aldığınız bilgilerin geçerliliğini arttırmak için çeşitli adımlar atabilirsiniz.

GÖRÜŞMENİZİN AMAÇLARI İLE İLGİLİ AÇIK OLMA

En iyi ihtimalle, hastanız ilk baştan itibaren sizin doğruluk ile ilgili beklentilerinizi anlayacaktır. Yine de dürüst görünen hastanız görüşme ortasında bir şeyler saklıyor gibi görünebilir. Hastanızın tavrındaki herhangi bir şey, konuşmasındaki bir tereddüt ya da gözünüzün içine bakmak istememesi, size bunu hissettirebilir. Tabii ki ilk işiniz bunun gibi olan her davranışı anlamaya çalışmak olmalıdır. Bölüm 16'da hastanın direncinin nedenleri üzerinde ayrıntılı olarak durulacaktır. Küçük kaçınmalar ve atlanan bir şeyler olduğunda, basitçe görüşmenizin amacını yeniden belirtmek yeterli olabilir:

> "Bunun gibi bazı konuları konuşmanın zor olduğunu biliyorum ama size en iyi şekilde yardımcı olabilmem için alabileceğim her detay bilgiye ihtiyacım var."

Eğer öğrenciyseniz, iş birliği talebinde bulunmak için daha az otoriteniz olacaktır. Bu nedenle aşağıdaki gibi bir şey deneyebilirsiniz:

"Bu soru sorma şekliyle sıkıntı yaşamanıza yol açtığım için üzgünüm; ancak siz bana çalışmalarımda gerçekten çok yardımcı oluyorsunuz. Bu konudan bahsetmenin can sıkıcı olduğunu biliyorum ama bunun gibi bazı duygularla ve anılarla temasa geçiyor olmak bile, belki sorunlarınızı anlamanızda size yardımcı olabilir."

Özellikle, ergenlerden iyi nitelikte olan bilgiler elde etmek zor olabilir. Bazı ergenler ailelerine ne anlatacağınız ile ilgili çok fazla endişe duyar; bazıları ise kendilerinden 5 yaş büyük olan hiç kimseye güvenmez. Nedeni ne olursa olsun, bazı ergenler gerçeği anlatmakta sıkıntı yaşar. Gizlilik ile ilgili güvencenizi tekrarlamak bazen yardımcı olur. Ben aşağıdaki gibi bir şey söylerim:

"Senin de tahmin ettiğin gibi, görüşmemizi bitirdikten sonra ailenle de konuşacağım. Ama onlara anlatabileceğim herhangi bir şeyi önce seninle ele alacağım ve eğer sen bana söylememi istemediğin herhangi bir şey anlatırsan, senin güvende olduğunu düşündüğüm sürece, bu gizliliğe saygı göstereceğim."

Vardığınız bazı kararlar, ergenlerin ailelerine bilgi verilmeden de onlara cinsel hastalıklar ve doğum kontrolü gibi belirli sorunlarla ilgili danışmanlık yapmanıza ya da tedavi etmenize izin verir. Bu, genç bireyleri önemli sağlık koşulları ile ilgili uygun bakım verenlere danışması için cesaretlendirmek umuduyla olur. Böyle bir durumda, ailesini bilgilendirmenizin en iyi yolunu belirlemek için hastanızla birlikte çalışabilirsiniz. Ancak bu bilgiyi paylaşmak için kendi kendinize gönüllü olmamalısınız. Bir ergenin ailesi tarafından getirildiği durumda, genellikle aileye söylemeyi planladığınız şeyi hastanıza bildirdikten sonra aileyle görüşebilirsiniz.

Özellikle ilk görüşmede geçerli olmayan bir bilgi kafa karıştırıcı olabilir. Bu nedenle bazı klinisyenler ergenlerle görüşmeye yanlış bilgi vermeleri yerine, hastanın cevap vermemelerini tercih ettiklerini belirterek başlar. Aşağıda klinisyenlerin bunu nasıl ifade edebilecekleri yer almaktadır:

"Sana soracağım pek çok soru kişisel sorulardır. Bu soruların bazıları oldukça utandırıcı, huzursuz edici ya da korkutucu bile olabilir. Ancak eğer ben, sana yardımcı olmak için burdaysam, doğru olmayan herhangi bir şey ile kafamın karışmaması önemlidir. Bu yüzden, eğer benim sorduğum konuyla ilgili konuşmaktan rahatsız olursan, lütfen bir cevap uydurma. Sadece, bu konuyu şu anda konuşmak istemediğini söyle ve biz başka bir şey ile devam edelim. Olur mu?"

DİKKATİNİZİ DAĞITAN ŞEYLERİN İZİNİ SÜRME

Neredeyse hiçbir görüşmeci düzenli, mantıklı bir şekilde ve başka bir konuya geçmeden önce diğerini tamamıyla ele alacak şekilde ilerlemez. Aslında, deneyimli görüşmeciler, zaman zaman beklenmedik bir şey ile dağılmayı bekler.

Görüşmenizin akışını yeni bir konu böldüğünde, konuyu ya hemen o anda ele alabilirsiniz ya da eğer asıl konunun daha önemli olduğunu hissederseniz, konuya daha sonra dönmek için not alabilirsiniz. Eğer ikinci yolu seçerseniz, hastanızın önemli bir şey söylediğini bildirmeli ve buna kısa bir süre içinde döneceğinizin sözünü vermelisiniz.

HASTA: Dün o kadar bezdim ki sadece elime aldığım andaki duyguyu hissetmek için valizimi çıkardım.

GÖRÜŞMECİ: Kendini evi terk edecek kadar çok kötü hissetmiş olmalısın. İçki içmen ile ilgili konuşmamızı bitirdikten sonra, birkaç dakika içinde, sana bu düşüncelerin ile ilgili daha fazla soracağım.

Klinik görüşmede, sürekli olarak iki karşıt prensip arasında bir uzlaşma sağlamanız gerekir: aşırı ayrıntıların olduğu bir çıkmazdan kaçınarak tüm gerekli bilgileri toplamak. Örneğin, hastanızın şiddetli bir biçimde depresif olduğu geçen ay sürecinde, aile içinde ortaya çıkan çatışmaları tam olarak bilmek istemelisiniz. Ancak bunu, uygun bir tanı koyabilmek için depresif belirtileri yeterli olarak ele almama pahasına yapmamalısınız. Bu ikilemi çözmek, sıklıkla, sonraki sorulara gelene kadar sonraya bırakmak anlamına gelir. Hastanızın cevaplarını ne kadar beğenseniz de daha acil olan konular için, bir adım geride durmanız gerekir. Bu durum, ileride başvurmak üzere not almanız için çok uygun bir zamandır.

AÇIK UÇLU SORULAR KULLANMA

Tüm bunların ötesinde, siz geçerli olan bilgiyi almak istersiniz. Araştırmalar, hastaların kendi kelimeleri ile özgürce ve tam olarak istedikleri gibi cevap vermelerine izin verildiğinde en geçerli bilgiyi verdiklerini göstermiştir. Bunun için açık uçlu bir soruya ihtiyacınız vardır. Açık uçlu soru, "evet" ya da "hayır" olarak ya da bir bilgi parçası ile (birinin yaşı, yer ve fiziksel görünüş gibi) cevaplanamayan sorudur. Mümkün olan her zamanda sorularınızı, en geniş kapsamlı cevabı almanızı sağlayan açık uçlu sorular olarak ifade edin. Aşağıda bazı örnekleri yer almaktadır:

"En depresif olduğun zamanlarda uykusuzluğun oldu mu?" diye sormak yerine, "O zamanlarda uykun nasıldı?" diye sormayı deneyin (Hastanız çok az uyumak yerine çok fazla uyumuş olabilir).

"Kaç defa hastaneye yattın?" diye sormak yerine, "Bana daha önceki hastaneye yatışlarını anlat." demeyi deneyin (Hastanın anlattığı ayrıntılar, intihar girişimleri veya içki içme ile ilgili kriz dönemlerinin ortaya çıkmasını sağlayabilir).

"İştahın azaldı mı?" diye sormak yerine, "İştahın ne ölçüde değişti?" diye sormayı deneyin ("Ne ölçüde" ifadesi, neredeyse tüm kapalı uçlu soruları açık uçlu bir soruya dönüştürebilir).

HASTANIN DİLİNDEN KONUŞMA

En tecrübeli görüşmeciler bile, hastanın anlamayacağı teknik kelimeler kullanmaya karşı önlem almalıdır.

> Bir koğuş ziyareti sırasında, bir psikiyatri profesörü (!) "Libidonuz hâlâ yerinde mi?" diye sormuştu. İri yarı lise terk olan hasta şaşkın bir ifade ile bakmıştı.

Hastaların aşina olmadığı bir kelime kullanırsanız ve sizden açıklamanızı isterlerse, bir şey kaybetmezsiniz, sadece biraz zaman kaybı olur. Ancak, bazı hastalar bilgisizliği kabul etmek istemez ve böylece hiçbir şey söylemez. Bazıları ise, anlamasa bile anladığını düşünür. Eğer sorunuza kendi anladıkları biçimde cevap verirlerse, alacağınız bilgi doğru olmayabilir.

Sorularınızı hastanın anlayabileceği bir seviyeye çekerseniz, bilginin geçerliliğini arttırabilirsiniz. Bütün bunlara rağmen, hastanızın anlamının oldukça standart olduğunu düşündüğünüz bir kelimeyi farklı anladığını fark edebilirsiniz. Örneğin, bazı insanlar *"kaygılı"* kelimesini duyar ve bunun "istekli" demek olduğunu düşünür; bazıları ise, "korkunç" anlamında *"paranoid"* kelimesini söyleyebilir.

Aynı zamanda, hastanızın seviyesinden aşağıda bir seviyede konuşmamaya da dikkat etmelisiniz.

> Bir görüşmeci, psikolojide yüksek lisansı olan bir hastaya "Kafandaki filozof ne alemde?" diye sormuştur. Hasta ilk başta soruyu anlamamıştır. Klinisyen sonunda ne kastettiğini açıkladığında, hasta çok aşağılanmış hissetmiş ve görüşmeyi bitirmeden odayı terk etmiştir.

Tüm hastalar bu kadar aşırı bir tepki vermemesine rağmen, tüm yetişkinlere (ve hatta tüm çocuklara) onların zekâ ve duygularını tam olarak dikkate alarak yaklaşmayı unutmayın.

Nezaketin hâkim olduğu toplumlarda, herkes zaman zaman dolaylı ifadeler kullanır. Örneğin, "biriyle yatmak" genellikle, gerçek yatmadan çok "cinsel ilişki yaşamak" olarak kullanılır. Tabi ki görgü kurallarına uymalısınız; ancak sizin ilk zorunluluğunuz, doğru bir şekilde iletişim kurmak olmalıdır. Hastanızın "evlenmeden önce cinsellik yaşayıp yaşamadığını" sormak uygundur; ancak doğru bir soru değildir. Neredeyse herkes, en azından sadece mastürbasyon ile bile cinsel bir deneyim yaşamıştır. Eğer gerçekten cinsel birleşme ile ilgili tarihçeyi bilmeye ihtiyacınız varsa, bu soruyu açık bir şekilde sorun. Bölüm 9'da cinsellik, intihar ve madde kullanımı gibi hassas konulara nasıl yaklaşacağınıza yardımcı olacak bazı yöntemlerin üzerinde duracağız.

Hastanızın ne anlatmaya çalıştığını tam olarak anladığınızdan emin olabilmek için çok çaba harcamanız gerekir. Örneğin, "Şalterim atmıştı." ne anlama gelir? Bunu bulmak için ikisinden birini yapabilirsiniz:

1. Bu ifadeden ne anladığınızı hastaya söyleyin: "Çok kızgın hissettiğini mi kastediyorsun?"
2. Basitçe ne demek istediğini sorun: "Bu ifadenin konuştuğumuz konu ile ilişkisini anlamadım."

İyi bir iletişim sürdürdüğünüzden emin olabilmek için sürekli dikkatli olmanız gerekir. Hastanız ve siz farklı deyişler kullandığınızda, hastanızın ne anlattığını anladığınızı varsaymak her zaman için çok daha kolaydır.

Aynı şekilde, diğer kişilerin davranışlarını kendinize göre yargılamamaya dikkat edin. Bunun en yaygın örneklerinden biri uyku süresidir. Bir gecede sadece 6 saat uyuyan bir hastanızın, uykusuzluk sorunu yaşadığını varsayabilirsiniz ancak bazı kişiler için 6 saat uyku çok fazla bir uyku süresidir (Thomas Edison sadece 4 saat uyumuştur). İnsan tercihlerinin ve alışkanlıklarının neredeyse sınırsız bir şekilde farklılaştığını aklınızda tutun ve diğerlerine kendi standartlarınızı empoze etme isteğinize karşı önlem alın.

DOĞRU İRDELEYEN SORUYU SEÇME

Bir şeyi bilmek istediğinizde, sadece sorun. Bir bilgiyi elde etmek için çok basit bir soru sıklıkla çok az bir çaba ile size ihtiyacınız olanı verecektir. Hastanız büyük bir ihtimalle sizin doğrudan ifade etmenizi takdir edecektir. Açık uçlu sorular kullanırsanız, büyük olasılıkla hastanızdan ayrıntıları alabilirsiniz.

Hastanızın var olan sorunu ile ilgili daha derinlemesine bir araştırma yapacağınız zaman, irdeleyen sorunuzu aşağıdaki iki prensibi aklınızda tutarak seçin:

1. Cevaplanmamış soruları açıklığa kavuşturacak inceleme sorularını seçin. Daha önceden üstünde durmadığınız alanlara odaklanmak daha etkilidir.
2. Eğer sorularınız hastalığa olan aşinalığınızı gösterirse, bilgili olarak algılanırsınız. Böylece kurulan ilişki ve güven sonucunda, paylaşılan bilgi artar.

Bu noktada, görüşmenizde siz olgular ile ilgilenirsiniz. Dolayısıyla, "neden" ile başlayan sorulardan kaçınmak sıklıkla daha iyidir. Sorularınız hastanın görüşleri veya diğer kişilerin davranışları ile ilgili olduğunda, bu durum özellikle doğrudur. Bunun yanında, "neden..."li sorular içgörüsü olmayan hastalarda engellenmişlik hissi yaratabilir ve bu engellenme hissi, ilişkinin kurulmasını engelleyebilir.

"Bu belirtileri neden şimdi yaşadığını düşünüyorsun?"

"Neden patronun böyle dedi?"

"Neden oğlun evi terk etti?"

Bu soruların her biri, gerçekte olanlar yerine kişinin tahminlerini anlatmasına neden olur. Daha sonrasında olası bazı yorumlamaları duymak isteyebilirsiniz; ancak ilk başta fikirler ve yorumlardan kaçınmalı ve kendi sonuçlarınızı oluşturmanıza izin verecek verileri toplamaya odaklanmalısınız. Belirgin örnekleri veya fazla ayrıntı elde edeceğiniz soruları sormayı deneyin (Samimi bir uyarı: Daha sonrasında, ben kendi kuralımı bozacağım ve iyi bir etki yaratabilmek için kullanabileceğiniz "Neden..." soruları ile ilgili bazı özel durumlardan bahsedeceğim).

İyi bir öykü almak, kısmen hastanızın belirtileri ve sorunları ile ilgili olguları daha iyi anlamanıza yardım edecek soruları bilmenize bağlıdır. Her bir belirtinin araştırılması gereken kendine özgü birtakım ayrıntıları vardır. Ancak herhangi bir davranışın ya da olayın tam olarak, kapsamlı bir şekilde incelenmesi için belirli bazı ögelerin araştırılması her zaman gereklidir. Bunlar, hastanızın belirtilerinin aşağıda sıralanan yönleri ile ilgili doğru detayları kapsar:

Tür
Şiddet
Sıklık
Süre
Ortaya çıktıkları bağlam

Bu durumda, belirli ayrıntılara bakacağınız için daha fazla kapalı uçlu sorular soruyor olabilirsiniz. Bu kapalı uçlu sorular, birkaç kelime ile cevaplanabilen ve hastanızı daha fazla yorum yapmaya teşvik etmeyen sorulardır. Ayrıntılarla ilgili bilgi edinirken bile, aralarda açık uçlu soruları sormaya devam etmelisiniz. Bu sorular, hastanızın sizin sormayı belki de düşünemeyeceğiniz daha fazla malzeme ile ilişki kurmasını tetikleyecektir. Aşağıdaki örnekte; klinisyen, hastanın kaygı ataklarını sorgulamak için kapalı ve açık uçlu soruların ikisini birden kullanır:

GÖRÜŞMECİ: Bu kaygı epizodlarını ilk ne zaman fark ettiniz [Kapalı uçlu]?

HASTA: Sanırım yaklaşık 2 ay önce olmalı –idari bölgedeki yeni işime daha yeni başlamıştım.

GÖRÜŞMECİ: Bana bir epizodu tarif edebilir misiniz [Açık uçlu]?

HASTA: Her seferinde hemen hemen aynı oluyor. Hiçbir neden yokken gergin hissetmeye başlıyorum ve sonra nefes alamayacağımdan korkuyorum. Son derece korkutucu oluyor.

GÖRÜŞMECİ: Epizodlar ne sıklıkta oldu [Kapalı uçlu]?

HASTA: Daha sık olmaya başladı. Tam olarak söyleyebileceğimden emin değilim.

GÖRÜŞMECİ: Peki, bir günde birkaç defa mı, günde bir defa mı, hafta da bir defa mı oluyor [Kapalı uçlu, çoktan seçmeli]?

HASTA: Şu anda günde bir ya da iki kere gibi diyebilirim.

GÖRÜŞMECİ: Bununla ilgili ne yapıyorsunuz [Açık uçlu]?

HASTA: Genellikle hemen otururum. Genelde, ayakta durabilmek için çok fazla titriyor olurum, neyse. Yaklaşık 15 dakika sonra geçmeye başlar.

GÖRÜŞMECİ: Daha önce ne tür bir yardım arayışınız oldu [Açık uçlu]?

Görüşme yapmanın bazı kuralları açık olsa da, yine de eksiksiz bir görüşme için bazı kuralların üzerinde durmakta fayda bulunmaktadır.

- *Soruları olumsuz olarak ifade etmeyin* ("Çok fazla içmiyordunuz, değil mi?"). Bunun etkisi, beklenilen bir cevabı almak için mesaj göndermenizdir. Böyle bir durumda "Kahretsin, hayır." gibi bir cevap alabilirsiniz.

- *İkili (veya daha da kötüsü, çoklu) sorular sormayın* ("Uykunuzda ya da iştahınızda bir sıkıntınız var mı?"). İkili sorular etkili görülebilir ancak genellikle kafa karıştırıcıdır. Siz farkında olmadan, hasta sorunun bir kısmını görmezden gelip, diğer kısmına cevap verebilir.

- *Açıkça belli olan küçük düşürücü sorulardan kaçının* ("İçki içmeniz hiç ciddi bir yargılama hatasına neden oldu mu?"). Burada, hiçbir kazancınız olmadan, hastanızın savunmalarını ortaya çıkartmayı riske atarsınız. Hastanın içki içmeden kaynaklı yaşamış olduğu herhangi bir sorun ile ilgili basit bir soru daha kabul edilebilir olabilir.

- *Yönlendirici sorulardan kaçının* ("Karınız siz içmeye başladığınız için mi sizi terk etti?"). Yönlendirici bir soru, beklenilen cevabı ima eden bir sorudur (sıklıkla açık bir şekilde). Televizyon programlarındaki yargıçlar suçla ilgili yönlendirici soruları geçersiz sayarlar, aynı şekilde siz de geçersiz saymalısınız. Yönlendirici sorular, sizin dürüst, açık uçlu soruşturma arayışınızın tersini temsil ederler. Bunun yerine "İçmeye başlamadan önce hayatınızda neler oluyordu?" diye sormayı deneyin.

- *Kesinliği teşvik edin.* Uygun olduğu zamanlarda, günleri, zamanları, sayıları sorun. Hastanız, *nadiren, oldukça, zaman zaman, bazen, birçok ve en çok* gibi belirsiz herhangi bir kelime kullandığında, bu kelimeyi tanımlamasını isteyin ("Bu arada, kendi kullandığınız dilin olabildiğince kesin olması için çaba gösterin").

- *Sorularınızı kısa tutun.* Çok fazla araştırıcı ayrıntılar içeren uzun sorular, hastanızın aklını karıştırabilir. Ayrıca uzun sorular, bilgi elde etmek için kullanabileceğiniz zamanı çalar.

- *Yeni gelen yönlendiricilere dikkat edin.* Çok önemli bir bilgiyi yakalamış olduğunuz zamanda bile, konunun daha sonra araştıracağınız diğer yönlerini kaybetmemek için tetikte olun.

HASTA: . . . Bu benim ilk intihar girişimim ile ilgili bir hikâye. Annemi gerçekten üzdü, öyle kötü ki annem sinir krizi geçirdi. Şimdi diğer girişimimi mi anlatmamı istediniz?

GÖRÜŞMECİ: *("Annenin sinir krizi"ni not alarak)* Evet, lütfen.

YÜZLEŞTİRMELER

Elbette, *yüzleştirme* çatışma başlatmak veya öfkeyi göstermek anlamına gelmez. Ruh sağlığı görüşmesi kapsamında, basitçe açıklığa kavuşması gereken bir şeye dikkat çekilmesi anlamına gelir. Bu, öykünün ya da olayın iki noktası arasındaki bir tutarsızlık veya öykü ile hastanın hissediyor göründüğü arasındaki tutarsızlık olabilir. Yüzleştirmenin amacı, size yardım etmek ve hastanın ve sizin daha iyi iletişim kurmanıza yardımcı olmaktır.

GÖRÜŞMECİ: Fark ettim de, ne zaman babanızla ilgili soru sorsam uzağa bakıyorsunuz. Siz de farkettiniz mi?

HASTA: Hayır, etmedim.

GÖRÜŞMECİ: Bunun anlamı ne olabilir?

Olağan bir ilk görüşmede, az önce gösterdiğim gibi orta düzeyde bir yüzleştirmeden daha fazla olan herhangi bir yüzleştirmeden kaçınmalısınız. İlk ya da ikinci görüşmede, ikiniz de birbirinizi çok da iyi tanımıyorsunuzdur. Hastanız görece yabancı olan birinin tutarsızlıklara işaret etmesi ile kandırılmış ya da köşeye sıkışmış hissedebilir. Bu da öykü alırken kurulan iş birliğinde azalmaya veya istisnai durumlarda iletişimde bir krize yol açabilir. Ancak önemli bir nokta ile ilgili çelişkili bilgiler alıyorsunuz gibi hissederseniz, açıklığa kavuşturmak için sorduğunuz soruları doğruluğu arttırmaya yönelik yöneltmeyi deneyin.

Soru sorarken kibar olun. Sorguya çekiliyor olma hissi, rahatsız edici bir durumdur. Kişi saldırıya uğramış ve savunucu hisseder. Onun yerine, yüzleştirmenizi sıcak bir empati ile birleştirirseniz reddedilme olasılığı daha düşük olur. Hasta sizi meraklı, ilgili ve duyarlı olarak görürse, yüzleştirmenin hastanın kendini açmasında bir artışa yol açması beklenir.

Ayrıca ifadelerinizi dikkatli bir şekilde seçerek, yüzleştirmenin daha az zorlayıcı bir durum olarak görünmesini sağlayabilirsiniz. Şaşkınlığınızı ifade edebilir ve yardım isteyebilirsiniz:

"Burda anlayamadığım bir şey var. Az önce kocanızın sizi hastaneye arabayla götürdüğünü söylediniz ama sanırım daha önce bana kocanızın sekreteriyle kaçtığını söylemiştiniz."

"Sanırım" ifadesine dikkat edin. Bu ifade sizin, yani görüşmecinin, hata yapmış olabileceği anlamına gelir. Az önce tırnak içinde alıntı yapılan yüzleştirmenin tüm etkisi, sizi ve hastayı doğrunun araştırılmasında iş birliği içinde olan kişiler yapmaktır. Bir başka örnekte, size mantıksız gibi görünen bir bağlantı kuran hastaya, "Tam anlayabildiğimi sanmıyorum" diyerek basitçe sorgulayabilirsiniz.

Varsayalım ki, hastanızın görünüşü ve düşünce içeriğinin birbiriyle uyuşmadığını gözlemlediniz. Bu durumu açıklığa kavuşturmak için sorulan bir yüzleştirme şudur:

"Kayınvalideniz ile ilgili bana anlattığınız üzücü, ancak gülümsüyor gibisiniz. Bu hikâyede başka bir şey olmalı."

Konu her ne ise, yüzleştirmelerinizi bir ya da iki tane önemli konu ile sınırlandırmaya çalışın. Aksi hâlde, yeni hastanızla kuracağınız iyi ilişkiyi riske atarsınız. Bu tedaviyi sadece en önemli konular için yaptığınızdan emin olun. Herhangi bir yüzleştirmeyi neredeyse görüşmenin sonuna kadar saklamak daha iyi olabilir. O zamana kadar, ilişkiniz daha güçlü olmalıdır (risk de azalacaktır) ve almak istediğiniz birçok bilgiyi çoktan elde etmiş olacaksınızdır (kaybedeceğiniz daha az şey olacaktır). Aldığınız herhangi bir risk, önemli bir konunun çözülmesine hizmet edecektir.

BÖLÜM 7

Hisler Hakkında Görüşmek

Tarihler, olaylar ve diğer gerçekler hastanızın sorunlarının temellerini oluşturur; ancak sorunların özünü vermek için ise duygular ve tepkiler ayrıntılı hâle getirilmelidir. Ortadaki sorunun doğası ne olursa olsun (psikozu olan hastalarda bile), hastalıkla ve hatta görüşmenin kendisi ile ilgili hisler, muhtemelen tüm görüşme boyunca elde edeceğiniz en önemli veri olacaktır. Öyle ki yapılan araştırmalar, bir ruh sağlığı ön görüşmesinde tüm konuların kapsanması gerekirken, en önemlilerinden biri olan hislerin çoğu zaman göz ardı edildiğini göstermektedir.

OLUMLU VE OLUMSUZ HİSLER

İnsanların deneyimleyebilecekleri hisler çarpıcı düzeyde geniş bir yelpazededir. Bazılarını listelemeye (Tablo 7.1) ve kapsamlı bir şekilde ele almaya çalıştım. Listedekilerin bazıları temel duygudurumları ve duygulanımlar; diğerleri ise türleri ve kombinasyonlarıdır. Hepsi, yaygın olarak kullanıma sahip kelimelerdir. Çoğunluğu isim hâlinde olmakla birlikte, insanlar kendilerini tanımlarken sıfat kullandıkları için sıfat hâllerini (nadiren eş anlamlılarını ve ilişkili kelimeleri) listeledim. Örneğin, bizler muhtemelen "Kaygım var." demek yerine, "Kaygılı hissediyorum." deriz.

Çoğunda hisleri karşıtlarıyla eşleştirdim (Bu listede olumsuz duygular olumlu duygulardan sayıca çok daha fazladır). Zıt anlamlıları açıkça belli olanları listeden çıkardım ve *kötü, iyi, gergin* ve *rahatsız* gibi tanımlaması ve kullanımı oldukça muğlak olan sözcükleri listeye dâhil etmedim. Çünkü yalnızca insanların nasıl hissettiklerini anlatmak için kullandığı sözcükleri ele almak is-

TABLO 7.1. Olumsuz ve Olumlu Hisler

Olumsuz hisler	Olumlu hisler
Korkmuş, ürkmüş, endişeli	Kendine güvenen
Kızgın	
Kaygılı	Hoşnut, sakin, huzurlu
İlgisiz, kayıtsız, uzak, kopuk	Hevesli, coşkulu, ilgili, çok hoşlanmış
Utanmış, aşağılanmış	Gururlu
Karışık, şaşkın, kafası karışmış	Emin
Hayal kırıklığına uğramış	Başarmış
Tiksinmiş	Hoşnut
Tatmin olmamış	Memnun
Utanmış	
Haset ve kıskanç	
Gülünç	Bilge
Engellenmiş	Cesaretlendirilmiş
Suçlu	
Nefret dolu	Duygulu, sevgi dolu
Çaresiz, bağımlı	Bağımsız
Umutsuz, sıkışmış	Umutlu
Dehşete kapılmış	
Sabırsız	Sabırlı
İçerlemiş	Hoşnut
Değersiz	Önemli, üstün
Yalnız	Sosyal
Karamsar	İyimser
Pişman	
Reddedilmiş	Kabul görmüş
Gücenmiş	
Üzgün, mutsuz, depresif	Neşeli, mutlu, aşırı coşkulu
Utangaç, ürkek	Rahat
Şaşırmış, şok olmuş	Hazırlıklı
Şüpheci	Güven dolu
Gergin	Rahatlamış
Kuşkulu	Kararlı
Anlayışsız, hissiz	Anlayışlı, sevecen
Memnuniyetsiz	Memnun, minnettar
Önemsiz, "beş para etmez"	Kullanışlı, zahmete değer
Kolay incinebilir	Güvende
Tedbirli	Çabuk güvenen
Endişeli	Endişesiz

Not: Tedbirli ve *çabuk güvenen* gibi bazı terimler, bağlama göre olumlu ya da olumsuz olabilir. Listeyi daha sık kullanılan anlamlara göre oluşturmaya çalıştım.

tedim, karşıtları listelemedim. Dolayısıyla *suçlu* sözcüğünün karşıtı olarak, *suçsuz* sözcüğüne yer verilmedi çünkü insanlar, genellikle "Suçsuz hissediyorum." demez –bu, bir duygudan ziyade "Suçsuzum." şeklinde bir durumu tanımlamaktır.

Tabi ki hislerini normal sergileyen insanları, sadece dikkatlice dinleyerek ve izleyerek hisleri ile ilgili bilgi edinebilirsiniz. Ancak bazı hastalar hislerini paylaşmakta isteksizdir; konuşmak isteseler bile hislerini derinlere gömerler. Bu durumda, hisleri ortaya çıkarmak için iyice araştırma yapmanız gerekir.

HİSLERİ ORTAYA ÇIKARMAK

Birçok hasta –muhtemelen çoğu hasta– sadece sorduğunuzda bile hislerini yeterince ifade edecektir. Hastalar bu yönteme dikkat ediyor gibi görünmemektedir. Aslında çalışmalar da görüşmeci sıcak, ilgili, dikkatli, ipuçlarına duyarlı olduğu sürece doğrudan sorma yönteminin birçok hasta ve bilgi veren kişiler tarafından tercih edildiğini göstermektedir.

Başarılı görüşmeciler hisleri ortaya çıkarmada iyi olan iki tekniği etkin biçimde kullanır. Bunlar, daha önce de belirtildiği üzere doğrudan sorma ve açık uçlu soruları kullanmadır.

Hisleri Doğrudan Sormak

Herhangi bir olay hakkında konuşurken hisleri sorabileceğiniz fırsatları gözetin. Hisleri ortaya çıkarmak için basitçe sormak, muhtemelen en etkin yöntemdir. Ancak *his* sözcüklerini ya da eş anlamlılarını kullanmaya dikkat edin. Bunu atlayıp "Ne *düşünüyorsun?*" gibi bir cümle söylerseniz, özellikle hastanız yüksek düzey eğitim seviyesine ve entelektüel birikime sahipse, gerçeklerle ve bilişlerle ilgili malzemeleri alma riskini almış olursunuz. Burada hisleri sormak için kullanışlı birkaç örnek yer almaktadır:

"Taşınmak zorunda olduğunuzu öğrendiğinizde nasıl hissettiniz?"

"O celbi aldığınızda ruh hâliniz nasıldı?"

Hastalar soruları cevaplamaya alışkındır ve siz sormaya yeterince ilgili gözüktüğünüz takdirde, çoğunlukla duygusal durumlarına yakın bilgiler vereceklerdir.

Açık Uçlu Sorular

Hastanın nasıl hissettiğini özellikle sormadan, açık uçlu sorular hislerin serbestçe ifade edilmesini destekler. Bu yöntem, hastanın dilediğince uzun konuş-

masını özgürce desteklediği için işe yarar. İnsanlar ne kadar uzun konuşursa duygu ile ilişkili bilgileri o kadar açığa çıkar.

Serbest konuşmanın yalnızca bir uzantısı olan bu yöntem, hastanın durumu bütüncül olarak nasıl algıladığı ile ilgilendiğiniz izlenimi edinmenize yardımcı olur. Diğer taraftan, kapalı uçlu sorular ya da kısa cevaplı sorular zaten neyin önemli olduğuna karar verdiğiniz izlenimi uyandırabilir, hastanızın tüm hikâyeyi anlatmak için motivasyonunu düşürebilir. Ayrıca, soru sormak için ne kadar az zaman harcarsanız, hastanızın hislerini ortaya çıkarmak için o kadar çok zamanınız olacaktır.

Açık uçlu sorular ayrıca çelişkili hisleri ortaya çıkarmakta ya da kabullenmekte zorlanan hastalarınıza da yardımcı olacaktır. Çelişkili hisleri tanımlamak için biz genellikle *"ambivalans"* terimini kullanıyoruz; çoğu insan ambivalans hislerini birkaç kelime ile bile dile getirmeyi zor bulmaktadır. Ancak, görece kesintisiz uzun bir konuşma hastaya bu gibi hisleri hakkında düşünme ve bunları ifade etme için gerekli olan zamanı tanıyabilir. Burada, karışık olan hisleri ortaya çıkaran açık uçlu sorulara örnekler yer almaktadır:

GÖRÜŞMECİ: Birkaç dakika önce, karınızın boşanmadan söz ettiğini söylediniz. Bundan biraz daha bahseder misiniz?

HASTA: Bu benim için oldukça berbat bir zaman.....Biliyorum bunu..... Hep evliliğinizde başarısız olursanız hayatta da başarısız olursunuz gibi hissetmişimdir. En azından annem hep böyle derdi.

GÖRÜŞMECİ: (*Baş sallama ile cesaretlendirir.*)

HASTA: Ama bunu düşünürken... şeyden beri bir sürü sorunumuz vardı... Şey, aslında çocuklar doğduğundan beri... belki de gerçekten evliliğimiz olmamıştır. Belki de boşanmaktan çok daha kötü şeyler de vardır.

DİĞER TEKNİKLER

Birkaç durum hastanın hislerinin ortaya çıkmasını zorlaştırabilir. Burada bazılarına yer verilmektedir:

- Bazı insanlar –özellikle erkekler– Çocukluklarından itibaren duygularını ortaya çıkarmama ya da göstermeme yönünde cesaretlendirilir. Bu tür onaylanan "maço" davranışlar kişilerin büyüdüklerinde duygularını inkâr etmelerine neden olabilir. Bunun en çarpıcı örneği, bir çocukluk öğüdü olan "erkekler ağlamaz", ilerleyen dönemlerde "erkekler umursamıyor gibi görünmelidir" öğüdüne dönüşmektedir. Aynısı kadınlar için de geçerli olabilir.

- Bazı hastalar kendi hislerini fark etmez ya da deneyimleri ile ilişkili hisleriyle bağ kurmada zorluklar çeker. Muhtemelen bu da çocukluk deneyimleri ile

gelişen bir durumdur. Uç vakalarda insanlar duygularını fark edemeyecek ya da tanımlayamayacak biçimde yetişir. Bu durum *aleksitimi* olarak adlandırılır.

- Bazıları ise duygularını göstermeye isteksiz olabilir. Özellikle de tanımadıkları kişilere karşı böyle olabilir, çünkü bu durum kendilerini kolay incinebilir hissettirebilir. "Sert bir dış görünüşünüz olursa, kimse sizi incitemez." şeklinde yaşıyor olabilirler. Aleksitiminin aksine bu kişiler, nasıl hissettiklerini bilir ve bunu kelimelere dökebilir ama kendilerini koruma ihtiyacı ağır basar.

Bunların herhangi birinde hisleri ortaya çıkarmak için aşağıdaki tekniklerden birini kullanmanız gerekebilir.

İlgi veya Anlayış Gösterme

Kontrollü çalışmalar, klinisyenden gelen herhangi bir ilgi ya da anlayışın hastanın duygularını paylaşmaya cesaretlendirdiğini göstermektedir. Özellikle, hastanız bazı duygularını paylaşmaya başladıysa işe yarar. İlgi ve anlayış gösterme biçiminiz, sözel ya da yüz ifadesi veya beden dili gibi davranışsal olabilir.

HASTA: 15 yıldır bu şirket için çalışıyorum ama süpervizör pozisyonu açıldığında patronum beni yeğeni için es geçti. Bu, beni gerçekten çok kızdırdı!

GÖRÜŞMECİ: (*Anlayış belirten bir bakışla bakar*). Bunu duymak bile, beni çok üzdü. Eminim ki bu durumda kim olsa kırılmış ve kızgın hissederdi.

HASTA: Bunun da ötesindeydim –Tamamen dağılmış durumdaydım. Yok olmak istedim! Hâlâ da zaman zaman böyle hissediyorum.

Hislerin Yansıtılması

Hisleri yansıtmanın anlamı, söz konusu durumda hastanın ne hissettiği ile ilgili düşüncenizi hastanıza belirtmenizdir.

HASTA: Kızım her zaman küçük bir çılgın olmuştur ama dün neredeyse tan ağarıncaya kadar eve gelmedi.

GÖRÜŞMECİ: Bahse girerim ki çıldırmak üzereydiniz.

Tabi ki bu yöntem, yorumlarınızın yanlış olma riskini de taşır. Diyelim ki öyle ve bunu hastanız da söyledi; bu durumda yine de en azından amacınızın, hisleri konuşmak olduğunu hastanıza göstermeyi başarmış olursunuz.

Duygusal İpuçlarını Yakalamak

Duygusal ipuçlarını yakalamak, yoğun duygusal konuların göstergeleri için sürekli tetikte olmak demektir. Çoğunlukla bunlar sözel olmayan ipuçlarıdır: Kaşların hafif çatılması, gözlerin nemlenmesi ya da herhangi bir beden dili deyişi gibi. Sizin tepkiniz sözel olabilir:

"Annenle ilgili konuşurken biraz üzgün göründüğünü düşündüm. O anda neler hissediyordun?

İlgi ve desteğinizi, ağlamak üzere olan birine peçete uzatmak gibi bazı hareketlerinizle de belli edebilirsiniz.

Yorumlama

Yorumlama kısmında geçmiş ve şimdiki durumların duygusal içerikleri arasında paralellikler kurarsınız.

HASTA: Kocam asla benim fikirlerimi dinlemez.

GÖRÜŞMECİ: Daha önce anlattıklarından yola çıkarak, bu durum kulağa sen gençken babanın sana nasıl davrandığına benzer geliyor.

Yorumlama tekniğini uygulamak hileli olabilir. Hastanın yeni fikirlere açık, davranışların açıklamalarını arayan ve tercihen bağlantıları destekleyen bir yapıda olması gerekir. Eğer böyle değilse, diğer yorum denemelerinde bulunun. Bunlar da reddedilebilir. Ben genellikle ön görüşmede yorumlardan uzak durma eğilimindeyimdir; bunlar, deneyimli klinisyenler tarafından daha sonra tedavinin ilerleyen dönemlerinde kullanılması iyi olan araçlardır.

Çalışmalara göre, yukarıda yer alan her bir teknik suskun hastaları cesaretlendirmekte ya da duygularla ilgili daha fazla bilgi sağlamakta ve elde edilen bilgiyi derinleştirmektedir. Hiçbirisi zaten ortaya çıkacak olan duyguya engel olmaz. Ayrıca bu teknikler, hastanın ihtiyaçlarına daha az duyarlı ve daha az detaylı olan tekniklere göre daha kapsamlı bir araştırma sağlar.

Hisleri Adlandırmak

Hastanızın sahip olabileceğini düşündüğünüz duyguyu sadece sorun:

"Depresif mi hissediyorsunuz?"

"[Hangi konu hakkında konuşuyor iseniz] ..... ile ilgili suçluluk [ya da pişmanlık] hissettiniz mi?

Kapalı uçlu olmasından dolayı, bu tekniği açık uçlu soruları zaten denemiş olduğunuz durumlarda kullanmak için saklayın.

Analog

Son olarak, ele alınan herhangi bir durumdaki duygularını kesinlikle tanımlayamayan hastalara benzer hisleri deneyimlemiş olabilecekleri zamanları ya da durumları sorabilirsiniz.

"Annen öldüğündeki gibi hissetmiş olabilir misin?"

"Diğer çalışanların önünde patronun seni kötü örnek olarak sunduğunda buna benzer hissettin mi?

DETAYLARIN İZLENMESİ

Bazı hisleri ortaya çıkartamadığınızda, daha fazla soru sorarak görüşmenin derinliğini artırın. Ortaya çıkaran örnekleri derinlemesine araştırın ve detayları inceleyin.

GÖRÜŞMECİ: Bu öfke nöbetleri ile ilgili daha fazla şey öğrenmek istiyorum. Ne zamanlar böyle hissedersiniz?

HASTA: Tek cümle ile şöyle diyebilirim ki, ne zaman kayınpederimi ziyarete gidersek.

GÖRÜŞMECİ: Daha önce onunla hoş olmayan bir yaşantınız mı oldu?

HASTA: Kurnazca davranışlarıyla evliliğimi neredeyse mahvediyordu.

GÖRÜŞMECİ: Sonrasında nasıl hissettiğinizle ilgili bir örnek duymak isterim.

Hastanız fırsat verdiğinde derinlemesine soru sormaktan çekinmeyin. Yeni başlayan görüşmeciler, bazen önemli olayların ve patolojilerin kanıtlarını konuşma içerisindeki bazı bilgileri göz ardı ederek ele almaz. Aşağıdaki örnekte olduğu gibi:

GÖRÜŞMECİ: Çocukken herhangi bir şekilde cinsel olarak size yaklaşıldığı oldu mu?

HASTA: Şey, evet, oldu.

GÖRÜŞMECİ: (*Notlara "evet" yazar.*) Şu anda nerede çalışıyorsunuz?

Belki görüşmeci ayrıntıları alma konusunda kendisini rahatsız hissetti ama hasta, bilgileri bastırmanın hayal kırıklığı ile baş başa bırakıldı. Ortaya çıkan bilgiler kim, ne, ne zaman, nerede, niçin ve nasıl sorularının cevapları alınıncaya kadar izlenmelidir.

SAVUNMA MEKANİZMALARI

Değerlendirme sırasında hastanızın duyguları ile nasıl başa çıktığını da öğrenmelisiniz. Duygu ve davranışlarla ilgili bu başa çıkma stratejilerine *savunma mekanizmaları* denir. Bu mekanizmaların sayıları ve türleri neredeyse sonsuz görülebilir. Daha ayrıntılı listeler için standart metinlere bakınız. Aşağıdaki birkaçı en yaygın olanlardır. Tanımlarını söylemek yerine şehir meclisi seçimini kaybetmekle ilgili kaygı ve korku hisseden bir politikacının kullanabileceği savunma mekanizmaları örneği üzerinden konuya açıklık getirmeye çalışacağım.

Potansiyel Zararlı Savunma Mekanizmaları

Potansiyel zararlı grupta, insanları duygu veya hislerinin etkileri ile karşı karşı kalmaktan kaçınmasını sağlayan mekanizmalara yer verdim. Stresli bir durumda, çoğumuz egolarımızı desteklemek için bu tür tedbirlere bazen başvururuz.

Eyleme vurma. [Politikacı fotoğrafını çekmeye çalışan gazetecinin fotoğraf makinesini kırar.]

İnkâr. "Sayımlar gerçekten benim kazandığımı gösterecektir."

Değersizleştirme. "Neyse, zaten berbat bir işti, boşa zaman harcama yalnızca. Vergi verenlerden gelen yakınmalar dışında hiçbir şey gelmez bu işten."

Yer değiştirme. [Politikacı evine gider ve kedisini tekmeler.]

Çözülme: [Politikacı bir sabah farklı bir yerde uyanır ve son 3 gündür olan hiçbir şeyi hatırlamaz.]

Fantazi. "Gelecek yıl kampanya düzenleyeceğim ve seçimi kazanacağım!"

Entellektüalizasyon. "Bu yenilgiye demokrasinin bir parçası olarak bakıyorum."

Yansıtma. [Bilinç dışı düşünce: Onu öldüreceğim] "Beni öldürmek için komplo kuruyor."

Karşıt tepki geliştirme. [Düşünce: "O bir sefil."] "Ben onurlu konsey üyesini desteklemekten gurur duyuyorum."

Bastırma. [Politikacı kazanan kişinin şerefine verilen ziyafete katılmayı "*unutur*".]

Somatizasyon. [Adayda nedeni belli olmayan sürekli bir göğüs ağrısı ortaya çıkar.] "Zaten göğüs ağrısından dolayı çalışamazdım."

Bölme: "Bazı politikacılar iyidir, bazıları kötüdür; rakibim ise kötülerden biri."

Etkili Savunma Mekanizmaları

Daha iyi bütünleşmiş yetişkinler daha olgun savunma mekanizmaları kullanır.

Özgecilik. "Onu destekleyeceğim, benden daha fazla niteliği var."

Önsezi. [Oylama başlamadan:] "Tabii ki kaybedebilirim. Ama benim birçok planım daha var."

Mizah. "Kampanyada onun onurlu olduğunu söylemiştim; o ise benim pislik olduğumu söylemişti. Belki de ikimiz de yanıldık."

Yüceltme. "Kampanya ile ilgili bir kitap yazacağım."

Bastırma. "Bunu aklımın derinlerinde saklayıp elimdeki işlere bakacağım." [Yukarıdaki bastırmadan farklı olduğuna dikkat edin- burada bilinçli bir çaba vardır.]

AŞIRI DERECEDE DUYGUSAL HASTALARI ELE ALMAK

Duyguların ifade edilmesini genellikle istemenize rağmen, bazı hastalar terapistleri ile de dâhil olmak üzere diğerleriyle iletişimlerini engelleyecek kadar duygusal olur. İnsanlar çeşitli sebeplerden dolayı aşırı duygusallık sergileyebilir.

- Öfkeli olabilirler ve bazen bunun nedenini bilmezler.
- Bazı kişilik bozukluklarında olduğu gibi, bazıları yoğun duyguların isteklerine ulaşmaya yardım ettiğini öğrenmiştir. Drama hayatın bir parçası hâline gelir.
- Altta ciddi bir psikopatoloji olmamasına rağmen, bazı kişiler de yoğun duygusal sonuçları ailelerini ya da arkadaşlarını kontrol etmek için kullanır.
- Bazı kişiler ise duyguların yüksek sesle ve çok sık ortaya konduğu ailelerde yetişmiştir. Diğerlerini taklit etmeleri ile bu davranışlar alışkanlık hâline gelir.
- Bazılarında kaygı bu şekilde davranmaya neden olur.
- Bazıları sessizliğin yalnızlığında duramaz.
- Belki sizin hastanız, diğer klinisyenlerle yaşadığı deneyimleri hatırlayarak onunla ilgilenmeyeceğinizden ya da tüm hikâyeyi anlatmak için yeterli zaman olmayacağından korkuyordur.

Sebep her ne olursa olsun aşırı duygusallık, durumla ilgili bilgi toplamaya yeterince zaman ayırmadan tüm dikkatinizi duygulara odaklayabilir. Bu gibi

durumlarda dinamik olmaya çalışın ve görüşmenin asıl amacı doğrultusunda tavır alın. Birkaç teknik bu konuda size yardımcı olacaktır.

1. Duygunun kabulü. Duyguyu sadece adlandırmanızla harareti alabilirsiniz. Böylece hastanız duygusunu fark ettiğinizi anlayacak ve daha fazla dikkatinizi oraya çekmeye ihtiyaç duymayacaktır.

HASTA: (*Bağırarak*) Bu şekilde beni aşağılamayacak, artık asla!

GÖRÜŞMECİ: Gerçekten öfkeli hissediyorsun. Engellenmiş ve öfkeli.

HASTA: (*Çok daha sessiz bir biçimde*) Kesinlikle. Kim hissetmez ki? Bir de geçen hafta yaptığını bilseniz.

Bu teknik, hastanızın duygusunu anladığınızı ve kabul ettiğinizi gösterir, bu nedenle büyük olasılıkla bu en iyi yoldur. Önce bunu deneyin.

2. Sessiz konuşun. Hastanız bağırdığında, ses tonunuzu düşürün. Siz duyulması zor ve oldukça yumuşak bir ses tonuyla konuşurken, çoğu kişinin yüksek ses tonunu sürdürmesi zor olacaktır.

3. Hangi bilgiye ulaşmaya çalıştığınızı tekrar açıklayın:

"Tam da bu noktada aslında öğrenmeye çalıştığım aile öykünüz. Elbette daha sonra kocanızın kız arkadaşı ile ilgili de konuşacağız."

4. Hastadan gelen ve konuyu değiştiren tüm soru ve yorumları yeniden konuya yönlendirin.

GÖRÜŞMECİ: Şimdi biraz da oğlunuzdan konuşalım. Annesi ile beraber yaşadığını söylemiştiniz değil mi?

HASTA: Evet, doğru. Son üç aydır oğlumla telefonda bile konuşmama izin vermiyor. Sizce karşı dava açmalı mıyım?

GÖRÜŞMECİ: Belki daha sonra bu konuda konuşuruz. Şimdi gerçekten oğlunuzla ilişkinizi öğrenmem gerekli. Oğlunuzla yakın mısınızdır?

5. Kapalı uçlu sorulara geçin. Açık uçlu soruların tersine bu sorular ne tür bir cevap duymak istediğinizi işaret eder. Ayrıca bunlar hastayı eklemeler yapmaktan vazgeçirir.

GÖRÜŞMECİ: İlk evliliğinizden söz edebilir misiniz?

HASTA: Bir felaketti. O adamı asla affetmedim! Tam bir canavardı. Bir keresinde bir ay boyunca hiç durmadan ağladım. Nedeni şu olabilir–

GÖRÜŞMECİ: (*Açık uçlu sorunun işe yaramadığını fark edip yarıda keser.*) İçer miydi?

HASTA: Ah, evet, deve gibi içerdi. O–

GÖRÜŞMECİ: (*Yarıda keser)* Evliliğiniz ne kadar sürdü?

HASTA: 26 yaşıma kadar, yaklaşık 4 yıl. O hiçbir zaman–

GÖRÜŞMECİ: Boşanma sizin fikriniz miydi, onun mu?

Bu görüşmeci, hasta asıl konuya bağlı kalmayı öğreninceye kadar yarıda kesmek için hazırlanmıştır.

6. Hâlâ sorun yaşıyorsanız, emin olmak için hastanızın sizi anlayıp anlamadığını kontrol edin. Burada bu yüzleştirmeyi nasıl ifade edebileceğinizin örneği bulunmaktadır:

> "İletişimimizde bazı sorunlar varmış gibi görünüyor. Neye ihtiyacım olduğunu tam olarak söylemiş miydim?"

Tıpkı diğer işe yarar yüzleştirmeler gibi, bu da tamamen hastayı suçlamayacak şekilde ifade edilmiştir.

Bu tekniklerin her biri, hastanın sözel ve davranışsal aşırı tepkilerini azaltır. Terapötik ilişkiyi bozmadan tanı için ihtiyaç duyduğunuz bilgilerin alınmasına yardımcı olur. Bazen, bu teknikler bile yetersizdir. Dökülen gözyaşları ya da diğer duygular yatan hastadan ihtiyaç duyduğunuz bilgiyi almayı engellerse hasta daha iyi anlayabilecek duruma gelinceye kadar görüşmeyi erteleyebilirsiniz. Aşağıdaki gibi bir şey söyleyebilirsiniz:

> "Görüyorum ki bugün devam edemeyecek kadar üzgünsünüz. Şimdi bir ara verelim. Geri geleceğim ve sabah sizi tekrar göreceğim. Siz de biraz uyumuş olursunuz."

BÖLÜM 8

Kişisel ve Sosyal Tarihçe

Sağlık hizmetleri uzmanları hastalıkları değil, insanları tedavi eder. Bu nedenle hastanızın yakınmalarının nasıl bir ortamda oluştuğunu bilmeniz gerekir. Bu, aile geçmişi ve biyografinin diğer yönleri ile ilgili öğrenebileceğiniz her şeyi öğrenmenizi gerektirir. Bu süreç, hastanızı daha iyi tanımanın yanında, ruhsal bozukluğun nedeni ve bağlamı ile ilgili bilgilerinizi genişleten ve bilgilerinize ışık tutan malzemeyi de ortaya çıkarabilir. Bu bilgilerin bazılarının hastalığın nedeni veya tedavisinde doğrudan etkisi olabilir. Hastanız bu deneyimleri biriktirmek için bir ömür geçirmiş olduğundan, ulaşılacak bilginin çeşitliliği ve miktarıyla ilgili neredeyse bir sınır yoktur. Ne öğreneceğiniz, mevcut görüşmenin amacına ve buna ayırabileceğiniz zamana göre belirlenir.

Biyografik bilgiyi toplarken, verilen bilgilerin geçerliliği ile ilgili "şüpheci" olmakta fayda vardır. Özellikle neyin hatırlandığıyla aşırı ilgili olunduğu zamanlarda insan belleği hata yapabilir. Hatasız olarak hatırlananlar genellikle doğumlar, ölümler ve evlenmeler gibi büyük tarihî olaylar ve mevcut hastalığın öyküsünü oluşturan son olaylardır.

Öte yandan bazı malzemeler, çarpıtılmaya daha eğilimlidir: Her şeyin başkaları tarafından aktarıldığı erken çocukluk olayları, kişilerarası anlaşmazlıklar, ikinci ağızdan aktarılan tüm konular ve yorumlama gerektiren diğer tüm konular. Tüm görüşme verilerinin geçerliğini sürekli olarak kendi içsel standartlarınıza göre değerlendirmeniz gerekir ("Bu hikâye uygun görünüyor mu? Olması mümkün mü?"). Mümkün olan her zaman, bilginin doğruluğunu dışsal kaynaklar ile kontrol etmeniz gerekir. Örneğin; önceki tıbbi kayıtlar, arkadaş ve akrabalarla yapılan görüşmeler gibi (bk., Bölüm 15).

Bu arada, bütün bu bilgileri tek bir görüşme içerisinde toplayamayacağınızın tamamen farkındayım; bilgiyi daha sonra arttırmak yaşamın klinik bir gerçeğidir.

Bu bölümde ve ilerleyen bölümlerde, tartışılan materyalle ilgili olası diğer yorumlamalar için *italik* yazılar kullanacağım.

ÇOCUKLUK VE ERGENLİK

Aile Kökeni

Hastanızın doğumuyla başlamak mantıklıdır. Hangi şehirde/ülkede doğdu? Tek çocuk muydu? Kardeşleri varsa, kaç tane kız ve kaç tane erkek kardeşi vardı? Hastanızın kardeş sıralamasındaki yeri neydi (Birinci, ikinci, ortanca, en küçük ya da tek çocuk)? Hastanız kardeşleriyle ne kadar iyi geçinirdi? Bir kardeş diğerlerine göre daha çok sevilmiş miydi? *Büyük olan çocuk küçükken daha çok ilgi çekerken, ortanca çocuk görece ihmal edilmiş olabilir; en küçük çocuğa aşırı ilgi gösterilmiş ve şımartılmış olabilir. Doğumda veya doğumdan kısa bir süre sonra belirgin olan genetik bozukluklar (Down sendromu gibi) akraba evlilikleri*[*] *arasında daha geç ortaya çıkma eğilimindedir.*

Hastanızın ikizi varsa, ikizler tek yumurta mı, yoksa çift yumurta ikizleri mi? *Tek yumurta ikizleri aynı genetik malzemeyi paylaşırken, çift yumurta ikizleri normal kardeşler kadar genetik olarak benzerlik gösterir. Eğer hastanızın şizofreni, bipolar duygudurum bozukluğu gibi ruhsal bir bozukluğu olan tek yumurta ikizi varsa, bu bozukluklara sahip olması daha olasıdır.*

Hastanız, çocuk olarak istenildiğini hissetmiş mi? Ebeveynleriyle ilişkisi ne kadar yakınmış? Ergenliğinde bu değişmiş mi? Hasta her iki ebeveyni tarafından mı yetiştirilmiş? Öyle değilse, bu durum ölümlerden dolayı mı olmuş? Boşanma mı? Askerlik mi? Hapse girme mi? *Bir ebeveynin olmaması (özellikle babanın) antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir. Bazı çalışmalarda, bir ebeveynin erken ölümü ile yetişkinlik depresyonun başlangıcı korelasyon gösterir.*

Nadiren de olsa, bir hastanız "Ben babamı hiç görmedim." diyecektir. Böyle bir durumda nazikçe hastadan ebeveynlerinin hiç evlenip evlenmediğini öğrenmeniz gerekir ("…. olması mümkün mü?" sorusunu kullanmak, bu soruyu önemli ölçüde yumuşatabilir). *Daha kabul edici olan çağımızda bile, bazı insanlar için "evlilik dışı doğmuş" olmak, yaşam boyu süren bir rahatsızlık ve utanç kaynağıdır.*

Hastanızın aile kökeninin gerçek doğası nasıl olursa olsun, ebeveynlerinin (ya da yerine geçen kişilerin) birbirleriyle olan ilişkileri ile ilgili bir şeyler öğrenmeye çalışmalısınız. Birbirleriyle iyi anlaşıyorlar mıydı? Duygularını gösteriyorlar mıydı? Çok sık tartışıyorlar mıydı? Kavga ediyorlar mıydı? Biri diğerini fiziksel olarak istismar ediyor muydu? Hastanız büyürken, ebeveynlerin ilişkileri evdeki duygusal iklimi nasıl etkiliyordu? *İnsanlar genellikle çocuklukta neyi "norm" olarak gözlemlediler ise, yetişkinlikteki ilişkilerinde onu model alırlar. Diğer taraftan bazı insanlar, davranışları istenilmeyen ve itici olarak algılanmış bir ebeveynden farklı olmak için çok aşırıya kaçarlar.*

Hastanız evlat edinilmişse, bu kaç yaşındayken olmuş? Biyolojik ebeveynlerle ya da evlat edinilmeye neden olan şartlarla ilgili herhangi bir şey öğrenebilir misiniz? Evlat edinme aile içinde (evlat edinen ebeveynlerin hasta ile kan bağının olması) mi, yoksa aileler dışında mı olmuş? *Birçok evlat edinilen kişi, özellikle ergenler ve genç yetişkinler, biyolojik ebeveynlerini tanımadıkları için kendilerini eksik hisseder. Bu*

[*] Ç.N: *Sibship* kelimesinin karşılığı olan, antropolojideki *fratri* kelimesi yerine kullanılmıştır.

durum, evlat edinilen kişilerin bazılarında, kendilerini bırakan biyolojik ebeveynlerini aramak (bazı vakalarda buluşurlar) için olağan dışı boyutlarda keşiflere neden olur.

Büyüme

Hastanız doğduğunda ebeveynlerinden her biri kaç yaşındaydı? Ebeveynler sorumlu bir bakım sağlayacak kadar olgun muydu? Her ikisi de evin dışında düzenli olarak çalışıyor muydu? İşleri neydi? İyi bir destek sağlıyorlar mıydı? Çocuklarla zaman geçirmek için yeterince vakitleri var mıydı? Ne tür disiplin teknikleri kullanılıyordu? Bu teknikler şiddet içerikli, katı, rahat ya da tutarsız mıydı?

Ebeveynlerden biri evde uzun bir süreliğine yok ise, nedenini öğrenin (Hastalık? Evden uzakta bir iş bulma? Cezaevi? Hastanız bir "asker çocuğu" muydu?) Aile tek bir yerde mi yaşadı, yoksa sıklıkla taşınırlar mıydı? Aile hiçbir yere gerçekten yerleşmiş miydi?

Bir kardeşin, büyükanne ya da büyükbaba veya başka yakın bir akrabanın ölümü gibi başka kayıplar var mıydı?

Hobiler, kulüpler ve ders programı dışında kalan diğer ilgi alanlarıyla ilgi bilgi toplayın. Hastanız sosyal biri miydi? Yoksa yalnız biri miydi? *Şizofrenler, genellikle hayatlarının büyük bir çoğunluğunda izole olmuş ya da yalnız kişilerdir.*

Çocukluk çevresiyle ve hastanın bu çevredeki yeri ile ilgili genel bir resim elde etmeye çalışın. Bu kapsamlı görevde size yardımcı olabilecek bazı sorular aşağıdadır:

"Bana çocukluğunuzla ilgili bir şey anlatabilir misiniz?"

"O zamanlarda hayat sizin için nasıldı?"

"Kardeşiniz (kardeşleriniz) ile nasıl geçinirdiniz?

"Çocukluk arkadaşlarınız kimlerdi?"

"Diğer çocuklardan farklı olduğunuzu hissettiniz mi?"

"Boş zamanlarınızı nasıl geçirirdiniz?"

"İzcilik gibi organizasyonlarda yer aldınız mı?"

"Organize bir spor aktivitesine katıldınız mı?"

"Ailenizle birlikte tatillerde nereye giderdiniz?"

"Ailenizin evcil hayvanı var mıydı?"

"Ne gibi günlük ev işleriniz ya da diğer sorumluluklarınız vardı?"

"Yazları ya da okul sonralarında ne gibi işleriniz oldu?"

"Büyüdüğünüzde ne olmak isterdiniz?"

"Kendinizi kiminle özdeşleştirirdiniz?"

"Evde cinsellik konuşulur muydu?"

"Ailenizin cinselliğe karşı tutumu nasıldı?"

"Romantik bir ilişki içinde olmak ilk defa ne zaman ilginizi çekmişti?"

İstismarla İlgili Soru Sorma

Birçok hasta, yetişkinlik hayatını ve kişiliğini önemli ölçüde etkileyebilecek bir deneyim olarak, çocukken fiziksel olarak istismara uğramıştır. Bu bilgiyi elde etmek zor olabilir. Bazen bu hastalar, çocukken istismara uğrayıp uğramadıklarını tek başlarına fark edemeyebilir. Hastanızın çocukken böyle bir şey yaşayıp yaşamadığını öğrenebilmek için çaba göstermeniz gerekebilir. Bu hassas konulara aşamalı olarak girebilirsiniz.

"Ebeveynlerinizin gereksinimlerinizi ne ölçüde giderdiğini düşünüyorsunuz?"

"Ebeveynleriniz ne tür disiplin teknikleri kullanırdı?"

"Çocukken size kötü davranıldığını hiç hissettiniz mi?"

İstismar ile ilgili bu sorulara verilen olumlu cevaplar dikkatlice takip edilmelidir. Aşağıdaki alanlarla ilgili bilgileri elde etmeye ihtiyacınız vardır:

Bu istismar ne sıklıkta oldu?

Kim uyguladı? Her iki ebeveyn de uyguladı mı?

Ebeveynlerden biri çocuğu korumaya çalıştıysa, o kimdi?

İstismar nasıl gerçekleşti? (Vurarak mı? Neyle?)

Ne sıklıkla oldu?

Eğer varsa, kışkırtan şey neydi?

O zamanlarda, hasta bu istismarı hak ettiğini düşünmüş mü? Peki ya şimdi?

Bu deneyimin hastaya çocukken ne gibi bir etkisi olmuş?

Yetişkin olarak, hasta bu deneyimler ile ilgili şu anda ne hissediyor?

Cinsel istismar ile ilgili de soru sormanız gerekmektedir; bu meseleyi Bölüm 9'da ele alacağız.

Çocukluk Sağlığı

Yetişkin hastalar için, erken dönem gelişimsel kilometre taşlarının (çocuğun kaç yaşında oturmayı, kalkmayı, yürümeyi, cümle kurmayı öğrendiği gibi) sorulması genellikle gerekli değildir. Hastanızın bunlarla ilgili bilgilerinin çoğu ailesi tarafından aktarılanlar kadardır ve bunlar çarpıtılmaya müsait bilgilerdir

(Kim emzirildiğini veya tuvalet eğitimini hatırlar ki?). Ancak Zihinsel yetersizlik ya da diğer gelişimsel zorluklardan (özgül öğrenme güçlüğü gibi) şüpheleniyorsanız, hasta hakkında bilgi veren bir hasta yakını ile bu kilometre taşlarının araştırılması önemli olabilir.

Genel çocukluk dönemi sağlığıyla ilgili bir şeyler öğrenmeye çalışın. Hastaneye yatma, ameliyatlar, sıklıkla doktora gitme ya da sağlık sorunlarından dolayı uzun süre okula gidememe var mıydı? Ailenin hastalıkla baş etme şekli nasıldı (Aşırı koruma mı? Reddetme mi?)? Eğer hastanız sağlıksız bir çocuk olduysa, ebeveynleri ve diğer akrabaları hastalıkla ilgili davranışı çok fazla ilgi göstererek ödüllendirir miydi? *Aşırı koruma ya da hastalığı ödüllendirmeler, DSM-5'de somatik belirti ve ilişkili bozukluklar olarak adlandırılan (DSM-IV'te somataform bozukluklar) bozuklukların başlangıcında rol oynayabilir.*

Özellikle 5-10 yaşları arasında hastanızın mizacı ve aktivite düzeyi nasıldı? Çocukken sessiz ve çekingen miydi, yoksa dışa dönük ve arkadaş canlısı mıydı? *Mizaç özellikleri yaşamın ilk aylarından itibaren kendini gösterir ve çocuklukta ve hatta yetişkinlikte devam etmeye eğilimlidir. Bunlar, yetişkin ruhsal bozukluklarıyla ilişkili olabilir.*

Hastanız aşağıda yer alan çocukluk döneminde yaygın görülen sorunların herhangi birinden bahsediyor mu?

Yatağını ıslatma
Tikler
Kekeleme
Obezite
Kâbuslar
Fobiler

Eğer bahsettiyse, (eğer varsa) hangi tedaviler uygulanmış? Faydalı olmuş mu? Bu sorunlar, kardeşleri ve okul arkadaşlarıyla olan ilişkilerini nasıl etkilemiş? *Bu durumlardan herhangi birisi, hastanın çocukken stres altında olduğunu akla getirir. Son yıllarda, sıklığının giderek artmasına bağlı olarak obezite, kısmen daha kabul edilir bir hâle geldi. Ancak obezite hâlâ çocukluktaki zihin bulanıklığınızın potansiyel bir kaynağı olarak görülür.*

Mastürbasyonla ilgili herhangi bir kaygısı olmuş mu? Ergenlik dönemi kaç yaşındayken başlamış? Eğer kadınsa, hasta menstrürasyonla ilgili hiç hazırlanmış mı? Eğer hazırlandıysa, kim anlatmış? Ne zaman başlamış? Göğüs gelişimiyle ilgili hiç kaygılanmış mı veya rahatsız edilmiş mi? *Her iki cinsiyette de ergenler fark edilmeye karşı aşırı duyarlı olabilir. Gelişimsel gecikmeler (ya da hızlanmalar), hastanızda belirli bir dereceye kadar utanç duygusuna yol açmış olabilir.*

Ne zaman çıkmaya başlamış? Bu durumla ilişkili duyguları nelermiş? Tekrar belirtecek olursak, cinsellikle ilgili tarihçe Bölüm 9'da aktarılacaktır.

Eğitim

Hastanızın akademik başarısı nasıldı ve en son bitirdiği okul neydi? Hastanız okulu sever miydi? Eğer akademik sorunlar olduysa, hangi dersler en çok sıkıntı yaratmıştı? Okumayla ilgili özgül zorluklar olmuş mu (disleksi)? Diğer derslerle ilgili olmuş mu? Okulda davranış sorunları olmuş mu? Okulu asmış mı? Sonuçları ne olmuş (Disipline gönderilme? Dayak? Uzaklaştırma veya atılma?)?

Hastanın hiç sınıf tekrarladığı ya da okulda yapılan çalışmalarda dikkatini toplamada güçlük yaşadığı olmuş mu? *Dikkat süresinin kısa olması ve düşük okul performansı dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunu akla getirir. Bu hastaların bazıları (özellikle erkekler), çocukken belirgin olarak hiperaktiftir; hatta yürümeyi erken öğrenmiş bile olabilir.*

Hastanızın uzun süreli olarak okula gitmediği olmuş mu? Olduysa, nedeni neymiş? Okula gitmeyi hiç reddetmiş mi? Hastanız kaç yaşındayken gerçekleşmiş? *Okul reddi (bir zamanlar hatalı bir şekilde okul fobisi olarak da adlandırılan), küçük çocuklarda yaygındır ve sonradan ortaya çıkacak bir patolojiyi yordayacak diye bir şart yoktur.*

Hastanız liseden mezun olmadan okulu bıraktıysa, nedeni neymiş? Hastanız daha sonrasında ne yapmış? Çalışmış mı? Askere mi gitmiş? Okulu dışarıdan bitirmek* için denemesi olup olmadığını veya bunu yapıp yapmadığını sormalısınız.

Son olarak, hastanız kaç yaşındayken ebeveynlerinden ya da diğer kişilerden bağımsız bir hayata geçip kendi kendine yeterli olmaya başlamıştır?

YETİŞKİNLİK YAŞAMI

İş Yaşamı

Çalışma öyküsü hem hastanızın altta yatan potansiyel performansını hem de son hastalığının performansı üzerindeki etkisini değerlendirmenize yardımcı olabilir. Ayrıca bu bilgiler görece daha objektif olur: İş öyküleri, sosyal öykünün daha kişisel ve muhtemelen daha utanç verici olan parçalarına göre daha az çarpıtılır. Bu nedenle hastanızın iş yaşamına ait ayrıntıları soruşturabilmek için zaman ayırmalısınız.

Hastanızın şu anki mesleği nedir? Ufuk genişleten, tatmin edici bir meslek mi? Önceki hırslarıyla ne kadar uyumlu? Şu anki işvereniyle ne kadar zamandır çalışıyor? Eğer işsizse, neden ve ne kadardır işsiz? Eğer hasta çok kısa süreler ile çalıştıysa, son 5 yılda kaç işi oldu? Her iş daha iyi bir iş için mi değiştirildi? Çalışmak için ne kadar zaman harcıyor? Herhangi bir boşluğu, yön değişikliğini ya da terfinin olmamasını araştırın.

Hastanız daha önce bir işten kovulduysa, o zamanki şartlar nelerdi? Hasta şu anda işsiz ise neden işsiz? Hastanız en son ne zaman düzenli olarak çalışmış?

---

* Ç.N: "Genel Denklik Derecesi (Diploması)" ya da "Genel Eğitimsel Gelişim" karşılığı kullanılmıştır.

Eğer hasta işsizse, şu andaki geçim kaynağı nedir? *Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar, kısa bir sürede sıklıkla birçok işten sorumlu olur. Hiçbir işin olmaması ya da uzun yıllar boyu olmaması, genellikle kronik şizofrenisi olan hastalarda yaygın bir durumdur.*

Şu anı incelerken, yetişkinken yaptığı boş zaman aktivitelerini de sorun. Hastanızın herhangi bir hobisi var mı? Bir kulübe ya da organizasyona üye mi? Yetişkin olarak eğitime devam etmek için hiç çabası olmuş mu? Yetenekleri var mı? Daha fazla bilgi alabilmek için

"Sence sen nede iyisin?" diye sorabilirsiniz.

Askerlik Öyküsü

Hastanız hiç orduda görev almış mı(Bu soruyu hem kadın hem de erkek hastalara sorun)? Cevap "Evet" ise

"Hangi bölüm?"

"Gönüllü olarak mı katıldınız, yoksa mecburi miydi?"

"Ne kadar süre görev aldınız?"

"Orduda sizin göreviniz neydi?"

"Aldığınız en yüksek rütbe neydi?"

"Herhangi bir disiplin sorunu yaşadınız mı?" (Askerî mahkemeye çıkma, mahkemeye çıkmadan ceza alma, disiplin soruşturması ve daha küçük çaplı disiplin duruşmaları).

"Görevinize nasıl son verildi?" (Onurlu bir şekilde? Genel? Onursuz bir şekilde?" Tıbbi sebeplerle?).

"Hiç savaş gördünüz mü? Eğer gördüyseniz, ne kadar sürdü? Sizin göreviniz neydi?"

"Yaralandınız mı?"

"Hizmetiniz ile bağlantılı bir engelliliğiniz oldu mu?" (Bu yaralanmaya bağlı olabilir ya da savaşla ilgili olmayan kaza veya hastalanmalara bağlı olabilir).

"Savaşta esir düştünüz mü?"

"Deneyimleriniz ile ilgili kendinizi rahatlatma eğiliminde misiniz, yoksa kâbuslarınız veya yıldönümlerinde verdiğiniz tepkiler olur mu?"

Savaş sonrasında devam eden veya tekrarlanan belirtiler (veya hizmetle ilgili herhangi bir travma) TSSB'ye işaret edebilir. Vietnam'da savaşan askerlerin %10'unda bu durumun olduğu belirtilmiştir ve bu durum, Afganistan ve Irak'tan dönenler arasında artarak ortaya çıkmıştır.

Yasal Öykü

Yasal sorunlarla ilgili olarak sorular sorun. Yasal sorunlar, sigortayla ya da engellilik ile ilgili (özellikle kronik hastalık durumlarında ya da yaralanmalarda), tahliye kararıyla ve komşularla ilgili bir davasını kapsayabilir. Bu dava zamanlarında, herhangi bir tartışmanın olması olasıdır. *Yasal öykü, kişilik bozukluğuna ek olarak, bipolar bozukluklar ve madde kötüye kullanımı gibi hastalıklar için ipucu olabilir.*

Hastanız hiç tutuklanmış mı? Eğer tutuklandıysa, kaç yaşındaymış? Ne olmuş? Kaç kez tekrarlanmış? Sonucu ne olmuş (Hüküm giyme? Gözaltı? Hapis?)? Toplam ne kadar süre kalmış?

Ergenlikten yetişkinlik hayatı boyunca devam eden yasa dışı davranış örüntüsü var mı? Eğer var ise, suç oluşturan bu aktiviteler her zaman madde kullanımı olduğu zamanlarda mı gerçekleşmiş, yoksa bu aktiviteler aynı zamanda hasta temiz ve ayıkken de gerçekleşmiş mi? Hastanızın yakalanmadığı başka yasa dışı aktiviteleri olmuş mu? Özellikle çocuklar ve genç yetişkinlerde kısmen yaygın olan hırsızlık öyküsünün olup olmadığını sormakta fayda vardır. *Antisosyal kişilik bozukluğunda, en azından gençlik yıllarından (sıklıkla da daha erken yıllardan) itibaren, süregelen bir yasa dışı davranış örüntüsü vardır. Antisosyal kişilik bozukluğunun prognozu genelde kötü olduğundan, madde ya da alkol etkisi altında yasa dışı davranışları olan hastalara bu tanıyı koymamalısınız.*

Din

Hastanızın dini (eğer varsa) nedir? Bu din, çocukken yetiştirildiği dinden farklı mı? Hastanız ne sıklıkta ibadet ediyor? Din (veya maneviyat), hastanızın hayatını nasıl yönlendiriyor? *Klinisyenler birkaç nedenden dolayı, artan bir şekilde hastanın maneviyatını ve tanrı inancını araştırır. Olası destek ve rahatlama kaynakları ile ilgili ipucu sağlayabilir ve hastanızın değerleri ve etik sistemleri ile ilgili bir şeyler ortaya çıkarabilir. Bu araştırma, aile ile ilişkilerin ne derecede kesildiği ve de çekirdek aile dışında çevreden gelen olası desteğin varlığı hakkında fikir verebilir. Uygulama düzeyinde, sadece hastanın değer verdiği bir şeye ilgi göstermek ilişkiyi güçlendirebilir.*

Şimdiki Yaşam Durumu

Hastanız şu anda nerede yaşıyor (Müstakil ev? Apartman dairesi? Karavan? Kiralık oda? Bakımevi? Sokakta?)? Yaşadığı çevre nasıl bir yer?

Hastanız tek başına mı, yoksa biriyle mi yaşıyor? Biriyle yaşıyorsa, kiminle yaşıyor? Hastanız öz bakımını ne kadar iyi sağlayabiliyor? Eğer amaçsızca dolaşma var ise, bununla ilgili ayrıntıları hastadan alamayabilirsiniz. Bu konu, hasta yakını olan kişilerden bilgi almayı gerektirebilir. *Amaçsızca dolaşma nörobilişsel bozukluğu olan hastalarda yaygın olarak görülür.*

Hastanın anlattığı kadarıyla, evinin niteliğini anlayabiliyor musunuz? Evde yaşayan her bir kişi için uygun kişisel bir alan var mı? Evcil hayvanlar var mı? Telefon, posta ve e-posta gibi yeterince iletişim aracı var mı? Hastanız hangi ulaşım aracını kullanıyor? Arabayı, otobüsü, metroyu veya treni mi kullanıyor? Yürüyor mu?

Hastanız hiç evsiz kalmış ve sokakta yaşamış mı? Eğer kaldıysa ne kadar süre kalmış ve o zamanki koşulları nelermiş?

Hastanızın ekonomik durumu nasıl? Gelir kaynağı nedir ve düzenli midir? İşiyle, gazilik maaşıyla, sosyal güvenlik, nafaka ve yatırım meseleleriyle ilgili bilgi edindiğinizden emin olun. Bunu öğrenmek için

"Para sizin için bir sorun olmakta mıdır?" diye sorun.

Sosyal Ağ

Sosyal ilişkilerin kalitesini değerlendirmeye yönelik şunları sorarak başlayabilirsiniz:

"Ailede kendinizi kime yakın hissedersiniz?"

"En yakın arkadaşlarınız kimlerdir?"

"Bu kişileri ne kadar sıklıkta görürsünüz?"

Hastanızın, bir ebeveyni, diğer bir yakını ya da arkadaşı gibi başka bir yetişkine bakım verme sorumluluğu varsa, bu görevleri ile ilgili duygularını ortaya çıkarmaya çalışın. Bu işlevin ne düzeyde yerine getirildiğini, siz anlayabiliyor musunuz?

Hastanızın sosyal desteği ne kadardır? Kişisel iletişimi var mıdır ya da sosyal desteğini, çoğunlukla elektronik sosyal ağlar yoluyla mı alır? Ailesiyle, arkadaşlarıyla ve iş arkadaşları ile olan ilişkisinin kalitesini öğrenmeye çalışın. Herhangi bir kulübe ya da destek grubuna üyeliği var mı? Devlet ya da özel kuruluşlardan yardım alıyor mu? Evlere yemek yardımı yapan yardım organizasyonları? Eğer yetişkin çocukları varsa, çocukların hasta ile ilişkisi ne kadar yakın?

Hasta boş zaman faaliyetlerinde, hobilerinde yalnız mı oluyor, yoksa zamanını diğer kişilerle mi geçiriyor?

Evlilik Durumu

Çiftler arasında evlenmeden önce birlikte yaşamak son zamanlarda yaygın hâle geldiğinden, cinsiyet ya da yasal duruma bakılmaksızın iki kişi

arasında herhangi bir yakın ilişkiyi kapsaması için *eş* ve *partner* terimini kullanacağım.

Şunları sorarak başlayabilirsiniz:

"Bana eşinizden bahsedin." (Eş kelimesinin hastanın kulağına uygun gelip gelmediğini gözleyin.)

"İlişkinizin hangi yönlerini güçlü buluyorsunuz?" (Bütün açık uçlu sorularda olduğu gibi, bu soru da önemli görülen konuların konuşulması için uygun alanı oluşturur. İyi ya da kötü, anlatılan her şey, ilişkinin genel durumuyla ilgili bilgi verir.)

Öğrenilmesi gereken bazı özgül noktalar aşağıda belirtilmiştir:

Hasta şu anda evli mi?

Hasta ve eşi şu anda birlikte mi yaşıyor?

Resmî nikâhsız evlilikleri ya da uzun süreli ilişkileri olmuş mu?

Hastanın ve eşinin yaş farkı nedir?

Ne kadar süredir birlikteler?

Eğer evlilerse, evlenmeden önce ne kadar süredir birbirlerini tanıyorlardı?

Her bir partnerin daha önceden kaç evliliği olmuş?

Eğer önceden evlilikleri olduysa, hasta kaç yaşındayken olmuş?

Önceki evlilikleri veya uzun süreli ilişkileri niye bitmiş?

Duygusal sorunları hastanın şu anki ilişkisini nasıl etkiliyor?

Partneri, hastayı hastalığı ya da güçlüğü sırasında ne kadar destekliyor?

Eğer hasta boşandıysa, bu ayrılığın nedenleri nelerdir? Ayrılığı ilk kim istedi? Hangi koşullar altında oldu? Daha önceki evliliğinden olan eşleri ile ilişkisi hâlâ devam ediyor mu? Eğer devam ediyorsa, ilişkileri ne kadar dostça?

Para, cinsellik, çocuklar ve akrabalar gibi konular, günümüzdeki evlilik çatışmalarında büyük sorunlar hâline gelmektedir. Bu durum, hastalar ve aileleri arasında büyük bir kavgaya yol açabilir. Ruhsal bozukluğun verdiği sıkıntı, sıra dışı olan çeşitli tartışmalara, kavgalara, aldatmalara, ayrılıklara ve boşanmalara yol açar. Önemli bir zamanı, hastanızın evliliği ya da diğer romantik ilişkilerinin niteliğini sorgulamaya ayırmaya hazırlıklı olun ve bu konularda kapsamlı bilgi edinin. Aşağıda, herhangi bir ilişkide anlaşmazlık-

lara yol açan rutin sorun türlerini ortaya çıkarabilmek için sorabileceğiniz bazı sorular yer almaktadır:

"Siz ve eşiniz ne kadar iyi iletişim kurarsınız?" (Bazı çiftlerin neredeyse hiç ciddi tartışmaları olmaz; başarılı çiftlerse yakınmalarını, tercihlerini, bakış açısını tartışmak için zaman ayırır.)

"Birbirinizi en iyi arkadaşınız olarak görür müsünüz?"

"Nasıl tartışırsınız?" (Eski meseleler devamlı gündeme gelir mi ya da üstü örtülür mü? Partnerler daha sonra pişman olacakları şeyler söylerler mi?)

"Ne hakkında tartışırsınız?"

Eğer çocuklar varsa, aşağıdaki konularla ilgili bilgi toplanması gerekir:

Her evlilikten kaç çocuk olmuş?

Üvey çocuklar var mı?

Çocukların yaşları ve cinsiyetleri nedir?

Evlilik dışı doğan bir çocuk var mı?

Hastanın her bir çocukla ilişkisi nasıl?

Hasta ve eşi çocukların bakımıyla ilgili sorumluluğu paylaşmada anlaşıyor mu?

Mantıksal olarak cinsel uyum ve cinsel tercih ile ilgili sorular bu bölüme aittir. Ancak bu konuların konuşulması zor olabileceğinden bu konulara, hassas konularla ilgili olan ayrı bir bölümde değinilecektir (Bölüm 9).

Hobiler ve İlgi Alanları

Tabii ki hobi ve ilgi alanları, şizofreni veya bipolar bozukluk tanısını koymaz ya da bizi bu tanıdan uzaklaştırmaz; yine de hastanızın boş zamanlarını nasıl geçirdiği ile ilgili bir şeyler bilmek istersiniz (ya da birçok meşgul insan, müsait olabildiklerinde boş zaman geçirmeyi ister). Hobilerden (örneğin, pul koleksiyonu veya fotoğraf çekme gibi kendi kendine yapılan uğraşlar, kuş gözlemi gibi açık hava aktiviteleri) veya ilgi alanlarından (TV, filmler, kitap okuma, alışveriş) ne çıkarabilirsiniz? *Yetişkinlerin yaklaşık %5'i kendilerini kompülsif alışveriş yapan kişiler olarak tanımlar. Bunun gibi bir öykü size depresyon, tıkanırcasına yeme veya kumar oynama gibi diğer patolojilerle ilgili ipucu verebilir.* Dans, tenis veya golf gibi katılımın olduğu spor aktiviteleri mi ya da çoğunlukla tribünden (evden ya da tiyatro koltuğundan) izlenebilen aktiviteler mi? Son zamanlarda, boş zamanlardaki ilgi alanlarının türünde ya da yoğunluğunda veya bu ilgileriyle ilgili vakit geçirirken dikkatini toplama becerisinde herhangi bir değişim olmuş mu? Eğer olduysa, neden olduğunu öğrenebilirsiniz.

TIBBİ ÖYKÜ

Hekim olmasanız da tıbbi öyküyü atlamayın. Tanı koyma, tedavi ve prognoz için pratik çıkarımları olan bu bölümü ve sistemlerin gözden geçirilmesiyle ilgili bir sonraki bölümünün her ikisini de bilmek, uygulamada çalışan herkes için çok önemlidir. Örneğin 2007 yılında yayınlanan bir raporda, ruhsal hastalığı olan kişilerin genel nüfusa göre 25 yıl daha önce öldüğüne işaret edilmiştir. Ölüme neden olan olaylar sadece intihar değildir; aynı zamanda kalp ve akciğer hastalıkları, diyabet ve HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar gibi durumlar da ölümcül olay olarak belirlenmiştir. Bunların hepsi tedavi edilebilirdir ancak öncelikle bunları belirlemeniz gerekir. Bunun yanında, ruhsal hastalıkların bazı belirtileri aslında troid sorunu ve laym hastalığı kadar sıradan, tedavi edilebilir bir hastalığın göstergesi olabilir. Şundan emin olabilirsiniz ki bu iki bölümün değineceği konular, daha önce bahsedilen herhangi bir konu alanından daha zor değildir.

Hastanızın daha önce önemli bir rahatsızlığı olmuş mu? Eğer olduysa, bu rahatsızlıklar nelermiş? Bu rahatsızlıkları nedeniyle hastaneye yatmış mı? Herhangi bir ameliyat geçirmiş mi? Eğer geçirdiyse, bu ameliyatlar nelermiş? Bunlar ne zaman olmuş? Hastaya hiç kan nakli yapılmış mı? Eğer yapılmış ise, bu hastanın HIV riski var mı? Eğer hasta, ciddi tıbbi rahatsızlık veya ameliyatları çocukluğunda geçirmiş ise, o zamanda bunları nasıl algılamış? Polen, toz veya hayvanlara alerjisi var mıdır?

Bu öyküyü alırken, hastanızın hekimler ya da diğer terapistler tarafından verilen tavsiyelere ne kadar iyi uyduğunu öğrenmeye çalışmalısınız. Birçok kişi, özellikle sizi iyi tanımayan kişiler, zayıf uyumu kabul etmekte sıkıntı çekebilirler (ki biz buna daha önceden *tedaviye uyum* derdik). Şunları sormayı deneyin:

"Sizin için hekimin tavsiyelerini dinlemek her zaman kolay olmuş mudur?"

"Ne zaman zorluk yaşamıştınız?"

Zor hastaların davranışları ile baş etmek üzerine daha fazla tavsiyeyi Bölüm 16 ve 17'de bulabilirsiniz.

Belli olan herhangi bir fiziksel sorunu sorun. Duyarlı bir şekilde ifade ederek istediğiniz her şeyi sorabilirsiniz; kekemelik, sağlık amacıyla kullanılan göz bandı, kayıp ya da sorunlu bir uzuvdan bahsetmekten utanmayın. Bunlardan herhangi biri, mevcut sorun ile ilgili olabilir. Bunlar ayrıca, çocukluk dönemindeki, sataşmaları hatırlatabilir. Fiziksel bozukluklar şu anda duygusal sorunlara neden olmasa bile, muhtemelen bunlar geçmişte bir zamanda duygusal sorunlara neden olmuştur. Şunları söyleyebilirsiniz:

"Konuşurken bir ya da iki kere kekelediğinizi fark ettim. Siz çocukken bunun ne tür sorunlara sebep olmuş olabileceğini merak ediyorum."

"Çocuklar doğum izlerine karşı oldukça acımasız olabilir. Deneyimlerinizi bana anlatabilir misiniz?"

Bu kişi, ilerleyen zamanlarda takip edeceğiniz bir hasta ise, şu anda sağlık hizmeti almış olduğu diğer sağlayıcılarının isimlerini alın. Bu kişilerin tedavi ve prognozla ilgili bilgilendirilmesi gerekir.

İlaçlar

Mevcut hastalığın öyküsünde siz zaten, hastanızın duygusal bozuklukları için aldığı ilaçları öğrenmiştiniz. Şimdi, hastanıza düzenli olarak kullandığı başka herhangi bir ilaç olup olmadığını sorun. Bu bilgi, mevcut sorunlar depresyon, psikoz veya anksiyete olduğunda özellikle önemlidir. Bunlardan herhangi biri yaygın bir şekilde kullanılan ilaçlar nedeniyle olabilir ya da bu ilaçlar durumu daha da kötüleştirebilir. Doğum kontrol hapları, diğer hormonlar (tiroid veya steroid gibi), ağrı kesiciler ve tansiyon için kullanılan ilaçlara özellikle dikkat edin. Son zamanlarda, hasta herhangi bir ilacı almayı bırakmış mı? *Tabi ki, ilacın alınmaması ya da yan etkilerinin sizin araştırdığınız belirtileri açıklayıp açıklayamayacağını merak ediyorsunuz. Okumaya devam edin.*

Yan Etkiler

Yan etkiler (istenmeyen etkiler) ya da ilaç reaksiyonu bulunuyor mu? Bu konu genellikle yeni başlayan görüşmeciler tarafından ihmal edilir; ancak bu, terapilerin seçimini etkileyebilir. Yan etki ya da ilaç reaksiyonlarının bir tarifini almaya çalışın:

Ne oldu?

İlk dozdan ne kadar süre sonra ortaya çıktı?

Tedaviye ihtiyaç duyuldu mu?

Hasta, ilacı herhangi bir zamanda tekrar denediyse, ilaç aynı tepkiyi yarattı mı? *Hastalar iki olay sadece tesadüfi olarak gerçekleştiğinde, ilacın fiziksel veya zihinsel belirtilere neden olduğunu varsayabilir. İlaca tekrar başlandığında ve belirtiler yeniden ortaya çıktığı ya da çıkmadığı zaman, neden ve etki sorusu bazen değişmezdir.*

Sulfa veya penisilinden dolayı gelişen kızarıklıklar ile ilgili yakınmaları duymanız, genellikle olasıdır ama psikotropik ilaçlara beklenmedik tepkileri öğrenmek çok daha önemlidir. Bu ilaçlara karşı gerçek alerjiler nadirdir; ancak sıklıkla yan etkiler görülebilir. Aşağıda en yaygın olan yan etkiler sıralanmıştır:

Antidepresanlar: uyuşukluk, ağız kuruluğu, deri kızarıklığı, baş dönmesi, mide bulantısı, kilo alımı, bulanık görme, kabızlık

Kaygı giderici̇ler: uyuşukluk, baş dönmesi, unutkanlık veya kafa karışıklığı

Lityum: deri kızarıklığı, titreme, aşırı idrar çıkarma, susama

Nöroleptiks: düşük tansiyon, ekstrapiramidal yan etkiler

Ekstrapiramidal yan etkiler, antipsikotik ilaçların, özellikle eski olanların, alınmasının neden olabileceği nörolojik belirtilerdir. Bu belirtilerin dört türü, her ruh sağlığı profesyonelinin her bir belirti ile zaman zaman karşılaşmayı bekleyebileceği kadar yaygındır. Aşağıda sıralananlardan ilk üç yan etki, ilaca başladıktan hemen sonra görülür ve trihexyphenidyl (artane) veya diphenhydramine (benadryl) gibi Parkinson karşıtı ilaçlar ile tedavi edilebilir.

1. *Akut distoni,* antipsikotik ilacın ilk dozundan sonraki birkaç saat içinde gelişir. Keskin ve kramplı boyun ağrısı ile karakterize edilir. Bazen göz bebekleri yukarıya doğru döner. Bu yan etki, acı verici ve korkutucu olabilir ve gerçek bir acil durumu meydana getirebilir.

2. *Akatizi,* genellikle eski antipsikotiklerden bir tanesine başladıktan sonraki birkaç gün içinde başlar. Hastalar akatiziyi, sabit bir şekilde oturamama ve sonucunda volta atmayla sonuçlanan yoğun bir huzursuzluk olarak yaşarlar.

3. *Pseudoparkinsonizim* de ilaca başladıktan hemen sonra görülür. Hasta yüz ifadelerinde azalan bir hareketlilik (maskeli yüz); kısa, ayaklarını sürüyerek adımlar atma eğilimi ve hastanın ellerinin kucağında dinlenir durumda olduğunda ileri ve geri titremesi gibi durumları yaşar. Bu titreme, eski zamanlardaki eczacıların ilaçları hap şekline getirmek için kullanacakları hareketi andırdığından terim, *hap yuvarlama titremesi*dir.

4. *Tardiv diskinezi,* genellikle hasta eski antipsikotiklerden birini aylar veya seneler boyunca kullanana kadar başlamaz. Tardiv diskinezisi olan bir kişinin tipik olarak, sürekli ağzını büzme, çiğneme veya yalama hareketleri ile sonuçlanan kontrol edilemez dil, ağız ve dudak hareketleri vardır. Hastalar, neredeyse hiçbir şekilde bunu yaptığının farkında değildir; bu, zayıflatan bir bozukluk değildir ama göze hoş görünmez. *Tardiv diskinezi en önemlisidir çünkü özgün bir tedavisi yoktur. Antipsikotikler hızlıca bırakılmaz ise sonuç olarak yan etki, ilaçlar kesildikten sonra bile kalıcı ve sürekli olabilir.*

SİSTEMLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Sistemlerin gözden geçirilmesinde, sizin okumuş olduğunuz listeden hastanın herhangi bir belirtiyi belirlemesini istersiniz. Bu liste, vücudun tüm farklı organ sistemlerinin belirtilerini içerir. Bu listeyi kullanmanın mantığı; hastaların kendi kendilerine, aktif hatırlamalarına bağlı olarak aktaracaklarından daha fazla belirtiyi pasif tanımlama yolu ile hatırlayacak olmalarıdır.

Sistemlerin tıbbi olarak tamamen gözden geçirilmesi uzun sürer ve özelikle ilk ruh sağlığı değerlendirmesi ile ilgili değildir. Buna rağmen aşağıdaki konularla ilgili sorular sormalısınız:

İştahta bozulma (*şiddetli depresyon, anoreksiya nevroza ve bulimiada bulunur; aşırı ya da az yeme daha çocuklukta başlayabilir*).

Alışkanlıklar. Sigara kullanımı gibi günlük alışkanlıkları sıklıkla sormayı unuturuz.

Araba kazaları, askerî operasyon sırasındaki patlamalar, tekrarlayıcı spor sakatlanmalarının birikimli etkisi kadar, çeşitli kaynaklara bağlı kafa yaralanmaları. *Bunlar sonucunda oluşan bilişsel bozukluklar, görece kısa süreli beyin sarsıntısından, majör nörobilişsel bozukluğa (demans) kadar gidebilir.*

Bilinçsizlik, baş dönmesi veya bayılma nöbeti öyküsü (*bilişsel bozuklukları ya da somatik belirti bozukluğunu akla getirir*).

Kasılma (nöbet). Bunlar organik ya da psikojenik kaynaklı olabilir. Bu belirtilerle ilgili sorun: bilinç kaybı, bağırsak veya idrar kesesinin kontrolünün kaybolması, dili ısırma ve sıcak basması (hastayı nöbetin başlamak üzere olduğu konusunda uyaran herhangi bir önsezi veya duyum).

Adet öncesi disforik bozukluk belirtileri. Adetten önce sürekli öfke, değişken duygudurum, uyumada sıkıntı, yorgunluk, gerginlik, dikkati vermede zorluk, kilo alımı gibi fiziksel belirtiler olabilir. *Özellikle erkek bir görüşmeci iseniz, adet öncesi disforik bozukluk kolaylıkla ihmal edilir. Ancak adet öncesi disforik bozukluk çocuk doğurma yaşında olan kadınlar arasında oldukça yaygındır ve depresyon belirtilerine neden olabilir.*

Konversiyon Belirtileri ve Somatizasyon Bozukluğu

Bu genel amaçlı sorulara ek olarak, ruh sağlığı çalışanları (aslında sağlık hizmeti veren *tüm kişilerin* bu konuları göz önünde bulundurması gerekir) DSM-5'te somatik belirtiler ve ilişkili bozukluklar olarak adlandırılan bozukluğa tanı koymak için özelleştirilmiş bir sistemlerin gözden geçirilmesini kullanabilir. Bu, ruh sağlığı örnekleminde oldukça sık rastlanan bir durumdur. Genellikle ergenlik döneminde ya da 20'li yaşların başlarında başlayan bu kronik hastalıklar, geçtiğimiz yarım yüzyılda farklı şekillerde adlandırılmış ve çeşitli kesinlikteki ölçütlerle tanımlanmıştır. Bunlardan birini Ek B'de "Somatizasyon Bozukluğu" başlığı altında ele aldım.

AİLE ÖYKÜSÜ

Aile öyküsünde üç görevi tamamlama imkânınız vardır: (1) ebeveynler, kardeşler, eş (ya da önemli diğeri) ve çocukların kısa biyografik taslağını oluşturmak; (2) hastanın hem çocukluğundaki hem de şimdiki akrabaları ile arasındaki ilişkilerini öğrenmek ve (3) hastanızın uzak akrabalarını da kapsayan, ailesinde ruhsal

bozukluğun görülüp görülmediğini öğrenmek (Ailesel bir bozukluğun aktarımının genetik ya da çevresel mekanizmalar ile olabileceğini unutmayın).

Hastanızın evdeki mevcut ailesiyle ilgili bilgi için açık uçlu bir istek ile başlamalısınız.

"[Eşiniz, çocuklarınız] ile nasıl anlaştığınızı anlatınız."

"Ebeveynleriniz nasıl insanlardır [insanlardı]?"

Bu ana hatların yanında bazı ek araştırma soruları, aile öyküsüyle ilgili ilk iki sorunun cevaplanmasında yardımcı olur. Hastanızın, aileleri ile ilgili değerlendirmelerini hem çocukluk hem de yetişkinlik için elde etmeniz gerektiğini unutmayın.

Şimdiye kadar, muhtemelen ebeveynlerin mesleği ve kardeşlerin yaşı gibi bazı temel bilgileri öğrenmişsinizdir ama hastanızın yetişkin olarak onlarla ne kadar ilişki kurduğunu bilmiyor olabilirsiniz. Eğer bu ilişkilerde bozulmalar var ise, neden olduğunu öğrenin. Bu sorunun cevabı, size hem hastanız hem de akrabalarının kişilikleri hakkında bir şeyler anlatabilir.

Hastanızın ailesinde ne tür ruhsal bozuklukların olduğunu öğrenmek için oldukça açık olmalısınız. Doğal olarak, hastanın kan bağı olan herhangi bir akrabasında, hastanın belirtilerine benzer belirtiler olup olmadığını bilmek isteyeceksiniz. Ancak neyi öğrenmek istediğinizi açıklığa kavuşturmak için, dikkatli bir şekilde araştırdığınız bozuklukları ve akrabalarını tanımlayın:

"Kan bağı ile bağlı olduğunuz akrabalarınızın herhangi birinde şimdiye kadar herhangi bir sinirsel ya da ruhsal bozukluk olup olmadığını öğrenmek istiyorum. 'Kan bağı olarak bağlı olduğunuz akrabalarınız' ile ebeveynlerinizi, abiniz ve ablanızı, büyükanne ve büyükbabanızı, dayılarınız, amcalarınız, halalarınız, teyzeleriniz, kuzenleriniz, yeğenlerinizi ve çocuklarınızı kastediyorum. Bu kişilerden herhangi biri şimdiye kadar sinirlilik, sinir krizi, psikoz veya şizofreni, depresyon, ilaç ya da alkol kötüye kullanımından kaynaklanan sorun, intihar veya intihar girişimi, suç işleme, nedenini kimsenin belirleyemediği birçok tıbbi yakınma, ruhsal sağlığı nedeniyle hastaneye yatma, tutuklanma veya hapsedilme yaşadı mı? Garip veya eksantrik olduğu düşünülen ya da zor kişilikleri olduğu düşünülen herhangi bir akrabanız var mı?"

Bu uzun bir konuşma olabilir, ancak bozukluklar listesi üzerinden hastanıza yeterince düşünme zamanı verecek kadar yavaş bir şekilde ilerleyebilirsiniz. Bu sırada, herhangi bir olumlu cevabın ayrıntılarını öğrenmek için araştırabilirsiniz. Birisinin (ruh sağlığı profesyoneli olsa bile) Kuzen Louise'ye şizofreni tanısı koyması, ondaki sıkıntının şizofreni olduğunu garantilemez. Hastanızın akrabası tanıyı yanlış anlamış olabilir veya klinisyen yanlış yapmış olabilir. Louise'nin hasta hissettiğinde kaç yaşında olduğunu ve ne tür belirtileri olduğunu öğrenmeye çalışın. Louise'ye nasıl bir tedavi uygulandı? Tedaviye nasıl yanıt verdi? En son noktadaki sonuç neydi? Kronik hastalık mı? Tamamıyla iyileşti mi? Hiç başka bir epizodu oldu mu?

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BOZUKLUKLARI

Kişiliği; bizi bir insan yapan ruhsal, duygusal, davranışsal ve sosyal yönlerin birleşimi olarak tanımlayabiliriz. *Karakter* terimi ise sıklıkla kişiliğin eş anlamlısı olarak kullanılır. Bireylerin çevreyi ve kendilerini algılama şekli, çevre ve kendi hakkında düşünmesi ve ilişki kurmasının oluşturduğu davranış örüntülerine *kişilik özellikleri* (treyt) denir. Kişilik özellikleri çok uzun bir zaman, sıklıkla tüm yaşam boyunca devamlılığını sürdürür. Kişilik (ya da karakter) özellikleri, yaşamın ilk birkaç ayı kadar erken zamanlarda saptanabilir. Ondan sonrasında da davranışı şekillendirir ve sıklıkla ilerleyen yıllar ile birlikte daha belirgin bir hâle gelebilir. Bu örüntüler arkadaşlar, sevgililer, patronlar ve iş arkadaşları ile birlikte, daha günlük sosyal iletişimlerdeki ilişkileri yönlendirir.

Bir kişinin kişiliğinin büyük bir bölümü, diğerlerine ya da hatta bireyin kendisine bile kolaylıkla görünür olmaz ve görünenin altında olur. Psikolojik testler, hastanızın kişiliğinin yönlerini ortaya çıkartmaya yardımcı olur ama muhtemelen ilk görüşmede, sizin bu tür bir malzemeniz olmayacaktır. Kendi izleniminiz sıklıkla birkaç bilgi kaynağına bağlı olacaktır:

Hastanızın kendi kendini değerlendirmesi

Hastayı iyi tanıyan kişiler ile görüşme (Bölüm 15'te ele alınacaktır)

Diğer kişiler ile ilişkileri, tutumları ve davranışları hakkında bilgi

Görüşme seansı boyunca gözlemlediğiniz davranışlar

Hastanın Kendi Kendini Değerlendirmesi

Ruhsal bozukluğun ilk epizotundan önce hastanızın kişiliğini ne karakterize ediyordu, öğrenmeye çalışın. Bu, bazen *hastalık öncesi kişilik* olarak adlandırılır. Aşağıda bulunan bazı açık uçlu sorular, hastalık öncesi kişiliği değerlendirmenizde size yardımcı olabilir:

"Bana kendinizi anlatır mısınız?"

Açık uçlu olan bu davete verilen cevap "Ne demek istiyorsunuz?" olur ise, aşağıdaki sorulardan bazıları ile hastayı teşvik edebilirsiniz:

"Normalde nasıl bir insansınızdır?" (Düşük öz saygı veya şişmiş öz saygıya işaret eden veya daha önceden bildiğiniz olaylarla çelişen cevaplara özellikle dikkat edin.)

"Kendinizle ilgili en çok neyi seversiniz?"

"Normalde duygudurumunuz nasıldır?"

"Gençken neleri severdiniz?"

Özellikle yaşam boyu davranış örüntülerinin kanıtları için uyanık olmalısınız. Hastanız size tüyo verebilecek belli cümleler kullanabilir:

"Kendimi bildim bileli kolaylıkla arkadaş edinirim."

"Hastalığıma kadar, tüm hayatım boyunca keyifli bir insandım."

Yukarıdaki iki örnek, insanlar için genellikle iyi işleyen davranışlar ve tutumlara işaret etmektedir. Aslında kişiliği değerlendirirken, sadece zayıflıklara odaklanmamak, aynı zamanda güçlü yönlere de odaklanmak önemlidir. Örneğin, hastanızın zekâsını nasıl tanımlarsınız? Baş etme becerileri? Destek sistemi? Hobiler ve diğer ilgi alanları (yukarıdaki bölümdeki "hobiler ve ilgi alanları" başlığına bakınız) ile ilgili bilgiler size ek olarak ipucu sağlayabilir.

Psikopatolojiye yönelik tahmininizin normal bir hastalık öncesi kişiliğin yordayıcı gücünü gölgelemesine izin vermeyin. Olumlu kişilik özelliklerinin baskın olma durumu, hastanızın mevcut hastalığından daha az rahatsızlık duymasına yol açabilir. Hastanız, hastalık sırasında sosyal desteğinden daha iyi yararlanabilir. Hastanız hastalık devresini bir kere aştığında, sonunda tam bir ruhsal sağlığa geri dönebilmek için şansı daha yüksek olur.

Aşağıda genellikle olumlu olarak kabul edilen kişilik özelliklerinin bir listesi yer almaktadır:

Uysal	Meraklı
Çekici	İçten
Neşeli	İyimser
Kendine Güvenen	Cana Yakın
Dürüst	Dakik
Güvenilir	Sakin
Bağışlayıcı	Dengeli
Bağımsız	Güvenilir

İlk ruh sağlığı görüşmesinde, uyumsuz veya kişilerarası çatışmaların yaşam boyu örüntüleri ile sıklıkla karşılaşacaksınız. Aşağıda hastaların kendini değerlendirmelerinin bazı tipik örneklerine yer verilmiştir:

"Her zaman kaygılı ve gergin bir insan olmuşumdur. Depresif gibi."

"Tüm hayatım boyunca yalnızlığı seven biri olmuşumdur."

"İnsanlar lanet olsun ki iyi değildir. Onları sevmem, onlar beni sevmez."

"Etrafımdaki insanlar ile hiçbir zaman rahat hissetmedim–eğer içmiyorsam."

"Hiçbir zaman umduğum şekilde başarılı olamamışımdır."

"Kendimi bildim bileli, bedeli ne olursa olsun, tartışmadan kaçınmışımdır."

Aşağıda olumsuz kişilik özelliklerini içeren bir liste bulunmaktadır:

Saldırgan	Pasif
Kaygılı	Mükemmeliyetçi
Kararsız	Huysuz
Kompülsif	Alıngan
Kontrolcü	Katı
Titiz	Benmerkezci
Karamsar	Şüpheci
Histerik	Utangaç
İçedönük	Gergin
Sinirli	Dengesiz
Kıskanç	Huzursuz
Nörotik	

Olumlu, olumsuz veya ne olumlu ne olumsuz olarak yorumlanan bazı özellikler vardır:

Hislerini Açığa Vuran	Duyarlı
Dikkatli	Ciddi
Ağzı Sıkı	

Diğerleri ile İlişkiler

Sadece tek bir görüşmeniz var ise, kişiliği değerlendirmede zorluk yaşayabilirsiniz. Bazı ruh sağlığı hastaları çarpıtılmış değerlendirmeler verebilir: Elde etmiş olduğunuz resim ya çok karamsar ya da aşırı iyimser olabilir. Buna rağmen, hastanızın kendi bakış açısından, diğer insanların hastanızı nasıl gördüğünü öğrenmeye çalışarak önemli bilgi elde edebilirsiniz.

"İnsanlar ne tür durumların üstesinden gelmede sıkıntı yaşadığınızı düşünür?"

"Sinirinizi ne kadar iyi kontrol edebiliyorsunuz?

"Ailenizden herhangi bir kişi (alkol, madde veya sinir vb. ile) sorununuz olduğunu düşünüyor mu?"

Hastanızın ön yargıları ve diğer insanları önemsemesi ile ilgili neler öğrenebilirsiniz? Sorun:

"Patronunuzla ilgili neler hissediyorsunuz?"

"Eşiniz her zaman sizin istediğiniz gibi destekleyici midir?"

"Katlanamadığınız herhangi biri –herhangi bir tip insan– var mıdır?"

Genelde neden ile başlayan sorulardan kaçınsam da "Neden" ile başlayan sorular, hastanızın motivasyonunu ve diğerleri ile ilişki stilini sınıflandırmanıza yardımcı olabilir.

"Erkek kardeşinizin neden annenizi kendi evine taşımak istediğini düşünüyorsunuz?"

"Partnerlerinizden biri ile birlikte çalışamadığınızı söylediniz. Neden?"

Hasta ve özellikle de hasta hakkında bilgi veren yakınları ile ilişkili olduğundan öykü, kişilik özellikleri ile ilgili daha nesnel bir göstergedir. Mesela iş öyküsünden, hastanızın iş etiğine ne kadar bağlı olduğunu öğrenebilirsiniz: Çalışmaya başladığı yaşı, çalıştığı işlerin sayısını, çalışma örüntüsünü (Aralıklı mı? Düzenli mi?) göz önünde bulundurun. Hastanızın evlilik öyküsünden, hastanızın sadakatini ve ilişki kurma kapasitesini öğrenebilirsiniz. Öykünün genelinde, hastanızın çeşitli stresörlere nasıl tepkiler verdiği ile ilgili örnekler olacaktır.

Dışarıdan görülen ya da duyulanları almak yerine, tüm bu bilgileri daha önceden bildiklerinize karşı değerlendirmeyi deneyin. Örneğin, babalarının bir kardeşe daha ayrıcalıklı davrandığını duyduğunuzu varsayın. Bu görüşler, hastanızın açık ve dürüst olma iddiasıyla ne ölçüde örtüşüyor?

Gözlenen Davranışlar

Görüşme sırasında gözlediğiniz bazı davranışlar önemli kişilik özelliklerini ortaya çıkarabilir. Bir görüşme sırasında beklediğinizin daha ötesinde görünen davranışlara veya yorumlara dikkat edin. Örneğin, hastanız:

Esner, kambur durur, odaya dik dik bakar ve bunun dışında da ilgisiz görünür

Masanızın üzerinden bir şeyler alarak sizin özel alanınıza girer

Sigara içmek için ara ister

Terapist olarak sicilinizi sorar

Kıyafetlerinizi veya saç stilinizi eleştirir

Bazı etnik veya dinî gruplara karşı ön yargısını güçlü kelimeler kullanarak ifade eder

Söylediğiniz bir şey ile ilgili tartışmayı dener

Diğer insanların saklayabileceği, cinsel ilişki, fiziksel saldırganlık, yasa dışı aktiviteler veya madde kötüye kullanımı gibi özellikleri ile övünür

Kişilik Bozukluğu Tanısını Koyma

Yukarıda bahsettiğim davranışların hiçbiri, kendiliğinden gerçek kişilik patolojisi için tanımlayıcı davranışlar değildir. Ancak az önce aktarılan davranışlar, öyküdeki bilgiler ile birleştirilir veya kombine edilirse bir *kişilik bozukluğu*nu akla getirebilir. Kişilik bozukluğu tanısı, sadece kişilik özellikleri çok kalıplaşmış olduğunda ve hayatın gerekliliklerine uyum sağlama düzeyi düşük olup kişinin sosyal hayatında, iş ve diğer alanlarında önemli ölçüde sıkıntıya veya bozulmaya neden olduğu durumlarda konulur.

Bir kişilik bozukluğu, hastalıktan çok hayat tarzı gibidir. Kişilik bozukluğunda, uzun süreli davranışlar hasta ve diğerleri için sorunlara neden olur. Genellikle kökleri çocukluk dönemine dayanır ve çevresel etkilerden ya da hastanın kalıtımsal genetik materyallerinden gelebilir. Bazı durumlarda her ikisinden de kaynaklanır.

Kişilik bozukluğu tanısı, kendi içindeki (ya kişinin *kimliği* ya da *kendilik-yönelimi* sağlayabilme becerisi) ya da diğer insanlar ile olan (bu kişinin *empati* veya *yakınlık* kapasitesi) işlevsellik sorunlarına bağlıdır. Sonradan meydana gelen patolojik kişilik özellikleri ömür boyunca devam eder ve bu özellikler hem hastayı hem de hasta ile etkileşimde olan kişileri etkiler.

Kişilik bozuklukları hakkında bir fikir vermek için aşağıda, on yıllardır tanımlanan bazı kişilik bozukluklarının kısa tanımlarına yer verilmiştir. Genel olarak, yıldız şekli ile gösterilen altı tane örneğin geri kalan örneklerden daha geçerli olduğu düşünülmektedir. Bunlar üzerinde Ek B'de daha ayrıntılı durulmuştur.

*Antisosyal.** Bu kişilerin sorumsuzca, sıklıkla da suçla ilgili olan davranışları çocukluk döneminde veya erken ergenlikte başlar. Patolojik çocukluk dönemi davranışları; dersi asma, firar etme, gaddarlık, kavga etme, yıkıcılık, yalan söyleme, hırsızlık ve soygunu kapsar. Ayrıca bu kişiler, yetişkinliklerinde borcunu ödemeyebilir, yükümlü olduğu kişilere bakım veremeyebilir, tek eşli ilişkileri devam ettiremeyebilir ve bu kişilerin davranışlarına yönelik pişmanlıkları olmayabilir.

*Çekingen.** Bu çekingen kişiler, eleştiriden çok kolay yara aldıkları için diğer kişiler ile birlikte olmaktan çekinir. Duygularını göstermekten ya da saçma görünecek şeyler söyleyip utanç duymaktan korkabilirler. Hiç yakın arkadaşları olmayabilir. Alışık oldukları rutinin dışındaki uğraşıları yüklenmenin risklerini abartırlar.

*Sınır.** Bu dürtüsel kişilerin, yinelenen intihar tehditleri veya girişimleri vardır. Duygusal olarak dengeli olmayan bu kişilerin, sıklıkla yoğun ve uygunsuz öfke ifadesi olur. Sıkılgan ya da boşlukta hissederler. Telaşlı bir şekilde terk

edilmekten kaçınmaya çalışırlar. Bu kişiler, kim oldukları ile ilgili karasızdır ve dengeli kişilerarası ilişkileri sürdüremez.

Bağımlı. Bu kişiler projeleri başlatmakta veya bağımsız kararlar almakta zorluk çeker. Hatta bu zorlukları, kişiler yanıldığında bile onların fikirlerine katılma derecesindedir. Terk edilme korkuları ile meşguldürler. Yalnız kaldıkları zamanlarda çaresiz hissederler ve ilişkileri bittiğinde perişan olurlar. Eleştiriden kolayca incinebilir ve kişilerin beğenisini alabilmek için istemedikleri görevler için gönüllü olabilirler.

Histrionik. Aşırı derecede duygusal, anlaşılmaz ve ilgi çekme meraklısı kişilerdir. Bu hastaların çekicilikleri ile ilgili sürekli tatmin olmayan ihtiyaçları vardır. Benmerkezci ve cinsel olarak baştan çıkarıcı olabilirler.

*Narsisistik.** Bu kişiler kendini beğenmiş ve sıklıkla zihinleri kıskançlık, başarı hayalleri ile meşgul olan veya kendi sorunlarının benzersizliği ile ilgili tekrarlayıcı düşünceleri olan kişilerdir. Yetkili olma hissi ve empati yoksunlukları, diğer kişilerden yararlanmalarına neden olabilir. Güçlü bir şekilde eleştiriyi reddederler ve sürekli ilgi ve takdir edilmeye ihtiyaç duyarlar.

*Obsesif – Kompülsif.** Mükemmeliyetçilik ve katılık bu kişileri tanımlar. Genellikle işkoliktirler, kararsız olmaya eğilimlidirler ve zihinleri ayrıntılarla meşguldür. Başkalarına bir şeyi kendi yollarıyla yapması için ısrar ederler. Duygularını ifade etmekte sorun yaşarlar, cömert olmama eğilimindedirler. Hatta artık ihtiyaç duymadıkları değersiz objelerin atılmasına karşı çıkarlar.

Paranoid. Bu insanlar tehdit edilmeyi veya aşağılanmayı beklerler; diğer insanların davranışları bu beklentilerini doğrular gibi gözükmektedir. Çabuk alınırlar ve geç affedebilirler. Genellikle güvendikleri kişiler azdır, diğerlerinin sadakatlerini sorgularlar ve masum yorumların içine saklanmış anlamları okurlar.

Şizoid. Bu hastalar sosyal ilişkileri çok az önemserler, kısıtlı bir duygu aralığına sahiptirler. Eleştiri ve övgüye kayıtsız görünürler. Yalnızlığa eğilimleri vardır, yakın ilişkiler (cinsel ilişki dâhil) kurmaktan kaçınırlar.

*Şizotipal.** Bu hastalar kişilerarası ilişkilerde çok zorlanırlar, başkalarına tuhaf ve garip görünürler. Yakın arkadaş eksikliği yaşarlar, sosyal durumlarda rahat değildirler. Şüphecilik, olağan dışı algı ve düşünceler, tuhaf bir konuşma tarzı ve uygunsuz duygulanım gösterebilirler.

Bu tanımlamaları göz önüne alarak bazı noktaları aklımızda tutmalıyız. İlk olarak birçok insan, belki de hastaların çoğunluğu, bir kişilik bozukluğundan kaynaklanmayan stres verici sosyal sorunlara sahiptir. Zorba bir patron, işte uyuşmazlık yaratabilir; psikotik bir eş, evliliği altüst edebilir. Kronik psikoz hastaları ailelerini yabancılaştırabilir. Her gün, çocuklar uyuşturucu kullanıyor

ve borsa birilerinin birikimlerini yutuyor. Söylediğim şu ki insanların karşılaştığı (ve ruh sağlığı hizmeti sağlayanlara taşıyıp, yardım istediği) birçok soruna günlük deneyim gözü ile bakılmalıdır. Bunlar, normallikle ortak olan ve sıklıkla görmezden gelinen sınırları temsil eder.

Ayrıca bir davranış örüntüsünün, diyelim ki duygudurumu bozukluğu, madde kullanımı ya da bir tıbbi bir durum gibi büyük bir sağlık sorunu sonucu kaynaklanmadığına emin olmalıyız. Bu tarz hatalardan, değerlendirmenin bilgi toplama aşamasında eksiksiz öykü alarak ve diğer ruh ve davranış sistemlerini sorarak korunuruz.

Son nokta olarak tek bir görüşmenin, ne kadar dikkatli ve kapsamlı olursa olsun, doğasında bazı kısıtlamaların olduğunu hatırlamalıyız.Özellikle kişilik bozukluklarında tanı için gerekli malzeme, her bir hastayla olan deneyimimiz zaman içinde derinleştikçe ortaya çıkabilir.

BÖLÜM 9

Hassas Konular

Belli konuları konuşmak için cesaret toplamak zorlayıcı olabilir. Malzemenin kendisi oldukça basit olsa da toplumumuz cinsellik, madde kullanımı, şiddet ve intihar davranışları gibi hassas konuları son derece kişisel algılamaktadır. Zaten bu konular ile ilgili sorular, kişinin kendine güvenini ve güvenlik hissini tehdit etme potansiyeli taşımaktadır. Sonuç olarak, hasta suçluluk ve utanç hissedebileceğinden görüşmecinin yaşam alışkanlıklarını, kişisel şüphelerini ve ön yargılarını bir kenara bırakması gerekmektedir.

Aslında biz klinik görüşmede, insan etkileşiminde nelerin kabul edilebilir olduğunu yeniden tanımlıyoruz ve bunu akılda tutmanın yararlı olacağını düşünüyorum. Hasta rolündeyken insanlardan, normalde yakın arkadaşlarına bile açmadıkları konularda hiç tanımadıkları bilmedikleri klinisyen tarafından sorgulanmalarını bekliyoruz. Buna karşılık biz klinisyenler, başka durumlarda sorgulamayı tercih etmeyeceğimiz konulara karşı kendimizi hazırlamak zorundayız.

Bu konuların her görüşme için kritik öneme sahip olmasından dolayı, hastanız bunlar hakkında kendiliğinden konuşmazsa konuyu siz açmak zorundasınız. Bunu, hastayı biraz daha iyi tanıyıncaya kadar, görüşmenin ilerleyen bölümlerine erteleyebilirsiniz, ancak çok da sona bırakmayın. Hâlâ ele almadığınız önemli konular olabilir ve zamanınız kalmayabilir. Bu alanları göz ardı eden herhangi bir görüşmeci ciddi klinik bir hataya düşmüş olur.

İNTİHAR DAVRANIŞI

İntihar davranışının taranması mutlak bir zorunluluktur. Bu kural, görüşme boyunca ölüm isteği ya da intihar davranışları ile ilgili hiçbir ipucu olmasa bile geçerlidir. Bu konuda kendiliğinden konuşmaktan utanan hastalarda bu kuralı

ihlal etmek, yaşamı tehdit eden olası düşünce ve davranışları görmezden gelme riskini doğurur. Ruh sağlığı hastalarının büyük çoğunluğu kendilerini öldürmezken, neredeyse tüm ruh sağlığı tanıları genel örneklemden fazla olan bir ölçüde intihar riskinden söz eder.

İntihar davranışını sorarken bazı rahatsızlıklar hissedebilirsiniz. Bu işe yeni başlamış görüşmeciler, bazen bu konuları konuşarak hastanın aklına intihar fikrini sokabilirim diye endişelenir. Gerçek şudur ki ciddi bir intihar riski altında olan hastalar, bunu herhangi biri onlara sormadan çok önce düşünmeye başlamışlardır. Asıl risk, bunu olabildiğince erken sormamaktır. O zaman hastanızın gerçekten ne kadar hasta olduğunu çok geç öğrenmiş olabilirsiniz.

Hastanız konuyu açarsa rahat bir şekilde onu takip edebilirsiniz. Böyle bir açılış ya da başlangıç olmazsa, konuyu sizin sormanız hayati önem taşımaktadır. Hastanız alışılmadık bir şekilde rahatsız görünmüyorsa, özür dilemeye ya da açıklama yapmaya gerek yoktur. Hastaların çoğu, siz ne kadar rahat görünürseniz o kadar rahat hissedecektir.

Ruh sağlığı görüşmesi bağlamında basitçe şu şekilde sormak oldukça uygundur:

> "Kendinize zarar vermek ya da kendinizi öldürmek ile ilgili düşünceleriniz oldu mu?"

Bu soruya verilen yanıt *"hayır"* ise ve bu hastanızın duygudurumu ve son günlerdeki davranışları ile uyuşuyorsa bunu gerçek olarak kabul edip, başka bir konuya geçebilirsiniz. Eğer yanıt belirsiz veya tereddütlü ya da aniden mahzunlaşan bir bakış gibi sahte bir vücut dili ile birlikte gelirse daha fazlasını sorgulamak zorundasınız. Çalışmalar gösteriyor ki intihar girişimde bulunan kişilerin % 10'undan daha fazlası eninde sonunda intihar nedeniyle ölmekte ve risk, ilk girişimden sonra on yıllar boyunca devam etmektedir.

İlişkiyi bozmamak için dikkatli olmalısınız tabi ki. Sorgulamanız rahatsızlığı artıracak mı (uzun süreli tereddüt, gözyaşı), sıkıntı hakkında yorum yapmanız gerekebilir:

> "Üzgün görünüyorsunuz, bu konuyu sürdürmekten hoşlanmıyorum ama bunu yapmam gerektiğini hissediyorum."

İntihar girişiminde bulunmuş ya da diğer yöntemlerle kendine zarar vermiş bir kişiye söyle söyleyebilirsiniz:

> "Son deneyiminiz, bunu yeniden deneyebileceğinizle ilgili olarak beni endişelendirdi. Deneme ya da denememe yönünde sizi etkileyebilecek herhangi bir şey değişti mi?"

Bazı klinisyenler, hastalar *intihar* sözcüğünü kullanmazsa, hastaların daha gerçek yanıtlar verebileceğine inanmaktadır. Bu, bana biraz zoraki

görünüyor ama dilerseniz giderek artan açıklıkta sorularla amacınıza yönelik çalışabilirsiniz:

1. "Rahatsız edici ya da kasvetli düşüncelere sahip misiniz?"
2. "Bu düşüncelerden herhangi birisi umutsuzluk içeriyor mu?"
3. "Ölmüş olmayı hiç diledinız mi?"
4. "Kendinize zarar verme düşünceleriniz oldu mu?"
5. "Yaşamınızı sonlandırma ile ilgili hiç plan yaptınız mı?"
6. "Herhangi bir girişiminiz oldu mu?"

Yukarıdaki sorulardan herhangi birine "Evet" yanıtı verilirse bu, uygun açık uçlu sorularla takip edilmelidir:

"Bunu biraz daha anlatabilir misiniz?"

"Sonra ne oldu?"

Gerçek girişimler bu epizottan önce ortaya çıktıysa (bazen uzak geçmişte), hatıralar karanlıkta kalabiliyor. Ama önceki girişimle ilgili öğrenebildiğiniz kadar çok şey öğrenmelisiniz. Bu bilgiler, size (1) hastanızın gelecekte ne yapabileceğini tahmin etmede ve (2) hangi eylemleri yapmanız gerektiğini değerlendirmede yardım edecektir.

- Öncesinde kaç tane girişim olmuştur?
- Bunlar ne zaman oldu?
- O anda hasta neredeydi?
- O anda hastanın duygudurumu nasıldı?
- Girişim için hangi yöntemler kullanıldı?
- Girişim uyuşturucu ya da alkol etkisi altında mı yapıldı? (Eğer öyle ise hastanız madde etkisinde değilken de girişimleri olmuş mu?)
- O anda hastada diğer ruh sağlığı belirtileri var mıydı? (Madde kullanımına ek olarak özellikle depresyon ve psikozu öğrenmelisiniz.)
- İntihar davranışı öncesinde stres faktörleri nelerdi? (Ayrılma ya da boşanma, sevilen birinin ölümü, iş kaybı ya da emeklilik gibi kayıpları araştırınız. Bununla birlikte hastanın kendisinin, arkadaşının ya da bir akrabasının hayatındaki herhangi bir üzücü olay süreci hızlandırmış olabilir.)
- Geçmişte, hastanın intiharı tamamlamamasının nedeni neydi? (Aile ile ilgili kaygılar? Dinî kaygılar?)
- Girişimler ne kadar ciddiydi?

Çalışmalar intihara doğru giden ya da girişimde bulunan kişilerin yaşlı, beyaz, evli olmayan, işsiz, fiziksel olarak hasta olan ve içen, depresif ya da psikotik

olan bir erkek olma gibi özellikleri olduğunu gösterse de hastanızı korumak için bu özelliklerin tamamen (ya da hiçbirinin) olmayışına güvenemezsiniz. Ayrıca asıl amacı, sizin kendi kaygınızı azaltmak olabilen "intihar yok" sözleşmesine güvenmeyiniz.

Fiziksel ve Psikolojik Ciddiyet

İntihar girişiminin ciddiyetini iki yolla değerlendirebiliriz: (1) Girişim fiziksel olarak ne kadar zararlıydı? (2) Hastanın ölme isteği ne kadar güçlüydü? Girişimin fiziksel ya da psikolojik ciddiyeti arttıkça hastanın gelecekte yeniden intihar girişiminde bulunma olasılığı da artmaktadır. Yeni bir hastayı intihar potansiyeli açısından değerlendiriyorsanız, bu yönergeleri aklınızda bulundurmalısınız.

İntihar girişimi; sonuçları önemli bedensel zarar doğurduğunda (ya da doğurabilecek olduğunda) fiziksel olarak ciddidir. Bu standartlara göre, şah damarındaki ciddi bir yaralanma, derin koma ve ateşli silahla göğüs yaralanması şiddetli fiziksel girişimler olurdu. Yani hastanın midesi koma başlamadan önce dışarı atmayı başarmış olsa da 100 tane tirisiklik antidepresan almak da bu şekilde değerlendirilir. Acil tıbbi yarım olmadan, bu sayının yarısı kadar antidepresan bile ölümcül olabilir.

Diğer uçta, ciddi herhangi bir zarara ya da ölüme neden olma olasılığı oldukça düşük olan girişimler vardır. Bunlar, hafifçe bileği çizme ya da dört beş tablet aspirin yutma gibi hafif tür eylemleri içerir. Bazen "jest" olarak adlandırılan böyle davranışlar, hastanın aklında ölmekten başka bir amacı olduğunu gösterir. Bu kararı verirken girişimin fiziksel etkilerini bir kenara ayırın ve psikolojik ciddiyeti düşünün, girişimin arkasındaki niyeti öğrenin. Gerçek bir ölme isteği mi, yoksa yardım çağrısı mı vardı? İntihar girişimi için bazı olası motivasyonlar aşağıdaki gibidir:

Gerçek ölüm isteği

Yardım alma arzusu

Dayanılmaz bazı durumlardan kaçış

Ruhsal sıkıntıdan kaçış

Birinin tutum ya da davranışlarını etkilemek için bir girişim

Psikolojik olarak ciddi girişimleri olan birçok hasta duygularını açıkça şöyle ifade edebilir:

"Üzgünüm, başaramadım."

"Tekrar deneyeceğim."

Diğerleri daha az açık ya da belki kararsız olabilir. Onlara sormak gerekir:

"Doz aşımında [ya da diğer girişim türlerinde] sonucun ne olacağını düşündünüz?

Bazıları için en iyi yol, davranıştan niyet yorumlaması olabilir. Farklı bir isimle kayıt yaptırılmış bir otel odasındaki intihar girişimi, eşinin döneceği saatten hemen önce kendi evinde gerçekleştirilen bir intihar girişiminden daha ciddi yıkıcı bir girişimdir.

Psikolojik ciddiyeti anlamaya yönelik yardımcı olabilecek diğer bazı sorular şunlardır:

"Girişimde bulunmaya dürtüsel olarak mı karar verdiniz, yoksa öncesinde bir planınız var mıydı?" *Planlama ve hazırlık genellikle daha ciddi girişimlerle ilişkilidir.*

"Girişim öncesinde vasiyet yazdınız ya da var olanı değiştirdiniz mi, bir mülkü birilerine verdiniz mi ya da hayat sigortanızı iptal ettirdiniz mi?" *Bu davranışlardan herhangi biri daha ciddi girişimleri işaret eder.*

"İntihar notu yazmış mıydınız?" *Planlamaya dair daha fazla kanıt.*

"Girişim sırasında yanınızda herhangi biri var mıydı?" *Evet cevabı, hastanın kurtarılmak için bir yol/araç hazırladığını düşündürmektedir.*

"Girişim sonrasında ne yaptınız?" (Sonu beklemek için uzanmak? Yardım çağırmak? İntihar hattına telefon etmek?) *Hareketsizlik alarma geçirmelidir.*

"Kurtarıldığınızda nasıl hissettiniz?" *"Öfke" kulağa "rahatladım"dan daha ciddi gelir.*

Önceki intihar düşünceleri ve girişimi ile ilgili neler öğrendiyseniz, bunları hastanızın konu ile ilgili güncel düşünceleri ile ilişkilendirmeniz gerekir. Bu fikirleri ya da ölümcül olabilecek planları özellikle önümüzdeki birkaç saat ya da gün içinde öğrenmek hayati önem taşır. Sorun:

"Son zamanlarda intihara meyilli hissettiniz mi?"

"Bu konuda ne gibi düşünceleriniz oldu?"

"Hiç plan yaptınız mı?"

(Eğer yaptıysa) "Bunlar nelerdir?"

"Bunları uygulayacağınızı düşünüyor musunuz?"

"Geçmişte sizi ne/neler durdurdu?"

"Ne zaman gerçekleşebilir?"

"Bunun başkalarını nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?"

"Yaşamak için hiç nedeniniz yokmuş gibi mi hissediyorsunuz?"

"Herhangi bir şey, intihar etmeyi daha az çekici hâle getirebilir mi?"

"Silahınız var mı? Ya da ulaşabileceğiniz silah var mı? (Ateşli silahla yapılan intihar girişimlerinin %85'i ölümcüldür; ilaçla yapılan intihar girişimlerinin ise %2'si bu şekilde sonuçlanır.)

Genel bir kural olarak, intihar girişimini tarif ederken *manipülatif* terimini kullanmaktan kaçınıyorum. Bir kere intihar girişiminde bulunan (ya da tamamlayan) çoğu hasta, eylemleri hakkında biraz kararsızdır; bu yüzden çoğu girişim hem biraz içten ve gerçekçi hem de biraz yardım çağrısı niteliğindedir. Daha da önemlisi *manipülatif* girişimler klinisyenin ve ailenin en çok dikkatli ve uyanık olmaya ihtiyaç duyacakları dönemlerde rahatlamalarına veya gevşemelerine neden olur.

Zarara yol açabilecek fikirler ya da planlar hızlı eylemleri gerektirir. Eğer öğrenci iseniz; bunun anlamı, hastanın düşünce ve planları hakkında tamamen emin olmak için onu tedavi eden klinisyeni ile temasa geçmektir. Sizin açınızdan bu eylem, güven ya da önceden yapılmış gizlilik vaadinin ihlali anlamına gelse bile bu esastır. *İntiharın ya da zarar verici diğer davranışların, hastanın kendisine ve çevresindeki diğerlerine yönelik zarar vermesinin önlenmesi, her sağlık çalışanının mutlak görevidir. Tüm klinisyenler bu görevi etkin bir şekilde yerine getirmek için, hasta ile teması olan herkesin hayati önemi olan bilgileri paylaşacakları hakkında emin hissetmelidir. Hastanın ya da toplumun güvenliğini sağlamak için gizliliği bozmanız gerekirse, hastaların büyük çoğunluğunun bu eylemden dolayı sizi suçlamayacağından emin olabilirsiniz. Aslında birçok hasta yaşam kurtaran bu "ihanet" hakkında daha sonra minnettarlık hissediyor.*

ŞİDDET VE ŞİDDETİN ÖNLENMESİ

Başkalarına yapılan şiddet genellikle yaygın değildir, ancak bunu öğrenmek, hastalar ve şiddetin mağdurları açısından önemli etkilerinden dolayı en az intihar davranışını öğrenmek kadar önemlidir. Sadece mevcut düşünce ve fikirleri öğrenmenin değil, şiddet içerikli düşünce ve davranışlarının tarihçesini öğrenmenin de hayati öneme sahip olduğunu aklınızda tutun. Bu nedenle bu soruların geneldeki kalıbı "hiç [başkasına zarar verme düşünceniz] oldu mu"dur.

Hastanız tutuklanma veya hapsedilme gibi yasal zorlukları belirtirse, şiddetle ilgili sorular sormak için doğal bir girizgâhınız olacaktır. Çoğu şiddet aile içidir; hastanın boşanmış veya sorunlu bir evliliğin parçası olduğunu öğrendiğinizde, şiddeti sormak için bunlar uygun zamanlardır (Hastanın partneri tarafından dövülmüş olması ya da ondan kötü muamele görmesi hakkında bilgi almayı ihmal etmeyin.).

Doğal bir öncül oluşmazsa, konuyu gündeme getirmek zorunda kalacaksınız. Kendine zarar vermede olduğu gibi kademeli olarak çalışabilirsiniz:

1. "Hiç kontrol edilemeyen öfke duygularınız oldu mu?"
2. "Hiç başkalarına zarar verme düşünceleriniz oldu mu?"
3. "Hiç dürtülerinizi kontrol etmekte zorluk yaşadınız mı?"
4. "Yetişkin olarak, hiç kavgaya karıştınız mı?"
5. "Öfkeyle hiç silah çektiniz mi?"
6. "Kavga ya da şiddet davranışlarınızdan dolayı hiç tutuklandınız mı?"

Pozitif cevaplar araştırılmalıdır:

"Şiddetin koşulları [düşünceler, davranışlar] nelerdi?"

"Bunlar ne zaman oldu?"

"İşin içinde kimler vardı?"

"Bununla ilgili nasıl hissettiniz?"

"Davranış madde kullanımını içeriyor muydu?"

"Diğerleri üzerindeki etkisi neydi?"

"Sonucunda size ne oldu/ sonuç olarak size ne oldu?"

"Tutuklandınız mı?"

"Mahkûm edildiniz mi?"

"Ne kadar süre hapsedildiniz?"

Philip Resnick, kötülük ile ilgili düşünceleri olan hastalarla görüşme yaparken, "Kimseye zarar vermeyi aklınızdan geçirdiniz mi?" gibi jenerik sorulara çok az yanıt alabileceğinizi belirtiyor, çünkü olağan koşullar altında bu kişinin böyle düşünceleri olmayabilir. Ama kişi, hayali olarak zorba ile karşı karşıya kaldığını varsaydığında altta yatan duygular yüzeye çıkabilir. Bunun yerine şöyle sorun: "FBI ajanı olan kayınbiraderiniz evinizin önüne arabasını park ediyor ve zilinizi çalıyor. Sonrasında siz ne yaparsınız?" Cevap, hastanızın antipatisinin potansiyel sonucunu ortaya çıkarabilir.

Her durumda, hastanızın şiddet düşüncelerinin ya da davranışlarının arkasında yatanları ve bu duygulara nelerin neden olabileceğini anlamaya çalışın. Örneğin şunları bulabilirsiniz:

Öfke, hastanın arabasını hasara uğratmış bir sürücüye duyulan öfke

Depresyon, genetik kalıtım sonucu ortaya çıkan depresyona ilaveten aşırı alkol tüketimi

Kıskançlık, başkan yardımcısı olarak terfi eden iş arkadaşına duyulan kıskançlık

Engellenme, Vergi Dairesi'nin hastanın önceden ödemiş olduğu fatura ile ilgili ihtar göndermeye devam etmesi

Açgözlülük, büyük bir gayrimenkul mirası olasılığı ile karşı karşıya kalındığında

Nefret, eski eşe duyulan

İntikam, bir soyguncunun elinde ölen kız kardeş için

Potansiyel şiddet hastaları ile görüşen deneyimli klinisyenler de dâhil olmak üzere herkes için diğer konuları dışarıda bırakarak, ilişkili konular hakkında bilgi almaya dalmak cezbedicidir. Bunların prensiplerinden biri, kişisel güvenliktir. Herkesi alarma geçirmeyi kastetmiyorum; herhangi bir hastanın size zarar verme riski küçüktür. Ancak bir anket çalışması, ruh sağlığı profesyonellerinin önceki bir yıl içinde bir hasta tarafından tehdit edildiğini veya saldırıya uğradığını bulmuştur. Yıllar önce, bir hastamın yumruklarının hedefi oldum ve bu, bunun tekrar olmasını önlemek için bir yere kadar yeterli. Özetle, burada bunun nasıl ayarlanacağı yer almaktadır.

1. Nerede çalışıyorsanız, odanızdan engelsiz bir kaçış yolu olduğundan emin olun.

2. Uyarı sesinin ya da diğer alarm seslerinden birisinin duyulabileceği veya anında yanıt verilebileceği alan içerisinde birilerinin olduğundan emin olun.

3. Hastanızın şiddet öyküsü varsa özellikle dikkatli olun; saldırganların tekrar suç işleme oranı çok yüksektir. Antipsikotik ilaç kullanması gereken ancak kullanmayan hasta için tehlike özellikle büyüktür.

4. Sesteki nüanslara karşı uyanık olun (perde ya da tondaki yükselmeler); sözcükler (tehdit ve hakaretler) ve beden dili (daralmış bakışlar, ajite yürüyüş, sıkılı bir yumruk), yakın bir eylemin sinyali olabilir.

5. Tehlikeyi hissettiğinizde eyleme geçin. Her zamanki yatıştırıcı içgüdülerinizi bir kenara koymanız gerekir (rahatlık vermek için yapılan eğilmeyi, güvence için dokunmak gibi eylemleri yapmamak). Bunun yerine, ne yapıyorsanız onu, "Mr. Smyth, ben kalkıyorum ve kapıya doğru yürüyorum." söze dökün; sözel uyarı hastanın ürkmesini, şaşırmasını ve aniden alarma geçmesini önler. Sonra söz ettiğiniz eylemi yapın.

6. Odadan çıktıktan sonra, uygun olan birisinden yardım alın: diğer çalışanlar, güvenlik ya da polis.

Ofisinize gelince, her yatılı ya da ayaktan hastalar için tedavi kurumu acil durum prosedürler için kurallar belirler. Ayrıntılar, kimin polisi arayacağı, kapıdaki alarm uyarısını kimin yanıtlayacağını ve o şartlar altında tehditkâr olmayan ve doğal bir biçimde güç gösterisinin kimin tarafından yapılacağını içerir.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI

Amerikalı 13 yetişkinden en az biri, madde kötüye kullanım sorunu yaşamaktadır. Ruh sağlığı hastaları arasında bu oran daha fazladır; belki de %25 ve bazı özel kliniklerde daha da yüksektir. Amerikalı gençler arasında kötüye kullanım olabilecek maddeler ile ilgili deneyimler neredeyse bir geçiş ayinidir. Bu kadar yaygın ve hasta ile çevresine etkileri bu kadar geniş kapsamlı olabildiğinden, hastanın cinsiyeti, yaşı ya da yakınması ne olursa olsun madde kullanımı her ruh sağlığı ilk görüşmesinde ele alınmalıdır.

Alkol

Ruh sağlığı profesyonellerinin ve Adsız Alkolikler gibi 12-ADIM organizasyonlarının çabalarına rağmen birçok kişi madde kötüye kullanımını ahlaki çöküş olarak görmektedir. Sonuç olarak hasta ve görüşmeciler, bu konuyu tartışmayı zor bulmaktadır. Belki doğal bir girizgâh bulabilirsiniz. Bazı aile öyküleri size ipucu verebilir.

HASTA: Gördüğünüz gibi, benim çocukluğum annemin içkisi nedeniyle neredeyse harap edildi.

GÖRÜŞMECİ: Tamam, bu oldukça zor görünüyor. Peki ya siz, siz içiyor musunuz?

Bu görüşmecinin yaptığı gibi tam da o anda gidişatı değiştirmek, yeni bir konuya geçmek sakıncalı olabilir. Bunun yerine çocukluk geçmişini ortaya çıkarmaya karar verebilirsiniz ve daha sonra aile öyküsü ile ilgili ne dediğine geri dönebilirsiniz.

GÖRÜŞMECİ: Birkaç dakika önce annenizin içmesinden söz ettiniz. Bu beni meraklandırdı –hiç çok içki içtiğiniz oldu mu?

Hastanız madde ya da alkol kullanımı konusunu açmazsa, sizin konuyu açmak için fırsat yaratmanız gerekir. Alkol diğer maddelere göre sosyal açıdan daha fazla kabul edilebilir olduğundan, daha az utandırma riski ile bunu sorabilirsiniz. Çoğu yetişkin gibi hastanızın Yeşilaycı olmadığını varsayalım. Çoğunlukla, hastanızın içmesi aşırı düzeyde ise içme ile ilgili bazı varsayımlar kolaylıkla damgalama olabilir. Hastanızın ne sıklıkta ve ne kadar içtiğini öğrenin.

"Şimdi, bazı alışkanlıklarınızla ilgili şeyler öğrenmek istiyorum. Öncelikle, ortalama bir ayda kaç gün en az bir –birim– içki tüketirsiniz?"

Bu soru şeklinin nasıl kesin bir cevap talep ettiğine dikkat edin; ayda kaç gün olduğu ile ilgili belirlenmiş durumdadır. Bu, "çok değil ya da sadece sosyal vesilelerle" gibi belirsiz veya kaçamak cevapları kabul etmemektedir (12 birim bira, 6 birim şarap, 1 birim %80'lik sert likörün kabaca aynı alkol içeriğine sahip olduğunu düşünebilirsiniz.).

Sonrasında şunu sorabilirsiniz:

"Ortalama bir günde en az bir içki içiyorsunuz, genellikle kaç içki içiyorsunuz?"

Bu iki sayı (günde kaç içki ve ayda kaç gün) hastanızın bir ayda ortalama kaç içki içtiğini hesaplamanızı sağlar. Daha çok görüşme yaptıkça nelerin olağan nelerin aşırı olduğu ile ilgili bir fikir geliştireceksiniz. Bir ayda 60 içkiden fazlası (ortalama günde 2 tane) endişe verici, 100 içkiden fazlası normun epey üzerindedir. İçkilerin çoğu birkaç gün içerisinde tüketildiyse, eğer sayı 60'ın altında bile olsa, alkol sorunu olduğunu söyleyebiliriz. Tıkanırcasına içme davranışı madde kötüye kullanımının olası bir örüntüsüdür.

Hasta mevcut durumundaki ağır içki tüketimini inkâr etse bile, geçmişte ne kadar içtiğini öğrenin. Hasta bir ömür boyu Yeşilaycıydı da bu yeni bir değişiklik mi ("Alkole dokunmam"ın anlamı, "Geçen pazardan bu yana içmedim." olabilir, "Peki, kahvaltı?")? Sorun:

"Hayatınızda hiç şu andan daha çok alkol kullandığınız bir dönem oldu mu?"

Ayda kaç gün, günde kaç birim ve son verme nedenleri ile ilgili takip eden bilgileri alın.

Alkolizm (DSM-5 şu anda bunu, Alkol Tüketim Bozukluğu olarak adlandırıyor), sonuçları ile tanımlanan bir durumdur. Kişinin tüketim miktarı önemli bir ipucudur. Ama tanı ölçütleri içmenin kişi üzerindeki etkilerine bağlıdır; bunun yanı sıra kişinin diğerleri üzerindeki etkilerine de bağlıdır. Böylece, hastanız içme ile ilgili sorunları inkâr etse bile, sonuçlarla ilgili bazı ölçütleri sormanız gerekir.

Tıbbi sorunlar için şöyle sorun:

"İçme, kusma; karaciğer sorunları ya da diğer tıbbi sorunlara neden oldu mu?"

"Sağlığınız sebebi ile içmeyi bırakmanız hiç söylendi mi?"

"Hiç bayıldınız mı? Bunun anlamı, içtiğiniz bir gecenin sabahında, bir gece öncesinde neler olduğunu hatırlamadığınız hiç oldu mu?" (Bu soruda ol-

duğu gibi açıklamalar yapmanız gerekebilir. Hastanız örneğin bayılmanın ne olduğunu bilmeyebilir.)

Alkol (ya da diğer maddeler için) tüketim bozukluğu için kişinin niyetinden daha fazla tüketim bir ölçüttür. Bunun değerlendirilmesi bazen zordur – özellikle sınırları bilmeyen ama içmenin verdiği etki için içen ergenlerde. Bunun yerine *kontrol kaybını* tespit etmeye çalışın:

"İçmeyi bırakmayı hiç denediniz mi?"

"Hiç 'Öğleden sonra 4'ten önce içme' gibi içme ile ilgili sınırlar, kısıtlamalar getirdiniz mi?"

"Hiç, bir anda çok miktarda alkol almayı denediniz mi?"

"İlk içkiden sonra kendinizi durdurmakta sıkıntı yaşar mısınız?"

Kişisel ve kişilerarası sorunlar için şöyle sorun:

"Bazen ne kadar içtiğinizle ilgili suçluluk hissediyor musunuz?"

"İçerken kavgaya hiç karıştınız mı?"

"İçmek boşanmaya ya da diğer aile içi sorunlara neden oldu mu hiç?"

"Size arkadaş kaybettirdi mi?"

İş sorunları için şöyle sorun:

"İçmek işe gitmemenize neden oldu mu hiç? Ya da geç gitmeye?"

"İçme sebebi ile işten kovuldunuz mu hiç?"

Yasal sorunlar için şöyle sorun:

"Alkol ile ilgili davranışlardan dolayı hiç tutuklandınız mı?"

"Alkollü sürüş sebebi ile hiç tutuklandınız mı?" (Eğer, cevap evet ise mahkemede ne oldu?)

"Alkollü sürüş sırasında herhangi bir kazaya sebep oldunuz mu hiç?"

Maddi sorunlar için şöyle sorun:

"Gıda gibi ihtiyaçlara harcanması gereken parayı alkole harcadığınız oldu mu hiç?"

"İçme nedeniyle başka maddi zorlukları yaşadığınız oldu mu?"

Bu kategorilerden herhangi birine olumlu yanıt veriliyorsa, şunları sorun:

"İçmenizle ilgili hiç endişelendiniz mi?"

"Alkolik olabileceğinizi hiç düşündünüz mü?"

"Alkolsüz geçirdiniz en uzun süre ne kadardır?"

"Bunu nasıl başardınız?"

"Alkol tüketimi ile ilgili hiç tedavi gördünüz mü?"

"Tedavinin sonucu ne oldu?"

Uyuşturucular

Uyuşturucularla ilgili süreç de benzerdir. Doğal olarak, alkol ile ilgili sorularınız bu konuyu da getirecektir. Sorun:

"Herhangi bir uyuşturucu türü hiç denediniz mi?"

Madde kullanımını konuşurken, *deneme* sözcüğü *kullanma* sözcüğünden daha az damgalayıcı olabilir. Alkol kötüye kullanımında olduğu gibi, ne zaman kullandığını (burada bu sözcükten kaçmak zor), ne zaman bıraktığını (eğer sonlandı ise) ve neden bıraktığını öğrenmek isteyeceksiniz. İlacın türünü, kullanım sıklığını, kullanımın hasta, arkadaşları ve akrabaları üzerindeki etkilerini tanımlayın.

Karşılaşacağınız bir sorun, kötüye kullanılan ilaçların sıklıkla kullanılan sokak isimlerini bilmemek olabilir. Eğer herhangi bir terimi anlamıyorsanız sorun, hastalar kendilerine bakım verenlere öğretmeyi sever. Duyabileceğiniz terimlerin bazılarını listeledim, ancak daha yüzlercesi mevcuttur. Bunların birçoğunu internette bulabilirsiniz (örneğin bakınız: *www.njlawman.com/feature%20pieces/drug%20slang.htm*).

Hipnotikler: sakinleştiriciler, idareciler, sarı ceketler, yatıştırıcılar, kırmızılar, gökkuşağı, noel ağaçları*

Kokain: Kar, kok kömürü, kaya, kırık

Halüsinojenler: LSD, asit, PCP (fensiklidin), meskalin, peyote, STP

Narkotikler: H, at, şaplak, hurda (eroin), okul çocuğu (kodein), küçük D (Dilaudid [hidromorfon[s), Bayan Emma (morfin)

Esrar: pot, çim, çay, karma, ortak, soğutuculu, Mary Jane

Merkezi sinir sistemi uyarıcıları: uyarıcılar, cinnet, siyah güzellikler, met, hız

*Ç.N: Burada sıralanan kelimeler bu maddelerin sokak isimlerinin bire bir çevirisidir. İlgili maddelerin adlandırılması ülkeden ülkeye ve hatta bölgeden bölgeye farklılaşabilmektedir. Klinisyenlerin bulundukları bölgenin yerel-sokak diline karşı tetikte olması yararlı olacaktır.

Ülkedeki çeşitli etnik ya da azınlık gruplarında farklı özel isimler kullanılıyor olabilir ve kullanıcı yaş grupları değiştikçe terminoloji de değişkendir.

Reçeteli ya da Reçetesiz İlaçlar

İlaçların aşırı kullanımını sorgulamayı unutmayın:

"Doktorun reçeteye yazdığından daha fazla dozda ilaç kullandığınız hiç oldu mu?"

"Reçetesiz ilaçlardan hangilerini kullanıyorsunuz?" (Neredeyse herkes bazılarını kullanır.)

Yine, ne zaman, ne, ne kadar ve etkilerin neler olduğunu öğrenmeniz gerekir.

Ve herhangi bir madde için şu sorunun cevabını bilmek isteyeceksiniz: "Bunu kullanmaya devam etme nedenleriniz nelerdir?"

CİNSEL YAŞAM

Bir ruh sağlığı uzmanına danışmanın parçası olarak, hastalar cinsellikle ilgili sorular bekler. Ancak bu hattaki sorgulama bazı insanları rahatsız edebilir; dolayısı ile bunu görüşmenin ilerleyen bölümlerine ertelemeniz daha iyi olabilir. O zamana kadar, bu hassas konuları ihtiyaç duyulan diğer psikolojik, tıbbi ve sosyal bilgiler bağlamında gören hasta ile daha tanışık olacaksınız.

Bu önemli alanı öğrenmek için onaylamama göstermeden ya da sansür uygulamadan açıkça tartışıyor olabilmelisiniz. Eğitimdeki klinisyenler hastalara cinsel yaşamlarıyla ilgili soru sormakta genellikle zorlanır. Bazen bu, sorulması gereken sorulara aşina olmamakla ilgili olabilir ama bu, yetiştirilme tarzı ve kültürden kaynaklanan, cinsel davranışlar ile ilgili kişisel standartlarla da ilişkili olabilir. Burada, kendi standartlarınızı tanımak ve hastanın farklı standartlara sahip olma hakkının olduğunu bilmek hayati önem taşımaktadır. Ve cinsellikle ilgili samimi bir tartışma her iki taraf için de heyecanlandırıcı bir alan olabilir. Cinsel öykü, profesyonel sınırlara tutunmanın her zamankinden daha fazla gereksinim duyulduğu bir alandır.

Mevcut hastalık ya da kişisel ve sosyal öykü boyunca, hasta ve partneri arasındaki ilişki hakkında cinsel öyküye doğal bir giriş yapmanızı sağlayan bir şeyler öğrenebilirsiniz. Bu olmadığında ya da hastanın partneri yoksa, sıradaki yol basit bir bilgi talebidir. Açık uçlu bir soru hem sizin için rahatlık hem de hastanın cevabı için bir kapsam sağlayacaktır:

"Şimdi de sizden cinsel işlevselliğiniz hakkında bilgi vermenizi istiyorum."

Bu sorunun formatı, çoğu insanın cinsel hayatı olduğunu varsayar ve bunun normal ve kabul edilebilir olduğunu gösterir.

Hastanın kendisinden ilk tepki soru olarak gelirse ("Ne demek istiyorsunuz?") aşağıdaki gibi ayrıntılandırabilirsiniz:

"İki şeyi öğrenmeye çalışıyorum. Birincisi, genellikle cinsel işleviniz nasıldır? Ve ikincisi, cinsel işleviniz sizi tedaviye getiren sorundan nasıl etkilendi?"

Unutmayın bu konuşma, tek seferde iki soru sormamakla ilgili olan kuralı kasten yıkmaktadır; hastaya neyi öğrenmeye çalıştığınızın kapsamını söyleyin.

Bunu takip eden konuşma, size aşağıda sıralanmış olan bilgileri vermelidir:

Hasta, cinsellikle ilgili bilgileri ilk olarak hangi yaşta öğrendi?

Erken cinsellik deneyimlerinin doğası neydi?

Bunlar yaşandığında kaç yaşındaydı?

Hasta bunlara nasıl tepki verdi?

Cinsel Tercih*

Bazı ruh sağlığı klinisyenleri, cinsel konularda soru sormayı basit bir soru ile başlatmayı tercih eder.

"Cinsel tercihiniz nedir?"

Bu yaklaşımın, erken net yanıtları ortaya çıkarma (genellikle) ve bu nedenle daha sonraki olası utanç verici yanlış anlama olasılıklarından kaçınmayı sağlama özelliği vardır. Heteroseksüel ilişkide olan bir hastanın geçmişinde homoseksüel ilişki olmadığı gibi bir varsayımda bulunmama konusunda dikkatli olun.

Bu tür öyküsü olan herhangi birinde, şunu öğrenmeye çalışabilirsiniz:

Hasta biseksüel mi ya da sadece homoseksüel mi?

Daha sonrası, cinsel birliktelikleri ne oranda heteroseksüel?

Hasta bu cinsel yöneliminden hoşnut mu (*ego-uyumlu*), yoksa bunu rahatsız edici mi (*ego-uyumsuz*) buluyor?

* Ç.N: *Sexual Preference* karşılığı olarak kullanılmıştır.

Hasta cinsel yönelimi ile yaşam tarzını ne kadar iyi bütünleştirmiş durumdadır?

Hasta cinsel yönelimini değiştirmeyi istiyor ya da değiştirmeye çalışıyor mu?

Fantezi ve rüyaların beyanları, görüşmenin ilk başlarında değerlendirilmese de homoseksüellik ile ilgili fanteziler, temel cinsel yönelimi belirsiz gibi gözüken hastaların değerlendirilmesine yardımcı olabilir.

Cinsel Pratikler

Cinsel zorluklarla ilgili bir öykü olduğunda, rutin olarak keşfetmeye çalışmayacağınız birçok soruyu sormanız gerekir. Sağduyunuzu kullanın, sıklıkla bu tür sorular güvenle sonraya ertelenebilir. Hasta ve partnerinin birlikte mutlu olduğu ve cinsel olarak iyi işlev gösterdiği konusunda güvenceniz varsa, muhtemelen genel sorularla devam edebilirsiniz:

"Cinsellikle ilgili henüz konuşmadığımız herhangi bir konu var mı?"

Cinsel işlev bozukluğu olması durumunda, aşağıdaki konuların görüşülmesi uygun olacaktır:

- Cinsel sorun hep var mıydı ya da son zamanlarda mı ortaya çıkmıştır?
- Mevcut uyku düzenlemeleri neler?
- Cinsel birleşme sorunları var mı (Kaçınmalarına neden oluyor mu?)?
- Hasta için cinsellik zevk verici, keyifli bir şey mi?
- Peki partneri için (Cinsel tercih ve pratikler bilininceye kadar, cinsiyete özgü bir kelime yerine kullandığınız partner sözcüğü daha güvenlidir.)? *Kadınlar erkeklere göre, cinsel zevkten yoksunluğu daha fazla belirtmektedir.*
- Eğer hasta evli ya da uzun süreli birliktelik içerisinde ise, ilişki dışında ilişkiler olmuş mu? Oldu ise kaç tane? Ne sıklıkta? En son ne zaman?
- Çift, cinsellikle ilgili açıkça konuşabiliyor mu?
- Cinsel ilişkinin sıklığı nedir? Bu son zamanlarda ya da yaşla birlikte değişti mi?
- Cinsel ilişkiyi genellikle kim başlatır?
- Partnerler cinsellikle ilgili birbirlerinin yaklaşımlarına tereddütle bakıyor mu? Muhtemelen kişilerarası diğer sorunlar nedeniyle?
- Çift ön sevişmeyi kullanıyor mu? Bu ne kadar sürüyor? Ön sevişme neleri içeriyor (Konuşma? Öpüşme? Genital bölgelere dokunma?)? *Çünkü birçok erkek, kadınlar için uyarılmanın erkeklerden daha uzun zaman aldığının farkında değildir; bu kişilerin kadın partnerleri ön se-*

vişmenin çok kısa olduğunu ve cinsel birleşmenin tatmin edici olmadığını belirtebilir.

- Oral seks varsa, her iki tarafta bu konuda hevesli mi?
- Ne sıklıkla orgazma ulaşılıyor? *Anorgasmia (orgazmın olmaması) güçlü cinsel arzusu olmayan kadınlar arasında oldukça yaygındır. Bazı kişiler, mastürbasyon gibi sadece belli koşullar altında orgazm olabilir. Cinsel ilgi, orgazm olma yeteneği hastalık (fiziksel ya da zihinsel) ya da kaygı nedeniyle azalabilir.*
- Hasta ne sıklıkta mastürbasyon yapıyor? Bu hasta ya da partneri için sorun teşkil ediyor mu?
- Çift ne tür bir doğum kontrol yöntemi kullanıyor (eğer kullanıyorlarsa)? Partnerler gebeliğin zamanlaması ya da önlenmesi konusunda hemfikir mi?
- Mevcut ilişki dışında cinsel partnerler var mı?
- Partnerlerden herhangi birinin cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü var mı?

Cinsellikle İlgili Genel Konular

Cinsel işlev; arzu, uyarılma ve orgazm alanlarını kapsar. Arzu azaldı gibi görünüyor olsa da hasta cinsel içerikli düşünce ve fantezilere sahip mi? Nispeten sık görülen bazı cinsel sorunlar için dikkatli olun:

İktidarsızlık (ereksiyon olmama ya da sürdürememe). Ne kadar süre önce başladı? Sürekli mi, kısmi mi? Sadece belli partnerle mi oluyor? Bu tıbbi olarak araştırıldı mı? Tedavi edildi mi? İktidarsızlığın cinsel istek azlığından farklı olduğuna dikkat edin.

Disparöni (cinsel ağrı). Kadınlarda yaygındır; erkeklerin daha az belirttiği bir durumdur. Nedenleri biyolojik ya da duygusal olabilir. Cinsel işlevlere ya da isteğe müdahale etmek için yeterli düzeyde telaffuz ediliyor mu?

Erken boşalma. Erkek boşalmaya çok *erken ulaştığında* (Masters ve Johnson'ın kavramlarını kullanın) her iki taraf da engellenme ve keyifsizlik yaşayabilir.

Geç boşalma. Bu, suçluluk gibi duygusal faktörler ya da belli tıbbi tedaviler sonucu olabilir. Erken boşalmayı tedavi etmek için kullanılan thioridazine (Mellaril) buna klasik bir örnektir.

Olası eşcinsellik ya da biseküellik ile ilgili endişeler. Ruh sağlığı klinisyeni tarafından bu konuların soruşturulmasının meşru olduğu, bunların birer hastalık olmadığı ve cinsel tercihlerin çeşitliliğinin normal olduğu konusunda kişiyi bilgilendirmek oldukça önemlidir.

Hastanın cinsel hayatı ile ilgili bilgi alırken, sorun ortaya çıktığında özgül örnekleri sorun. Eğer sorun teknik gibi görünüyorsa davranışları sorun: "Öncelikle ben ... sonra o ... ama çoğu zaman işe yaramıyor; bu yüzden biz ..." Cinsellikle ilgili olmayan sorunlarda olduğu gibi ne zaman başladığını, ne sıklıkta ve hangi koşullar altında ortaya çıktığını, ne kadar ciddi olduğunu (gittikçe kötüye mi gidiyor), bununla ilgili neler yapıldığını ve nelerin işe yaradığını bulun.

Parafili

Hastanın, rızası olmayan yetişkin bir insandan uyarılması ya da partnerini aşağılama veya ona acı çektirme gibi bir dizi davranışı içeren parafili görece daha az yaygındır. Parafili bozukluğu (parafili davranışından farklı olarak), son 6 aydır arzu defalarca meydana geldiğinde ve hasta bu dürtü doğrultusunda hareket ettiğinde ya da bundan rahatsızlık duyduğunda tanısı konur. Hemen hemen tüm bu hastalar erkektir ve birçoğu, bu tür normal cinsel hayattan ve romantik birliktelikten duyulan hazzı etkileyebilecek dürtülerden birkaç taneye sahip olduğunu belirtmektedir. Özgül parafili bozuklukları aşağıdaki gibidir:

Teşhircilik bozukluğu. Bu hastaların masum bir yabancıyı, genellikle bir kadını, genital organlarına aniden maruz bırakmayı içeren fantezi ve girişimleri vardır. Bu fanteziler doğrultusunda hareket eden hastalar, genellikle ne kurbanla fiziksel temas girişiminde bulunur ne de kurban için fiziksel bir tehlike arz eder.

Fetişist bozukluk. Fetişistler kendilerinin ya da partnerlerinin cinsel ilişki sırasında giydikleri cansız objelerden cinsel olarak uyarılır (genellikle ayakkabı ya da kadın iç çamaşırları).

Fortçuluk bozukluğu. Fortçular rızası olmayan bir kişiye dokunmaktan ya da sürtünmekten uyarılır. Fortçular genellikle kalabalıkta elleri ya da genital organlarıyla giysi üzerinden dokunur

Pedofili bozukluğu. Bu hastalar küçük çocuklarla (13 yaşından küçük) ilgili cinsel fantezi ve girişimlere sahiptir. Çoğu pedofili kızları tercih eder, ancak bazıları erkek çocuklardan ya da her iki cinsiyetten de uyarılır. Bu bozukluk genellikle kroniktir ve bakma, soyunma, fiziksel temas gibi çeşitli cinsel aktiviteleri içerebilir.

Cinsel mazoşizm bozukluğu. Bu hastaların cinsel fantezi ve davranışları ısırılma, bağlanma, aşağılanma ya da acıya yol açan şeyleri içerir. Aşırı uç durumlarda, boğulma sonucunda ölüm ile sonuçlanır.

Cinsel sadizm bozukluğu. Bu hastalar tanıdıkları ya da tanımadıkları kişilere fiziksel ya da psikolojik acı vermekten cinsel olarak uyarılmaktadır. Bu tür davranışlar zamanla artabilir ve bazen ciddi yaralanma ya da ölümle sonuçlanır.

Transvestik bozukluk. Bu hastalar karşı cinsin kıyafetlerini giymekten uyarılır. DSM-5 ölçütleri cinsiyet nötr olmasına rağmen, transvestik bozukluk sadece erkekler için tanımlanmıştır.

Röntgencilik bozukluğu. Röntgenciler (gözetleyen Tomlar) rızası olmayan kişileri çıplakken, soyunurken ya da cinsel ilişki sırasında izlemekten uyarılır.

Diğer parafili bozuklukları. Diğer parafili bozuklukları hayvanlardan, vücut atıklarından, kadavralardan ve telefonda "cinsel içerikli, zaman zaman argo içeren, konuşmalardan" cinsel olarak uyarılmayı içerir.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Tüm hastalar için cinsel yolla bulaşan uçuk, frengi, belsoğukluğu gibi hastalık öyküleri için uyanık olun. Özellikle HIV/AIDS riskini sorgulayın: birden fazla cinsel partneri olanlarda, uyuşturucu kullanan kişilerle birlikte olanlarda ya da homoseksüel ilişkisi olanlarda. Herhangi birine evet yanıtı verilmesi durumunda, kondom kullanıp kullanmadığını sormanız gerekir. Eğer kullanıyorsa hangi oranda? Hasta hiç HIV testi yaptırmış mı? Eğer yaptırdıysa, en son ne zaman? Sonuçlar nedir?

CİNSEL KÖTÜYE KULLANIM

Çocukluk Dönemi Cinsel Tacizi

Çocukluk dönemi cinsel deneyim öyküsü ne yazık ki yaygındır; özellikle ruh sağlığı hastaları arasında. Ancak bu alan sık sık araştırılmadan bırakılır; bu durum deneyimli klinisyenlerde bile böyledir. *Borderline kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları, disosyatif kimlik bozukluğu ve somatik belirti bozukluğu (ben hâlâ bu bozukluğu somatizasyon bozukluğu olarak adlandırmayı tercih ediyorum) gibi DSM-5'te tanımlanan birçok yetişkin patolojisi, çocukluk dönemi cinsel deneyimleri ile ilişkilendirilmektedir.*

Bu koşullardan herhangi biri olmasa bile, erken dönem cinsel davranışlarına ilişkin anılar tartışma ve rahatlatmayı gerektiren endişeleri içerebilir. Bu nedenle sormak zorundasınız. Ancak bunu *sarkıntılık, tecavüz* gibi yüklü terimleri kullanmaktan kaçınarak yapın:

"Çocukken, başka bir çocuk ya da yetişkin tarafından cinsel amaçla size yaklaşıldı mı?"

"Hayatınızın herhangi bir döneminde cinsel ilişkiye zorlandınız mı?"

Herhangi bir olumlu yanıt derinlemesine araştırılmalıdır. Özellikle aşağıdakiler ayrıntılı olarak ele alınmalıdır:

Gerçekte ne oldu?
Fiziksel temas oldu mu?
Hasta kaç yaşındayken oldu?
O ay kaç kez meydana geldi?
Fail kimdi?
Fail ve hasta arasında kan bağı var mıydı?
Hasta olay(lar)a nasıl tepki verdi?
Ebeveynlere söylendi mi?
Nasıl tepki verdiler?
Bu olaylar hastayı çocukluk ya da yetişkinlik döneminde nasıl etkiledi?

Bazı hastalar "Emin değilim." ya da "Ben gerçekten çocukluğum hakkında çok şey hatırlamıyorum." gibi belirsiz cevaplar verecektir. Böyle bir yanıt sizi, hastanızın art alanında bilinçli anı olarak tolere edilmesi sıkıntı yaratan deneyimler olabileceği konusunda uyarmalıdır. Ayrıca böyle bir anda, daha ayrıntılı bilgi almaya çalışmak muhtemelen daha fazla bilgi ortaya çıkarmayacaktır ama unutulan aralığı mümkün olduğunca belirlemeye çalışın (6 yaşından 12 yaşına kadar mı, ortaokula kadar mı). Bu, daha sonraki bellek kurtarma işlemine yardımcı olabilir.

Bu muhtemelen, hastayı bu konuya geri döneceğiniz konusunda uyarmamanız gereken bir zamandır. Uzun zamandır gömülü olan travmatik anıların peşine düşmekle ilgili bir söz tehdit edici algılanabilir ve inşa etmeye çalıştığınız ilişkiyi zedeleyebilir. Bunun yerine, şöyle söyleyin:

> "Bu alanla ilgili bazı şüpheleriniz varmış gibi geliyor. Peki, tamam –kimse çocukluğu ile ilgili her şeyi hatırlayamaz. Ama erken cinsel deneyimlerle ilgili herhangi bir şey aklınıza geldiğinde bunu duymak isterim. Bu oldukça önemli olabilir."

İlişkinizin sağlam zeminler üzerine kurulduğundan emin olduğunuz daha sonraki görüşmelerde geri dönmek üzere konuyu dikkatlice not alın.

Tecavüz ve Eş İstismarı

On yıllardır (en azından) tecavüz suçu ciddi düzeyde rapor edilmemektedir. Bu durum muhtemelen mağdurların utanç, ayıplanma ve adı çıkma korkusu gibi duyguları ile açıklanabilir. "Ünlü tecavüz" mahkemelerinin geniş kitleler

tarafından duyulması ve kurban psikolojisine dair gelişen anlayışımızla birlikte bu tavır son yıllarda biraz azalmış olabilir. Bununla birlikte, hastalar (çoğunlukla da kadınlar) yetişkin olarak tecavüz ya da cinsel istismarın diğer formlarına maruz kalmaktadır (ABD askerî raporlarına göre 2012-2013 yılları arasındaki 12 ay boyunca cinsel saldırıların öncesine göre %43 arttığı belirtilmiştir.). Ruh sağlığı görüşmecileri, pek çoğu yaşadıkları deneyim nedeniyle ciddi şekilde travmatize olmuş olan bu hastalar için en iyi gidişi belirleyebilmek amacıyla gerekli olan tüm bilgileri ayrıntılı bir şekilde almalıdır.

Genellikle tercih edilen ilk yaklaşım, olayları ve sonuçlarını açıklamak için anlayışlı, yapılandırılmamış bir şekilde davette bulunmaktır:

"Lütfen bu deneyimi bana anlatınız."

Nazikçe, başlatıcı sorularla aşağıdaki bilgileri elde etmeye çalışın:

Koşullar nelerdi (Çevresel? Hastanın yaşı?)?

Fail kimdi (Akraba? Tanıdık? Yabancı? Çete?)?

Kaç kez oldu?

Kişi faili biliyor muydu?

Akrabalıkları-ilişkileri var mıydı?

Alkol ya da uyuşturucu kullanımı var mıydı? Eğer varsa kullanan kimdi?

Hasta o anda nasıl duygusal tepkiler verdi?

Kimlere anlatıldı?

Öykü anlayışla dinlendi mi?

Yasal işlem yapıldı mı? Yapılmadı ise neden?

Bu deneyimin etkileri neler oldu (Korku, öfke, utanç, kaygı, depresyon ya da travma sonrası belirtileri araştırın.)?

Eş tarafından yapılan fiziksel ve cinsel istismar, benzer karmaşık duyguları akla getirebilir. Daha fazla istismar edilme ya da terk edilme korkusuyla mağdurlar bu suçu bildirmekte isteksiz olabilir.

BÖLÜM 10

Görüşmenin İlerleyen Bölümlerinin Kontrolü

Ön görüşmenin büyük çoğunluğu boyunca hastanızı sorunlarını özgürce anlatmaya teşvik ettiniz. Kişisel ve sosyal öyküye geçmeden önce, görüşmenizde daha fazla kontrolü deneyimlemeye ihtiyaç duyacaksınız. Bu, size tüm materyali kapsamak ve önemli alanları derinlemesine ele almak için zamanı verimli kullanmayı sağlayacaktır. Sözel ve sözel olmayan bir dizi teknik, hastanızın cevaplarını yönlendirmeye ve elde ettiğiniz bilgiyi arttırmaya yardımcı olabilir.

YÖNETİMİ ELE ALMAK

Sadece nazik bir biçimde rehberlik edecek soru sorulması şeklindeki kontrol yöntemi bile, bazı hastaların iyi bir şekilde yönlendirilmelerini sağlar. Durumlarına bağlı olarak ya da sadece çok konuşmayı sevmelerinden dolayı bazı hastalar daha aktif bir kontrole ihtiyaç duyar. Konuşmalarında manik bir basınç ya da psikotik şüpheler uyandıran bir konuşma, büyük olasılıkla sık sık yeniden yönlendirme gerektirecektir.

Hiç şüphesiz sözel tepkilerinizi uygun bir kıvama getirmek zorundasınız. Deneyimsiz görüşmeciler özellikle dikkatli olmalı: Kaygı bazen onların çok daha uzun ve sık konuşmalarına yol açar. Unutmayın ki müdahalelerinizin ve sorularınızın birincil amacı, hastanızdan bilgi akışını kolaylaştırmaktır. Açıklamalar ile mümkün olduğunca az zaman harcamak için sorunuzu açık ve kısa olarak ifade edin.

Çok fazla alanı taramanız gerektiğinden, bazen hastanızın gündeme getirdiği meselelerin tamamına istediğiniz gibi tepki veremeyebilirsiniz. Örneğin hastanızın çocukken alay edildiğini duyduğunuzda, doğal dürtünüz ona ilginizi göstermek, bu konu ile ilgili örnekler, yaşantılar ve hastanızın bunlara ilişkin tepkileri-

ni sormak olabilir. Ama belki de bu, görüşmenin sonuna doğru oluyor ve siz hâlâ çocukluk çağı cinsel travma öyküsünü sormadınız. Dolayısı ile bu doğal tepkileri bir başka görüşmeye kadar ertelemeniz gerekebilir. O anda kısaca ilgi ve anlayışınızı gösterebilir ve sonrasında öğrenmek istediğiniz çocukluk çağı travmaları her ne ise onları öğrenmekle ilgilendiğinizi hastanıza gösterebilirsiniz.

HASTA: . . . bu yüzden . . . okul bahçesindeki her şakanın hedefi olduğumu hissettim.

GÖRÜŞMECİ: Bu tür deneyimler, bir çocuğun gerçekten kötü hissetmesine neden olabilir. Çocukken stres yaratan başka sorunlar da var mıydı? Herhangi bir kişinin sana cinsel olarak yaklaşımı oldu mu?

İlişkiyi bozabilecek ani geçişleri önlemeye çalışmalısınız. Ani geçişlerin yerine aşağıdaki tekniklerden birini deneyin:

- Yukarıdaki örnekteki görüşmecinin yaptığı gibi, öncesinde empatinizi gösterecek bir yorumda bulunduysanız nazikçe konuyu değiştirebilirsiniz.
- Not almayı durdurup kaleminizi bırakın. Eğer not almaya devam ederseniz hastanız, aynı konu hakkında konuşmaya devam etmesi yönünde teşvik edildiğini hissedebilir.
- Eğer bölmek zorundaysanız, işaret parmağınızı yukarı kaldırmayı deneyin (tüm elinizi kaldırmak buyurucu gözükür) ve bir nefes alın, bu tekrar söz almaya ihtiyacınız olduğunu gösterecektir.
- Hastanızın iki cümlesi arasında araya girmek için acele edin. Bu, uyanık olmayı ve sözel beceri gerektirir ama çoğunlukla oldukça işe yarar. Özellikle müdahaleyi, hastanızın bir düşüncesi ile ilgili cümlesi tam bittikten sonra yaptığınızda oldukça işlevseldir.
- Eğer hastanız yeterince ele aldığınız bir konu ile ilgili bilgiler vermeye devam ediyorsa, yön değiştirme ihtiyacını açıkça belirtin.

  "Eğer zamanımız olursa sonrasında bu konuda daha fazla şey duymak isterim. Hadi şimdi de biraz ...dan konuşalım."

  "İnsomnianızı anladığımı düşünüyorum...ama iştahınız... Peki, iştahınız değişti mi (Unutmayın evet-hayır şeklindeki sorular kısa cevaplar istediğinizi gösterecektir.)?

  "Önemli bir şey sormak için tam da burada kesmem gerekli..."

- Beklediğiniz türden kısa bir yanıt aldığınızda başınızı sallayın ya da gülümseyin. Bu, sonrasındaki kısa ifadeleri pekiştirecektir.

Ancak bazı hastalar ipuçlarına iyi tepkiler vermez. Konuyu dağıtmaya devam eden kişiler için daha da yönlendirici olabilirsiniz. Bunun için uygun yaklaşımlardan biri, ihtiyaç duyduğunuz bilgiyi ve önerdiğiniz çözümü açıkça ortaya koymaktır:

"Size en iyi şekilde yardım edebilmek için, birçok alandan bilgiler ele almamız oldukça önemli. Bu da başka bir konuya geçmek zorunda olduğumuz anlamına geliyor."

"Zamanımız azalıyor."

"Hadi ana konuda kalmaya devam edelim."

Özellikle çok konuşan hastaların mesajı alabilmeleri için birden fazla yönlendirici yaklaşıma başvurabilirsiniz. Unutmayın ki tanı ile ilgili tüm bilgileri edinmek zorundasınız.

KAPALI UÇLU SORULAR

Hastanın berrak ve kapsamlı iletişim kurmasına yardım ettiklerinden, görüşmenin ilk kısımları için açık uçlu sorular önerilmektedir. Görüşmenin ilerleyen kısımlarında, tanı ve tedavi ile ilişkili olabilecek özgül bilgilerin hangileri olduğunu anladığınızda kapalı uçlu sorular daha çok işe yarar.

Kapalı uçlu sorular "evet" ya da "hayır" gibi cevaplanabilecek sorulardır. Ya da kapalı uçlu soruların doğum tarihi, evlilik süresi gibi özgül cevapları vardır. Kapalı uçlu sorular tanı ölçütlerine doğru ilerlemeyi ve önceki cevapları netleştirmeyi sağladıklarından, hastanızın sorununu saptayabilirsiniz. Kapalı uçlu sorular, ayrıca belli türden bilgileri tutan ve bunu paylaşmayan hastalarda kaçamak cevaplara daha az alan tanır. Ayrıca bu sorular, cinsel sorunların ya da psikozun olmaması gibi önemli bilgileri anlamanıza yardım edecektir. Yalnızca açık uçlu soruları kullanarak bu gibi belirtilerin olmadığı bilgisine ulaşamayabilirsiniz.

Başka bir kapalı uçlu teknik ise, hastanız sınırları daha az belli olan sorulara cevap vermekte zorlandığında çoktan seçmeli soruları kullanmaktır.

GÖRÜŞMECİ: Yaklaşık olarak ne zamandır kokain kullanıyorsunuz?

HASTA: Şey... bu... ıı... aslında bilmiyorum.

GÖRÜŞMECİ: Peki ... bir hafta ya da 2 hafta oldu mu ya da altı aydan daha uzun... ya da bir yıl... bir yıldan daha uzun?

HASTA: Bir yıldan daha uzun... belki üç yıl, neyse...

Ayrıca kapalı uçlu soruların olası dezavantaj ve sakıncalarının da farkında olmalısınız. Daha konuşkan hastalar kendilerinden daha çok bilgi toplama süreciyle ilgilendiğinizi düşünürlerse kapalı uçlu sorulara alınabilirler. Bununla birlikte "evet-hayır" türündeki sorular hastaların aşamalı olarak yanıt verme imkânını yadsır. Bu cevaplar sizi bilgilendirmek yerine, aşağıdaki örnekte olduğu gibi yanlışa götürebilir:

GÖRÜŞMECİ: Çocukken babanızla ilişkili sorunlarınız var mıydı?

HASTA: (*Aklından geçen*: "Bir düşüneyim... ihtiyara dayanamayıp, onun ne söylediğine hiçbir zaman dikkat etmezdim... dolayısıyla bence bu soruya verebileceğim cevap...") Hayır.

Kapalı uçlu sorular faydalı olabilir ama hastanıza nasıl cevap vermesini istediğini düşündüren önerilerden kaçınmalısınız. Bu şekildeki *yönlendirici* sorular, onayladığınız belli standartları ve davranışları açıkça işaret eder. Yönlendirici bir soru elde edeceğiniz bilginin kapsamını ve geçerliliğini ciddi bir şekilde sınırlandırır. Örneğin "ortalama" ile ilgili fikrinizi söylemeyin:

GÖRÜŞMECİ: Ne kadar alkol içiyorsunuz?

HASTA: Şey... Diyebilirim ki... ortalama.

GÖRÜŞMECİ: Hafta da iki ya da üç defa?

HASTA: Evet, öyle.

Bu görüşmeci için "Sizin için ortalama ne demek?" daha iyi bir tepki olurdu. Aslında neyi normal saydığınızı belli edecek her türlü yönlendirici düzenlemelere karşı uyanık olun. "Babanızla iyi bir ilişkiniz var mıydı?" yerine "Babanızla aranız nasıldı?" şeklinde açık uçlu bir soru kullanın.

Kapalı uçlu sorular, bazı hastaları kapsamlı cevap vermek konusunda ketleyebilir. Bu yüzden bu tür sorular, ilişki kurulduktan ve hasta tam ve kapsamlı cevap vermeye alıştıktan sonra ilerleyen bölümlerde kullanılmalıdır. Çünkü bu türdeki sorular, sizin daha fazla konuşmanızı gerektirecektir. Kapalı uçlu sorular, daha fazla zaman sağlar ve hastaya gereksiz bilgilerin ya da utandıran konuların olası tekrarlarından uzak durma fırsatı verir. Böylece, topladığınız bilginin yanlışlığı ya da eksikliği doğrulanır.

Bununla beraber, oldukça yapılandırılmış şekilde bilgi almak görüşme süreçlerine alışık olmayan ya da sözel becerileri iyi gelişmemiş hastalar için uygun olabilir. Bu, özellikle bazı ruhsal hastalıkları olan hastalara örneğin tedavi edilmemiş şizofreni, zekâ geriliği ya da görüşmeyi zorlaştıran türdeki çeşitli nedenleri olanlara uygulanacaktır. Bu tür hastalarda çok daha fazla "evet-hayır" türünden sorular gerekebilir.

Görüşmede ne kadar ilerlemiş olursanız olun, kapalı ve açık uçlu soruları birlikte kullanmaya devam ettikçe en iyi şekilde başarılı olacaksınız. Örneğin, alkolizme işaret eden bir dizi önemli ve hararetli cevap aldıktan sonra açık uçlu bir şeyler sorarak rahatlamayı sağlayabilir ve gerginliği düşürebilirsiniz.

"Çok sayıda soru vardı. Şimdi, belki gelecekte içmenizle nasıl baş etmeyi planladığınızı bana anlatabilirsiniz."

Açık ve kapalı uçlu soruları birlikte kullanarak hastanızdan ayrıntılı, yapılandırılmış bilgiler elde edebilir ve hastanızı önemli olan yeni malzemeler getirmek konusunda teşvik edebilirsiniz. Bu soru tarzlarının birlikte kullanılması, en yüksek düzeyde geçerliliği olan malzemeyi elde etmenizi sağlamalıdır.

DUYARLILIK EĞİTİMİ

Oldukça yapılandırılmış sorular sormanın rahatsız edici olması gerekmemektedir (olmamalıdır da); aksi takdirde bunun hoş olmayan bir hâle dönüştüğünün akılda tutulması önemlidir. Herhangi bir soruyu sempatik bir yüz ifadesi ya da ses tonuyla yumuşatabilirsiniz. Ama isteklerinizi farklı şekillerde sunabilmeniz çeşitli hassas konular hakkında hastanızın konuşmasına yardım eder.

"Biliyorum eşinizin ölümü onuna ilgili olarak konuşmanızı zorlaştırıyor." (Bu cümle bu konuyu sürdürmenin yeterince önemli olduğunu ancak bununla birlikte hastanın bu konudaki rahatsızlığının da açık olduğu bilgilerini birlikte ortaya koyuyor.)

"Sizce kızının başı yasalarla dertte olan diğer kişiler, bununla nasıl baş ediyordur?" (Diğerlerinin nasıl düşündüğü ya da hissettiğini sorarak hastanızın bu konuda kişiselleştirmesini ya da sorumlu hissetmesini azaltabilirsiniz. Bu ifade, ayrıca bu türden bir deneyimden mustarip olma konusunda yalnız olmadığını ortaya koymaktadır. Sonuçta başka türlü kaçıracağınız bilgileri elde edebilirsiniz.)

"Eğer polis sizi içmekten tutuklarsa, nasıl hissedersiniz?" (Varsayım kullanarak duygusal olarak yüklü olan durumdan uzaklaşmak için hastanıza yardım edebilirsiniz.)

"Ona vurduğunuz için üzgün olduğunuzu eşinize söyleme şansınız oldu mu hiç?" (Burada, hastanızın yapması gereken ama yapamadığı bazı övgüye değer eylemleri şanssızlık nedeniyle yapamamış olabileceği şeklindeki söyleminizle soruyu yumuşatmış oluyorsunuz.)

GEÇİŞLER

Etkin görüşme, sadece birbiri ardından soru sormak değildir. Sizin ve hastanızın tüm söylediklerinin genel uyumuna dikkat etmelisiniz. Bir konudan bir başka konuya geçmek için kullandığımız cümle ya da ifade *geçiş* olarak adlandırılır. Çünkü geçiş nereye gittiğinizi işaret eder. Dikkatli bir geçiş, hastanızı körü körüne yönlendirilme hissinden korur. Ayrıca geçişler size öyküleri birbirine bağlamada yardım eder.

En iyi geçiş, bir sohbet içerisinde olduğu gibi doğal akışında olur. Her yeni sorunun bir önceki cevaptan yola çıkarak oluşturulmasına izin verme-

ye çalışın. Mümkün olduğunda, hastanızın sözcüklerini keşif aracı olarak kullanın:

HASTA: Eşim tam zamanlı bir işe girdiğinden beri, ekonomik durumumuz gerçekten çok daha iyiye doğru değişti.

GÖRÜŞMECİ: Peki, ilişkiniz nasıl? Eşiniz tam zamanlı bir işe girdikten sonra ilişkiniz değişti mi?

Görüşmeler her zaman doğrusal biçimde ilerlemeyebilir. *B* konusu gündeme gelmişken önemli bir konu olan *A* konusundan bahsediyorsanız, ilerlemeden önce *A* konusunu kapatmazsanız görüşme dağılabilir. Eğer daha sonra hastanızın önceki cümlesini ifade edip *B* konusunu tekrar açarsanız, yumuşak bir geçiş yapmış olursunuz. Örneğin:

"Birkaç dakika önce depresyonunuzun alkol aldığınızda daha iyiye gittiğinden söz etmiştiniz. İçmenizle ilgili biraz daha fazla şey anlatabilir misiniz?"

Sohbette yumuşak bir geçiş için zaman, mekân, aile ilişkileri ve iş gibi herhangi bir yaygın faktörü kullanabilirsiniz.

HASTA: Erkek kardeşim Irak'a gitmek için ayrıldıktan kısa bir süre sonra annem öldü.

GÖRÜŞMECİ: Peki, o zamanlar siz ne yapıyordunuz?

Hastalar da dâhil hiç kimse üçüncü şahıs olmak istemez. Bu yüzden görüşmenizi, sorgulama şeklinde soru sormaktan ziyade sohbete dönüştürmeye çalışın. Yumuşak geçişler bu hissi yaratmaya yardım eder. Ama ani geçişler yapmak zorunda olduğunuzda bunu işaret edin ki böylece hastanız kasten vites değiştirdiğinizi fark etsin:

"Öyle düşünüyorum ki içmenizle ilgili bir tablo oluştu kafamda. Şimdi başka bir şeye geçmek istiyorum. Marihuana ya da kokain gibi başka maddelerle ilgili herhangi bir sorununuz olup olmadığından bahseder misiniz?"

Siz ve hastanız, birbirinize alıştıktan sonra büyük olasılıkla konuyu değiştirme işareti verecek, bunu vurgulayacak tek bir sözcük bulabilirsiniz:

"*Hadi şimdi,* lütfen siz ve eşiniz metamfetamin pişirip satarken ne olduğunu anlatın."

Hastanız öfkeli ya da kaygılı olduğu bir zamanda oldukça ani bir geçişin cazip olduğuna inanabilirsiniz. Hatta hastanızı üzen duygular her ne ise onları

yanlışlıkla ortaya çıkarmış olabilirsiniz ve bunun kabulü ile geçişi yumuşatmaya çalışmalısınız. Örneğin:

> "Eşinizin sevgilisi ile nasıl kaçtığı hakkında konuşmanın sizi oldukça üzdüğünü görebiliyorum. Bunun için sizi suçlayamam. Bu şimdilik kolayca atlayabileceğimiz bir konu. Bunun yerine, yeni kız arkadaşınız hakkında daha fazla şey soracağım."

Ve tabii ki hastanız hızlı ve aniden konuyu değiştiriyorsa, bunun neden olduğunu öğrenmeye çalışmalısınız.

BÖLÜM 11

Zihinsel Durum Değerlendirmesi I: Davranışsal Yönler

ZİHİNSEL DURUM DEĞERLENDİRMESİ NEDİR?

Zihinsel durum değerlendirmesi, hastanın mevcut zihinsel işleyişi hakkında sizin değerlendirmenizdir. Köken olarak geleneksel nörolojik incelemenin bir parçası olan zihinsel durum değerlendirmesi, şimdilerde ilk ruhsal sağlık muayenesinin bir parçasıdır. Bu ve bir sonraki bölümde zihinsel durum değerlendirmesi bir bütün olarak ele alınacaktır. Burada sunulan malzemenin miktarı ve türü ilk bakışta göz korkutucu gelebilir fakat bir kere öğrenildiğinde, otomatikleşecek ve bunu birkaç dakika içinde ele almak kolay olacaktır.

Zihinsel durum değerlendirmesi çeşitli bölümlere ayrılır ve bu bölümler farklı şekillerde düzenlenebilir. Bütün bölümleri ele aldığınız sürece, kendi zihinsel durum değerlendirmenizi istediğiniz gibi düzenleyebilirsiniz. En iyisi bir format seçmeniz, onu ezberlemeniz ve alışkanlık hâline gelene kadar her seferinde zihinsel durum değerlendirmenizi o şekilde yapmanızdır.

Aşağıda birçok meslek dalı için iyi işleyen bir format bulunmaktadır. Bu format zihinsel durum değerlendirmesini iki geniş alana böler: davranışsal ve bilişsel.

Davranışsal Yönler

Davranışsal materyali elde etmeniz için özel sorular sormanıza ya da testler uygulamanıza gerek yoktur. Çoğunlukla hastanızlayken (duygudurum alanı ile ilgili sorulacak bazı sorular bulunmasına rağmen), sadece konuşma ve davranışlarını gözlemlersiniz. Davranışsal yönler aşağıdaki gibidir:

1. Genel görünüş ve davranış
2. Duygudurum
3. Düşünce akışı

Bilişsel Yönler

Zihinsel durum değerlendirmesinin bilişsel kısmı hastanızın ne hakkında düşündüğü (konuştuğu) ile ilgilenir. Bunların değerlendirilmesi sizin tarafınızdan daha çok çaba gerektirir. Bu kısım aşağıdakileri içerir:

1. Düşünce içeriği
2. Algı
3. Biliş
4. İçgörü ve yargılama

Bilişsel yönler Bölüm 12'de açıklanacaktır.

Ben bilmeniz gereken standart terimleri tanımlayıp açıklayacağım. İtalik yazılanlar, sizin bu bilgiye getirebileceğiniz olası yorumlamalara işaret edecektir. Buna rağmen daha başka birçok yorumlamanın da mümkün olabileceğini ve biraz tuhaf görünen davranışları küçük parçalara böldüğünüzde, bu parçaların tamamen normal olabileceğini de aklınızda tutun. Görüşmeniz boyunca, sürekli olarak hastanızın şu an gözlemlediğiniz davranışı ile hastanın geçmiş öyküsüne göre şu an nasıl davranmasının beklenebileceğini değerlendirmeniz gerekmektedir.

GENEL GÖRÜNÜŞ VE DAVRANIŞ

Sadece bakarak bile, bir hasta hakkında çok şey öğrenebilirsiniz. Aşağıdakilerin çoğu, görüşmede tek bir kelime bile konuşulmadan önce fark etmeye başlamanız gereken özelliklerdir.

Fiziksel Özellikler

Hastanızın etnik kökeni ne? *Birçok çalışma, İspanyol kökenli hastaların belirtilerini anglosakson kökenlilere göre daha farklı şekilde rapor ettiğini göstermektedir. Bazı tanılar, örneğin Amerikan yerlileri arasında daha yaygındır. Hastalar, farklı etnik kökenden olan bir klinisyen ile ilişki kurmakta zorlanabilir.*

Bu kişiye kaç yaşında dersiniz? Gösterdiği yaş ve belirtilen kişinin yaşı birbiri ile tutarlı mı? *Yaş belirli tanıları akla getirebilir. Yemie bozuklukları ve şizofreninin görülmesi genç bir hastada daha olasıdır (onlu yaşların son döneminden 30'ların ortasına kadar); buna karşılık melankolinin eşlik ettiği depresyon ya da Alzheimer tipi demans belirtileri yaşlı hastalarda daha yaygındır.*

Hastanızın vücut yapısına dikkat edin. İnce ve uzun mu? Kısa boylu ve tıknaz mı? Kaslı mı? Duruşu nasıl (Dik mi? Çökkün mü?)? Yürüyüşü ve diğer hareketleri zarif mi, yoksa kaba saba mı? Topallama var mı? Farklı fiziksel özellikler var mı; yara izi, dövme ya da bir uzuv eksikliği gibi? Hastanın genel beslenmesini ve ağırlığını nasıl değerlendirirsiniz (Obez mi? İnce uzun mu? Aşırı zayıf mı?)? *Anormal derecedeki zayıflık anoreksiya nervozaya işaret edebilir. Yetersiz beslenme zihinsel bozukluklar ile ilişkili olmayabilir fakat zayıf düşüren kronik bir fizik-*

sel hastalığa, depresyona, madde kötüye kullanımına ya da evsizliğe (homelessness) işaret edebilir.

Kendinizi tanıtırken el sıkıştığınızda, hastanın avuç içlerinin kuru mu, yoksa ıslak mı olduğuna dikkat edin. Elinizi sıkışı kararlı ve içten mi, yoksa güçsüz ve yarı içten mi?

Uyanıklık

Hastanızın uyanıklığı derecelendirilebilir.

- *Tam ya da normal uyanıklık,* çevrenin farkında olmayı ve çeşitli duyusal uyaranlara hızlıca yanıt verebilme kabiliyetini göstermektedir.
- *Sersemlik hâli ve bilincin bulanması,* bir şekilde ayrımsayabilen fakat tam anlamıyla uyanık olmayan kişiler için kullanılır. Sersemlik hâli derken hastanın tam uyanıklık durumuna geçirilebileceği ima edilir. Bilincin bulanması, yüksek doz madde kullanan bir kişide olduğu gibi daha kalıcı olabilir ve genellikle de bilişsel işlevlerde daha ciddi patolojik bozukluğa işaret eder.
- *Koma* durumunda kişi güçlü acı ya da zararlı koku gibi uyarıcılarla dahi hiç uyarılmaz.

Yukarıdaki derecelerin dışında bir de yetersiz bir şekilde tanımlanmış bilinçsizlik anlamına gelebilecek fakat bunun yerine görünüşte uyanık fakat istemli olarak konuşmayan ya da hareket etmeyen bir kişiyi tanımlayan *stupor* durumu vardır.

Tek bir görüşme seansında dalgalanan bilinç durumları ile karşılaşmak da mümkündür. Bilinç düzeyindeki herhangi bir değişim dikkatle not edilmelidir; bunlar, testleri yorumlamanızı ve hastanızın davranışları hakkındaki gözlemlerinizi değiştirebilir.

Bazı hastalar, genellikle normal olarak değerlendirilenden *daha uyanık* görünebilir. Bu kişiler çevrede tehlike sinyalleri arıyormuş gibi hızlı ve tekrarlayan bir biçimde odayı tarayabilir. *Bu tür aşırı tetikte olma ya da aşırı uyarılmışlık paranoid bozukluklarda, bazı madde kullanımlarında (merkezi sinir sistemi uyarıcıları ve halüsinojenler gibi) ve TSSB'de görülür. Bununla birlikte artmış farkındalığa normal insanlarda da rastlanabilir (örneğin, âşıklar ya da belli bir dinî inancı kabul edenlerde).*

Giyim ve Temizlik

Hastanızın giyimi temiz ve bakımlı mı, yoksa kirli ve bakımsız mı? Kıyafet gündelik mi, yoksa resmî mi? Çağdaş mı, yoksa modası geçmiş mi? İklime ve görüşmenin ortamına uygun mu? Herhangi bir takı var mı dikkat edin. *Parlak renkler maniye; gömlekte ya da cekette yanlış iliklenmiş düğmeler gibi sıradan görünen şeyler demansa işaret edebilir. Garip giyiniş, örneğin yetişkin birinin izci kıyafeti giymesi gibi durumlar psikoza işaret edebilir.*

Hastanızın saç stili ve saç rengi ne? Sakalı var mı? Kişisel temizliği nasıl? *Eğer hasta darmadağınsa ya da kötü kokuyorsa, şizofreni veya madde bağımlılığı gibi ciddi hastalıklardan şüphelenin.*

Motor Hareket

Baskın vücut duruşunu değerlendirmeyi deneyin: Görünür bir gevşeme var mı ya da hasta gergin bir şekilde sandalyenin ucunda mı oturuyor?

Motor hareket miktarının farkına varın. Siz konuşurken, hasta sessiz bir şekilde oturuyor mu? Bu, zaman zaman hareketsizlik boyutuna ulaşıyor gibi mi görünüyor? *Azalmış harekete, birçok ruhsal bozukluk durumunda ve çeşitli fiziksel sebeplerden kaynaklanan frontal lob beyin fonksiyon bozukluklarında rastlanır. Tam hareketsizlik çok nadir görülür ve derin bir depresyona ya da katatoniye bağlı olabilir.*

Ruhsal sağlık sorunları olan hastalarda daha yaygın olanı aşırı harekettir. Hastanız huzursuz mu, bacaklarını aşağı yukarı sallıyor mu ya da sık sık yürümek için sandalyeden kalkıyor mu? *Bu tür davranışlar* akateziye *ya da psikozu kontrol altına almakta hâlâ kullanılan eski tip bir antipsikotik ilacın yan etkisine bağlı olabilir. Bazen akatizi o kadar şiddetli olabilir ki hasta yerinde oturamaz ve zamanın çoğunu odanın içinde hiç dinlenmeden gezinerek geçirebilir. Ara sıra olan tedirgin pozisyon değişimlerinin nedeni ise büyük olasılıkla basit kaygı ya da bazen huzursuz bacak sendromudur.*

Çoğunlukla hastanın jest ve mimikleri konuşulan duyguları ya da sözel olarak ifade edilen cümleleri ("ellerle konuşmak") yansıtacaktır. Bununla birlikte bazı jestler, dile getirilmeyen düşünceleri açığa çıkarır –başparmak ve işaret parmağı birleştirilerek yapılan "Tamam" işareti gibi ya da o kadar da iyi olmadığını belirtmek için orta parmağın kaldırılması gibi. Hastanızın ellerini gözlemleyin. Eller rahat bir şekilde birleştirilmiş mi, yoksa sımsıkı yumruk mu yapılmış? Tırnaklar kirli mi, koparılmış mı, lekeli mi ya da özenle manikür mü yapılmış? Titreme var mı? *Bu kaygıya bağlı olabilir fakat parmakları birbirine sürter tarzda (pill-rolling) titreme türü genellikle Parkinson hastalarında ve sahte parkinsonizmde görülür (eski tip antipsikotik ilaçların yaygın bir yan etkisidir).*

Uygunsuz kaşınma, dokunma ya da topluluk içinde sürtünme gibi davranışların farkına varın. Kişi cildini ya da kıyafetlerini yoluyor mu? *Bunun muhtemel bir açıklaması çeşitli fiziksel ve kimyasal nedenlerle oluşan deliryum olabilir. Bir türü deliryum tremans'tır (DT) ve ağır alkol bağımlılığında görülür.*

Özellikle kronik ruhsal bozukluğu olan hastalarda tardiv diskinezi ile ilişkili olabilecek yüz ya da kol ve bacakların istemsiz hareketleri gözlemlemek son derece önemlidir. Kol ve bacaklarda bükme ya da kıvırma hareketleri var mı? Çiğneme, yüzü ekşitme, dudakları büzme ya da dilin dışarı çıkması durumu var mı? Bu hareketlerin hepsi açık bir şekilde olabilir fakat bunlar sıklıkla hafif düzeyde görülür ve bazen fark etmek güç olabilir. Eğer şüpheleniyorsanız, hastanızın diline bakmanızda fayda var; solucan benzeri kas seğirmeleri tardiv diskinezinin erken belirtileri olabilir.

Hastada başka olağan dışı davranışlar da fark edebilirsiniz. *Kişiye özgü ifade tarzına (mannerism)* dikkat edin –amaca yönelik faaliyetlerin bir parçası olan

gereksiz davranışlar gibi (Buna bir örnek bazı insanların bir şey yazmadan önce kalemi döndürmeleri olabilir.). *Kişiye özgü ifadeler bir dereceye kadar yaygın ve normaldir; hepimiz bunları kullanırız.* Bununla birlikte *basmakalıp davranışlar* amaca yönelik değildir. Buna bir örnek, belirgin bir amacı olmadan özgürlük işareti yapmak için defalarca duraklayan bir hasta olabilir. *Beden duruşu,* bir amacı olmayan fakat hastanın takındığı ve koruduğu pozdur (örneğin, Napolyon gibi elini tişörtünün önünden içeri doğru sokması). Amaçsız *negativizm,* ısrarcı sessizlikle ya da görüşmeciyi başka tarafa yöneltmekle kendini gösterebilir. *Mum esnekliğinde,* hasta katı bir şekilde kol veya bacakları tutar ve ancak yavaşça ya da sanki siz yumuşak bir mumu eğiyormuşsunuz gibi sizden gelen bir baskı ile oynatır. *Katalepsisi* olan hastalar siz onları rahat olmaya zorlasanız bile, sizin onları yerleştirdiğiniz her garip ya da sıra dışı duruşu korumaya devam edecektir. *Basmakalıp davranışlara, beden duruşuna, mum esnekliğine, negativizme ve katalepsiye günümüzde artık çok sık rastlanmıyor; sadece hastaneye yatan hastalardan çok ciddi olanlarda görülüyor. Çoğunlukla psikozla- sıklıkla şizofreniye işaret eder.*

Yüz İfadeleri

Gözlerde, ağızda ya da vücudun diğer kısımlarında tikler var mı? Hasta gülümsüyor mu ve genel olarak yüz ifadesindeki değişimler normal mi? *Sabit ve hareketsiz ifade bunamaya, Parkinson hastalığında yaygın olan katılığa ya da antipsikotik ilaçlardan kaynaklanan sahte parkinsonizme işaret edebilir.* Hasta sizinle ne kadar iyi bir göz teması kuruyor? *Psikotik bir hasta sabit bir şekilde size bakabilir; depresyonda ise bakış yerde donup kalmış gibi görünebilir.* Siz konuşurken, hastanız sürekli sanki sizin göremediğiniz şeyler fark ediyor ya da kimsenin duyamadığı seslere karşılık veriyormuş gibi odada göz mü gezdiriyor? *Bu tip içsel bir uyarana karşılık verme davranışı, psikozun çeşitli türlerindeki hastalarda gözlenebilir.*

Ayrıca hastanın size sözel olarak verdiği bilgi ile çelişen diğer davranışlarını da gözlemlemelisiniz:

Hastanız antipsikotik ilaçlar kullandığını reddederken, akatiziden kaynaklanan motor huzursuzluk fark edersiniz.

Hastanız üzgün görünmesine ve neredeyse ağlayacak gibi görünmesine rağmen, neşeli hissettiğini iddia eder.

Ses

Konuşurken, hastanızın sesinin yüksekliğine, perdesine ve berraklığına dikkat edin. Normal bir iniş çıkışı (*prosodi* olarak da adlandırılır) mı var, yoksa monoton ve sıkıcı mı? Dil bilgisinin kullanımından, eğitim ve aile geçmişi hakkında bir şey söyleyebilir misiniz? Aksan hastanın yetiştiği ülke ya da bölgeyi yansıtıyor mu? Hasta kekeliyor, peltek konuşuyor, mırıldanıyor ya da diğer bazı konuşma bozukluklarını gösteriyor mu? Alışkanlıktan kullanılan kelime-

ler ya da deyimler gibi konuşmada kişiye özgü ifadeler var mı? Sesin tonunu nasıl nitelendiriyorsunuz: Arkadaşça, kızgın ya da üzgün?

Muayene Edene Karşı Tutum

Hastanızın sizinle ilişkisini tanımlayabileceğiniz çeşitli boyutlar bulunmaktadır:

İş birlikçi → engelleyici
Arkadaşça → düşmanca
Açık → ketum
İlgili → kayıtsız

Hastanızın her bir faktörden aldığı puanların sol tarafa uzaklığı, elde etmeyi bekleyeceğiniz bilginin miktarına ve ayrıca ilişkinizin gücüne karar vermenize yardımcı olacaktır. Ek olarak kışkırtıcı ya da baştan savmaya yönelik ipuçlarını da not ediniz.

DUYGUDURUM

Duygudurum ya da *duyuş (affect)* terimleri, çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Bugünlerde bazı klinisyenler, bu terimleri birbirinin yerine kullanmaktadır. Ben duygudurumu, kişinin hissettiğini iddia ettiği duyguyu ve *duyuşu* da kişinin nasıl hissediyor göründüğünü tanımlamak için kullanacağım. Bundan dolayı, duyuş sadece belirtilen duygudurumunu değil, yüz ifadesini, duruşu, göz kontağını (ya da eksikliğini) ve ağlamaklılığı da belirtmektedir.

Duygudurumu (ya da duyuş) çeşitli boyutlarda tanımlanmaktadır: tür, değişim hızı, uygunluk ve (bazı gözlemcilerce) yoğunluk.

Tür

Hastanın duygudurum *türü* nedir? Bu basitçe duygudurumunun temel kalitesi anlamına gelebilir. Bölüm 7'de duyguların 60 ifadesine yer vermiştim (bk., Tablo 7.1), fakat onlar sadece birkaç temel duyguduruma indirilebilir. Fakat sorun, "temel"in tam olarak ne olduğu konusunda bir görüş birliği olmamasıdır. Aşağıda birçok yazarın en çok fikir birliğine vardığı temel duygular yer almaktadır:

Öfke
Kaygı
Küçümseme
Tiksinme
Korku
Suçluluk
Sevinç
Sevgi
Üzüntü
Utanç
Şaşkınlık

Hastanızda bir duygudurum genellikle daha baskın olacaktır. Öyle olmadığında, *normal* ya da *ortalamaya yakın* uygun bir tanım olacaktır.

Muhtemelen hastanızın duygudurumu, gözlemleyebileceğiniz kadar açık olacaktır. Eğer değilse şunları sorun:

"Şu an nasıl hissediyorsunuz?"

"Şu anki duygudurumunuz nedir?"

Eğer üzüntü fark ettiyseniz, şöyle sorabilirsiniz:

"Ağlayacak gibi mi hissediyorsunuz?"

Bazen hasta gözyaşlarına boğulacaktır –yeni başlayan görüşmeciler için stres verici bir tepki olabilir fakat bazen hastalar için terapötik olmaktadır. Böyle durumlar için kâğıt mendil edinin ve bu tepkinin altında yatan duyguları öğrenmeye çalışın.

Hastanızın beden dilinden de çeşitli çıkarımlar yapabilirsiniz. Aşağıda duygularla ilgili sözel olmayan işaretlerden birkaçı verilmiştir:

Kızgınlık: çenenin sıkılması, yumruğun sıkılması, yüz ya da boyunda kızarma, parmaklarla ritim tutma, boyun damarlarının genişlemesi, sabitlenmiş bakış

Kaygı: ayakları sallama, parmakları bükme, sahte bir kayıtsızlık (örneğin kürdan kullanmak)

Üzüntü: gözlerin ıslanması, omuzların düşmesi, yavaşlamış hareketler

Utanç: zayıf göz kontağı, yüz kızarması, omuz silkme

Bazı hastalar nasıl hissettiklerini tanımlamakta hatta fark etmekte zorluk yaşıyor olabilirler. Bazıları da hiç hissedemiyormuş gibi görünebilirler. Burada tekrar *aleksitimi* teriminden bahsedeceğim, aleksitimi duyguları tanımlama ya da fark etmede eksiklik olarak tanımlanmaktadır.

Değişkenlik

Normal insanlar bile kısa bir zaman diliminde iki ya da daha fazla duygudurumu sergileyebilir. Örneğin, bir oyun ya da filmin eğlenceli fakat dokunaklı bir sahnesinde kişi neredeyse aynı anda hem gülüp hem de ağlayabilir. Fakat duygudurumunun uçlarda değişmesi genellikle anormaldir ve ruh sağlığı görüşmelerinde gözlemlenmelidir. Bu tür duygudurum değişimleri, *duygudurum değişkenliğinde artış* şeklinde ifade edilir. *Kişilik bozukluğu olan bazı hastalar, dakikalar içinde coşkunluktan gözyaşına kadar değişen ciddi duygudurum değişimleri gösterebilir. Manik öforisi olan bir hasta, birden bire gözyaşlarına boğulabilir, sonra hızla keyfi yerine gelebilir* (mikro depresyon *terimi, bazen bu durumu tanımlamak için kullanılmaktadır). Bilişsel bozukluklarda ani duygu-*

durum değişimleri, duyuşsal anlamda kendini tutamama (affective incontinence) *terimini karşılayacak kadar şiddetli olabilmektedir.*

Tam tersi bir durum da hasta azalmış duygudurum değişkenliği gösterdiği zaman ortaya çıkar. Bu şekilde çevresel uyaranlara karşı tepki eksikliği, *donuklaşmış duygudurumu* olarak tanımlanır. Bazı yazarlar *donuklaşmayı* duygudurumun genişliğinde daralma olarak ve *küntleşmeyi* de duygusal hassaslıktan yoksunluk olarak kullanmasına rağmen, küntleşme terimi *donuklaşma* ile eş anlamlı olarak da kullanılmaktadır. *Terimler nasıl tanımlanırsa tanımlansın, bu kişiler diğer insanların duygularıyla bağlantı kuramıyor gibi görünür. Genellikle şizofreniye işaret ettiği düşünülse de duygudurumun göreceli sabitliği ayrıca şiddetli depresyonda, Parkinson hastalığında ve diğer nörolojik durumlarda görülür. Hiçbir şeyin hastayı etkilemiyor gibi göründüğü duyuşta* uysallık (blandness) *ise genel olarak demansta görülür.*

Uygunluk

Duygudurumun *uygunluğu,* hastanın duygudurumunun olay ve düşünce içeriği ile ne derece uyum gösterdiğine dair sizin görüşünüzdür. Yargınız iki kültürden etkilenecektir: sizin kendi kültürünüz ve hastanın kültürü. Birçok insan zaman zaman uygun olmayan duygusal tepkiler gösterse de bahsedilen uygunsuzluk belirli tanı gruplarında yaygındır. *Örneğin; üzücü bir şey anlatırken (mesela yakın bir akrabanın ölümü) kıkırdayan ya da gülen biri şizofreni olabilir.* Patolojik duyuşa *(uygunsuz gülme ya da ağlama) multipl skleroz ve inme gibi çeşitli nedenleri olan psödo bulber palsi vakalarında rastlanabilir. DSM-5'e göre somatik belirti bozukluğu (DSM-IV somatoform bozukluğu) olan hastalar, bazen fiziksel yetersizliklerinden (felç, körlük) hava durumundan bahsediyor gibi bir kayıtsızlıkla bahsedecektir. Uygunsuz duygudurumun bu özgül türü,* güzel aldırmazlık *(Fransızcadaki "lofty indifference: büyük aldırmazlık") olarak adlandırılır.*

Bunlara ve ifade edilmeyen duyguların ipuçlarına karşı sürekli olarak tetikte olmanız gerekirken, aşırı yorum yapmamak da önemlidir. Bunun yerine gözlemlediklerinizi, duyduklarınızla ve aynı koşullar altında siz nasıl hissederdiniz onlarla ilişkilendirmeye çalışın. Gözyaşları tartışılan konudan mı kaynaklanıyor, yoksa hastanız doğal olmayan bir şekilde üzgün mü görünüyor? Gülümsemesi içten ve gerçek mi, yoksa gerçek duyguları saklamak için zorlama bir gülümseme mi?

Yoğunluk

Buna karar vermek öznel ve bu nedenle de biraz keyfî olmasına rağmen, duygudurumun yoğunluğunu hafif, orta düzeyde ve şiddetli (distimiden psikozun eşlik etmediği ve psikozun eşlik ettiği majör depresyon kadar olan boyutu düşünün) olarak derecelendirebilirsiniz. Duygudurumun tepkiselliğini de not almak isteyebilirsiniz: Kısa süreli mi, uzun süreli mi, yoksa ikisinin arasında bir yerde mi?

DÜŞÜNCE AKIŞI

Düşünce akışı terimi, aslında yanlış kullanılan bir terimdir. Bizim ilgilendiğimiz düşüncedir, fakat gerçekte algıladığımız ise konuşmanın akışıdır. Burada varsayılan, hastanın konuşmasının düşüncelerini yansıttığıdır.

Burada bahsedilen birçok sorun, sadece hastalığın akut aşamasında belirgin olarak gözlemlenir. Bu sorunlar genel olarak iki grupta toplanabilir: (1) bağlantı eksiklikleri (kelimelerin bir deyim ya da cümle oluşturmak için bir araya geliş şekli) ve (2) anormal hız ya da ritim.

Ruh sağlığı çalışanları bu tanımlarda her zaman uzlaşmayabilir. Bu nedenle ortak bir görüşü benimsemeye çalıştım. Bununla birlikte, hastanızın kendi konuşmasından örnekleri tırnak işareti içinde not ederseniz daha güvenilir olacaktır. Bu notlar; size daha sonra hastanızın tam olarak ne söylediğini hatırlamanızda, notlarınızı okuyan başka birinin kullandığınız terimleri anlamlandırmasında ve gelecekte tedavi ile birlikte sağlanabilecek düşünce örüntülerindeki değişimin kaydının tutulmasında faydalı olacaktır.

Hastanızın konuşmasından patolojik anlamlılığı olan aşırı çıkarımlar yapmamaya özen gösterin. Sizinkinden farklı konuşma örüntülerinin oluşmasında; nörolojik ya da diğer tıbbi bozukluklar, kültürel farklılıklar ya da farklı ana dil kullanan bir ülkede büyümüş olmak rol oynayabilir.

Çağrışım

Öncelikle konuşmanın kendiliğinden mi, yoksa sadece sorulara cevap olarak mı oluştuğuna dikkat edin. Eğer ikinci durum geçerli ise, hastayı kendiliğinden konuşturmaya teşvik etme konusunda sıkıntı yaşayabilirsiniz:

> "Bana verdiğiniz bütün cevaplar için çok teşekkür ederim. Fakat şimdi sorununuz hakkında bir süre sadece sizin konuşmanızın yardımcı olacağını düşünüyorum. Bu yolla, sizi neyin rahatsız ettiğine dair daha iyi fikir edinebilirim."

Bu yöntem başarılı olmuyorsa, konuşma örüntüleri konusunda elde edeceğiniz bilgi sınırlı olacaktır. Konuşma örneklerini ve daha fazla bilgi edinmek için giriştiğiniz çabaları not edin.

- *Sapma (derailment).* Bazen *gevşek bağlantı* olarak da kullanılan sapma, bir düşüncenin diğerine etki etmesi şeklinde oluşan düşünce bağlantısındaki bozulmadır. Bu iki düşünce birbiri ile bağlantılı olabilir de olmayabilir de. Cümlelerin sıralanışını anlayabilirsiniz fakat konuşmanın genel gidişatı mantıkla değil, kafiye ile kelime oyunları veya gözlemci tarafından kolay anlaşılamayan diğer kurallarla ilerler. Sonucunda, hastaya bir şeyler ifade eden ama size etmeyen bir konuşma ortaya çıkar:

"Bana bir sabah bir şeyler söyler ve diğeri dışarı."

"Yarım ekmek, tam bir Meksika böreğinden iyidir."

"Bir daha asla o mağazaya geri dönmeyeceğim. Ayakkabılarım için yeterli kum yok."

- Kopuk bağlantının özel bir türü bir düşüncenin kelime ya da deyimlerinin hastayı başka bir düşünceye sevk etmesi şeklinde oluşan *düşünce uçuşmalarıdır. Hasta (ve siz) birbirini takip eden iki fikir arasındaki ilişkiyi kurabilseniz bile, bütüne bakıldığında düşünce sürecinin bir amacı yokmuş ve hasta genellikle orijinal konuda ipin ucunu kaçırmış gibi görünür.*

GÖRÜŞMECİ: Hastaneye ne zaman geldiniz?

HASTA: Bir Pazartesi geldim. Pazartesi yıkanma günüdür. Bu da aynen benim yapacağım şey –bu adamın saçlarını yıka. O bir kaplumbağa; ben de bir tavşanım.

Manisi olan hastaların, genellikle onları konuşmaya iten (bu bölümde daha sonra tanımlanacak) düşünce uçuşmaları vardır.

- *Teğetsel konuşma.* Bu terim sorulan soruya verilen alakasız cevaplar için kullanılır. Soru ile cevap arasında bir ilişki varsa bile fark etmek oldukça güçtür.

GÖRÜŞMECİ: Ne zamandan beri Wichita bölgesinde yaşıyorsunuz?

HASTA: Karıncayiyenler bile, Fransız öpücüğünü sever.

Sapma ve teğetsel konuşmaya genel olarak psikozda ve sıklıkla şizofrenide rastlanır fakat manisi olan hastalar da bu belirtileri sergileyebilir.

- *İfadede fakirlik.* Normale göre kendiliğinden konuşma miktarında fark edilir bir azalmadır. Siz sorduğunuz soruları ayrıntılandırmasını beklerken; hasta, kısa cevaplar verir ve müdahale edilmediği sürece uzun süreler hiçbir şey söylemeyebilir. Bu davranış aşırı sessizliğe dönüşürse çok az konuşma ortaya çıkabilir ya da hiç konuşma olmayabilir. *Depresyonlu hastalar ifadede fakirlik gösterebilir. Sessizlik daha çok şizofreninin bir özelliğidir fakat bazen somatik belirti bozukluğunda da rastlanabilir.* Bu, *nörolojik kaynaklı olan* aphoniden (ses yitimi) *ayırt edilmelidir.*

Buradan sonraki terimler, klinik görüşmelerde çok nadir olarak rastlanan konuşma patolojisine işaret eder. Onları da kısaca tanımlayacağım fakat büyük bir psikiyatri hastanesinde çalışmadıkça, bu davranışlarla birkaç yıl içinde birden fazla kere karşılaşma olasılığınız çok düşük. Aşağıdakilerin çoğu, genellikle şizofreni hastalarında oluşur fakat nörobilişsel kökenli psikozlarda da görülebilir. Bir örneği ile karşılaştığınızda, bunu not ettiğinizden emin olun ve hastanın neden böyle bir cevap verdiğini öğrenmeye çalışın.

- *Düşünce bloklama.* Düşüncelerden oluşan tren, daha istasyona varmadan birden bire durur. Düşünce "unutulduğundan", hasta genellikle daha ayrıntılı bir açıklama veremez.
- *Aliterasyon.* Kasıtlı olarak aynı ya da benzer seslerin çoklu tekrarlarını içeren yapı ya da cümleler: "Kör bir kayıkçı gördü, ben gördüm, kulaklarım gördü, vapur kudurdu kuduz gibi böğürdü..."
- *Uyak çağrışımları.* Kişinin kelime seçimi iletişimin gereklerine değil, ritim ve seslerin benzerliklerine dayalıdır.

GÖRÜŞMECİ: Sizi hastaneye kim getirdi?

HASTA: Eşim, o hayatımın eşi benim, yok onunla bir işim.

- *Ekolali.* Hasta bir soruyu cevaplarken, gereksiz bir biçimde görüşmecinin kullandığı kelimeleri ya da yapıları tekrar eder. Bu bazen çok incelikle yapılmış olabilir ve siz bunu ancak birçok tekrarlamadan sonra fark edebilirsiniz.

GÖRÜŞMECİ: O zaman ne kadar süreyle hastanede kalmıştınız?

HASTA: Ne kadar süreyle hastanedeydin? Uzun bir süre hastanedeydim, işte o kadar süredir hastanedeydim.

- *Laf kalabalığı (Verbijerasyon).* Hasta açıkça bir amacı olmadan bir kelimeyi ya da cümle yapısını tekrarlar: "Ölüm gibi hareketsizdi. Ölüm gibi. Ölüm gibi hareketsiz. Ölüm. Hareketsiz ölüm gibi."
- *Tutarsızlık (incoherence)* Hasta o kadar dezorganizedir ki söylediği kelimeler ve cümle yapılarında bile mantıksal bir bağlantı yokmuş gibi görünür: "fındıklarla kablolar, defterimizde fare izi var ve gecede bardak..." (Muhabir Serene Branson 2011 yılında canlı yayında anlamsız bir şekilde konuştuğunun farkındaydı. İlk başta felç geçiriyor olduğu düşünülse bile, sonrasında bunun bir migren aurası olduğu ortaya çıktı.). Bazen tutarsızlık terimi yerine, daha renkli bir terim olan *kelime salatası* terimi de kullanılır.
- *Neolojizm.* Sanatsal bir niyet olmadan (Ferhan Şensoy'un "keskelaka" lafı gibi) hasta kelimeler uydurur, sıklıkla da bu yeni kelime başka kelime parçalarından oluşur. Ortaya çıkan yapı kulağa çok özgün gelebilir. "Onun şapkalakablarımı [ayakkabılarımı] kullanmasını istememiştim. Ben de ona elimdeki ayatorşetlerle [poşet] vurdum."
- *Perseverasyon.* Hasta kelimeleri ya da cümle yapılarını tekrar eder ya da daha önce üstünden geçilen ya da bahsedilen bir noktaya sürekli geri döner.

GÖRÜŞMECİ: Kız arkadaşın nasıl biriydi?

HASTA: Ooo, uzun sarı saçları vardı ve onları atkuyruğu yapardı.

GÖRÜŞMECİ: Eski eşinle sorun yaşarken onun seni desteklediğini hissettin mi?

HASTA: Fakat kendisi o kadar uzun boylu değildi. 1.52'den biraz fazla.

GÖRÜŞMECİ: Asıl duymak istediğim onunla ilişkinize dair şeyler.

HASTA: Çekiciydi, gerçekten çekiciydi.

Tekrar eden motor davranış şeklinde de kendini gösterebilen perseverasyon, genellikle bellek bozukluklarında görülür ve beyinden kaynaklanabilecek organik bir bozukluğa işaret edebilir.

- *Yapmacık konuşma.* Aksan, yapı ve kelime seçimi konuşmaya, sanki hasta tümüyle başka biriymiş gibi doğal olmayan ya da acayip bir tat verir. İngiliz aksanından etkilenen ya da sık sık İngiliz şivesini kullanan bir Amerikalının yapmacık bir konuşması olduğu söylenebilir.

Konuşmanın Zamansal Oranı* ve Ritmi

Seri olarak ve uzun konuşan hastaların *konuşma itkisi (konuşma baskısı)* gösterdikleri söylenebilir. Bu hastalar genellikle çok sesli konuştukları için ve onların lafını bölmek zor olduğu için bu hastalarla yapılan görüşmeler görüşmeci için zorlu olabilir. Konuşma itkisi, genellikle *cevapta gecikmenin azalması* ile ilişkilidir; bu durumda sizin sorunuz ve hastanın cevabı arasındaki süre dikkat çekici bir biçimde azdır. Bazen cevap neredeyse siz soruyu bitirmeden gelir. *Konuşma itkisi ve cevapta gecikmenin azalması, genellikle manisi olan hastalarda görülür. Bu hastalar, size kelimelerinin düşünce hızlarına yetişemediğini söyleyebilir.*

Cevapta gecikmenin arttığı hastalarda ise cevap için beklenen süre normalden çok daha uzundur ya da cümleler arasında uzun beklemeler vardır. Açıklama sonunda bittiğinde, size kısa gelebilir ve dayanılmaz derecede yavaş elde edilmiştir. *Daha genel psikomotor yavaşlama ve cevapta gecikmenin artması, şiddetli depresyonda ve nörolojik bozukluklarda görülebilir.*

Hecelerin zamanlaması normalden saptığı zaman konuşmanın ritminde bozukluk meydana gelir. *Kekeleme* bu bozukluklardan biridir. *Hızlı konuşmada* ise hasta hızlı bir şekilde konuşur ve dil dolanması ya da düzensizlik görülür. Serebellar lezyonları olan hastalar, her heceyi bir önceki ile aynı hızda söyleyebilir; bu da çok eşit olan bir zamansal oranı ortaya çıkarır. Kas distrofisinin bir türüne sahip hastalar, kümeler hâlinde konuşabilir ya da heceleri söylemekte zorlanabilir.

Diğer konuşma örüntülerinde patolojik olarak anlamlı bir şey yoktur. Buna rağmen dinleyici tarafından fark edilebilirler. Bunları kullanan kişi, ne sıklıkla kullandığından tamamen habersiz olabilir.

* Ç.N: Zamansal oran, *rate* kelimesi karşılığı olarak kullanılmıştır. Bu kelime oran anlamına gelse bile, burada bahsedilen zamanlama ile ilişkili orandır.

Ayrıntılı konuşma, konuşmadaki temel mesajın dışında çok fazla konu dışı materyale yer vermek anlamına gelir. Bu yaygın konuşma örüntüsünde, dinleyenin zaman ve sabrı pahasına da olsa konuşmacı sonuçta varmak istediği noktaya varır.

Bölünen konuşmada, konuşmacının dikkati konuşma dışındaki uyaranlar tarafından bölünebilir. Koridordan gelen ses ya da camda kanat çırpan bir böcek, konuşmayı bambaşka (genellikle geçici olsa da) bir yöne sokabilir. Bölünen konuşma, genellikle normaldir fakat manide de rastlanabilir.

Sözel tikler, zaman zaman çoğu kişinin fark etmeden aşırı kullandığı olağan ifadelerdir. Bu zaman doldurucular sıkıcı olsa bile, neredeyse her zaman normaldir.

"Bilirsin"

"Şey"

"Temel olarak"

"Gerçekten"

"Müthiş"

Konuşma örüntüleri içinde bahsedilen birçok terim kafa karıştırıcıdır ve birçok uzman onları değişik şekillerde kullanır. Bir kez daha, notlarınızı olabildiğince açık hâle getirebilmek için patolojik olarak gördüğünüz konuşma örneklerini kelimesi kelimesine not etmenizi şiddetle tavsiye ediyorum.

BÖLÜM 12

Zihinsel Durum Değerlendirmesi II: Bilişsel Yönler

Bölüm 11'de bahsedilen neredeyse bütün bulgular, pasif gözlem yoluyla elde edilmektedir. Fakat görüşmeci, bu bölümde bahsedilecek bilgileri elde edebilmek için gözlemin yanında aktif sorgulamayı da kullanmalıdır.

FORMAL BİR ZİHİNSEL DURUM DEĞERLENDİRMESİ Mİ YAPMALISINIZ?

Bir hastanın genel değerlendirmesinde çok önemli yeri olmasına rağmen, bazı klinisyenler hâlâ zihinsel durum değerlendirmesinin bilişsel yönlerini değerlendirmekte ya da raporlamakta başarısız olmaktadır. Bazıları da "Bugünün tarihi nedir?" ve "Cumhurbaşkanımız kimdir?" gibi açık ve rutin soruların sorulmasının net bir şekilde sağlıklı görünen bir yetişkin için küçük düşürücü olduğunu düşünmektedir. Buna bağlı olarak da bazı kişiler, örneğin akrabalar tarafından hastanın bellek sorunları olduğunun belirtilmesi gibi pozitif bir belirti olmadan formal testleri yapmamayı seçmektedir.

Çoğu vakada, hemen konuya girmez ve ses duyup duymadığını sormazsınız muhtemelen. Fakat sormadığınız sürece de hastanın o alanda bir bozukluğu olup olmadığından asla emin olamazsınız. Bu nedenle; özellikle de bu mesleğe yeni başlıyorsanız, formal zihinsel durum değerlendirilmesini her hastaya yapmanızı şiddetle tavsiye ediyorum. Hastanın sorularla ilgili küskünlüğünü ya da sizin kendi utancınızı azaltmanız için bazı yollar izleyebilirsiniz.

- Haştaya ne yapacağınızı anlatarak başlayın. Bu soruların standart olduğunu ve hastanın söylediği ya da yaptığı özel bir şeyin bu soruların sorulmasına neden olmadığını açıklayın.

"Şimdi size sadece birkaç dakika sürecek bazı rutin sorular soracağım. Bunlar, sizin nasıl düşündüğünüz hakkındaki değerlendirmeme yardımcı olacak."

Rutin ya da *normal* gibi kelimeler, eğer yapılmazsa eksiklik olacağını vurgulayarak sürece dikkati çekecektir.

- Gerçeği söylediğiniz sürece ne kadar olumlu pekiştireç gerekiyorsa kullanın:

  "Mükemmel! Bu hafta gördüğüm en iyi hesaplamaları yaptınız."

- Bu soruların yarattığı herhangi bir strese nazikçe karşılık verin. Eğer gerekliyse; sorun yaratan alana bir ara verip sonra tekrar dönün:

  "Akıldan hesaplamalarda yedi çıkarmak biraz zor. Şimdi bir mola verelim ve bunun yerine cumhurbaşkanlarını sayalım."

- Eğer değerlendirmenin bu kısmını görüşmenin başında yaparsanız, herkes kendini daha rahat hissedecektir. Eğer bunları tedavi aşamasına gelene kadar ertelerseniz kendinizi ve hastanızı utandırma olasılığınızı arttırmış olursunuz.

Deneyimli profesyonelleri izleyen herkes, onların zihinsel durum değerlendirmesinde her hastaya her soruyu sormadığını gözlemleyebilir. Zaman ve deneyimle, klinisyenler hangi hastalar için hangi testlerin çıkarılabileceğini ve hangilerinin her seferinde uygulanması gerektiğini öğrenecektir. Fakat öğrenme sürecindeyken, ben bütün prosedürlerin her seferinde uygulanmasını tavsiye ederim. Bu yolla tamamını öğrenecek ve her test için hangi cevabın normal olduğu konusunda kendinizi geliştireceksiniz. Uzman olduğunuzda (birkaç yüz değerlendirmenizden sonra), hangi testlerin ne zaman çıkarılacağına karar verebilirsiniz.

Zihinsel durum değerlendirmesi tamamen şu anki davranışlar, deneyimler ve duygularla ilgilenir. Bununla birlikte, geçmişteki ilgili öyküyü de kapsama dâhil etmek uygundur. Tarama sorularının çoğunun "Hiç ..." şeklinde başlamasının sebebi de budur.

İlerleyen sayfalarda üstünde durulan deneyimlerin bazıları hastaların samimi bir şekilde cevap vermeye isteksiz olacakları kadar olağan dışıdır. Böyle bir isteksizliği ele almak için insanların stresliyken, hastayken ya da ilaç kullanınca çok değişik deneyimler yaşayabileceğine vurgu yapılabilir. Soruşturmanızı bu şekilde çerçevelendirmeniz kaygıyı azaltmaya yardımcı olacak ve hastanızı bilmek istediklerinize cevap vermek konusunda teşvik edecektir.

DÜŞÜNCE İÇERİĞİ

Konuşan kişi o anda neye odaklanmışsa, bu onun *düşünce içeriğidir*. Şimdiki hastalık öyküsünde düşünce içeriği, genellikle hastayı tedavi aramaya yönlendiren nedenlerle ilgili olacaktır.

Yaptığınız her değerlendirmede çeşitli düşünce içeriklerine değinmeniz gerekir. Hasta bunların bazılarından kendiliğinden bahsedecektir fakat diğerlerini tarama soruları sorarak siz keşfetmelisiniz

Düşünce anormalliklerini araştırırken hastanın sizi sempatik ve arkadaşça görmesini devam ettirecek, nazik bir şekilde sorgulama yapın. Anlık yargılamalar yapmayın ve duyduğunuz cevap karşısında şaşırmayın. Unutmayın ki tabakların uçması ya da konuşan balıklar gibi tuhaf fikirler, sizin inandığınız (din ya da politika gibi) şeylerin size normal gelmesi gibi hastaya da normal gelebilir.

Sanrılar

Sanrı (delüzyon), hastanın kültürü ve eğitimi ile açıklanamayan sabit ve yanlış inançtır. Bir düşüncenin sanrı olarak tanımlanabilmesi için tanımın tümüne uyması gerekmektedir. Hastanın aynı kültürün diğer insanlarına göre açıkça yanlış olan bir inancı ya da fikri olmalıdır; bu inanç, yanlış olduğuna dair kanıt olmasına rağmen sarsılmaz olmalıdır.

"Başkanı korumak için gönderildim." 73 yaşındaki bu hasta, kronik bir alkolik ve yıllardır çalışmıyor.

"Kocam sokağın karşısındaki kadınla seks yapmak için gizlice gidiyor. Ona güneşlikle işaret veriyor." Kocası iç geçirerek prostat ameliyatından sonra iktidarsız olduğunu belirtmiştir.

"Benim adımın baş harfleri J. C. Bu demek oluyor ki ben İsa'yım (İngilizcede İsa: Jesus Christ).Altı kardeşinin ifadesine göre o yıllardır hasta.

Hastanızın inancının gücünü, şunu sorarak test edebilirsiniz:

"Bu hislerinizin bazı sinirsel ya da duygusal sorunlardan kaynaklı olma ihtimali var mı?"

Hasta "Hayır" diye cevaplarsa ve hastane personelinin de komplonun içinde olduğunu iddia ederse, düşünceyi sanrı olarak alabilirsiniz.

Bazı hastalar, aynı şekilde zorlandıklarında, başka bir alternatifin olabileceğini kabul edebilir; onlar için sanrı teşhisi konulmaz.

"Sadece bazı plan ve entrikalar varmış gibi görünüyor."

"Muhtemelen hayal ürünü."

"Son zamanlarda sinirlerim baya kötü."

Hasta yanlışlayan kanıtlara rağmen, hatalı bir açıklamayı devam ettiriyorsa onu sanrı olarak tanımlayın.

Kültürel/eğitimsel ölçütlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği için bir Navajo'nun cadılara inanması ya da bir çocuğun Noel Babaya mektup yazması sanrı olarak adlandırılamaz.

Sanrıları aşağıdaki sorularla sorgulayabilirsiniz (cevaplar için uygun duraksamaları yaparak):

"Hiç başkalarının sizi izlediğine ya da sizin hakkınızda konuştuğuna veya size herhangi bir şekilde zarar vermeye çalıştığına dair düşünceleriniz ya da hisleriniz oldu mu?

"Hiç olağan dışı mesajlar aldınız mı?"

"Diğer kişilerin olağan dışı olduğunu düşündüğü başka fikirleriniz ya da düşünceleriniz oldu mu?"

Çok olağan dışı oldukları için bazı iddiaların gerçek olmadığını kolaylıkla anlayabilirsiniz (örneğin, tipik bir tuhaf sanrı olan uzaylılar tarafından bir uzay gemisinde alıkonulmak). Bazıları ise sizi bir an düşündürebilir: "Bu hikâye gerçekten doğru olabilir mi?" Hastalar bana eski eşlerinden ya da eski iş ortaklarıyla davalarından kaçınma çabalarından bahsettiklerinden, bu tür bir sorgulama yaşarım. Bazen de bazı akrabalar gerçekten de bir evliliği bozmaya çalışıyor olabilir. Benzer hikâyeler içsel tutarsızlıklar nedeniyle bazen çökse de, doğrunun ne olduğunu anlamak için üçüncü kişiler tarafından doğrulamaya ihtiyaç duyabilirsiniz.

Hastalar, genellikle diğer insanların onların sanrısal (delüzyonel) düşüncelerini olağan dışı ya da garip bulacağının farkındadır ve bu sanrıları bir müddet saklayabilir. Genellikle sempatik, ilgili, yargılayıcı olmayan bir tutum hastanın gerilimini azaltacak ve bu sorunları özgürce konuşma imkânı sağlayacaktır. Hastaya yansız sorular sorarak sanrının ayrıntıları üzerine konuşabilirsiniz ve diğer kısımlarını da kendiliğinden anlatmasını sağlayabilirsiniz:

"Durumun böyle olduğunu [sanrıyı] nasıl bilebiliyorsunuz?"

İnce bir çizgide yürümek zorunda kalabilirsiniz: Sanrılara meydan okursanız, hastayı altüst edebilirsiniz; sanrıları kabul ederseniz de bu yanlış fikirlerin hastanın aklında iyice doğrulamasına neden olursunuz. Eğer mümkünse hiç fikir bildirmemeniz ya da ne inançsızlık ne de körü körüne inanma göstermemeniz daha güvenli olacaktır. Eğer hasta fikrinizi söylemeniz için ısrar ediyorsa dürüst bir şekilde şunu ifade edebilirsiniz:

"Birçok kişi bunun [sanrının] olağan dışı olduğunu düşünecektir."

Bu, hastanın zaten bildiği bir şey olacağından onda şok etkisi yaratmayacak ve genellikle de tatmin edici olacaktır. Eğer hasta daha fazla ısrar ederse, daha ayrıntılı cevap vermek zorunda kalabilirsiniz:

"Bence sıkıntınız için başka açıklamalar da hesaba katılabilir. Yanılıyor olabilirsiniz ya da bu, sinirsel bir şey olabilir."

Bu açıklamalar kesin olmayan bir şekilde hastaya sunulduğu için genellikle fazla tartışma yaratmayacaktır. Eğer tartışma yaratırsa, siz ve hastanız iyi niyetli bir şekilde aynı fikirde olmamak konusunda karara varabilirsiniz.

Bir sanrıyı fark ettiğinizde, onun hakkında öğrenebileceğiniz her şeyi öğrenin –özellikle bunun hastanın hayatının farklı alanlarını ne ölçüde etkilediğini. Aşağıdaki sorular yardımcı olabilir:

"Ne kadar süredir böyle hissediyorsunuz?"

"Sonuç olarak neler yaptınız?"

"Başka neler yapmayı planlıyorsunuz?"

"Bu olup bitenler hakkında nasıl hissediyorsunuz?"

"Sizce bunlar neden oluyor?"

Daha belirgin olan "Neden..." soruları da –"Sizce neden kovuldunuz?"– sanrıları ortaya çıkarmanın diğer bir yoludur.

Son olarak sanrılar *duygudurum ile uyumlu* mu? Yani sanrıların içeriği hastanın duygudurumuna uygun mu? Aşağıda duygudurum ile uyumlu bir sanrı örneği vardır:

Cehenneme gideceğine sonuna kadar inanan orta yaşlı bir adam, depresyon tanısı ile hastaneye yatmıştır. Başucunda toplanan tıbbi personelin, ona günahları sonucunda hak ettiği cezayı uygulamak için orada toplanmış şeytanlar olduğunu düşünmektedir.

Ve duygudurum ile uyumsuz bir sanrı örneği:

Senelerdir kronik psikoz olan yaşlı bir kadının ayrıca kalp yetmezliği nedeniyle ayak bileğinde şişlik vardır. Bu yaşlı, kadın evinin bodrum katına Naziler tarafından yerleştirilen ve vücut sıvısını ayaklarına çeken bir tür çekim makinesi yerleştirildiğini belirtmektedir.

Duygudurum ile uyumlu sanrılar sizin duygudurum bozukluklarından şüphelenmenizi; duygudurum ile uyumsuz sanrılar ise şizofreniden şüphelenmenizi sağlamalıdır.

Sanrı Çeşitleri

Çok sayıda hasta ile görüşme yaptığınızda, büyük olasılıkla çok farklı ve çeşitli sanrılarla karşılaşacaksınız. En yaygın olanlardan bazıları şunlardır:

- Ölüm. *Nihilistik* sanrılar olarak da bilinen bu belirti, sanrıların uç bir noktasıdır.

- Büyüklük (Grandiyözite). Hastanın yüce bir mevkide olduğuna (Tanrı, Beyoncé gibi) ya da diğer insanlara bahşedilmeyen bir güce (çok zengin olması, virtüoz gibi bir müzik kabiliyetine sahip olması, sonsuz hayata sahip olması gibi) sahip olduğuna inanmasıdır. Bu düşünceleri şakalardan ayırdığınızdan emin olun: Başkanlar, krallar ve yöneticiler bazen öngörüyü ya da yenilmezliği örtülü olarak bu şekilde belirtebilir. "Ben Tanrıyım" cümlesi, onlara göre kısmen doğru olan ve ruhsal patolojiye işaret etmeyen bir cümledir. *Büyüklük sanrıları genellikle manide görülür fakat şizofrenide de rastlanabilir.*

- Suçluluk. Bu hastalar, cezalandırılmayı hak ettikleri ciddi bir yanlış yaptıklarına ya da günah işlediklerine inanır. *Suçluluk sanrıları, genellikle şiddetli depresyonda ve sanrısal hastalarda görülür.*

- Kötü sağlık veya beden değişikliği. Bu hastalar, içlerinin çürümesi ya da bağırsaklarının yapışması gibi çok fena bir hastalığa yakalandıklarına inanır. *Kötü sağlık ve somatik sanrılar, genellikle şiddetli depresyonda ve şizofrenide görülür.*

- Kıskançlık. Hastanın eşi ya da partneri "sadakatsizdir". *Sanrısal kıskançlık, genellikle alkolik paranoidlerde görülür fakat şizofrenide ve sanrısal bozukluklarda da görülebilir. Bu durum, eş tacizine ya da aile içi cinayete neden olabilir.*

- Yanlış tanımlama. Hasta birinin, genellikle de yakın ilişkisi olan bir kişinin tıpatıp aynı biri ile değiştirildiğine (Bu inanç, Capgas sendromu olarak bilinir) ya da bir yabancının aslında hastanın tanıdığı biri olduğuna inanır. *Bu tür sanrısal algılar şizofrenisi olan hastalarda görülebildiği gibi genellikle beyin patolojisi kaynaklıdır.*

- Edilgenlik veya etki. Bu hastalar, olağan olmayan yollarla televizyon, radyo ya da mikrodalgalar gibi dış bir etki tarafından kontrol edildiklerine inanır. Sonuç olarak yaptıkları davranışlar konusunda sorumluluğu reddedebilirler. Bunun tam tersi olarak bazıları çevreyi kontrol edebildiğine inanır: Kahvaltıda ne yediklerinin, İran devlet bakanının konuşmasında nelerden bahsedeceğine ya da düşünce dalgalarının nehirleri yükseltebileceğine inanırlar. *Bu tür sanrılar, genelikle şizofreniye işaret eder.*

- Perseküsyon. Hastalar tehdit edildiklerine, alay edildiklerine, ayrımcılığa maruz kaldıklarına ya da bir şekilde müdahaleye uğradıklarına inanabilir. *Bu tip sanrılar, genellikle şizofreniye işaret eder.*

- Yoksulluk. Kanıtların tersine (bankadaki para, düzenli sakatlık maaşı) bu hastalar, yoksulluğun onları evlerini satmak zorunda bırakacağına ve eşyalarını da açık arttırmaya çıkartmak zorunda bırakacağına inanır. *Bu tip sanrılar, genellikle şiddetli depresyonda görülür.*

- Referans. İnsanların onlara karşı casusluk yaptığına, onlara iftira attığına ya da herhangi bir yolla onlara karşı çalıştığına inanırlar. Bu kişiler onlar hakkında gizlice konuşan kişileri, sadece onlara özel olarak hazırlandığına inandıkları yazılı ya da görsel medyadaki olayları "gözlemlerler". Örneğin, "Dün gece haber saatinde Judy Woodruff bir anlaşmanın yakın olduğunu bildirdi. Bu demek oluyor ki eski karımla mal varlığı konusunda anlaşmaya varmalıyım." *Referans sanrıları, genellikle şizofrenlerde yaygındır fakat diğer psikoz türlerinde de görülebilir.*

- Düşünce yayınlanması. Hastalar düşüncelerinin bölgeye ya da bütün ulusa yayınlandığına inanır. *Düşünce yayınlanması genellikle şizofrenide görülür.*

- Düşünce kontrolü. Düşünceler, duygular ya da fikirler hastanın aklına sokulmuştur ya da aklından çıkarılmıştır. *Bu düşünceler, edilgenlik hisleriyle yakından ilgilidir ve benzer ifadeler içermektedir.*

ALGI

Varsanılar

Varsanılar (halüsinasyonlar), ilgili duyumsal uyaranın yokluğunda oluşan yanlış duyumsal algılardır. Örneğin hasta boş dolaptan gelen konuşma sesleri duyar ya da banyodaki suda mor yılanların yüzdüğünü görür. Varsanılar, genellikle gerçek mekânda deneyimlenir (akıl gözünde değildir ya da hayal ediliyor değildir) ve beş duyudan birini içerebilir. Ruh hastalığı olan kişilerde işitsel varsanılar, genellikle en sık görülenlerdir. Sonrasında ise görsel varsanılar gelir.

Varsanıları şunları sorarak sorgulayabilirsiniz:

"Hiç etrafta o sesi çıkarabilecek kimse yokken sesler duyduğunuz oldu mu?"

"Diğer insanların göremediği şeyler gördüğünüz oldu mu?"

Bazı hastalar işitsel varsanıları sorgulamak için hazırlanmış sorulara yanlışlıkla "Evet" diye cevap verebilir. Bu yanlış anlaşılma sorunun şu şekilde anlaşılması ile olur; "Şu an ses (görüşmecinin sesi) ya da kendi düşüncelerinizi duyuyor musunuz?"– aşağıda bahsettiğim duyulabilir düşüncelerde olduğu gibi sesli olarak dile getirilmeyen düşünceler. Dikkatli bir sorgulama sonucu, bu yanlış çıkarsamalar gerçek varsanılardan ayrılabilir.

Örneğin, kişi kelimeler ya da sesler duyduğunu söylüyorsa, aşağıdaki soruyu sorabilirsiniz:

"Bu sizin bilinciniz ya da düşünceleriniz gibi kendinizden gelen bir şey olabilir mi?"

Seslerin "hayal ürünü" ya da koridordan gelen sesler olabileceğine dair bir kabullenme, benim ciddi derecede psikozu olan bir kişiden bekleyeceğim tam bir işitsel varsanı türüne uymaz. Bazen duyulan sesin "benim sesim kadar net olup olmadığını", tam cümlelerle mi konuşulduğunu sorarım ve "hayır" olarak verilen cevapların ciddiyetini tekrar gözden geçiririm. Bununla birlikte bazen şizofrenisi olan hastalar işitsel varsanıların gerçek dışsal seslerden çok daha içsel düşünceler şeklinde olduğunu belirtebilir. Sadece travmadan sonra ortaya çıkan varsanılar da şizofreniden başka bir tanıyı -TSSB- gerektirmektedir. Böyle bir hastaya, bu deneyimin tam bir psikoz anlamına gelmediği konusunda bilgi verebilirim.

Varsanılar şiddetlerine göre kategorize edilmelidir. Örneğin *işitsel varsanılar,* bir boyut üzerinde derecelendirilebilir: Belirsiz sesler → mırıldanmalar→ anlaşılabilir kelimeler → sözcük grupları → tam cümleler.

Burada işitsel varsanıları daha iyi anlamanızı sağlayacak ilave sorular bulunmaktadır:

"Bu gibi sesleri ne kadar sıklıkla duyuyorsunuz?"

"Bu sesler şu an benim sesimi duyduğunuz gibi net duyduğunuz sesler mi?"

"Bu sesler nereden geliyor?"(Hastanın kafasından ya da vücudundan? Mikrodalga fırından? Koridordan?)

"Bu ses kimin sesi?"

"Birden fazla ses var mı?"

"Sizin hakkınızda mı konuşuyorlar?"

"Ne söylüyorlar?"

"Sesler birbiri ile konuşuyor mu?"

"Bunların sebebi sizce ne?"

"Bu sesleri başka insanlar duyabiliyor mu?"

"Siz bunlara nasıl tepki veriyorsunuz?"(Çoğu hasta varsanılarından korkar, bazıları ise sadece şaşırır.)

"Sesler size komut veriyor mu?"(Eğer veriyorsa, hasta onlara uyuyor mu?) *Bu, önemli bir noktadır. Hastalar bazen komut varsanılarına uyar ve sonucunda başka insanlara zarar verebilir.*

Duyulabilen düşünceler işitsel varsanıların özel bir formudur. Bu formda kişiler kendi düşüncelerini başkaları tarafından duyulabilecek kadar sesli şekilde duyar. *Duyulabilir düşünceler, hastanın hareketleri hakkında ardı arkası kesilmez yorumlar yapan sesler ve birbiriyle konuşan çoklu sesler, özellikle şizofreniye işaret eder.*

Görsel varsanılar da benzer şekilde derecelendirilebilir: ışık noktası → bulanık şekiller → insan şekilleri (ne büyüklükte?) → olaylar ve görüntüler. İşitsel varsanılar için önerilen bazı sorular uygun şekilde değiştirilerek görsel varsanıları olan hastalara da sorulabilir. Özellikle ne zaman oldukları (Sadece alkol ya da ilaç aldıklarında?) ve içeriğinin ne olduğu konusunda bilgi almak isteyebilirsiniz. Hasta bu varsanılara nasıl tepki veriyor (Yüzler algılamak ya da değişen renk ve şekiller algılamak son derece korkutucu olabilir; bir kadın aynaya bakmış ve kendisinin bir mantar olduğunu görmüştür!)?

Görsel varsanılar, genellikle madde kullanımı ya da genel tıbbi durumlardan kaynaklı psikozlarda görülür. Örneğin, küçük hayvanlar ya da minik insanlar görülmesi sıklıkla kronik alkol kötüye kullanımından sonra ortaya çıkan yoksunluk sırasında deliryum yaşayan hastalar tarafından belirtilir. Takip fenomeninde ise, objeler hastaların retinasından ayrılmayan bir görüntü şeklinde görünür ve bazen psikedelik madde kullanımına eşlik edebilir. Şizofrenide ortaya çıkan görsel fenomenlerin çoğu varsanı ya da gerçek uyaranın dönüştürülmüş hâli (örneğin rengin yoğunlaştırılması, obje büyüklüğünün değiştirilmesi) olsa da şizofrenisi olan hastalar bazen tam anlamıyla görsel varsanılar da deneyimleyebilir.

Dokunsal (dokunma), kokusal (koku) ve tatsal (tat) varsanılar ruhsal hastalığı olan kişilerde sıklıkla görülmez. *Vücut duyumları varsanıları bazen şizofrenide de görülmesine rağmen, bu belirtiler genellikle beyin tümörü, zehirlenme ve nöbet hastalıklarına bağlı psikoza işaret eder. Görsel, işitsel ve dokunsal varsanılar normal kişilerde de uykuya dalarken ya da uyanırken oluşabilir. Bu varsanılar, gerçek varsanılardan oluşma zamanlarındaki fark ile kolaylıkla ayrılabilir.*

> Yakın zamanda bir kadın bana: "Deli olduğumu düşüneceksiniz. Geçen sene sabahın birinde şeytanı yatağımın kenarında beklerken gördüm. Olduğum yerde çakılıp kaldım, kollarımı ya da bacaklarımı hareket ettiremiyordum, fakat tamamen uyanıktım! Çok korkmuştum. Sonrasındaki bir saat şok hâlindeydim." Ona aklının başında olduğunu söyleyebilmekten memnundum –kendisi *hipnopompik imgelem* (uyanmaya yakın oluşan işitsel ya da dokunsal deneyimler) ile uyanmaya yakın ortaya çıkabilen uyku felcinin bir karışımını deneyimlemişti.

Zihinsel sağlık uygulamalarının güzel yanlarından biri de bir yaşantının normal sınırlarda olup olmadığına dair yorum yapabiliyor olmanızdır.

Kaygı Belirtileri

Kaygı, kişiye yönelmiş bir tehdit olmadan ya da hastanın belirleyebildiği bir neden olmadan oluşan korkudur. Buna, genellikle hoş olmayan çeşitli bedensel duyumlar eşlik eder. Diğer zihinsel belirtiler içinde sinirlilik, zayıf konsantrasyon, zihinsel gerginlik, endişe ve aşırı irkilme tepkisi vardır.

Kaygı belirtilerini aşağıdaki soruları sorarak sorgulayın:

"Olaylarla ilgili aşırı kaygılandığınızı ya da yaratabileceği tehlikeye orantısız bir şekilde tepki verdiğinizi düşünüyor musunuz?"

"Ailenizdekiler size evhamlı biri olduğunuzu söyler mi?"

"Zamanın çoğunda kaygılı ya da gergin misiniz?"

Eğer herhangi bir cevap "Evet" ise Bölüm 13'te bahsedilen kaygı bozuklukları konusundaki soruları hastaya yöneltebilirsiniz.

Hızlı kalp çarpması, nefes darlığı, titreme ve terleme gibi –ve bunlara ek olarak diğer olası fiziksel belirtiler– bedensel duyumlara ani ve yoğun bir kaygı eşlik ettiğinde hastanın *panik atak* geçirdiği söylenebilir. Bu deneyimler sırasında hastalar genellikle bir felaketten, çıldırmaktan ya da yaklaşan ölümden korktuklarını bildirir. Durum genellikle birkaç dakika içinde en yoğun noktasına ulaşır ve yarım saat içinde de yoğunluğu azalır.

Panik atakları aşağıdaki soruları sorarak sorgulayın:

"Hiç panik atak geçirdiniz mi –ani bir şekilde aşırı derecede korktuğunuz ya da kaygılandığınız bir zaman oldu mu?"

Diğer kaygı bozuklukları için sorduğunuz sorularla devam edebilirsiniz (Bölüm 13 ve Ek D). *İçsel gerginlik ve ona eşlik eden huzursuzluk yeni nesil antipsikotik ilaçları kullanan hastalarda akatezi ile ilişkilendirilebilir.*

Fobiler

Fobi belirli bir obje ya da durumla ilişkilendirilen mantık dışı ve aşırı bir korkudur. Yaygın özgül fobiler çeşitli hayvanlardan, hava yolculuklarından, yüksekten (akrofobi) ve kapalı alanlardan (klostrofobi) korkma durumudur. Yaygın *sosyal fobiler (bu, DSM-5'te sosyal kaygı bozukluğu olarak isimlendirilmektedir)* arasında ise topluluk içinde konuşma, yemek yeme, halka açık bir tuvaleti kullanma ya da başkaları hastanın elinin titrediğini görebilecekken yazı yazma gibi fobiler bulunmaktadır. *Agorafobi,* evden uzakta olmaktan ya da halka açık alanlarda bulunmaktan duyulan korkudur.

Bazıları fobilerin sanrılar kadar mantık dışı göründüğünü düşünebilir. Hislerinin ne kadar mantık dışı olduğu konusunda fobik hastanın farkındalığının olması; bununla birlikte sanrısal hastaların, bu mantık dışılığın farkında olmaması iki durum arasındaki farktır.

Fobileri aşağıdaki sorularla sorgulayabilirsiniz:

"Hiç size mantık dışı ya da orantısız gibi gelen ve engelleyemediğiniz korkularınız oldu mu?"

"Hiç evden yalnız çıkmaktan, kalabalık alanlarda bulunmaktan, mağaza ya da köprü gibi alanlarda bulunmaktan korktuğunuz oldu mu?"

Topluluk önünde konuşmak gibi sosyal kaygı durumlarında, beklentisel kaygının gelişimini sorguladığınızdan emin olun. Bu durumda, yoğun ve eli kolu bağlayan kaygı genellikle hastanın korktuğu performans durumundan önce ortaya çıkar.

Dismorfofobi, genellikle vücut görünüşünde meydana gelen hafif (ya da hayali) kusurlarla ilgili aşırı kaygıyı tanımlamak için kullanılır. Genellikle bu kusurlar yüzle ilgilidir (kırışıklık, burun şekli), fakat vücudun neredeyse her yeri ile ilgili yakınmalar olabilir. Tabii ki tanım gereği, hasta vücudun o bölümünden kaçınamadığı için bu durum bir fobi değildir. Bu durum *vücut dismorfik bozukluk* olarak tanımlanmaktadır ve DSM-5'te obsesyonlar ve kompülsiyonlar içinde sınıflandırılmaktadır.

Obsesyonlar ve Kompülsiyonlar

Obsesyonlar, hasta mantık dışı olduğunu düşünse ve direnmeye çalışsa bile hastanın düşünce içeriğine hâkim olan ısrarcı inanç, fikir veya düşüncelerdir. Örneğin, orta yaşlı bir adamın kilisede ayağa kalkıp çığlık atmak gibi utandırıcı bir şey yapacağına dair ısrarcı düşünceleri olabilir. Obsesyonlar genellikle kir, zaman ve para ile ilişkili olur.

Kompülsiyonlar, hastanın tekrarlayan bir şekilde sergilediği yararlı ya da uygun olmayan davranışlardır. Kompülsiyonlar, genellikle bir obsesyona karşılık olarak (ya da başa çıkmak amacıyla) yapılır. Bazı örnekleri şunlardır:

Bir şeyleri tekrar tekrar saymak

Asılsız batıl inançları dikkate almak

Ritüelleri takip etmek (örneğin, bir şekilde baştan sona yapılamazsa en baştan tekrarlanan, yatmadan önce sergilenen birtakım rutinler)

Obsesyonların ve kompülsiyonların en önemli özelliği, hastaların bu fikir ya da davranışların anlamsız olduğuna inanması ve genellikle bunlara karşı direnmesidir.

Obsesyon ve kompülsiyonları şu şekilde sorgulayabilirsiniz:

"Hiç obsesyonel düşünce ya da fikirleriniz oldu mu? Size anlamsız gelen fakat oluşmaya devam eden düşüncelerinizi kastediyorum."

"Hiç kompülsiyonlarınız oldu mu? Örneğin, direnseniz bile tekrar tekrar yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz ritüel ya da rutinleriniz gibi?" (Eğer hasta sorarsa örnekler vermeye hazırlıklı olun.)

Bazı kişiler davranışlarının –örneğin aşırı düzen veya titizlik gibi– hiç de mantık dışı olmadığını düşünür. Bunları ortaya çıkartmak için dikkatli bir sorgulama gerekmektedir.

"Eviniz ne kadar düzenlidir? Kişisel eşyalarınız ne kadar düzenlidir?"

"Hiç mutfakta bulaşıklar olmasına rağmen gece yatıp uyuduğunuz oldu mu?"

"Yatağınızı topladıktan sonra üzerine biri otursa, onu tekrar düzeltmek için bir istek duyar mısınız?"

Az miktarda obsesyonel düşünceler genellikle yaygındır; bu nedenle şiddetini sorgulamak önemlidir. Fobilerde olduğu gibi, obsesyon ve kompülsüyonlarda da en iyi yöntem bu durumların okul, iş ve aile hayatına etkilerinin sorgulanmasıdır. Ciddi vakalarda hastalar günün çoğunu sayısız el yıkamalara, giyinmeye veya banyo ritüellerine ayırır. Fobilerde olduğu gibi obsesyon ve kompülsiyonlarda da şiddetinin yanında başlangıcını, süresini ve görülen tedavileri sorgulayabilirsiniz.

Şiddet Düşünceleri

Geçmişte bir intihar girişimi ya da diğerlerine yöneltilmiş şiddet olup olmadığını ve şu an hastanın bu konularda ne düşündüğünü sorgulamalısınız. İntihar düşüncelerini şu şekilde sorgulayabilirsiniz:

"Kendinize bir şekilde zarar vermek ya da kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz var mı?"

Hayatımızın herhangi bir zamanında hepimiz bu tür düşüncelere sahip olduğumuz için, olumlu bir cevap stres karşısında sadece geçici bir düşünceyi ya da ağır bir hayat olayına karşı tepkiyi yansıtabilir. Fakat iki anlama da gelebilecek şüpheli bir cevabı görmezden gelmek de mazur görülemez ve trajik bir duruma yol açabilir. Bu tür fikirleri derinlemesine araştırıp ortaya çıkarmalısınız.

İntihar girişimleri hakkında (bk., Bölüm 9) şimdiye kadar elde ettiğiniz tüm malzemeyi gözden geçiriniz. Hastanın mevcut planları ve onları uygulayacak araçları olup olmadığını öğreniniz.

"İntiharın daha az çekici gelmesi için ne gerekirdi?"

"Hiçbir şey" ya da buna benzer herhangi bir yanıtı, ciddi ve kötülük habercisi olarak değerlendirin. Eğer bu tür bir düşünceyle karşılaşırsanız ve özellikle de bu düşünceye mevcut alkol tüketimi ya da depresyon (değersizlik düşünceleri, düşünce sorunları, enerji kaybı, suçluluk duyguları) eşlik ediyorsa, hastane yatışı –hatta muhtemelen görüşme saati dolmadan– gerektiren bir durumla karşı karşıya olabilirsiniz.

Cinayet ya da diğer şiddet düşünceleri de harekete geçmek için benzer bir aciliyet gerektirir. Şiddet düşüncelerine intihar düşüncelerinden daha az sıklıkla rastlanılması bu düşüncelerin yarattığı dehşeti azaltan tek şeydir. Cinayet ya da başkalarına karşı şiddet düşüncelerini, aşağıdakileri soruları sorarak tarayınız:

"Hiç başkasına zarar vermeyi düşünecek kadar sinirli ya da üzgün hissettiğiniz oldu mu?"

"Hiç bu dürtüye direnmekte zorlandığınız oldu mu?"

Herhangi bir olumlu cevap hemen takip edilmeli ve önceden elde ettiğiniz tarihsel öykü ile karşılaştırılmalıdır. Planlar var mı, yoksa sadece düşünce mi? Hastanızın bu planı uygulamak için araçları (silah, öldürücü ilaçlar) var mı? Bir zaman çizelgesi var mı? Bir tehdit belirli bir kişiye yönelmişse -özellikle de yakın partnere ve bu tehdit yüz yüze yapılmışsa uygulanma olasılığı daha yüksektir. Bununla birlikte bütün tehditleri ciddiye almanız gerektiği konusunda sizi bir kez daha uyarmak isterim (Bölüm 9'da şiddetle ilgili ele alınan ayrıntılı malzemeyi gözden geçirdiğinizden emin olunuz.).

Endişe Verici Olabilecek Fakat Genellikle Normal Olan Deneyimler

Hakkında normal mi ya da tanısal bir anlamı var mı şeklinde genellikle sorgulamadığınız birkaç deneyim* vardır. Bununla birlikte daha önce anlattığım hipnopompik durumdaki kadın gibi hastalar, bazen bunlar hakkında endişelenir ve bunları görüşmeye getirebilir. Bunun için hazırda açıklamalarınız bulunmalıdır.

İllüzyonlar, gerçekte olan duyusal uyaranların yanlış yorumlanmasıdır. Genellikle görsel olmakla birlikte, duyusal girdinin azaldığı zamanlarda (mesela loş ışıkta) oluşur. Hasta hatanın farkına varır varmaz tehlikesiz bir yanılgı olduğunu kabul eder. Muhtemelen siz kendiniz de böyle bir deneyim yaşamışsınızdır: Duvardaki bir çatlağı korkutucu bir yılana benzetmiş; ışığı açtığınız zaman ise hemen rahatlamışsınızdır. İllüzyonları varsanılardan ayırt edebilmek için çevresel koşullar ve zamanlama (muhtemelen sadece uykuya dalarken) konusundaki ayrıntılar öğrenilmelidir. Genellikle normal olmalarına rağmen, illüzyonlara demans ve deliryum hastalarında rastlanabilmektedir.

Deja vu, "önceden görülmüş"ün Fransızcası, öyle olmamasına rağmen kişinin bir durumu ya da yeri önceden deneyimlediğine dair yaygın bir duyumdur. Birçok normal insan bazen bu duyguya kapılabilir fakat bununla birlikte temporal lob epilepsi durumlarında da *deja vu* ortaya çıkabilir.

Aşırı değer verilmiş fikirler değerlerine dair kanıtımız olmasa bile tutmaya devam ettiğimiz inançlardır. Aşırı değer verilmiş düşünceler sanrılar gibi tartışma ya da mantıkla sorgulanamaz, fakat sanrılardan farklı olarak da açık bir şekilde yanlış değillerdir. Örnek olarak kişinin kendi cinsiyetinin, ırkının, politik partisinin ya da dininin üstünlüğüne inanması verilebilir. Aşırı değer verilmiş fikirler bazen kişinin işlevselliğine etki edebilecek ve kişinin ya da çevresindekilerin sıkıntı yaşamasına neden olabilecek noktalara gelebilir. Yaygın bir örnek, ırksal nefrettir. Ayırıcı çizgiyi çizmek zor olabilir: Aşırı

* Bunlar normal ise gerçek belirti değildir.

değer verilmiş fikirler dinî meşguliyetlere oradan da sanrılara dönüşebilir. Bir sonraki görüşmede temel almak için hastanın söylediği tam cümleleri not almanız önemlidir.

Benlik yitimi (depersonalization) kişinin benlik algısında meydana gelen bir değişimdir. İnsanlar bunu genellikle vücuttan ya da zihinden bağın kopması şeklinde rahatsızlık verici bir yaşantı olarak deneyimlemekte; kendilerini görme ya da rüyada olma gibi garip duyumlar yaşamaktadır. İçgörüleri bozulmamış olmasına rağmen delirmekten ya da kontrolü kaybetmekten endişe duyabilmektedirler. Benlik yitimine yakın bir deneyim olan *derealizasyonda,* kişi *çevrenin* gerçek olmadığına inanır. Bu deneyimleri (çoğunlukla aynı anda meydana gelir) aşağıdakileri sorularla inceleyin:

"Hiç sanki robotmuşsunuz gibi gerçek dışı hissettiğiniz oldu mu?"

"Hiç çevrenizdekilerin gerçek dışı olduğunu hissettiğiniz oldu mu?"

Derealizasyon ve benlik yitimine (depersonalizasyon) sıklıkla rastlanır ve çoğunlukla da normaldir; bazen yoğun stres dönemlerinde ya da uyku yoksunluğunda ortaya çıkabilir. Epizodlar yalnızca birkaç saniye sürebilir fakat strese sebep olacak derecede uzun süren ya da tekrarlayan ve şiddetli ise, kişi depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu tanısı alabilir. Bu tür deneyimler TSSB ve beyin patolojisi durumlarında da ortaya çıkabilir. Depresyon ya da kaygı sıklıkla bu tür belirtilere eşlik eder.

BİLİNÇ VE BİLİŞ

Zihinsel durum değerlendirmesinin bir sonraki bölümünde, hastanın bilgiyi özümseme, işlemleme ve iletme becerisini değerlendirmeyi göreceksiniz. Bu amaçla kullandığımız klinik testler sadece yaklaşık sonuçlar verse de faydalı birer rehber olarak hizmet edebilirler.

Görevleri tanıtırken, bu rutin soruları yeni hastaların hepsine sorduğunuzu tekrar söyleyerek hastanızı rahatlatmak isteyebilirsiniz. Umarım yeni başlayan klinisyenler, muhtemelen bu soruları sormak zorunda olmaktan utandıkları için, yaygın bir yanlış olan soruları "aptalca" olarak tanımlamak hatasına düşmez (Mantıklı hasta,"Eğer aptalcaysa, neden sorasın?" diye düşünebilir). Bu görevleri değersizleştirmek hastanın soruları dikkatlice cevaplama motivasyonuna zarar verebilir. Bunları neden sorduğunuzu bilmek isteyen biri için cevap "sizi değerlendirmeme yardımcı oldukları için" olabilir. Bu soruları "basit" olarak da tanımlamamalısınız çünkü bu tür bir tanımlama, cevap vermekte zorlanan hastanın rahatsızlık hissini daha da arttıracaktır. Unutmayın ki herhangi bir zihinsel işlevsellik testi özellikle de başarısızlık korkusu mevcutsa travmatik olabilir. Kötü yapmak her zaman streslidir ve takılan hasta biraz desteğe ihtiyaç duyabilir:

"İnsanlar baskı altında hissettiğinde yapabileceklerinin en iyisinin yapamazlar."

"Bu görevde çoğu hasta zorluk yaşıyor."

Her durumda hastanın yapabildiklerini vurgulamaya çalışın:

"Seri yedilerde çok iyi iş çıkardın."

"Bu testte birçok kişiden daha iyi iş çıkardın."

(Tabii ki bu tür destekleyici yorumları doğru olmadığı sürece yapmamanız gerekir.)

Dikkat ve Odaklanma

Görüşmenin bu noktasında, hâlihazırda hastanızın *dikkati* (mevcut görev ya da konu üzerine yoğunlaşabilme becerisi) ve *odaklanabilme becerisi* (bu dikkati belirli bir süre diğer talepleri reddederek sürdürebilme becerisi) ile ilgili bir fikriniz olmuş olacaktır. Bunları bir uyarana odaklanabilme becerisini değerlendiren daha formal hesaplamalarla da değerlendirebilirsiniz. Hastanızdan 100'den 7 çıkarmasını isteyin, sonrasında 0'a ulaşana kadar sonuçtan tekrar 7 çıkarmasını isteyin. Çoğu yetişkin bir dakikadan kısa bir sürede dörtten az hata yaparak bu görevi tamamlayacaktır. Performansı değerlendirirken hastanın yaşını, eğitim düzeyini, kültürünü, depresyon ve kaygısının düzeyini de hesaba katmayı unutmayın.

Kişisel olarak ben dikkati, görüşme boyunca ne zaman uygun olursa o zaman değerlendirmeyi tercih ederim. Örneğin bu olasılık, hasta geçmişte bir tarihten bahsederken ortaya çıkabilir. Örneğin bu durumda "O zaman kaç yaşındaydınız?" diye sorabilirim; hasta doğru yaşı söylemişse ve konuşmamız boyunca odaklanıyor görünüyorsa bu tür testleri daha fazla yapmam.

Çıkartma işlemi çok zor gelmişse (biraz eğitim ve matematikle uğraş gerektiriyor olabilir), hastanızdan 87'den başlayıp 63'te bitecek şekilde 1'er 1'er geri saymasını isteyebilirsiniz. Bu dikkat testi kültüre, seri çıkarmalara göre daha az bağlıdır. Sıklıkla hastalardan *dünya* kelimesinin harflerini tersten söylemelerini isteriz bazı hastalar çabucak ve düşünmeden bunu yapabilir. Bunu *bant* ya da *saat* gibi farklı bir kelime ile de deneyebilirsiniz fakat öncelikle hastanızın kelimenin harflerini düz olarak söyleyebildiğinden emin olun. Beş ya da altı haneli bir seriyi düzden ve sonrasında tersten hatırlamalarını istemek de kullanılabilir ve eğitime daha az bağlıdır. *Düşük dikkat epilepsi ve bilişsel bozukluklarda görülebileceği gibi şizofreni ve bipolar bozuklukta da gözlenebilir. Bilişsel işlemlemenin çoğu odaklanabilme becerisine dayandığı için, eğer dikkatte bozulma varsa zihinsel durum değerlendirmenizin diğer bulgularını da dikkatle yorumlamanız gerekmektedir.*

Yönelim (Orientation)

Hastanızın yer yönelimini kontrol etmek için şöyle sorabilirsiniz:

"Şimdi neredeyiz [şehir, bölge, birimin adı]?"

Bundan cevap alamıyorsanız, ne tür bir kurumda olduğunuzu sorabilirsiniz. *"Kütüphane" ya da "Sıfır Noktası" gibi cevaplar, ciddi patolojiye işaret etmektedir. Bununla birlikte alaycı ya da iş birliği kurmayan bir hastadan duyduğunuz cevapları aşırı yorumlamak konusunda da dikkatli olmalısınız.*

"Bugünün tarihi nedir?"

Sıklıkla hastalar doğru gün ve ayı verecek fakat yılı kaçıracaktır. Zaman yöneliminin tüm bileşenlerini sorduğunuzdan emin olun. *Hastalar genellikle bir ya da iki gün farkla söyleyecektir. Bu hata, özellikle normal rutinlerinden ve zaman döngülerinden kopmuş hastaneye yatırılmış hastalarda çok büyük bir anlam taşımayabilir.*

Hastaların kendi isimlerini (kişiye yönelim) bilip bilmedikleri, görüşmenin ilk kısımlarında öğrenilmelidir. Zaman ya da mekân konusunda karmaşalar fark ettiyseniz, kişi yönelimini sorun:

"Bana tam isminizi söyleyebilir misiniz?"

Dil

Dil, kelime ve sembollerle anladığımız ve ifade ettiğimiz bir araç olarak tanımlanabilir. Dilin genellikle değerlendirilen alanları kavrama, akıcılık, isimlendirme, tekrarlama, okuma ve yazmadan oluşur. Rutin değerlendirme hızlıca yapılabilir ve daha yaşlı ve fiziksel olarak da sorunu olan hastalarda değerlendirilmesi özellikle önemlidir. Somatizasyon bozukluğu, bilişsel bozukluk ya da diğer zihinsel durumların hastanın gerçekte dil bozukluğu varken yanlış teşhis edilmesi nadir rastlanan bir durum değildir.

- *Dili anlama derecesi (comprehension),* görüşmenin başından beri hastanızın konuşma sırasında verdiği cevaplarla ortaya çıkmış olacaktır. Basit bir test olarak, karmaşık bir davranış yapmasını isteyebilirsiniz: "Bu kalemi al, cebine koy ve sonra masaya geri koy."
- *Dilin akıcılığı* da görüşme boyunca hastanın normal uzunlukta bir cümle kurmak için seçtiği sözcük ve ölçü birimlerinden değerlendirilebilir olacaktır. Kararsızlık, mırıldanma, kekeleme ve olağan olmayan vurgular konusunda dikkatli olun.
- *İsimlendirme* konusundaki sorunlar, hastanız günlük objeleri tanımlamak için isimler yerine dolaylama kullanıyorsa ortaya çıkacaktır. İsimlendirme afazisine örnek olarak şunlar verilebilir:

  Saat kordonu: "Saati bileğinizde tutan şey."

  Kalem: "Yazmak için kullanılan zımbırtı."

Afaziyi, hastanıza tükenmez kalemin parçalarını sorarak değerlendirebilirsiniz: uç, mandal, gövde.

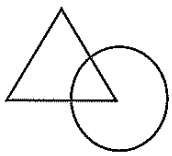
- *Tekrarlamayı* test etmek için hastanızdan "Yarın hava güneşli olacak." gibi standart ve basit bir cümleyi tekrarlamasını isteyin.

- *Okumayı* hastadan basitçe bir ya da iki cümleyi okumasını isteyerek hızlıca değerlendirebilirsiniz. İlerlemiş toplumlarda bile, yetişkinlerin az bir kısmının okuryazar olmadığını unutmayınız. Bunun ve diğer testlerin sonuçlarını hastanızın eğitim geçmişi ile ilgili bildiklerinizle değerlendirmeniz gerekecektir. Bu görevde zorluk yaşayan hastalara utanç konusunda destek vermeye hazır olun.

- *Yazmayı*, hastanızdan bir cümle yazmasını isteyerek test edin (hasta bulmakta zorlanıyorsa, siz bir cümle söyleyebilirsiniz).

- *İfade edici disfaziyi* değerlendirmek için hastaya kalem ya da saatin ismini sorun. Ayrıca hastadan seçtiği bir cümleyi yazmasını isteyin.

- *Apraksiyi* (kasıtlı davranışları bozulmamış motor yoluna rağmen yapamamak) test etmek için hastanızdan aşağıdaki gibi basit bir geometrik figürü çizmesini isteyin:



Bu figürün temel bileşenlerini yeniden üretmekte yaşanan zorluk (titreme ve rotasyondaki bozuklukları göz ardı edin) *ideomotor apraksiye* işaret edebilir. Apraksiler beynin sağ tarafındaki bir lezyondan da kaynaklanabilir.

Bu izleme testlerinin herhangi birinde bir sorunla karşılaşırsanız, hastanızın zihinsel durumu önemli bir nörolojik bozuklukla karmaşıklaşıyor olabilir. Böyle bir durumda nörolojik değerlendirme isteyebilirsiniz.

Bellek

Bellek genellikle üç ya da dört kısma ayrılmaktadır. Kolaylık olması için üç tanesini tartışalım: anlık, kısa süreli, uzun süreli. Bu soruların herhangi birini sormakta rahatsızlık hissediyorsanız;

"Hiç belleğinizle ilgili sorun yaşadınız mı? Test etmek isterim." şeklinde baştan sorabilirsiniz.

Anlık bellek (5 ya da 10 saniyeden sonra bilgiyi kaydetme ve yeniden üretme becerisi), genellikle dikkat testiyle daha çok bağlantılıdır. Siz zaten seri yediler, geri sayma ya da görüşmeye hastanın odaklanma durumuna bakarak bunu de-

ğerlendirmiş olursunuz. Fakat kısa süreli belleği değerlendirirken bunu tekrar ele alabilirsiniz. Birçok ilişkisiz şeyi; örneğin isim, renk ve cadde adresi gibi sıralayın. Sonra hastadan bunları tekrarlamasını isteyiniz. Bu tekrarlama, anlık belleği değerlendirmek dışında; aynı zamanda hastanın sizi anladığına dair güvence de sağlar.

Hastayı daha sonra bu tekrarlamayı isteyeceğiniz konusunda uyarmalı mısınız? Bu konuda iki farklı yaklaşım vardır: Biri, nedenine dair bir şey okuduğumu hatırlamasam da uyarı vermenizi tavsiye eder. Diğeri, bu tür bir uyarının bilişsel hatırlamaya davet çıkaracağını; bunun da bazı hastaların aradaki sürede sizin sorduğunuz başka şeylere dikkatini tam vermeyerek pratik yapmaktan fayda sağlayacağı konusunda uyarmaktadır. Ben hep ikinci düşünceden yana olsam da bu konu evrensel değil, yüzeyseldir; yani tutarlı olduğunuz sürece her iki yöntem de uygundur. İstediğiniz, sorduğunuz sorulara normal cevaplar aldığınıza dair bir izlenim kazanmaktır.

Beş dakika sonra, hastadan o üç maddeyi hatırlamasını isteyerek *kısa süreli (yakın) belleği* test edin. Beş dakikada çoğu insan isim, renk ve adresin en azından bir kısmını hatırlayabilmelidir. Bu testin sonuçlarını yorumlarken, hastanızın motivasyon düzeyini hesaba kattığınızdan emin olun. *Bu üç alandaki başarısızlık ciddi bilişsel bozukluğa ya da depresyon, psikoz veya kaygı sonucu yoğun strese bağlı dikkatsizliğe işaret edebilir.*

Uzun süreli (uzak) belleği, hastanın şu anki hastalığın geçmişi ile ilgili bilgiyi organize edebilme becerisine bakarak değerlendirebilirsiniz. Ayrıca hastanızın olaylar, çocuk doğumları vb. gibi konularda yaptığı tarihsel sıralamalardaki becerisinden ve hastanın geçmiş yaşantısını sorgulama sürecinde elde edilen materyalden iyi bir fikir sahibi olabilirsiniz. Uzmanlar kısa süreli ve uzun süreli belleği ayıran çizginin nerede olduğu konusunda farklılaşmaktadır. Çoğu, 12 ve 18. aylar arasında bir tür sağlamlaşma olduğunu; böylelikle uzun süreli olarak saklanan anıların kolaylıkla unutulmadığı konusunda hemfikirdir. *Alzheimer gibi şiddetli demans hastalarında uzun süreli anılar kısa süreli anılara göre daha iyi hatırlansa bile, hastalık ilerlediğinde en uzun süreli bilgilerin bile sonunda kaybolacağı unutulmamalıdır.*

Fiziksel ya da psikolojik travmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve geçici bellek kaybı olan *amnezi* demanstan oldukça farklıdır. Her şiddetteki kafa travmasında, alkole bağlı baygınlıklarda, TSSB'de ve dissosiyatif bozukluklarda karşılaşılabilir. "Hiç amnezi sıkıntısı yaşadığınız mı?" sorusuna cevap, "Hatırlamıyorum." olacağı için amneziyi ortaya çıkarmak zor olabilir. Bunun için aşağıdaki soruları deneyebilirsiniz:

"Hiç hatırlayamadığınız bir zaman süresi oldu mu?"

"Başkalarından hiç belleğinizin kötü olduğuna dair yorumlar aldınız mı?"

Amneziye rastlarsanız, kısmi mi (hasta söz konusu zaman aralığından kesik kesik bazı kısımları hatırlayabilir) ya da bütün (söz konusu zaman aralığında tam bir bellek kaybı vardır) mü olduğuna karar vermeye çalışın. Bellek boşluğunu öncesi (Amnezi başlamadan önce hatırladığınız en son şey nedir?) ve sonrasındaki (Sonrasında hatırlamaya başladığınız ilk şey nedir?) anılardan yararlanarak parantez içine alarak ayırmaya çalışabilirsiniz. Ayrıca "Hiç arkadaş ya da akrabalarınızdan sonrasında ne olduğuna dair belleğinizi yapılandırmak için yardım talebinde bulundunuz mu?" şeklinde sorgulama yapabilirsiniz.

Bellekteki bir boşluğun illa kötü bir şey olduğu anlamına geldiğini varsaymayın. Hastalarını amnezinin –"sahte anı" sendromu olarak isimlendirildiği ve– saldırı ya da tacize işaret ettiği konusunda ikna eden klinisyenler hata yapmış olur.

Yönelimi (oryantasyonu) olmayan fakat yine de kulağa mantıklı gelen cevaplar uydurarak bellek açıklarını saklamaya çalışan hastalara nadir de olsa rastlayabilirsiniz. Bu bilinç dışı bellek yaratımı boşluk doldurma (confabulation) olarak isimlendirilir ve yalan söylemek değildir; hastalar çoğunlukla kendileri hakkında olan bu anlattıkları hikâyelere tamamen inanıyor görünmektedir. Daha önceden karşılaşıp karşılaşmadığınızı sorarsanız, bu tür bir hasta ilk defa karşılaşmanıza rağmen daha önce karşılaştığınız konusunda size katılabilir. *Boşluk doldurma (confabulation) hatırlama yeteneği tiamin eksikliğinin eşlik ettiği kronik alkolizm gibi durumlarla zarar görmüş hastaların bir özelliğidir.*

Bir zamanlar bir öğrencim bana sanrı ve boşluk doldurma (confabulation) arasındaki farkı sormuştu. İyi bir soruydu! Sanrıları olan bir hasta gerçek bir anıyı yanlış yorumlayabilir; bununla birlikte biri boşluk doldurduğunda, bu orada olması gereken fakat olmayan bir anıyı telafi etmek içindir.

Kültürel Bilgi

Artık bazı yazılar, temelde hastanın uzak belleğini ve genel zekâsını değerlendiren kültürel bilgi ile ilgili görevlerden bahsetmiyor bile. Fakat bu alan zihinsel durum değerlendirmesinin klasik kısımlarındandır ve bu sorulara bir aşinalığınız olmalıdır.

> "Şu ankinden başlayarak son beş başkanın [ya da başbakanın veya devletin başındaki diğer kişilerin] isimlerini sıralayınız."

Çoğu hasta, dört ya da beş tanesinin ismini geriye doğru sayabilmektedir (Her seferinde bir tane sorunuz). Anlaşılır bir şekilde çoğu hasta "Ters kronolojik sırada son beş cumhurbaşkanını sayınız." görevini zor bulmaktadır. Hasta bunlardan birini atlarsa, belleğini yoklatmak işe yarayabilir: "Bakalım, birini atladınız mı?" ya da "Şu ikisi arasında biri daha olabilir mi?"

> "Bu bölgenin yöneticisi kimdir?"
>
> "Beş büyük şehrin ismini sıralayınız."
>
> "Beş nehrin ismini sıralayınız."

Yapacağınız yorumlamalarda dikkat etmeniz gerekenler, daha önce bahsedilen sayma ve seri çıkarmalardakilerin aynısıdır. Alternatif olarak güncel olayları, önemli spor karşılaşmalarının sonuçlarını, bir sonraki seçime girecek kişinin ismini ve popüler kültürel önemi olan diğer şeyleri sorgulayarak kafanızda hastanızın ilgileri, zekâsı ve belleği hakkında kısmen net bir çerçeve oluşturabilirsiniz.

Soyut Düşünce

Belirli bir örnekten soyut bir prensip çıkarabilme becerisi kültüre, zekâya ve eğitime bağlı olan diğer bir geleneksel testtir. Bu becerinin, yarım yüzyıl öncesinde bize öğretilenin tersine akıl sağlığı ile ilgisi yoktur. Sıklıkla sorulan soyutlamalar atasözlerinin, benzerlik ve farklılıkların yorumlanmasını içerir. Aşağıda yorumlanması istenen bazı tipik atasözleri vardır:

"Camdan evde oturan, başkasına taş atmamalıdır." denildiğinde bu ne anlama gelir?

"İşleyen demir pas tutmaz." sözünün anlamını söyleyebilir misiniz?

Unutmayın ki bazı atasözlerinin birden fazla yorumu vardır. Ben herhangi bir mantıklı yorumu kabul ederim.

Benzerlikler ve farklılıklar atasözlerine göre kültüre daha az bağlıdır; bu nedenle aşağıdakilerden birini sormanız iyi olabilir:

"Bir elma ve bir portakal ne yönden birbirine benzer?" (İkisi de meyve, ikisi de yuvarlak, ikisinin de tohumları var.)

"Bir çocukla bir cüce arasındaki fark nedir?" (Çocuk büyüyecektir.)

Bilişsel Yetenek Testleri

Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMDD), bazen testi geliştiren iki kişiyi onurlandırmak için *Folstein test* olarak da isimlendirilir. Uygulaması ve puanlaması birkaç dakika süren test, bilişin alanını ve ne kadar olduğunu ölçmektedir. Yirmi dört puanın altındaki bir puan (en yüksek 30 puan üzerinden) demansa işaret etmektedir fakat daha yüksek bir puan almasına rağmen, yüksek eğitimli ve zeki bir hastada hafif nörobilişsel bozuklukları ortaya çıkarmak için formal nöropsikolojik değerlendirmeye ihtiyaç duyulabilir. Mini Mental Durum Değerlendirmesi ayrıca demanslı bir hastadaki değişimleri takip edebilmek için de iyi bir araçtır.

Mini Mental Durum Değerlendirmesi, yıllarca bedava olarak kullanılabiliyordu ve rutin zihinsel sağlık değerlendirmesinin yapı taşlarından biri hâline geldi. Ne yazık ki artık Psikolojik Değerlendirme Kaynakları (*ayrıca www.mi-*

nimental.com sayfasına da bakınız) tarafından satıldığı için tamamı kullanılamıyor. Ek F'de referansı verilen orijinal makaleden ölçütlere ulaşabilirsiniz.

Bilişsel beceri testlerinden bir diğeri olan Montreal Bilişsel Değerlendirme, Mini Mental Durum Değerlendirmesine göre daha hafif bozuklukları tespit etmek konusunda daha hassastır. Buna internetten bedava ulaşabilirsiniz (bk., *www.mocatest.org*). Bu testte de mümkün olan en yüksek puan 30'dur ve 26'nın altındaki puanlar bilişsel bir bozulmaya işaret etmektedir.

Bu testlerin her ikisi de kişinin bilişsel yetenekleri konusunda yaklaşık bir fikir verir. Daha kesin bilgi elde etmek için yetkin bir psikologdan formal nöropsikolojik test isteyebilirsiniz.

Zekâyla İlgili Özel Not

Zekânın kesin tahminleri (evet cümlede bir tezatlık var!) herhangi bir ilk görüşmenin –ya da formal test dışında herhangi bir iletişimin ötesindedir. Birçok yazı bu konuyu göz ardı eder fakat bu, özellikle bilişsel durum ve kişilik değerlendirmenizin bazı alanlarını etkileyebileceği için en azından düşünülmesi gereken bir konudur.

1983 yılında psikolog Howard Gardner, zekânın birçok türü olduğunu ortaya atmıştır. *Gardner sözel* ve *mantık- matematiksel* zekâ (standart testlerde ölçülenin büyük bir kısmını oluşturan iki alan) dışında, *mekânsal, bedensel- kinestetik, müzikal, kişilerarası, içsel (intrapersonal) natüralistik ve varoluşsal* zekâyı da zekâ kavramının içine dâhil etmiştir. Bazı yazarlar, bu formülasyonun *zekâ* ve *kabiliyeti* birleştirdiğini iddia etse de zekânın çoklu yönleri olduğu görüşü, herkesin bir şeyde iyi olduğu şeklindeki rahatlatan düşünceyi desteklemektedir.

Bununla birlikte genel görüş, yine de bir tür genel zekâ faktörünü benimsemektedir. Bir sayıdan öte zekâ, kişinin hayattaki amaçlarına ulaşmak için çevresindeki değişimlerle başa çıkma becerisini değerlendirmenizde size bilgi verebilir. Şüphesiz zekâ, sadece standardize edilmiş testler aracılığıyla kesin bir biçimde ölçülebilir fakat ilk değerlendirmenizin bir parçası olarak, en azından yaklaşık bir tahminde bulunabilirsiniz.

Hastanızın eğitim, meslek gibi geçmiş bilgilerinden, görüşmedeki izlenimlerinizden, yaş, kültürel art alan gibi bilgileri de düşünerek ve uyanık olma, iş birliği kurma, depresyon ve psikoz gibi etkenleri de hesaba katarak hastanızın zekâsı hakkında (üstün, ortalama, düşük) yeteri kadar bir kanıya varabilirsiniz. Fakat bir veri göstergesi istiyorsanız, neredeyse yarım yüzyıl önce Ian Wilson (referans Ek F'de bulunmaktadır) tarafından yayınlanan test yardımıyla genel IQ'nun tahminini kısa sürede yapabilirsiniz. Hastaya 2x3'ü sorun, sonra 2x6, 2x12 ve devamını. 2x48'e kadar verilen doğru yanıt, hastanın %85 ihtimalle standart bir zekâ testi olan Wechsler Yetişkin Zekâ Testinden normal sınırda ya da daha iyi bir puan alacağını öngörmektedir.

İÇGÖRÜ VE YARGILAMA

Zihinsel durum değerlendirmesi bağlamında, *içgörü* değerlendirdiğiniz herhangi bir sorunla ilgili hastanın fikirlerinin geçerliliği anlamına gelir. İçgörülü bir hasta, (1) bir şeylerin ters gittiğinin; (2) bunun gelecekteki sağlığına etkileri olabileceğinin; (3) sebebin biyolojik, psikolojik ya da sosyal (şeytanların ya da uzaylıların etkisinin aksine) olduğunun ve (4) bir tür tedavi gerektiğinin farkındadır. Psikoterapiye katılma ya da psikodinamikleri anlama kapasitesi, genellikle bu değerlendirmenin içine dâhil edilmez.

Eksik içgörünün önemli anlamları vardır. Hastaneye yatma, bir bakıcı ya da vekil atanması, depo ilaç kullanımı ya da hastanın reddedebileceği diğer bir tedavi gereksinimi olduğu anlamına gelebilir. Diğer yandan iyi içgörü hastanın tedavi planında iş birliği kuracağı, ilaçlarını düzenli kullanacağı ve görüşmelere düzenli geleceği konusunda güveninizi arttırabilir.

İçgörüden emin olmak için aşağıdaki soruları sorabilirsiniz:

"Sizde ters giden bir şeyler olduğunu düşünüyor musunuz?"

"Duyduğunuz sesler hastalığa bağlı olabilir mi?"

"Sizce buna ne sebep olmuş olabilir?"

"Sizce buraya gelen insanların ne tür sorunları vardır?"

"Herhangi bir sorununuz olabileceğini düşünüyor musunuz?"

"Tedavinin düzenli olabileceğini düşünüyor musunuz?"

İçgörü tam ya da kısmi olabilir veya hiç olmayabilir. Örneğin kısmi içgörüsü olan bir hasta, bir şeylerin ters gittiğinin fakında olup bunun için başkalarını suçlayabilir. Ayrıca içgörü değişken olabilir –hastalığın ilerlemesi ile kötüleşip duraklama dönemlerinde iyileşebilir. *Zayıf içgörü nörobilişsel bozukluklarda, şiddetli depresyonda ve psikozda (özellikle şizofreni ve psikotik özellikli bipolar I bozuklukta) tipiktir.*

Buna ek olarak hastanızın benlik imajı hakkında bir fikre sahip olmak için aşağıdaki soruları sormayı deneyebilirsiniz:

"Hangi güçlü yönleriniz olduğunu düşünüyorsunuz?"

"Kendiniz hakkında neleri seviyorsunuz?"

"Sizce diğer insanlar sizi nasıl görüyor?"

Hastanın kendi güçlü yönlerini değerlendirmesi –hangi alanda iyi olduklarını düşünüyorlar– tedavi önerme konusunda ve prognoz tahmininde önemli olabilir.

Önerilen tedavinin kabul edilmesindeki rolü yanında, *yargılamayı* gerçekçi amaçlara ulaşmak için yapılması gerekenlere karar verme kabiliyeti olarak düşünebiliriz. Bazı klinisyenler yargılamayı hâlâ "Eğer üzerinde pul olan bir zarf bulsanız ne yaparsınız?" ya da "Bir gösteriye hazırlandığınız sırada, salonda yangın çıksa nasıl tepki verirsiniz?" şeklinde hipotetik sorular sorarak değerlendirmektedir. Bu tür soyut soruların kişinin dünyayla nasıl başa çıktığıyla çok ilgisi yoktur; o nedenle bunlardan kaçınmanızda fayda var. Bunların yerine, hastanızın yargılamasını değerlendirmek için aşağıdaki gibi pratik sorular sorabilirsiniz:

"Tedaviden ne bekliyorsunuz?"

"Gelecekteki planlarınız nelerdir?"

Son tahlilde yargılama konusundaki en iyi değerlendirmeyi, bir saat ya da daha uzun bir süreçte elde etmiş olduğunuz malzemeden yararlanarak yapacaksınız.

Hastanızın içgörüsünü ve yargılamasını raporlarken eksik olan içgörünün hangi alanda olabileceği ve size böyle düşündüren örneklerin neler olduğu gibi ayrıntıları verdiğinizden emin olun. Genellikle, bir değerlendirme yapıp ("Hastanın içgörüsü sınırlı") bırakmaya yatkınızdır; bu, özenden ve iyi bir yargılamadan uzak bir yaklaşımdır.

FORMAL ZİHİNSEL DURUM DEĞERLENDİRMESİNİ HANGİ DURUMLARDA ATLAYABİLİRSİNİZ?

Bu başlık altında yönlendirilen soruya verilebilecek en iyi cevap "Hiçbir zamandır." Çünkü tüm bilgi yazılı kayıtlarda size sunulsa bile, görüşme yapılan zamanlarda ayrıntılı bir zihinsel durum gözlemi yaparsınız. Aslında sorduğumuz, "Zihinsel durum değerlendirmesinin bilişsel kısmını, güvenli bir şekilde hangi durumlarda atlayabiliriz?" sorusudur (bu, bu bölümün birçok kısmında ele alınmış bir sorudur).

Herhangi bir testi çıkarmak nadiren risksizdir ve bunu yaptığınız zaman, muhtemelen avantajları (zaman kazanmak ve hastanızı utançtan kurtarmak) ve dezavantajları (tanı için gereken bilgide eksiklikler) dengelemek gibi bir fikre sahipsinizdir. Test yapmanın dezavantajları mantıksızdır çünkü testler, genellikle çok çabuk uygulanır ve hastalar genellikle sorduğunuz her şeye nezaketle cevap verecektir. Bununla birlikte aşağıda zihinsel durum değerlendirmenizin yönelim (orientation), bilgi, dikkat ve bellek gibi bazı alanlarını çıkararak kısaltabileceğiniz birkaç durum verilmiştir.

Hastanız ayrıntılı ve iyi organize olmuş bir öykü sunmuştur. Örneğin, çok tehdit edici olmayan bir sorunla (evlilik sorunları gibi bir yaşam stresiyle) başvurmuş bir hasta size uyumlu, boşlukları ve tutarsızlıkları olmayan bir öykü anlatacaktır.

Test sonuçları ulaşılabilirdir. Elinizde, testlerinizden daha net bilgi veren güncel bir psikolojik değerlendirme mevcuttur.

Hasta zaten streslidir. Hasta yakın zamanda diğer değerlendirmeciler tarafından sorgulanmış, utanmış ya da tekrarlayan sorulara sinirlenmişse sorgulamanızı kısaltmak isteyebilirsiniz. Bu, bazı testlerde zorlanmış hastalar için özellikle doğru olabilir.

Aşağıdaki durumlarda zihinsel durum değerlendirmenizin herhangi bir kısmını çıkarmamalısınız:

Adli herhangi bir değerlendirmede. Bu tür raporlar, mahkemede ayrıntılarıyla ve didik didik incelenebilir.

Diğer yasal işlemlerde. Mahkemeden tedaviye yönlendirme durumlarında, mahkemeye katılmak için zihinsel durum yeterliliği tespitlerinde ve belirli prosedürler için (örneğin, elektrokonvulsif terapi) zorunlu tutulan değerlendirmelerde her zaman tam bir rapor sunun.

Karşılaştırmalı raporlarda. Örneğin, sonrasında tedavinin sonuçlarını değerlendirmeniz gerektiğini biliyorsanız, hastanın önceden nasıl olduğuna dair tam bir değerlendirme yapmanız daha iyi olur.

İntihar düşüncesi ya da şiddet tehlikesine dair herhangi bir şüphe durumunda. Hasta için kişisel sonuçları ve yasal süreçler tam bir değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır.

Başlıca tanılarda. Özellikle psikotik durumlar, duygudurum, kaygı, nörobilişsel ve madde kullanımı gibi tanı durumlarında ayrıntılı bir inceleme yapılmalıdır.

Yatan hasta durumlarında. Yatış gerektirecek kadar hasta olan her hastanın tam bir incelemesi yapılmalıdır.

Olası beyin hasarlarında. Kafa travması ya da nörolojik hastalık geçmişi varsa her zaman tam bir zihinsel durum değerlendirmesi yapın.

Yeni başlayan değerlendirmeci. Tam değerlendirmeyi üst üste sürekli uygulamak hem yatkınlığınızı hem de becerinizi arttıracaktır.

BÖLÜM 13

Klinik İlgi Alanlarındaki İşaretler ve Belirtiler

Klinik ilgi alanları, tarihçe ve ruhsal durum bilgileri hakkında düşünmenin basit bir yoludur. Burada, ruh sağlığı uzmanlarının karşılaşabileceği birçok işaret ve belirtiyi kapsayan sekiz grubu ele alacağım. Klinik ilgi alanları, ayırıcı tanı için ihtiyaç duyacağınız bilgileri sorgulamaya odaklanmanıza yardımcı olacaktır.

Sizin işiniz, genel değerlendirme sırasında karşılaştığınız bu alanların önemini değerlendirebilecek gerçeklere ulaşmaktır. Bu alanlardan her birinin, ortak belirtileri olan birkaç tane klinik tanıyı kapsadığını unutmayın. Hangi tanının en iyi şekilde uyduğunu değerlendirmek için aklınızda bulunan her tanının belirtilerini sorgulamalısınız.

Bu sürecin nasıl çalıştığına örnek olarak depresif, hüzünlü ya da hayal kırıklığına uğradığını hisseden bir hastanız olduğunu varsayın. Duygudurum bozukluklarına dair bazı ek belirtiler bulmayı bekleyeceksiniz: ağlama nöbetleri, umutsuzluk, iştahta değişme, uyku örüntüsünde değişme, günün belirli zamanlarında kendini daha kötü hissetme, düşük enerji, zayıf odaklanma, kötümser bir bakış açısı ve intihar düşünce ve davranışları gibi. Birçok hasta, bütün bu belirtileri göstermez ama bunlardan birkaçı bile, hastanızın depresif bir durumdan muzdarip olduğuna dair size fikir verecektir. Böyle bir durumda, hastalığın belirtileri ve gidişatının duygudurum bozukluklarından birini destekleyip desteklemediğini öğrenmelisiniz. Başka bir deyişle, ilk olarak veriyi edinin. Bütün veriler alındıktan sonra, en iyi hangi tanının bu verilere uyduğuna karar verin.

Her bir klinik ilgi alanını tartışmak için şunlardan bahsedeceğim:

1. Uyarılar, daha fazla araştırma yapmanız için uyanık olmanızı gerektiren "kırmızı bayraklı" belirtiler.
2. Temel tanılar. Birincil ayırıcı tanıya ek olarak klinik ilgi alanının kapsadığı en önemli tanıları içeren bölümdür. Ek B'de açıklamaları yer alan tanıları yıldızla (*) belirttim.
3. Tarihçe bilgisi. Burada, sormanız gereken her bir tarihçe parçasının önemini kısaca açıkladım.
4. Zihinsel durum değerlendirmesinden tipik özellikler. Ayırıcı tanının ne olduğunu anlamaya çalışırken, şimdiki ruhsal durum tarihçe kadar yardımcı olmaz. Bu nedenle sadece tipik belirtileri listeledim.

Zaman zaman tarihçenin nerede bittiği ve ruhsal durumun nerede başladığını kestirmek zordur. Bu nedenle bir bölüm altında yer alan bazı özelliklerin aslında başka bir bölüme ait olabileceğini düşünebilirsiniz. Örneğin hasta, görüşme sırasında gözlemlenmeyen bazı duygudurumları rapor edebilir.

Ek D'de, başlıca ruh sağlığı tanılarını kapsayan yarı yapılandırılmış bir görüşme bulacaksınız. Bunu, görüşmeleri sırasında her şeyi ele aldığından emin olmak isteyen kişiler için kitaba dâhil ettim. Belli bazı tanılar için görüşme yaparken, dikkatli olmanız konusunda sizi uyarmak istiyorum. İlk görüşmenin amacı, yalnızca sizin ön yargılarınızı ya da başka bir klinisyenin önceden var olan fikrini doğrulamak değildir; neyin yanlış gittiğini belirlemektir. Bir başka deyişle, belirli bir balığı yakalamak için belirli bir olta atmayın, onun yerine bir ağ kurup bu ağın size ne getireceğine bakın.

PSİKOZ

Psikoz basitçe, hastanın gerçeklikle bağının kopması anlamına gelir ve varsanıların, sanrıların varlığı ya da düşünce çağrışımlarının fark edilebilir şekilde zayıflamasıyla değerlendirilebilir. Her ne kadar bugünkü tedavi yöntemleriyle bir kişinin uzun süre psikotik kalması olağan dışı olsa da bu durum hem kısa süreli hem de kronik olabilmektedir.

Uyarılar

Bir klinik ilgi alanı olarak size psikozu düşündürebilecek belirtiler şunlardır:

Donuk ya da uygun olmayan duygulanım

Tuhaf davranış

Kafa karışıklığı (konfüzyon)

Sanrılar

Fanteziler ya da mantıksız fikirler

Varsanılar (herhangi bir duyuda)

İçgörü ya da yargılamanın bozulması

Suskunluk

Algısal bozulmalar ya da yanlış yorumlamalar

Sosyal içe çekilme

Anlaşılmaz ya da takip edilmesi zor konuşma

Temel Tanılar

Psikozda olan bir hasta, muhtemelen üç temel tanıdan birini alacaktır: organik psikoz (tıbbi bir hastalık ya da madde kullanımı kaynaklı olabilen), şizofreni ya da bir çeşit duygudurum bozukluğu -psikozun eşlik ettiği majör depresif epizod (majör depresif bozukluk ya da bipolar I bozukluğu olarak kendini belli edebilir) ya da şiddetli mani (bipolar I). Bunlardan duygudurum bozuklukları ve şizofreni en sık karşılaşılanlardır. Daha eksiksiz bir liste ise şöyledir:

Şizofreni*

Mojör depresif epizod*

Manik epizod*

Çeşitli nedenlerden kaynaklanabilen deliryum* gibi nörobilişsel bozukluklar

Madde/ilaç kullanımına bağlı psikotik bozukluk* (ör., alkolden kaynaklanan)

Kısa süreli psikotik bozukluk

Şizofreniform bozukluk*

Şizoafektif bozukluk*

Sanrısal bozukluk*

Tarihçe Bilgisi

Başlangıç yaşı. Şizofreni erken yaşlarda başlama eğilimindedir (onlu yaşların sonu ya da yirmiler); sanrısal bozukluk orta yaş ve sonrasında başlar.

Alkol veya ilaçlar. Pek çok psikotik hasta madde kullanır. Kronolojiyi kontrol edin. Eğer ilk olarak psikoz başlamışsa, madde kötüye kullanımının ikincil olduğu şizofreni tanısı daha uygun olabilir. Eğer ilk olarak madde kullanımı başlamışsa psikoz ikincil tanı olabilir ve şizofreni ihtimali daha düşüktür.

Depresyon. Eğer geçmişte ya da şu anda şiddetli bir depresyon varsa psikozun eşlik ettiği duygudurum bozukluğu tanısını dikkate alın.

Çevresel stres. Psikozun başlangıcından önce şiddetli bir çevresel stres varsa bu, kısa süreli psikotik bozukluğa işaret etmektedir.

Aile geçmişi. Şizofreni ve depresyon aileden geçme eğilimindedir; bu iki koşuldan herhangi birini yaşayan bir akrabanın varlığı, hasta için o tanıyı alma olasılığını arttırır.

Hastalığın uzunluğu. Psikoz ne kadar uzun sürerse son tanının şizofreni olması daha olasıdır.

Güdü, istem ve ilginin kaybı. Bu belirtiler şizofreninin son aşamalarında tipiktir.

Başlangıç. Ani başlangıç (birkaç günden birkaç haftaya kadar), bilişsel bir bozukluk ya da psikozun eşlik ettiği duygudurum bozukluğuna işaret eder. Daha uzun ve aşamalı başlangıçta, bazı vakalarda birkaç yıla kadar çıkar; bu psikozun şizofreni olması daha olasıdır.

Fiziksel hastalık. Bilişsel psikozlar birçok sağlık risk faktörüyle ilişkilidir: endokrin ya da metabolik bozukluklar, tümörler, zehirli maddeye maruz kalmak, travma ve çeşitli nörolojik ve tıbbi hastalıklar.

İyileşme ile sonuçlanan önceki epizod. Duygudurum bozuklukları epizodik hastalıklar olma eğilimindedir: Bu hastalar, şizofrenisi olan hastalara göre tamamen iyileşmeye daha yakındır.

Şizoid ya da şizotipal premorbid (hastalık öncesi) kişilik. Bir başınalık, duygusal içe çekilme, az sayıda arkadaş ya da tuhaf inançlar veya davranışlar gibi süregelen kişilik özellikleri bazen şizofreninin başlangıcından önce gelebilir.

İşsizlik ya da iş seviyesinin düşmesi. Eğer işsizlik ya da düzenli bir işin olmaması yıllarca söz konusu olmuşsa ve özellikle de hasta son zamanlara kadar yüksek seviyede ve çaba gerektiren bir işte çalışıyorsa ve azalan iş seviyesi akut bir epizodun iyileşmesinden sonra da devam ediyorsa şizofreni ihtimali daha güçlüdür.

Birinci dereceden belirtiler üzerine not. Üzerinde çok çalışılmış olan varsanı ve sanrılar listesi Kurt Scheneider'in *birinci dereceden belirtileridir* ve Scheneider, bunlardan herhangi birinin şizofreniyi tanılayabileceğine inanırdı. Her ne kadar sonraki araştırmalar başka bozukluklara sahip hastaların da bu belirtileri rapor edebileceğini göstermişse de birinci dereceden belirtiler kavramı ile kısa bir liste oluşturabilecek kadar çok karşılaşacaksınız:

Duyulabilir düşünceler

Normal bir gözlemin hastaya anormal anlamlar ifade ettiği sanrısal algı; örneğin öğle yemeği için hastaya ızgara peynirli sandviç verildiğinde O, teyzesinin ölmek üzere olduğunu "bildi".

Etkileme sanrıları

Düşünce kontrol sanrıları
Hasta hakkında konuşan birden fazla sesin olması
Seslerin hastanın hareketleri hakkında yorum yapması
Somatik varsanılar (bir dış etki tarafından üretilen beden duyumları)
Düşünce yayını

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

Görünüm ve davranış
  Hareketteki anormallikler
    Azalmış etkinlik
    Volta atmak
    Katatonik duruş
    Katılık
    Negativizm
    Yüz buruşturma
    Streotipler
  Giyimin alışılmamış ve karışık olması
  Aşırı uyarılmışlık
  Hijyene önem vermeme
Duygudurum
  Donuk ya da boş
  Kimlik ile ilgili kafa karışıklığı
Düşünce akışı
  Kısıtlı miktarda konuşma
  Sessizlik
  Tutarsız
  İlişkileri gevşek çağrışımlar
  Mantıksız fikirler
  Fantezilere saplantı
Düşünce içeriği
  Varsanılar: Ne zaman? Nerede?
Varsanılar *(devamı)*
  İşitsel
    Sesler?
    Eğer varsa, kimin?
    Duyulabilir düşünceler?
  Görsel
  Dokunsal
  Tat
  Koku
Sanrılar
  Ölüm
  Erotomani
  Büyüklük
  Suçluluk
  Sağlığın bozulması ya da bedensel değişim
  Kıskançlık
  Edilgenlik
  Düşmanlık
  Yoksulluk
  Referans
Dil, genellikle bozulmamıştır
Biliş, genellikle etkilenmemiştir
İçgörü, sıklıkla yoktur
Yargılama, akut dönemdeyken azalmış olabilir

DUYGUDURUMDA BOZULMALAR: DEPRESYON

Depresyon, depresif anlamına geldiği gibi hüzün, üzüntü ya da melankoli gibi çeşitli biçimlerde tanımlanan bir duygudurumu ifade etmektedir. Bu üzüntülü duygudurum sürekli olmalıdır; genellikle en az bir ya da iki hafta sürmelidir. Sıklıkla kişinin normal duygudurumunda yaşanan belirgin değişiklik olarak tanımlanır. Bazı insanlar depresif hissetmediklerini ifade edeceklerdir; onlar sadece "haz" duygusunu de-

neyimleyemiyordur (bu durum *anhedoni* olarak adlandırılır). Şimdiki hastalığın tarihçesi ile ilgili olarak elde edilmesi gereken bilgiler hem depresyonun nedeni (daha sonra açıklanacaktır) hem de şiddetiyle ilgili olmalıdır.

Uyarılar

Hastanız bu belirtilerden herhangi birini gösteriyorsa depresyonu sorgulamalısınız:

- Belirgin bir şekilde artmış ya da azalmış aktivite seviyesi (ajite olmuş)
- Kaygı belirtileri
- İştah değişiklikleri
- Konsantrasyonda zayıflama
- Ölüm isteği
- Çökkün duygudurum
- Olağan aktivitelere ilginin azalması (cinsellik dâhil)
- Uykusuzluk ya da aşırı uykulu olma
- İntihar fikirleri
- Ağlamaklı olma
- İlaç ya da alkol kullanımı
- Kilo alma ya da kaybı
- Değersizlik

Temel Tanılar

Psikozu ortaya çıkarabilecek fiziksel hastalıkların çoğu, depresyona da neden olabilmektedir. Ancak tanıya ilişkin esas sorun, *birincil* depresyonu (ya da depresyon kronolojik olarak ortaya çıkan ilk bozukluktur) *ikincil* depresyondan (ya da depresyon sonra gelmektedir ve başka bir ruhsal durum ya da kişilik bozukluğu buna neden olmaktadır) ayırt etmektedir. Göz önünde bulundurulacak temel tanılar şunlardır:

- Majör depresif epizod* (majör depresif bozukluğun ya da bipolar I ya da bipolar II'nin bir parçası olarak)
- Melankoli*
- Distimi (DSM-5'te süregiden depresif bozukluk olarak adlandırılır)*
- Premenstural disforik bozukluk
- Mevsimsel duygudurum bozukluğu
- İkincil depresyon

Tarihçe Bilgisi

Alkol ve ilaçlar. Madde kullanımı ikincil depresyonun başlangıcından önceki temel bir bulgudur.

Anhedoni. Hasta keyif duygusunu hissedemez. Bu duygu, bazı hastalarda depresif moda alternatif olarak ortaya çıkabilir.

Atipik özellikler. Stresle ilişkili depresyon, artmış uyku (hipersomia), artmış iştah ve kilo alma gibi belirtileri içerebilir; hastalar sabahları ve hoşlandıkları insanlarla birlikteyken kendilerini daha iyi hissedebilir. Bu görünümlere *atipik* denir çünkü tipik depresif hastaların azalmış uykuları vardır; akşamları kendilerini daha iyi hissederler, iştah azalması ve kilo kaybından yakınırlar ve keyifli bir topluluk içerisinde daha iyi hissetmezler.

Olağan benlikte değişme. Şiddetli bipolar depresif epizod ya da unipolar depresyonu olan hastalar, çoğu zaman nasıl hissettiklerini "daha önce hissettiğimden tamamen farklı" olarak ifade ederler.

Çevresel stres. Herhangi bir şiddetli çevresel stresör depresif duygudurum la ilişkilendirilebilir. Stresör ortadan kalktıktan sonra geçen depresyon zaman zaman *tepkisel* olarak adlandırılır. Stresle ilişkili olmayan depresyonlar bazen iç kaynaklı olarak adlandırılır (kişinin içinden gelen); kişiler bazen kendilerini "hiçbir yerden gelen" olarak tanımlayabilir. Tepkisel depresyonlar, genellikle stresle ilişkili olmayan depresyonlara göre daha az şiddetlidir ve tedaviye daha az ihtiyaç duyulabilir.

Epizodik hastalık. Daha önce bir depresif epizod olmuş mu? Hasta tamamen iyileşmiş miydi? "Evet" yanıtı, böyle bir depresyonun bipolar depresif epizod, unipolar depresyon ya da mevsimsel örüntüsü olan duygudurum bozukluğu (aşağıda açıklanmıştır) olabileceğini akla getirmektedir. Kronik, düşük yoğunluklu, yıllarca süren düşük yoğunluklu depresyon süregiden depresif bozukluğun (distimi) tipik bir görünümüdür.

Ailenin duygudurum bozukluğu tarihçesi. En azından bir kısmı kalıtsal olan, şiddetli depresyon için klasik bir bulgudur.

Kararsızlık. Küçük ayrıntılar bile söz konusu olsa kişinin aklını toplamayı becerememesi, aynı zamanda şiddetli depresyonun işaretlerindendir.

Soyutlanma. Arkadaşlar ve aileden geri çekilme, melankoli gibi şiddetli bir depresyona işaret eder.

Mani evresinin varlığı. Bipolar depresif epizod ve majör depresif bozukluk arasındaki ayırım, daha önce bir mani olup olmamasına dayanarak kolaylıkla yapılabilir.

Hobilerin ve aktivitelerin ihmali. Olağan aktivitelere olan ilginin azalması şiddetli depresyona eşlik eder.

Premenstural örüntü. Depresif belirtileri genellikle menstural döngünün başlangıcından önce kendini gösteren kadınlar, premenstural disforik bozukluk yaşıyor olabilir.

Yakın zamanda olan bir kayıp (yas). Bu, depresyonun öncülü olabilecek yaygın olan başka bir çevresel stresördür.

Mevsimsel örüntü. Bazı hastalar depresyonlarının yılın belli mevsimlerinde düzenli olarak başladığını (tipik olarak sonbaharda ya da kış aylarında) ve daha sonra tam bir iyileşme olduğunu ifade eder (tipik olarak ilkbaharda). Böyle hastalar mevsimsel döngüsü olan duygudurum bozukluğu tanısı alabilir.

Cinsel ilginin azalması. Libidonun kaybı, orta ve şiddetli depresyonun klasik bir belirtisidir.

İntihar düşünceleri ve girişimleri. Bütün depresif hastalara, önceki girişimlerinin psikolojik ve fiziksel şiddetini sorun. İntihara ilişkin mevcut fikirler var mı ya da bunu gerçekleştirmenin onlar için anlamı ne?

Düşünmede ya da konsantre olmada bozukluk. Bu belirtiler orta ve şiddetli depresyonda sıklıkla bulunmaktadır.

Vejetatif belirtiler. Terminal insomnia (hasta erken kalkar ve bir daha uyuyamaz); azalmış iştah, kilo kaybı ve düşük enerji ya da yorulma, melankolinin olduğu şiddetli depresyon için klasiktir. Hastalar akşamları, sabahlara göre daha iyi hissetme eğilimindedir ve normalde hoşlandıkları insanlar onlara eşlik ettiklerinde iyilik hâlleri çok yükselmez.

Zihinsel Durum Değerlendirilmesi

- Görünüm ve davranış
  - Ağlama
  - Görünüşe olan dikkatin azalması
  - Olağan aktivitelere olan ilginin azalması
  - Yavaşlamış hareketler
  - Ajitasyon
- Duygudurum
  - Üzüntülü yüz
  - Kaygı
- Düşünce akışı
  - Yavaşlama
- Düşünce içeriği
  - Suçluluk hissi
  - Ruminasyonlar
  - Umutsuzluk
  - Değersizlik
  - Hazzın azalması
- Düşünce içeriği (*devamı*)
  - "Ölsem daha iyi"
  - Ölüm arzuları
  - İntihar fikirleri, planları
  - Duyguduruma uygun sanrılar
    - Suçluluk
    - Günah
    - Değersizlik
    - Sağlığın bozulması
    - Yoksulluk
- Dil genellikle etkilenmez
- Biliş
  - Genellikle bozulmamıştır
  - "Psödodemans" olabilir
- İçgörü ve yargılama
  - Depresif hissettiğini inkâr edebilir
  - Düzelme ihtimalinin inkârı

DUYGUDURUMDA BOZULMALAR: MANİ

Manik hastalar duygudurumlarını "kabarık", "aşırı", "coşkun", "heyecanlı" ya da "öforik", bazen de çoğunlukla huzursuz olarak tanımlar. Her ne kadar mani yüz yıldan daha fazla bir süredir biliniyorsa da bu hastalara sıklıkla şizofreni denilerek yanlış tanı konmaktadır. Mani belirtileriyle birlikte bazen bilişsel bozukluklar da görülebilmektedir.

Uyarılar

Aşağıdaki belirtilerden herhangi biriyle karşılaştığınızda maniyi düşünün:

Artan aktivite düzeyi
Dikkat dağınıklığı
Kendilik değerine ilişkin büyüklenmeci his
Yargılamanın bozulması
Aşırı coşkulu duygudurum ya da iritasyon
Çok fazla aktivite planlama
Uykunun azalması (uykuya olan ihtiyacın azalması)
Hızlı, sesli, araya girmenin zor olduğu konuşma
Yakın zamanda başlamış ya da artmış madde kullanımı
Düşüncenin bir fikirden başka bir fikre hızlıca sıçraması

Temel Tanılar

Çoğu manik hasta aynı zamanda (sıklıkla şiddetli) depresyon epizoduna sahiptir. Siklotimi, yani psikotik olmayan coşkun duygudurumun depresif olanla birbirini takip ettiği daha hafif düzeydeki durum, düşünülmesi gereken bir diğer temel olasılıktır. Ayırıcı tanı aşağıdakileri içerir:

Mani* (bipolar I bozukluk, manik epizod)
Bipolar II bozukluk
Siklotimi
Organik duygudurum bozukluğu

Tarihçe Bilgisi

Alkol kötüye kullanımı. Bazen hızlanmanın verdiği rahatsızlık hissini azaltma girişimi olarak görülebilir.

Konsantrasyonun azalması. Manik hastalar sıklıkla bitiremedikleri projeler başlatır.

Epizodik hastalık. Önceden tamamen iyileşmiş bir mani ya da depresyon epizodunun varlığı tanıyı sağlamlaştırır. Eğer öyleyse özellikle hızlı döngülere bakın (bir yıllık süreç içerisinde yükselmeler ve alçalmalar arasındaki dört ya da beş dönüşüm). Birkaç gün kadar kısa süreli olabilen bu epizodlar, etkili olabilecek tedavi tipine ilişkin de doğurgulara sahiptir.

İnsomia. Bu, sıklıkla uykuya olan ihtiyacın azalması olarak deneyimlenir.

Zayıflamış yargılama. Alışveriş çılgınlığı, yasal sorunlar ve rastgele cinsellikle ilişkili bir tarihçe olarak ortaya çıkar.

Artmış libido. Manik taşkınlık rastgele cinsel ilişkiye, hamileliğe ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskine neden olabilir.

Kişilik değişimi. Uç durumlarda, normalde sessiz, mütevazı olan bir insan birden bire gürültücü, tartışmacı ya da hırçın biri hâline gelir.

Fiziksel koşullar. Mani ile benzer olarak ketleme güçlüğü (disinhibisyon), kafa travması ve beyin tümörü, endokrin bozuklukları gibi çeşitli koşullar sonucunda ortaya çıkabilir.

İlişkilerin bozulması. Arkadaşlar ve aile, belirgin olarak değişen davranışla baş etme zorluğu çeker.

Artmış sosyallik. Manik hastalar partiler ve diğer sosyal toplantılardan aşırı derecede zevk alabilirler.

İş ile ilişkili sorunlar. Konsantrasyon kaybı ve büyüklenmeci planlara saplanma, iş ya da okul performansının düşmesinde rol oynar.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

- Görünüş ve davranış
  - Heyecanlı, ajite
  - Hiperaktif
  - Enerjinin artması
  - Yüksek sesle konuşma
  - Frapan ya da tuhaf giyim
  - Tehditkâr ya da saldırgan olabilme
- Duygudurum
  - Öforik
  - İrrite, huzursuz-aşırı hassas
  - Hızla değişen duygudurum
- Düşünce akışı
  - Birbiriyle yarışan düşünceler
  - Fikirlerin uçuşması
  - Basınçlı konuşma
- Düşünce akışı *(devamı)*
  - Kelime oyunları, şakalar
  - Dikkatin kolay dağılması
- Düşünce içeriği
  - Kendinden emin
  - Dinselliğin artması
  - Şemalar ve planlarla dolu
  - Sanrısal olabilen büyüklenme
- Dil genellikle etkilenmez
- Biliş genellikle bozulmamıştır
- İçgörü ve yargılama
  - Hasta olmakla ilgili gerçeğe ilişkin içgörünün eksiliği
  - Zayıf yargılama (hastaneye yatırılmayı, tedaviyi reddetme)

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Madde kötüye kullanımı ortaya çıktığı kültür tarafından tanımlanır. Kültürümüzün pek çok kesimi (Mormonlarda olduğu gibi bazı dinler önemli istisnalardır), yetişkinlerin çoğunluğu, söz konusu olan sadece kafein olsa da madde kullanır. Bir insanın madde kötüye kullanıp kullanmadığına dair fikrimiz, sadece kullandığı maddenin miktarı ya da sıklığıyla ilişkili değildir; aynı zamanda bu davranışın sonuçlarıyla ilgilidir. Bu sonuçlar davranışsal, bilişsel, yasal, ekonomik ya da fiziksel olabilir. Pek çoğu da bir bütün olarak toplumu etkiler.

Uyarılar

Aşağıdaki belirtiler size madde kullanım bozukluğu tanısını düşündürmelidir:

Günlük olarak bir ya da iki kadehten fazla alkol kullanımı

Tutuklanma ya da diğer yasal sorunlar

Finansal sorunlar: başka şeyler için ihtiyaç duyulan paranın harcanması

Sağlık sorunları: baygınlıklar, siroz, abdominal ağrı, kusma

Yasa dışı madde kullanımı

İş kaybı, işe geç kalma, işteki pozisyonunun alt seviyelere indirilmesi

Bellek bozulması (içmekten ya da madde kullanmaktan dolayı bayılmak)

Sosyal sorunlar: kavgalar, arkadaşların kaybı

Temel Tanılar

Bu bozukluklar DSM-5'te [madde] kullanım bozukları ve [madde/ilaç] kaynaklı [duygudurum, psikotik vb.] bozukluklar olarak adlandırılır. Madde kullanımına bağlı bilişsel bozukluklar, ağır biçimde madde kullanan birçok insanın şu ya da bu zamanda yaşadığı beyin sendromları, "Düşünme Güçlüğü" (Bilişsel Sorunlar) kısmında ele alınacaktır.

Kötüye kullanıma konu olabileceği düşünülen maddelerin türleri aşağıda verilmiştir. Madde kullananların çoğu aşağıda yer alanlardan birden fazlasını kullanır.

Alkol

Amfetaminler

Kenevir

Kokain

Halüsinojenler (fensiklidin dâhil)

İnhalan

Nikotin

Opioidler

Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler

Madde kötüye kullanımı tek başına görülebilen bir bozukluktur ancak sıklıkla başka önemli ruh sağlığı tanıları ya da kişilik bozukluklarıyla birlikte görülür. Bunlar genellikle aşağıdakilerdir:

Duygudurum bozuklukları (depresyon ve mani)

Şizofreni

Somatizasyon bozukluğu (DSM-5'teki somatik belirti bozukluğu)

Antisosyal kişilik bozukluğu

Tarihçe Bilgisi

Kötüye kullanım. Eskiden, kullanım sonucu oluşan fakat gerçekte bağımlılıkla ilişkili olmayan nedenlerden kaynaklanan sorunları belirtmek için kullanılırdı. Bu kavram şu anda, basitçe kişiye iyi gelecek miktardan fazla bir şekilde kullanılan reçeteli ilaçları da içeren herhangi bir maddenin kullanımı şeklinde anlaşılmalıdır.

Madde sağlamak amacıyla yapılan aktiviteler. İlaç satma, hırsızlık, soygun ve seks işçiliği yapmak gibi durumlar bu şekilde değerlendirilir.

Başlangıç yaşı. Madde kullanımı hasta kaç yaşındayken başlamış? Alkol kullanımı söz konusu olduğunda kadınlar erkeklere göre daha geç başlama eğilimindedirler.

Kronoloji. Eğer ilişkili bir ruhsal bozukluk varsa hangisi önce başlamıştır? Örneğin, alkolizm depresyondan önce başlamışsa, depresyon ikincil olarak değerlendirilir.

Bağımlılık. Bağımlılık, esas olarak madde kullanımı sonucunda davranış değişimi anlamına gelir. Burada yer alan belirtiler DSM-5'in madde kullanım bozukluğunu tanımlamak için kullandığı davranış değişimleridir (İlk iki sıradaki belirtiler genellikle kenevir ya da halüsinojenler için kullanılmaz.).

1. Tolerans (hasta aynı etkiyi elde edebilmek için daha fazla miktarda maddeye ihtiyaç duyar ya da aynı miktarda maddeyle daha az etki ortaya çıkar).
2. Yoksunluk (madde özelliklerine bağlı olarak hasta yoksunluk belirtileri gösterir ya da bundan kaçınmak için daha fazla madde tüketir).
3. Hasta, niyetlendiğinden daha fazla madde kullanır.
4. Hasta, başarısızca madde kullanımını durdurmaya çalışır.

5. Hasta, madde sağlama, kullanma ya da maddenin etkisinden çıkmak için daha fazla zaman harcar.
6. Madde kullanımı, hastanın önemli işlerinden, sosyal ya da eğlence ile ilgili aktivitelerden vazgeçmesine neden olur.
7. Hasta, madde kullanımının fiziksel ya da psikolojik olarak neden olduğu sorunların farkında olmasına rağmen, madde kullanmaya devam eder.
8. Bunu yapmak fiziksel olarak zarar verecek olsa da hasta tekrarlı bir şekilde madde kullanır (madde etkisi altında araç kullanmak gibi).
9. Tekrarlı kullanımdan dolayı hasta, evdeki ya da işteki/okuldaki temel sorumluluklarını yerine getiremez (işe ya da okula tekrarlı bir şekilde gitmeme, çocukların ya da evin ihmali, düşük iş performansı).
10. Hasta, sosyal ya da kişilerarası sorunlara neden olacağını ya da bunları kötüye götüreceğini (kavgalar, tartışmalar) bilse de madde kullanmaya devam eder.
11. Son olarak, hasta madde yoksunluğu çeker. Elbette bu yoğun arzu tek başına bir davranış değildir ama yukarıda sıralanan belirtileri güdüleyen güçtür.

Duygusal/davranışsal bozukluklar. Özellikle psikoz, duygudurum sendromları, kaygı sendromları, sanrısal bozukluk ve yoksunluğa bağlı deliryum gibi komplikasyonlardır.

Kullanım sıklığı. Her bir ilaç ne sıklıkla kullanılmış? Var olan örüntü mevcut epizodda değişmiş mi?

Sağlık sorunları. Bozulan sağlığa dair siroz, mide bozuklukları, aşırı zayıflık, tüberküloz ya da solunum sorunları gibi herhangi bir kanıt var mı?

Yasal sorunlar. Madde sağlamak amacıyla yapılan satışlar ya da suç teşkil eden aktiviteler nedeniyle tutuklanma veya hapsedilme olmuş mu? İlaçlar için para sağlama amacıyla yapılan ve suç teşkil eden davranışlara ilişkin tarihçe antisosyal kişilik bozukluğundan ayrıştırılmalıdır (yasa dışı aktiviteler hasta temiz ve ayıkken yapılmışsa antisosyal kişilik bozukluğu daha doğru bir tanı olabilir).

İğne paylaşma. Damar içi kullanım rapor edilmişse, hasta temiz olmayan bir iğne kullanmış mı? Hepatit olmuş mu? En son ne zaman HIV testi yapılmış?

Kullanma örüntüsü. Sürekli, epizodik ya da aşırı kullanım var mı? Birden fazla ilaç söz konusuysa her birinin örüntüsü nedir?

Kişilik değişimi. İlaç kullanımı hastanın diğerleriyle olan ilişkisini nasıl etkilemiştir? Genel bir motivasyon kaybı var mıdır (özellikle de uzun dönem kenevir ya da halüsinojen kullanımında)?

İlişki sorunları. Boşanma, ayrılma ve kavgaları içerir. Bazı çiftler ilaç kullanımına ilişkin ortak bir ilgileri olduğu için birlikte kalır.

İlaç sağlama yolu. Aşağıdakilerden herhangi biri kullanılabilir: yutma, burnundan çekme, tüttürme, deri altından alma, damar yolu, rektal, vajinal.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

Görünüm
- Kırmızı yüz
- Tremor (titreme)
- Dağınık

Duygudurum
- Depresif
- Kaygılı
- Kavgaya hazır

Düşünce akışı
- Sıklıkla konuşkan

Düşünce içeriği
- Aşırı duygusal
- Talepkâr
- Varsanılar
  - Çok daha sıklıkla görsel
  - İşitsel de olabilir

Dil
- Akıcılık azalmış (mırıldanma, geveleyerek konuşma)

Bilişsel
- Birlikte giden bir bilişsel bozukluk olduğuna dair ipuçları olabilir

İçgörü ve yargılama
- Tanı reddedilir
- Hastalar genellikle tedaviyi reddeder ya da tavsiyelere uymaksızın tedaviyi bırakır

SOSYAL VE KİŞİLİK SORUNLARI

Kişilik özellikleri, yetişkinlik yaşamı boyunca devam eden davranış ve düşünce örüntüleridir. Bunların kişilik bozukluğu olarak tanılanabilmesi için, treytlerin hastada rahatsızlık ya da işlevsel gerilemeye (iş/eğitim, sosyal ya da duygusal) neden olacak kadar belirgin olması gereklidir.

Uyarılar

Hastanızın aşağıdaki karakteristik özelliklerden herhangi birini göstermesi durumunda sosyal ve kişilik sorunlarını göz önünde bulundurmalısınız:

- Kaygı
- Tuhaf ya da az rastlanır davranışlar
- Dramatik sunum
- İlaç ya da alkol kötüye kullanımı

Kişilerarası çatışmalar

İş sorunları

Yasal zorluklar

Evlilik çatışmaları

Kişilik bozukları yaşamın getirdiği ve ruhsal bozukluklar olmayan sorunlardan ayrıştırılmalıdır. Bu sorunlar sınır zekâ, akademik sorunlar, evlilik ve diğer sorunlar, iş sorunları ve karmaşık olmayan yas durumlarını içerir.

Temel Tanılar

Yıllar içerisinde pek çok kişilik bozukluğu önerilmiş olsa da sadece aşağıda verilen 10 tanesi resmî tanı olarak onaylanmıştır. Bu tanılardan herhangi birinin ölçütlerini tam olarak karşılamayan ancak uzun süreli benlik (kimlik ya da benlik yönelimi) bozulmaları olan ve kişilerarası doğalarında (empati ya da yakınlık) bozulmalar olan yetişkin hastalar başka türlü adlandırılamayan kişilik bozukluğu tanısı alabilir.

Antisosyal*

Çekingen*

Sınır*

Bağımlı

Histrionik

Narsisistik*

Obsesif-kompulsif (kişilik bozukluğu)*

Paranoid

Şizoid

Şizotipal*

Yukarıda sıralanan ve resmî olarak tanınan 10 kişilik bozukluğu da dâhil olmak üzere herhangi bir kişilik bozukluğu için ayırıcı tanılar şu ruhsal bozuklukları içerir:

Bipolar I bozukluğu*

Majör depresif bozukluk*

Distimi (süregiden depresif bozukluk)*

Şizofreni*

Sanrısal bozukluk*

Madde kullanım bozuklukları

Obsesif-kompulsif bozukluk*

Başka bir tıbbi durumdan kaynaklanan kişilik değişimi

Tarihçe Bilgisi

Pek çok treyt kişilik bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Bunları tanımlamak için ortak birkaç başlık kullandım. Bu liste tam bir liste olma iddiası taşımaz; sadece klinisyenlerin kişilik bozukluğu tanısı için önemli gördüğü treytleri içerir. Kişilik bozukluğu tanısı için sorgulamanız gereken bazı bilgiler şöyledir:

Duyarsızlık. Başkalarını cinsel aktivite için zorlar; kendi çıkarı için başkalarından faydalanır; başkalarını toplum içerisinde aşağılar; katı disiplin uygular; başkalarına acı vermekten dolayı zevk duyar.

Kin tutma.

Çocukluk dönemindeki suçlar. Okulu asma; kavga başlatma; silah kullanarak kavga etme; evden kaçma; hayvanlara ya da insanlara karşı acımasız olma; mülke zarar verme; yangın çıkarma.

Aşırı uyumlu olma. Başkalarının beğenisini kazanmak için hoş olmayan görevlere gönüllü olur; reddedilmekten kaçınmak için insanlarla aynı fikirde olur.

Başkalarını düşünememe. Ben merkezci olma; başkalarının nasıl hissettiğini fark edememe.

Eleştirilere tahammül edememe. Faydalı önerilere alınır; başkaları tarafından kolayca incitilir.

Dürüst olmama. Sıkça yalan söyleme tarihçesinin olması; çalma, soygun ya da başkalarını kendisi için kullanma.

Dürtüsellik. Gidilecek belli bir yeri olmadığı hâlde başıboş bir şekilde dolaşma; rastgele cinsel ilişki; mağazalardan bir şeyler aşırma; kişisel güvenlik konusunda kayıtsız olma.

Kararsızlık. Karar vermekten kaçınma ya da karar vermek için başkalarına bağımlı olma; amaçların belirsiz olması.

Övgülere kayıtsız kalma.

Esnek olamama. Rutinden farklı şeyler yapmak konusunda gönülsüz olma; görevlerin tamamlanmasına engel olan bir mükemmeliyetçiliğin olması; kurallara, listelere, düzene saplantılı olma; ayrıntılara uğraşırken büyük resmi görememe; başkalarını, kendi yollarını bulmaları için bırakmaya karşı direnme; ahlak ve etik konularında katı olma.

Güvensizlik. Yalnızken kendini rahatsız hissetme; hoşlanıldığından emin olmadan bir şeye dâhil olamama; sosyal durumlarda kendini utandıracağına dair

korku dolu olma; rutin dışında bir şey yapmanın risklerini abartma; terk edilmekten korkma; çaresiz ya da rahatsız hissettiği için yalnız olmaktan kaçınma.

Sorumsuzluk. Aile desteği ya da borçlarla ilgili ekonomik yükümlülükleri yerine getirememe; bir işte tutunamama; mantıklı bir iş bölümünde bulunamama; yükümlülükleri "unutma"; bir şeyleri geciktirme.

Duygudurum dengesizliği. Duygudurumun, koşullar için normal olarak kabul edilenden daha sık ve yaygın bir şekilde dalgalanması. Öfkesini göstermede aceleci olma; patlamaya hazır olma.

Fiziksel saldırganlık. Kavga etme ya da saldırma.

Değeri olmayan nesneleri saklama.

Cinsel dürtünün az olması.

Sosyalliğin az olması. Yalnızlığı sevme (tek başına yapılan aktiviteleri tercih etme); sosyal durumlarda ya da yabancıların olduğu ortamlardan rahatsız olma; yakın ilişkilerden kaçınma.

Cimrilik. Para ya da zaman konusunda cömert olamama.

İntihar düşünceleri ya da davranışları; intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları.

Şüphecilik. Başkalarına güvenmekten çekinme; kolay bir şekilde küçümsendiğine ikna olma; masum işaretlerin ya da durumların altında yatan gizli anlamları okuma; başkaları tarafından sömürüleceğini ya da onlardan zarar göreceğini düşünme; arkadaşların bağlılığını ya da eşinin sadakatini sorgulama.

Başkalarına aşırı şekilde güvenme. Kronik olarak, hayal kırıklığına neden olacak ilişkileri ya da durumları seçme.

İstikrarsız kişilerarası ilişkiler.

İşkoliklik.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

Görünüm ve davranış
- Mizah duygusunun eksikliği
- Tetikte olma durumu
- Tartışmacı
- Gergin görünüm
- Güven duyma konusunda isteksiz olma
- Uygun olmayan cinsel baştan çıkarıcılık
- Görünüm ve çekicilik konusunda aşırı endişeli olma

Duygudurum
- Düşmanca ya da savunmacı
- Mizaç; uygun olmayan, yoğun öfke
- Aşırı derecede duygusal konuşma, davranış
- Güçlü duygular yaşadığını reddetme
- Boş ya da sıkkın hissetme
- Başkalarına zarar verme konusunda vicdan eksikliği

- Duygudurum *(devamı)*
  - Sığ, değişen duygular
  - Apati
  - Kısıtlı ya da uygun olmayan duygulanım
  - Soğuk, ilgisiz ya da kayıtsız
- Düşünce akışı
  - Müphem konuşma
  - Tuhaf konuşma (müphem, konudan sapan, içerik olarak zayıf)
- Düşünce içeriği
  - Sömürülme beklentisi
  - Arkadaşların bağlılığını sorgulama
  - Gizli anlamlar olduğundan şüphelenme
  - Başarı, güç fantezileri
  - Referans fikirler (yabancı insanlar hasta hakkında konuşuyormuş gibi)
  - Tuhaf inançlar, batıl inançlar ya da büyüsel düşünme, illüzyonlar
  - Kimlik konusunda emin olmama (kendilik imajı, cinsel yönelim, uzun erimli amaçlar, değerler)
- Düşünce içeriği *(devamı)*
  - Sıklıkla güvence ya da onaylanma talep etme; övgü almaya çalışma
  - Utandırılmaktan korkma
  - Kendine ve/veya başkalarına karşı yargılayıcı olma
  - Otorite figürlerini sebepsiz yere değersizleştirme
- Dil: tipik bir anormallik yoktur
- Biliş: tipik bir anormallik yoktur
- İçgörü ve yargılama
  - Başarıları abartma
  - Davranışlar için vicdani değerlendirme olmaması
  - Başkalarının makul olmayan talepleri olduğunu düşünme
  - Kendi işine fazla değer verme; kendini beğenme; sorunlarının benzersiz olduğunu hissetme; yetkili hissetme

DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ (BİLİŞSEL SORUNLAR)

Fiziksel ve kimyasal travmaların pek çok çeşidi düşünmeyi etkileyebilir. Bu nedenlerin bazıları şunlardır:

- Beyin tümörleri
- Kafa travmaları
- Hipertansiyon
- Enfeksiyon
- Metabolik bozukluklar
- Operasyon sonrası komplikasyonlar
- Nöbet bozuklukları
- Toksik maddeler ya da psikoaktif maddeleri bırakma
- Vitamin eksikliği

Uyarılar

Aşağıdaki belirtiler ve işaretlerden herhangi biri bilişsel sorunların sorgulanmaya başlanmasını gerektirir:

Garip davranışlar
Kafa karışıklığı
Yargılamanın düşmesi
Sanrılar
Varsanılar
Bellek sorunları
Duygudurum dalgalanmaları
Zehirli maddelerin yenmesine-yutulmasına ilişkin öykü

Temel Tanılar

Fiziksel ya da kimyasal beyin işlev sorunları geçici ya da kalıcı olarak davranış ya da düşünmede anormalliklere neden olabilir. Ortaya çıkabilecek sorunların türleri şöyledir:

Amneztik sendrom
Kaygı bozuklukları
Deliryum*
Sanrısal sendrom
Demans (DSM-5'te majör nörobilişsel bozukluk olarak yer almaktadır)*
Dissosiyatif bozukluklar
Toksin madde alımı ve bırakma
Madde zehirlenmesi ya da yoksunluğuna bağlı psikoz
Duygudurum sendromu
Başka bir tıbbi durumdan kaynaklanan kişilik değişimi

Bir önceki grupta yer alan yıldızla işaretlenmiş bozukluk/sendromlara ek olarak düşünülmesi gereken önemli ayırıcı tanılar aşağıdakilerdir:

Depresyon*
Şizofreni*
Madde kullanım bozuklukları*

Deliryum ve demansın birlikte görülebileceğini unutmayın.

Tarihçe Bilgisi

Başlangıç yaşı. Demans yaygın olarak yaşlı insanlarda görülür; deliryum ise çocuklarda ve yaşlılarda yaygındır. Her ikisi de herhangi bir yaşta görülebilir.

Gidişat. Tek düze, dalgalı, kötüye giden ya da iyiye giden şekillerde olabilir. Eğer yapısal bir hasar varsa (ağır beyin travması gibi) iyileşme olabileceği gibi, kalıcı işlev sorunu olma eğilimi vardır. Demansı olan hastaların (Alzheimer hastalığı gibi) aşamalı bir şekilde kötüye gitme eğilimi vardır.

Depresif bozukluk. Tamamen tedavi edilebilen, hiçbir şekilde nörobilişsel bir bozukluk olmayan psedodemans, şiddetli depresyonun olası görünümlerinden biri olduğundan depresyon tarihçesi ve mevcut depresif görünüm hakkında bilgi sahibi olmak özellikle önemlidir.

Kişisel bakımda güçlük. Bu hastaların aile üyeleri tarafından bakım amacıyla getirilmelerinin nedenlerinin en sık karşılaşılanı budur.

Belirtilerin dalgalanması ve ruhsal durum. Böyle dalgalanmalar, özellikle deliryumun karakteristik özelliklerindendir.

Kafa travması. Yakın zamanlı bir travma subdural hemotomaya neden olabilir; bunun belirtilerinin ortaya çıkması da günler hatta haftalar alabilir. Kafatası içerisindeki kanama epidural hematomaya da neden olabilir ki bu da belirtilerin saatler ya da günler içerisinde ortaya çıkmasına neden olur. Aynı zamanda beyin sarsıntısı nedeniyle ortaya çıkabilecek bellek kayıpları konusunda da dikkatli olunmalıdır.

Dürtüsellik. Bu hastalar kabul edilebilir davranışlara ilişkin yargılama becerilerini yitirirler; sonuç olarak da daha önce bastırdıkları dürtülerine göre hareket ederler. Deliryum ya da demansı olan hastalar korku ya da kafa karışıklıklarına tepki olarak kaçmayı deneyebilirler. Demansı olan hastalarda, manide olduğu gibi düşüncesizce para harcama görülebilir ancak düşünceler manide olduğu gibi büyüklenmeci özellikte değildir.

Laboratuvar testleri. Bilişsel sendromun nedeni olduğundan şüphelenen şeyle tutarlı olmalıdır.

Bellek kaybı. Bellek bozuklukları demansın karakteristik özelliklerindendir. Yakın zamanlı bellek sıklıkla daha fazla etkilense de daha şiddetli demanslarda uzun süreli bellek de etkilenir. Bazı hastalar bellek bozukluklarını telafi etmek için hikâyeler uydurmayı dener.

Başlangıç. Belirtilerin ortaya çıkması, bozukluğun nedeni ve doğasına bağlı olarak, aniden olabileceği gibi sinsice de olabilir. Ani başlangıçlar felçler, enfeksiyonlar ya da travmalar için karakteristiktir; vitamin eksikliği ve beyin tümörü gibi nedenlerden kaynaklanan sorunlar yavaş yavaş ortaya çıkarlar.

Kişilik değişimi. Bilişsel sendromların belirtilerinin pek çoğu, hastanın kişiliğinde öncesine göre değişim içerir. Bunlar arasında, öfke patlamaları ya da kavgacılık, sosyal içe çekilme, davranışların kabalaşması (acımasız şaka-

lar) ve tıraş ya da hijyenin göz ardı edilmesi vardır. Alzheimer tipi demansı olan ve daha önce etnik çeşitliliği hoş gören bir hasta, bağırarak ırkçı yorumlar yapabilir. Aşırı düzenli olma durumu da (bazen organik düzenlilik olarak da adlandırılır) ortaya çıkabilir.

Psikotik belirtiler. Demansta (Alzheimerlı hastalar sıklıkla insanların kendilerinden bir şeyler çaldığına inanırlar) genellikle zarar görme içerikli sanrılar ortaya çıkar. Sanrılar şizofrenidekinden ayrıştırılamayabilir. Varsanılar ise genellikle deliryumda ortaya çıkar ve çoğunlukla görseldir.

Uyku-uyanma döngüsü değişimleri. Her ne kadar bazıları uykuya dalmakta güçlük çekse de deliryumu olan hastalar tipik olarak uykuludur. Canlı rüyalar ya da kâbuslar olur.

İntihar girişimleri. Her ne kadar girişimler (ve tamamlamalar) demansta ortaya çıkabilse de intihar eğilimli davranışların varlığı majör depresyonu düşünmenize neden olmalıdır.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

- Görünüm ve davranış
  - Dağınık
  - Titreme
  - Huzursuzluk
  - Giyim
- Duygudurum
  - Yavan ya da sığ duygulanım
  - Öfke
  - Kaygı
  - Apati
  - Depresyon
  - Aşırı coşku (öfori)
  - Korku
  - Gerginlik-huzursuzluk (iritasyon)
- Düşünce akışı
  - Geveleyerek konuşma
  - Tekrarlama
  - Bağlantısız, tutarsız
  - Çağrışımların ilişkisizleşmesi
- Düşünce içeriği
  - Şüphecilik
  - Mevcut intihar fikirleri
  - İllüzyonlar
  - Psikotik görünümler
    - Sanrılar
    - Varsanılar (özellikle görsel)
- Dil
  - İleri derece demansta kavrayış azalır
  - Akıcılık orta ve ileri derecede demansta bile korunur
  - Adlandırma: afazi
- Biliş
  - Uyuşuk, uyanık demenin zor olması
  - Yönelimin bozulması
    - Tarihi bilememe, deliryumun erken belirtilerinden olabilir
    - Mekânlar ve insanlar konusunda yönelimin bozulması ileriki belirtilerdir (özellikle demansta)
  - Soyut düşünmenin zayıflaması (benzerlikler)
  - Özellikle deliryumda kısa dikkat uzamı (kolayca dağılabilir) bulunur
  - Zayıflamış bellek
- İçgörü ve yargılama
  - Zayıflamış içgörü ve yargılama

KAYGI, KAÇINMA DAVRANIŞI VE UYARILMA

Bu klinik ilgi alanında yer alan durumlar, uyarıcıdan kaçınma girişimlerine neden olan ortak kaygı belirtilerini içerir.

Uyarılar

Bu alanı sorgulamanıza neden olacak belirtiler, herhangi bir kaygı ya da korku ifadesi olabileceği gibi bilinen herhangi bir endişe kaynağı olmadığı hâlde nefes alma ya da kalp atışıyla ilgili somatik belirtilerdir.

Kaygı
Göğüs yakınmaları (ağrı, ağırlık, nefes almada zorluk, çarpıntılar)
Kompulsif davranış
Nesnelerden, durumlardan, ölmek üzere olduğundan, yaklaşan kıyametten, çıldırmak üzere olmaktan korkma
Gerginlik
Obsesyonel fikirler
Panik
Travma (şiddetli bir duygusal ya da fiziksel deneyim öyküsü)
Endişeler

Temel Tanılar

Bu klinik ilgi alanı tarafından kapsanan ana bozukluklar şunları içerir:

Panik bozukluk*
Yaygın kaygı bozukluğu*
Özgül fobi*
Agorafobi*
Obsesif-kompulsif bozukluk*
Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)*

Hemen hemen her ruhsal bozuklukta kaygı belirtileri görülmesine rağmen önemli ayırıcı tanılar şunlardır:

Depresyon (çeşitli özgül tanılar)*
Madde ilişkili bozukluklar*
Şizofreni*
Somatizasyon bozukluğu (DSM-5'te somatik belirti bozukluğu olarak yer almaktadır)*

Tarihçe Bilgisi

Başlangıç yaşı. Bu durumların pek çoğu hastanın görece genç olduğu dönemlerde başlar. Hayvan fobileri çocuklukta; durumsal fobiler ise genellikle otuzlu yaşlarda başlar.

Agorafobi. Panik bozuklukla ya da tek başına görülebilir. Evden uzak, kalabalıkta, araç içerisinde ya da bir köprünün üstünde olmak gibi kaçmanın zor ya da utandırıcı olacağı durumlarda ortaya çıkar.

Alkol ve ilaç kullanımı. Kaygı belirtilerinin hem nedeni hem de sonucu bu olabilir.

Beklenti kaygısı. Fobilerde yaygındır, korkulan uyarıcı (toplum içerisinde konuşmak gibi) ile karşılaşmadan önce dakikalar ya da saatlerce sürebilen korku ve endişe deneyimidir.

Kafein alımı. Aşırı kahve (ya da çay) içmek kaygı belirtilerine neden olabilir.

Panik atakların ortaya çıktığı koşullar. Bu zamana kadar kaç tane atak olmuştur ve bunların olduğu zaman aralığı nedir? Ataklar beklenmedik şekilde mi ortaya çıkmıştır (Panik bozukluktaki ataklar, kendiliğinden ortaya çıkma eğilimdedir.)?

Kompulsiyonlar. En yaygın kompulsiyonlar el yıkama, kontrol etme, sayma ve takip edilmesi gereken rutinlerdir (örneğin uyku zamanı). Ritüel (kurallar) olarak ortaya çıkabileceği gibi obsesyonlara "çare" olarak da ortaya çıkabilir.

Depresif belirtiler. Bunlar, kaygı sendromundan önce mi (birincil depresyon olabilir) ya da kaygı sendromundan sonra mı (ikincil depresyon olabilir) çıkmıştır, belirleyin.

Panik atakların süresi. Tek bir panik atak sadece birkaç dakika sürer ama haftalar, aylar hatta yıllar içerisinde tekrar edebilir.

Panik atakların sıklığı. Genellikle haftada birkaç kere tekrar eder.

Yaşam tarzındaki kısıtlamalar. Kaygının bir sonucu olarak hasta evden dışarı çıkmamakta mıdır ya da belirli durumlar veya nesnelerden kaçınmakta mıdır? Bu durum fobik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, TSSB, agorafobi ve panik bozukluğu için söz konusu olabilir.

Panik atakların zihinsel içerikleri. Hastalar öleceklerini, kontrollerini kaybedeceklerini ya da "akıllarını kaçırıyor" olduklarını düşündükleri için korkarlar.

Obsesyonlar. En yaygın fikirler, (1) zarar verme ya da öldürme ve (2) küfretmedir (kutsal şeylere küfretme). Bu fikirler, hastalar tarafından anlamsız ve kendilerine yabancı bulunmasına rağmen devam eder.

Kaygının fiziksel belirtileri. Bedensel duyumların pek çoğu panik ataklar, kaygı bozuklukları ve ilişkili bozukluklar için aynıdır:

Nefessiz kalma	Düzensiz kalp atışı
Göğüs ağrısı	Boğazda yumru
Ürperme ya da sıcak basması	Kas gerginliği
Sersemlik hissi	Bulantı
Ağız kuruluğu	Huzursuzluk
Yorulabilirlik	Terleme
Sık idrar yapma	Titreme

Reçete edilmiş ilaç kullanımı. Klinisyenler sıklıkla ilaç reçete eder ve kaygısı olan hastalar da belirtilerini kontrol altında tutmak için son çare olarak ilaç kullanır.

Sosyal kaygı bozukluğu. Bu çeşit fobiler tipik olarak performans sergileme, konuşma, halka açık yerlerde yemek yeme, umumi tuvalet kullanma ve biri izlerken yazı yazma şeklindeki durumları içerir.

Özgül fobiler. Daha önce *basit fobi* denen bu fobilerin en yaygınları hava yolculuğu, hayvanlar, kan, kapalı yerde kalma, yükseklik ve yaralanma korkusudur.

Stresörler. TSSB'nin ortaya çıkması için çok ciddi fiziksel ya da duygusal travmatik deneyim gereklidir.

Endişe. Pek çok gerçek yaşam koşulu hakkında nedensiz ya da aşırı ilgi, genellenmiş kaygı bozukluğunun karakteristik özelliğidir. Örnekler arasında, ev kredisinin tamamen bitimine aylar kala bankanın eve el koyacağından; şirket patronunun favori çalışanıyken kovulacağından endişe duymak gibi durumlar vardır.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

Görünüm ve davranış
- Dikkatin aşırı derecede artması (çevreyi tarama)

Duygudurum
- Depresyon
- Kaygı

Düşünce içeriği
- Obsesyonel fikirler
- Öldürme
- Kutsal şeylere küfretme

İçgörü ve yargılama
- Korku ya da davranışın mantıksız olduğuna dair içgörü vardır

Direnmeyi dener

FİZİKSEL YAKINMALAR

Hasta somatik yakınmalardan bahsediyorsa, fiziksel hastalıklar (anatomik olarak mümkün olan kalp krizleri, astım, ülser, alerjiler ve benzerleri gibi) her zaman için herhangi bir klinisyenin öncelikli ilgi alanı olmalıdır. Ancak ruh sağlığı merkezlerine gelen birçok hasta herhangi bir fizyolojik, kimyasal ya da anatomik temeli bulunamayan fiziksel yakınmalardan bahseder. Bu tip sendromlar tarihsel olarak *hipokondriak* ya da *psikosomatik* olarak adlandırılır. Sıklıkla, hasta ruh sağlığı klinisyenine başvurduğu sırada tam bir tıbbi test ve değerlendirme zaten yapılmış olur. Belli demografik ve belirti görünümleri ortak olduğundan anoreksiya nervoza ve bulimia nervozayı da bu grup içerisinde ele aldım.

Uyarılar

Hastanız aşağıdaki sorunlardan birini yaşıyorsa bu klinik ilgi alanını dikkate alın:

İştah bozulması
Kronik depresyon
Karmaşık tarihçe
Çok sayıda yakınma
Bilinen bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtiler (özellikle ağrı, havale ve duyu yitimi gibi nörolojik belirtiler)
Çocuklukta, cinsel ya da fiziksel istismar
Kadınlarda, madde kötüye kullanımı
Tekrarlayan başarısız tedaviler
Muğlak tarihçe
Kronik güçsüzlük
Kilo değişimleri (artma ya da azalma)

Temel Tanılar

Bu alandaki temel tanılar şunları içerir:

Anoreksiya nervoza*
Beden dismorfik bozukluk
Bulima nervoza
Hipokondriazis (DSM-5'te hastalık kaygısı bozukluğu olarak yer almaktadır)

Ağrı bozukluğu ya da kronik ağrı bozukluğu (DSM-5'te predominant ağrı ile birlikte giden somatik belirti bozukluğu olarak yer almaktadır)

Somatizasyon bozukluğu (DSM-5'te somatik belirti bozukluğu olarak geçmektedir)*

Fiziksel yakınmalardan bahseden hastalar söz konusu olduğunda dikkate alınması gereken diğer tanılar ise şöyledir:

Depresyon*

Panik bozukluk*

Fiziksel hastalıklar

Madde ilişkili bozukluklar*

Tarihçe Bilgisi

Başlangıç yaşı. Bu gruptaki ruhsal bozuklukların pek çoğu, yaşamın erken dönemlerinde başlar (çocukluk ya da ergenlik). Hipokondriazis genellikle yirmili yaşların başında ve ağrı bozukluğu da otuz ya da kırklı yaşlarda başlar.

Çocukluktaki fiziksel ya da cinsel istismar. Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda yaygındır ve istismar mutlaka her zaman sorgulanmalıdır.

Kronik ağrı. Ağrı bozukluğunda, ağrı için bilinen bir kaynak yoktur ya da ağrı bilinen fiziksel nedenin olası sonuçları dışındadır.

Doktor doktor gezmek. Tedavi için sonu gelmeyen bir arayış DSM-IV'teki somatizasyon bozukluğuna (DSM-5'teki somatik belirti ve ilişkili bozukluklar) sıklıkla eşlik eder. Tekrarlayan ve faydasız tıbbi muayenelere neden olabilir.

Çevresel stres. Sosyal sorunlar (evlilik, iş, kişilerarası), somatizasyon hastalarının fiziksel sorunlar olarak algıladığı durumlarla ilgili olarak ruh sağlığı tedavisi aramalarına neden olabilir.

Olmayan bir fiziksel hastalıktan korkmak. Aksine kanıtlar olsa da (sıklıkla tekrarlayan bir şekilde) kişinin hasta olduğuna dair sanrısal olmayan fikirler devam eder. Hipokondriazis (DSM-5'teki hastalık kaygısı bozukluğu) için esas olan belirti budur.

Operasyonlar. Somatizasyon bozukluğu (somatik belirti ve ilişkili bozukluklar) olan hastaların, genellikle bazı organların alınmasını da içerebilen çok sayıda cerrahi işlem tarihçesi vardır.

Çocuklukta yaşanan tıbbi hastalık. Hasta, çocukluk dönemlerinde hasta olması dolayısıyla dikkat çekmiş mi? Bazı vakalarda somatizasyonun altında bu etken yatar.

Fiziksel bozukluk (hayali ya da abartılmış). Bu fikir sanrısal yoğunlukta değildir ve vücut dismorfik bozukluğun temelindeki belirtidir. Anoreksiya

nervozası olan hastalar çok zayıf olsalar da tipik olarak, kendilerini aşırı kilolu algılarlar.

İkincil kazanç. Kişinin, hasta olarak ilgi ya da destek sağlaması durumunda ortaya çıkar; somatizasyon bozukluğu ve diğer somatik belirti bozukluklarında klasik bir durumdur.

İntihar fikirleri, davranışları. Bu hastalar genellikle intihar tehdidinde ya da girişiminde bulunur; nadiren de olsa bunu başarırlar.

Madde kullanımı. Alkol ve ilaçların kötüye kullanımı bu gruptaki bozuklukları sıklıkla karmaşık hâle getirir.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

- Görünüm ve davranışlar
  - Dramatik sunum
  - Gösterişli giysiler
  - Sokulgan tutum
  - Abartılı tarz
  - Belirgin bir zayıflık
- Duygudurum
  - Belirtilere ilişkin kayıtsızlık (*güzel aldırmazlık*)
  - Kaygı
  - Depresyon
- Düşünce akışı: tipik bir anormallik yoktur
- Düşünce içeriği
  - Merkezde fiziksel (bazen hayali), ruhsal hastalıklar vardır
- Dil: tipik bir anormallik yoktur
- Biliş: tipik bir anormallik yoktur
- İçgörü ve yargılama
- Fiziksel belirtilerin aşırı bir şekilde yorumlanması

BÖLÜM 14

Sonlandırma

Hastanızı tedavi aramaya iten nedenleri araştırmak ve onun hakkında ayrıntılı kişisel art alan bilgisi almak için bir saat genellikle yeterli bir zamandır. Ek olarak, bu sınırlı süre içerisinde standart zihinsel durum değerlendirmesini de yapmanız gerekir. Her ne kadar öğrenmek istediğiniz daha pek çok şey olsa da görüşmeyi daha fazla uzamaya zorlamasanız iyi olur. Unutmayın, bir görüşme yapıyorsunuz; bu, her iki taraf için de dayanıklılık testi değil. Duyduğunuz ve gördüğünüz şeyleri değerlendirmeye devam edebilmek için yeterince zinde kalmalısınız. Kimi zaman, sonraki hastanızın gelmiş olduğu gerçeği, size gelecek hafta devam etmeniz gerektiğini hatırlatabilir ya da içinde bulunduğunuz saat, yarın devam etmeniz gerektiğini söyleyebilir. Öte yandan hem sizin hem de hastanızın hâlâ zamanı varsa ve devam etmeye gönüllüyseniz, devam etmeden önce bir mola verin.

SONLANDIRMA SANATI

İlk görüşmenin bitirilmesi, belli düzeyde hassasiyet gerektiren minör bir sanat biçimidir. İyi bir sonlandırma sadece görüşmeyi özetlemez; aynı zamanda hastayı (ve siz ya da başka bir klinisyeni) ilerideki seanslar için hazırlar. Sizinle geçirdiği zaman içerisinde yeni yeni dikkate değer bir umut ve güven kazanmış olan hastanız, haklı olarak, bu karşılaşmanızdan bazı bilgiler alarak gitmek ister. Bu mesajın içeriği kısmen hastayla olan ilişkinizin doğasına bağlıdır.

Bu hastanın bakımdan sorumlu olan klinisyen sizseniz, muhtemelen şu adımları takip edeceksiniz: (1) Bulgularınızı özetleyin; (2) hastanızla iş birliği içerisinde gelecek dönem için bir plan geliştirin; (3) bir sonraki görüşmeniz için bir zaman belirleyin. Uygun bulduğunuz bir anda (4) geleceğe ilişkin umut içeren bir mesaj da verin. Örnek olarak:

> "Bana anlattıklarınıza dayanarak hem sizin hem de kocanızın, kızınızın ölümüyle başa çıkma konusunda çok büyük bir zorluklar yaşadığınızı görüyo-

rum. Bu, hakkında pek fazla konuşmadığınız bir konu ve iletişim eksikliğinden dolayı acı çektiğiniz bir durum. Size yardım edebileceğimi düşünüyorum ama bir hareket planı belirlemeden önce kocanızla da konuşmak isterim. Kocanızın gelmeye gönüllü olabileceğini düşündüğünüze dair bir şeyler söylemiştiniz. Ona, gelecek hafta için randevu almasını söyleyebilir misiniz?"

Eğitimi devam eden bir öğrenciyseniz, değerlendirme görüşmenizin sonlandırma aşaması bunun gibi bir şey olabilir:

"Benimle bu kadar çok zaman geçirdiğiniz için teşekkür ederim. Sizin yaşadığınız türdeki depresyonu anlamam için bana çok yardımcı oldunuz. Terapistiniz size yardım etmek için mümkün olan her şeyi yapıyor gibi görünüyor. Yarınki görüşmemizde aile geçmişiniz hakkında daha fazla soru sormak istiyorum, tabi eğer sizin için uygunsa."

Hastanın duyma ihtiyacı hissettiği her şeyi öngörebilmeyi beklememelisiniz. Tipik bir değerlendirme görüşmesi kadar yoğun içeriği olan herhangi bir seansta, hasta için önemli olan ancak konuşmadan bıraktığınız bir şeyler mutlaka olacaktır. Bu nedenle de kapsamanız gerektiği hâlde atlamış olabileceğiniz herhangi bir konu olup olmadığını öğrenmek hemen her zaman iyi bir fikirdir. Bitirmeden önce görüşme hakkında yorum ya da sorulara imkân tanıyacak bir şeyler söyleyin:

"Şu ana kadar konuştuklarımız hakkında aklınızda nasıl sorular var?" (Not: Hastanın soruları olduğunu varsayarak onların kendilerini ifade etmelerini cesaretlendirebilirsiniz. Bazı hastalar için, "Herhangi bir sorunuz var mı?" diye sormak iletişim kanallarını kapatacaktır.)

"Üzerinden geçmediğimiz ama önemli olan konular var mı?"

Şu anda müdahale gerektiren bazı önemli şeyleri eksik bıraktığınızı fark edebilirsiniz –önerilen tedavi hakkında ek bilgiler, bir sonraki seans randevusu hakkında belirsizlik ya da gidişat hakkında endişeleri giderme gibi. Gerçekten önemli olan her konuya duyarlı olmaya çalışın.

Elbette ki, her şeyi tek bir görüşme içerisinde kapsayamayacaksınız. Çoğu hasta bunu kabul edecek ve diğer meseleleri, soruları ve tarihçelerine dair konuları sonraki randevuya kadar ertelemekten dolayı memnuniyetsizlik hissetmeyeceklerdir.

Bazen, düzgün bir şekilde ele almak için hatırı sayılır miktarda zamana ihtiyaç duyulan bazı konular tam da görüşmenin sonunda gündeme gelir. Örneğin:

"Benim gibi birini nasıl bir gelecek bekliyor?"

"Oğlumun alkolizm sorunu için ne yapmam gerektiğini düşünüyorsun?"

Sizin ya da hastanızın zaman kısıtlaması yoksa bu sorularla, sorular sorulduğu zaman ilgilenebilirsiniz. Ancak sıklıkla takviminizin sıkışıklığı, bu gibi durumları sorgulamayı sonraki görüşmeye kadar ertelemenizi gerekli kılar.

Her durumda, bu yeni sorunun görüşmenin sonunda gelmesine neden olabilecek olası sebepleri gözden geçirin. Bazı hastalar, yaşam alışkanlıkları gereği bu tip önemli bilgileri kapanış zamanına saklar. Belki de bu gibi bir sorunu konuşmak için gerekli cesareti toplamaları bütün bir görüşme süresi gerekmiştir – sizin önerebileceğiniz şeylerden korkuyor olabilirler mi? Bazıları da seanslarını çok değerli buldukları için onu bilinçsizce uzatmaya çalışıyor olabilir.

Bu son dakika konularının büyük çoğunluğuyla konuya olan ilginizi açıkça ifade edip bir sonraki seansta konuşmaya söz vererek baş edebilirsiniz:

"Bundan bahsetmenize çok memnun oldum. Bu, hakkında daha fazla şey öğrenmek istediğim bir konu. Hadi bunu gelecek görüşmemizin ilk işi yapalım."

Son dakikada gelen konu hayati risk taşıyorsa (intihar ya da cinayet fikirleri), süreyi aşmak dışında bir seçeneğiniz yoktur. Eğer bu gibi şeyler sürekli olarak başınıza geliyorsa hassas konuları, görüşmenin daha erken zamanlarında gündeme getirme konusunda kendinizi eğitmelisiniz.

ERKEN SONLANDIRMA

Çok az sayıda hasta siz tamamlamadan görüşmeyi kesmek ister. Genellikle bunu yapan kişiler kişilik bozukluğu, psikoz, madde etkisi altında olma durumu ya da (uyku yoksunluğu ya da fiziksel rahatsızlıklardan kaynaklanıyor olabilecek) aşırı stres yaşıyor olabilir. Kimi zamansa yukarıdakilerin hepsi birden geçerlidir! Nedeni ne olursa olsun bir anda kendinizi, odadan çıkmak üzere toparlanmaya başlayan birinden bilgi toplamaya çalışırken bulabilirsiniz. Nasıl tepki vermelisiniz?

Seansın sonuna çok yaklaştıysanız bitirmek için fazladan sadece birkaç dakikaya ihtiyaç duyduğunuzu belirtin. Sonra da kalan sorulardan en önemlilerini sorarak hastanızın yaşadığı ajitasyona ayak uydurmaya çalışın.

Yeni bir hasta söz konusu olduğunda, onu fazla zorlayamazsınız. Bu nedenle (yeni hastayla) doğrudan yüzleştirmeden kaçının. Eğer görüşmenin başlarındaysanız, özellikle de en başında, hasta görüşmenin neden yapıldığını tam olarak anlamamış olabilir. Tekrar açıklamayı deneyin. Aynı zamanda biraz empati gösterebilirsiniz:

"Oldukça üzgün olduğunuzu görebiliyorum. Sıkıntınıza bunu da eklediğim için üzgünüm ama konuşmamız gerekiyor. Size yardım edebilmem için gerekli bilgileri almanın tek yolu bu."

Bu müdahale, karşılaşacağınız durumların hemen hemen yarısında başarılı olur. Başarılı olmazsa, iş birliğini engelleyen duyguların ne olduğunu tartışmaya çalışın. Daha önceki gibi empatik bir ifadeyle başlayın:

"Oldukça sıkıntılı görünüyorsunuz. Neler hissettiğinizi söyleyebilir misiniz?"

Hastanızın korku, öfke ya da sıkıntısına dair oldukça çok şey öğrenebilirsiniz. O an duyduklarınızdan yola çıkarak, onu yavaşça seansa geri çekebilirsiniz.

GÖRÜŞMECİ: Bunun sizi üzdüğünü görebiliyorum. Şu anda neler hissettiğinizi söyleyebilir misiniz?

HASTA: (*Oturduğu yerden kalkarak*) Buna dayanamıyorum. Geçen seferkinin aynısı!

GÖRÜŞMECİ: O zaman da bu kadar üzgün müydünüz?

HASTA: Kesinlikle öyleydim! Terapistin sana benim terapistim gibi davransaydı sen de öyle olurdun.

GÖRÜŞMECİ: Bu sizi fazlasıyla rahatsız ediyor olmalı.

HASTA: (*Tekrar otururak*) Küçük düşürülmüştüm. Ve korkmuş.

Bu örnekte olduğu gibi aksi giden bir önceki terapi süreci hakkında önemli miktarda bilgi duyabilirsiniz. Hastanın bu başvurusuyla çok az ilişkili olsa ya da hiç ilişkili olmasa da bir önceki tedaviye ilişkin bilgileri araştırmak için önemli miktarda zaman harcamaya hazır olun (hem ilk görüşmede hem sonrasında). (Eleştiride bulunmama konusunda dikkatli olun, yoksa bir önceki klinisyeni kötülemiş olursunuz; unutmayın şu ana kadar edindiğiniz bilgiler tek taraflı olabilir.)

Yaptığınız hiçbir şey işe yaramazsa hastanın mahremiyeti ve rahatlama ihtiyacına saygı duyun. Özellikle suçlamayın, tehdit etmeyin, utanç ya da suçluluk hissettirmeyin. Hastanız odayı terk etmek üzere ayağa kalkarsa, onu fiziksel olarak engellemekten kaçının. Bunun yerine hastanızın karar verme hakkı olduğunu ve sizin buna saygı duyduğunuzu belirtin. Ancak bilgi almak için gerekli olan bu önemli görevi daha sonra tekrar deneyeceğinize dair garanti verin:

"Şimdilik görüşmeyi yarıda bırakmamız gerektiğini görüyorum. Sorun değil, kendinizi bu kadar kötü hissederken rahatsız edilmeme hakkınız var. Ama sizi bu hastaneye getiren güçlüklerin neler olduğunu saptamamız da gerçekten önemli. Siz biraz dinlenme fırsatı bulduktan sonra bu öğleden sonra yine gelebilirim."

Bazen de *siz*, bir saatten çok daha kısa bir sürede, erken sonlandırmaya karar verebilirsiniz. Bu alternatif, özellikle şu gibi durumlarda uygun olabilir:

- Gecenin ilerleyen saatleridir, hastanız hastaneye yeni kabul edilmiştir ve her ikiniz de oldukça yorgunsunuzdur.
- Ağır psikoz ya da depresyon nedeniyle hasta görüşmeye birkaç dakikadan fazla odaklanamıyordur.
- Öfkesi hastanızın iş birliğine yanaşmasına izin vermiyordur.
- Yoğun bir günde, programınız arasına kısa bir görüşme sığdırmışsınızdır. Önceden anlaşıp, sadece ana meseleleri anlamak ve en kısa zamanda tekrar ne zaman buluşacağınıza karar verecek kadar konuşursunuz.

BÖLÜM 15

Kaynak Kişilerle Görüşme

Hastalarınızın birçoğu, bilmeniz gerekenlerin neredeyse hepsini size anlatabilir. Bunun yanında, hastanızdan elde ettiğiniz verileri genellikle üçüncü kişilerden aldığınız bilgiler ile zenginleştirebilirsiniz. Ancak bazı durumlar, hasta hakkında bilgi veren kişilerden ek bilgi almanızı veya elinizdeki veriyi doğrulamanızı gerektirir. Bu durumlardan bazıları sunlardır:

- Çocuklar ve ergenler genellikle kendi davranışları ile ilgili yeterli bakış açısına sahip değillerdir.
- Hatta bazı yetişkinler bile, aile öyküleri ile ilgili önemli olan belli ögeleri bilmez.
- Zihinsel güçlüğü (intellectual disability) olan hastalar, genellikle kendileri hakkındaki bilgilerde yardıma ihtiyaç duyar.
- Hangi yaşta olursa olsun geçmişteki davranışından utanç duyan hastalar, sizin aile ya da arkadaşlardan öğrenebileceğiniz geçmişteki bilgileri gizleyebilir. Örnekler düşünmeden yapılmış olan cinsel davranışları, madde kullanımını, intihar girişimlerini, şiddet ve suçla ilgili davranışın herhangi bir türünü içerebilir.
- Psikozu olan hastalar, durumları var olduğu biçimiyle bildirmek yerine sanrısal yorumlamalarını aktarabilir.
- Zihinsel güçlük veya özgül öğrenme bozukluğuyla ilişkili olabilen çocukluk dönemindeki sağlık öyküsü, genellikle hasta tarafından bilinmez. Örneğin, nadir görülen bir tür şizofrenisi olan hastaların, doğumları sırasında ortaya çıkan gebelik komplikasyonu öyküleri olabilir.
- Alzheimer hastalığındaki bunama gibi bilişsel bozukluğu olan hastalar, iyi bir öykü aktaramayabilir.
- Hasta hakkında bilgi veren kişiler kültürel normları anlatabilir. Bu durum, hastanızın ailesinde astrolojiye inanmanın ya da yüksek sesle dua etmenin normal karşılanıp karşılanmadığını öğrenmenin belki de tek yolu olabilir.
- Kişilik bozukluğu olan bazı hastalar (özellikle antisosyal kişilik bozukluğu), güvenilir bir biçimde doğruyu anlatmaz.

- Bazı kişilik bozuklukları hastayı o kadar da rahatsız etmez. Bu durumdan rahatsızlık duyan, hastaların aileleri veya arkadaşlarıdır.
- Bazen bir aile sırrını koruma, tanı koymada ya da tedavide size yardımcı olabilecek bilgiyi vermekten bile daha önemli olabilir.
- Ailedeki etkileşim örüntüleri açıklayıcı olabilir. Örneğin, akrabalar arasında yüksek *duygu dışavurum* düzeyi (sıklık, bağırarak tartışma) bu akrabaları ile birlikte yaşayan bir şizofreni hastasının hastalığının tekrar ortaya çıkmasını yordayabilir.
- Adli durumlarda, yalnızca kişinin kendi bildirimine güvenmek, açık nedenlerden dolayı akıllıca değildir.

Bu yüzden ne zaman mümkün olursa, hastanın mevcut hastalığı ile ilgili bilgileri akrabalar, arkadaşlar, önceki klinik kayıtlar ve diğer klinisyenler gibi diğer kaynaklardan elde etmek isterim. Var olan bilgilerin doğrulanması ve yeni bilgilerin sağlanması aracılığıyla hem hastaya hem de yakın çevresine ilişkin açık, kapsamlı ve dengeli bir görüş elde edilebilirsiniz.

Neredeyse her zaman ilk önce hasta ile görüşme yapacaksınız. Bu durumun dışındaki önemli istisnalar, görüşmeye aileleri tarafından getirilen çocuklar ve genç ergenler dışında, sadece kendi adlarına konuşma yetisi olmayan yetişkinlerdir. Bu durumlar, gerilemiş (regrese) şizofreni hastalarını, bunaması olan hastaları, zihinsel güçlüğü olan bazı bireyleri ve ortak bir dili paylaşmadığınız kişileri kapsar. Ancak siz ve hastanız birbirinizle iyi bir şekilde iletişim kursanız bile, akrabalarla geçirilecek kısa bir zaman, genellikle hastanızın bozukluğuna dair bakış açınızı geliştirecektir. Bu durum, özellikle hasta ilk görüşmeye bir akrabası ile birlikte geldiğinde olur. Genellikle ilk görüşmeye hastayla birlikte gelen hasta yakınlarının, destek olmadıkları taktirde hastanın tüm öyküyü anlatamayabileceğine dair bir korkusu vardır. Bazen kendine güveni olmayan bir hastanın, randevuya neden geldiğini anlatmasında bir akrabasının desteğine ihtiyacı olabilir.

ÖNCELİKLE İZİN ALINMASI

Aile üyeleri ya da arkadaşlar ile konuşmadan önce, genellikle hastadan izin almanız gerekir. Hastaların çoğunluğu rahatlıkla izin verecektir. Karşı çıkan bazı hastalar ise, saklamaya çalıştıkları bir sırrı ağzınızdan kaçıracağınızı düşündükleri için endişe duyabilir. Bu korkuları, sizin temel amacınızın bilgiyi açıklamak değil, bilgi almak olduğuna ve en iyi şekilde yardımcı olabilmek için başka bir kişinin bakış açısına ihtiyacınız olduğuna işaret ederek giderebilirsiniz. Hastaya karşı bu güvencenizi şu şekilde ifade edebilirsiniz:

"Senin bana anlattığın ikimiz arasında gizlidir ve ben bu gizliliğe saygı duyacağım. Anlattıklarının gizli kalması hakkın var ancak bunun yanında sana verebileceğim en iyi yardımı alma hakkın da var. Bu nedenle, seninle ilgili daha çok bilgi edinmeye ihtiyacım var. İşte bu sebeple, eşin ile konuşmak

istiyorum. Doğal olarak karın, sorunun ne olduğunu ve bizim bu sorun ile ilgili ne yapmayı planladığımızı bilmek isteyecektir. Bence eşine söylemeliyiz ancak ben, sadece sen ve ben ne üzerinde fikir birliği sağladıysak onu anlatacağım. Sen bana öncesinde izin vermedikçe, eşine bizim üzerinde konuştuklarımız dışındaki hiçbir şeyi anlatmayacağım."

Böyle bir anlaşma sağladığınız zaman, gereğinden fazla bilgiyi açıklamamak için çok titiz davranın ve dikkatli olun. Ortaya çıkan sırların kaynaklarını belli etmek konusunda esrarengiz bir yolu vardır. Hastanın izin vermediği ender durumlarda, siz onun arkadaşı veya akrabası ile görüşürken, hastanın da görüşmeye katılmasını önerebilirsiniz. Bu durum, görüşmeyi hastanın arkasından birtakım işler çevirmeye yönelik kullanabileceğinize ilişkin korkularına bir gönderme olacaktır.

Bununla birlikte genel kural olarak, hasta yakınıyla hastanın olmadığı bir zamanda konuşmayı denemelisiniz. Hastanın olmadığı bir ortamda konuşmanın sağlayacağı mahremiyet tam ve doğru bilgi alma şansınızı arttıracaktır ve hem sizi hem de hasta hakkında bilgi veren kişiyi daha rahat hissettirecektir.

Öncelikli olarak hastanın onayını almayı gerektirmeyen, bazı önemli istisna durumlar vardır. Bunlar aşağıda verilmiştir:

Reşit olmayan (Yine de onların da onayı için çaba göstermelisiniz)
Vasilik durumu ya da onay veremeyecek durumda olan
Saldırgan
Konuşmayan (Mute)
Ciddi intihar eğilimi olan

Herhangi bir akut, tıbbi veya acil ruhsal sağlık sorunuyla gelen hastaları kapsar. O zaman, hastanın özerkliğini kullanabilecek yargılama gücüne sahip olmadığının açıkça belli olduğu durumlarda, müdahale etmek ve yapılacak en iyi davranış biçimine karar vermek sizin görevinizdir. Bunu gerçekleştirebilmek için, genellikle elde edebildiğiniz (yasal) herhangi bir şekilde bilgiyi elde edersiniz.

Hastanın arkadaşı veya akrabası size bilgi vermek için ararsa ve bunu hastadan saklamanızı isterse ya da en azından bilgiyi kimden aldığınızı açıklamamanızı isterse ne olacak? Böyle bir söz vermek, bu ilişki ağı içinde sizi de suç ortağı yapar. Ben böyle bir durumdan kaçınmaya çalışırım. Elbette, bazı şeyleri gereksizce ağızdan kaçırarak sorun yaratmanın hiçbir anlamı yoktur. Ancak hangi sırrı kimden saklayacağınızı düzgün bir biçimde akılda tutmaya çalışırken kendinizi zor bir durumda bulabilirsiniz.

KAYNAK KİŞİYİ SEÇMEK

Amacınız elde edebildiğiniz kadar çok uygun bilgiye ulaşmak olduğu için, doğal olarak hastanızı iyi bilen birini kaynak kişi olarak seçeceksiniz. Bir eş ya da romantik arkadaş genellikle en güncel bilgiye sahip olan kişidir. Bu nedenle, eğer hasta evliyse ya da uzun süreli bir yakın ilişkisi varsa, bu kişi muhtemelen sizin ilk

konuşacağınız kişi olacaktır. Ancak belirli bilgiler için başka birini tercih etmeye ihtiyaç duyabilirsiniz. Örneğin, eğer çocukluk dönemindeki hiperaktivite ile ilgili bilgi almak istiyorsanız, ebeveyn ile görüşmelisiniz. Göz önünde bulundurulacak bir diğer durum şudur: Çalışmalar, hastanınkine benzer bir hastalığı olan akrabaların, rahatsızlığın belirtilerini fark etmede daha iyi olduklarını gösterir. Bunun nedeni, büyük olasılıkla bu kişilerin hastalığın belirtilerine ve hastalığın gidişatına duyarlılıklarının olmasıdır. Son olarak ileride üzerinde duracağımız gibi, yaptığınız seçimler sonucunda birkaç akraba, arkadaş ve hatta iş arkadaşı ya da manevi danışmanlarla (spiritual counselors) gerçekleşen grup görüşmeleri yapabilirsiniz.

NE SORARSINIZ?

Görüşmenin amacını kısaca açıklayarak başlamalısınız. Akrabalar sizin aldığınız öyküyü onaylama ya da onlara bilgi verme ihtiyacınızı rahatlıkla kabul edeceklerdir. Ancak bir klinisyen olarak sizin başka bir gündeminizin olduğundan endişe duyabilirler. Örneğin, onları suçlamanızdan ya da hastaya yönelik daha fazla sorumluluk almalarını istemenizden endişe duyabilirler.

Hastayla yapacağınız önceki görüşme, size zengin bir bilgi temeli kazandırmalıdır ki böylece, hasta yakını ile yapacağınız konuşma oldukça kısa olabilsin. Bu görüşme muhtemelen sadece birkaç dakika ile yarım saat arasında olabilir. Siz tam olarak hangi soruların cevaplanmasını istediğinizden emin olsanız bile, sorun ile ilgili daha önceden farkına varmadığınız yeni bir bilgi ile karşılaştığınızda şaşırabilirsiniz. Bu nedenle, hasta yakının ne bildiğini öğrenmek için küçük bir zarf atma ile başlanır. Bunun için açık uçlu bir soru kullanın.

Aşağıdaki örnekte, hasta ilk görüşmesinin büyük bir bölümünü daha önceki depresyon epizodlarını anlatarak geçirmiştir. O nedenle, hastanın kocası geldiğinde, görüşmeci depresif belirtiler, tedavi ve tedaviye verdiği cevap ile ilgili soruları hazırlamıştır. Neyse ki ilk soruyu açık uçlu olarak sormuştur.

GÖRÜŞMECİ: Karınızın sorunları ile ilgili olarak bana neler anlatabilirsiniz?

HASTA'NIN KOCASI: Peki, sadece karımın içki içmesi ile ilgili bir şeyler yapabileceğinizi umuyorum. İşten eve geldiğimde, neredeyse her öğleden sonra sarhoş oluyor ama bir sorun olduğunu reddediyor.

Hastanın ve kaynak kişinin aynı sorun grubunu tanımladığına karar verdiğiniz zaman, asıl işiniz olan ihtiyaç duyduğunuz belirli ek bilgileri almaya başlayabilirsiniz. Bunun iki kaynağı olacaktır: (1) hastanın cevap veremediği sorular ve (2) sıklıkla hastanın öyküsündeki tutarsızlıklar nedeniyle aklınızda kafa karışıklığı yaratmış olan konular. Aşağıda her biri için örnekler verilmiştir:

Ailedeki ruhsal rahatsızlık öyküsü
Hastanın kendi gelişimsel öyküsü

Hastanızın madde kullanım öyküsünün yeniden değerlendirilmesi
Hastanın psikotik rahatsızlığı sırasındaki belirtileri
Hastanın kendine bakımını sağlayabilme kapasitesi
Hastaneden taburcu olduktan sonra, hasta yakınlarının destek sağlamaya yönelik istekliliği
Aile içindeki geçimsizliklerin nedenlerine yönelik eşin bakış açısı
Suça yönelik davranış eğilimleri
Hastanın kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi
Hastanın tedaviye katılımı
Herhangi bir davranış değişiminin aile üzerindeki etkileri

Hastaya ilişkin pek fazla yeni bir şey öğrenmeseniz bile, kaynak kişiyle yapılan açık uçlu bir görüşme aşağıdaki soruların yanıtını öğrenmenize yardımcı olabilir:

Aile hastalığı ne kadar iyi anlıyor?

Hasta bilgiyi veren kişiye belirtileriyle ilgili ne anlatmış?

Tam anlamıyla işlevsel olduğu en son zamanla karşılaştırıldığında kişi şu anda nasıl?

Hastanız karşılaştığı durumları nasıl yorumlamaktadır?

Hastanız sizin söylediklerinizi çarpıtmış mıdır?

Hastanızdan almış olduğunuz bilgi ile hasta yakınından aldığınız bilgi uyuşmaz ise, hangi hikâyeye inanacağınıza karar vermeniz gerekir. Otomatik olarak bilgi veren kişinin aktarımını kabul etmek size hiçbir şekilde aradığınız güvenceyi sağlamaz. Bir kişinin ruh hastası olarak tanımlanması onun beyanlarını otomatik olarak kuşkulu hâle getirmez. Onun yerine, birbiriyle örtüşmeyen öyküleri değerlendirirken, her bir kaynak kişi için (buna hasta da dâhil) aşağıdaki faktörler dikkate alınarak değer yüklenmelidir:

Kaynak kişi hasta ile ne kadar çok iletişime geçmiş?

Kaynak kişi ne ölçüde hatırlıyor gibi görünüyor?

Kaynak kişi birini koruyor gibi görünüyor mu (kendi, hasta ya da bir diğer kişi)?

Aile tabusu, kaynak kişinin hassas konuları konuşmasını engelliyor gibi görünüyor mu?

Öykü kaynak kişinin hüsnükuruntularıyla ne ölçüde çarpıtılmıştır (örneğin, gerçekte sendeleyen bir evliliğin imgelenen mutluluğu)?

Halo etkisine (halo effect) ilişkin bir kanıt var mı? Bu etki hastanın tüm davranışlarını (olumlu ya da olumsuz yönde) çarpıtabilir.

Bilgi veren kişi tam ve doğru öyküyü vermeye istekli görünüyor mu?

Sonrasında, hastanızla birlikte (hasta yakınıyla yapılan) görüşmeyi değerlendirmek iyi bir fikirdir. Hastanızın güvenini kırmadığınıza dair güvence sağlayabilmek amacıyla, görüşmede ne konuşulduğuna yönelik bazı fikirler vermelisiniz. Ancak aktaracaklarınızın ne ölçüde özgün ya da genel olacağı hastanızın ihtiyaçlarına ve sizin görüşünüze bağlı olacaktır. Ayrıca, akrabaların güvenini herhangi bir şekilde kırmadığınıza emin olmalısınız.

Aşağıda hastaya verebileceğiniz bir geri bildirimin örneği vardır:

"Eşiniz, Mr. Chenshaw ile çok iyi bir görüşme yaptık. Ondan aldığım bilgiler senin geçen hafta yaşadığın depresyonla ilgili anlattıklarını destekledi. Bence tedaviye duyulan ihtiyaç konusunda tamamen aynı fikirdeyiz. Senin de istediğin gibi, kokain kullanımı ile ilgili hiçbir şey söylemedim; ancak bu konuyu eşinle kendin konuşabilecek cesareti topladığında daha iyi hissedeceğini düşünüyorum."

GRUP GÖRÜŞMELERİ

Hastanın ailesi çok genişse ve birçok aile üyesi yakın mesafelerde yaşıyorsa, kendinizi tüm geniş aileyle (clan) görüşürken bulabilirsiniz. Bazı klinisyenler, özellikle aile üyeleri mutsuz olduğunda ve kendilerini zorla ifade ettiklerinde bu durumu zor bulur. Büyük bir grup akrabayı idare etmek zor olabilse de bu yaklaşımın avantajları vardır.

- Tüm grupla yapılan görüşme, her bir aile üyesi ile bireysel olarak görüşmekten çok daha etkilidir. Sizinle konuşması için aile tarafından bazen bir sözcü seçilse de bilgi kaybı ya da çarpıtılmış bilgi almak gibi durumlar söz konusu olabilir.
- Aile hastanızın çevresinin önemli bir parçasıdır. Bir grup görüşmesi size, akrabaların birbirleri ile nasıl etkileşime girdiklerini gözlemleme ve hastayla ilgili mantıksal çıkarımlar yapma şansı verir. Birbirlerine düşünceli bir şekilde davranıyorlar mı? Bir ya da birden fazla hasta yakınında suçlama, günah keçisi belirleme eğilimleri ya da suçluluk fark ediliyor mu? Endişeleri genellikle hastaya mı, yoksa kendi yaşam kalitelerine mi yönelik?
- Bazı durumlarda, hasta ve ailesiyle birlikte görüşmeyi seçebilirsiniz. Böyle bir durumda, herkes birbirinin söylediğini duyduğundan gizlilikle ilgili tüm sorunların önüne geçilmiş olur. Ek olarak, aile ve hastayla birlikte görüşme size hastayla ailesi arasındaki etkileşimi doğrudan gözlemleme olanağı sağlar. Akrabalar hastayı yok mu sayıyor, yoksa hastaya yanıt veriyorlar mı? Aynı fikirde olmadıkları çok oluyor mu? Bağrışma var mı? Kavga var mı?
- Aile dinamiklerinin hastanın zorluklarını arttırdığına karar verdiyseniz, terapinin bir tamamlayıcısı olarak ev ortamındaki olası değişimler için herkes ile görüşmek ön hazırlık yapmanıza yardımcı olabilir.
- Hastanızın zorlukları için aile terapisini işe yarayabilecek bir yöntem olarak görürseniz, ilerideki aile terapisinin temellerini oluşturabilirsiniz.

Birden fazla kaynak kişiyle aynı anda görüşüyorsanız, tüm akrabaları söylemek istediklerini ifade etmeleri için yüreklendirdiğinize emin olun. Sıklıkla birileri pasif ve sessiz kalacaktır. Bu, sizin konuşturmayı deneyeceğiniz kişi olmalıdır. İlk başta herkesten bilgi almak, sonrasında sizin yardımcı olamadığınız durumlarda kişilerin kendi bakış açılarını açığa kavuşturmaları için onları yalnız bırakmaktan daha iyidir. Görüşmedeki kişiler için karar vermemeli ve bir tarafı tutmamalısınız. Amacınız konuşmayı kolaylaştırmak olmalıdır ki tüm aile üyeleri, hastanın ve kendilerinin ortak sorunlarını anlayabilsin. Ancak hepsinden önemlisi, hastanızın özel kalmasını isteyebileceği bilgiyi gizli tutmak zorundasınız.

DİĞER GÖRÜŞME ORTAMLARI

Telefon Konuşmaları

Bazı çalışmalar, telefon görüşmeleriyle kaliteli bilgiyi elde edebileceğinizi göstermiştir. Muhtemelen telefon görüşmelerinden elde edilen bilgi, yüz yüze yapılan görüşmelerden alınan bilgiler kadar sağlam değildir; ancak yazılı ölçeklerden (anketlerden) çok daha iyidir. Eğer bir akrabayla hiçbir şekilde konuşma şansınız yoksa, hiçbir şey yapmamaktansa telefon görüşmesi yapmak kesinlikle daha iyidir. Ancak önceden yüz yüze iletişiminizin olmadığı biriyle ilk kez telefonda görüşmek zorlayıcı olabilir. Yalnızca sözcüklere ve ses tonuna güvenmeniz gerektiğinde, vücut dilindeki anlık anlamların ayrıntılarını seçemezsiniz. Buna ek olarak, bir video konferans araması yapmıyorsanız (normal), telefon görüşmesinde akrabalar sizi değerlendirip sizinle ilgili bir yargıya varamaz.

Son yıllarda, Skype ve FaceTime gibi internet temelli hizmetler görüntülü aramayı çok daha yaygınlaştırdı. Böyle olmasına karşın, yüz yüze bir görüşme akrabalara gizli veya hassas bilgileri paylaşmak için sizin güvenilir bir kişi olduğunuzu bilmelerine olanak sağlayan sıcak duyguları çok daha iyi iletebilir. Son olarak, gizlilik ilkelerini göz önünde bulundurun. Görsel bir temasınız olmadan, kiminle konuştuğunuzdan emin olmanız çok daha zordur. Hastanızın aslında iş vereni olan ancak sizin hastanızın eşi olduğunu sandığınız birine bilgi verirseniz hem hastanızın kariyerine hem de kendi itibarınıza zarar verirsiniz.

Ev Ziyaretleri

Ev ziyaretleri, genel olarak insülin koması tedavisiyle birlikte ortadan kalkmış olsa da hastanın çevresinin tüm yönleriyle ilgili maksimum bilgi edinmek isteyen klinsyenler için hâlâ elverişli bir araç olabilir. Ev ziyaretinde çevreye dair (ikamet ettikleri konut ya da mahalle) izlenim edinebilirsiniz ve rahatlamış olan aile üyeleri ofis ya da hastane ortamına göre daha "normal" davranabilir.

BÖLÜM 16

Dirençle Karşılaşmak

Çoğu görüşmede, iki birey ortak bir anlayışa ulaşmak için birlikte çalışır. Hastaların büyük bir çoğunluğu uzlaşmacı, bilgili (ve belli bir düzeyde) içgörüye sahip olacaktır. Fakat bütün hastaların kendilerine göre bir gündemleri vardır ve bazen bunlar değerlendirme görüşmesinin genel amaçları ile çelişebilir. Bu yüzden pek çok hasta, öyle ya da böyle tüm bilgileri verme konusunda direnecektir. Sonuç, siz iyi bir ilişki oluştururken, elde etmeye çalıştığınız eksiksiz veri tabanı için olan girişimlerinizi engelleyen bir davranış olabilir.

Direnç, bir tartışma konusundan kaçınmak için yapılan her türlü bilinçli ya da bilinç dışı girişim olarak tanımlanır. Herkesin kendini rahatsız hissettiği bir konu olduğundan, direnç belki de klinisyenlerin başa çıkmayı öğrenmeleri gereken en sık karşılaşılan sorunlu davranıştır. O hâlde, bir dizi nedenden dolayı ortaya çıktığında kaynaklarını (ve çözümlerini) belirlemeye çalışmadan devam etmek yerine, direnci ele almak oldukça önemlidir.

DİRENCİN FARKINA VARMAK

Direnci önlemek için önce tanımanız gerekir. Bazen bu kolaydır; özellikle "Bunu konuşmamayı tercih ederim." gibi açık bir ifade yapısıyla karşınıza çıkarsa... Fakat pek çok hasta, açık bir karşı koyma gösterirse rahatsız hisseder; size öyle üstü kapalı yollarla direnebilirler ki bunları fark etme konusunda zorlanabilirsiniz. Görüşmenizde sorunlar olduğuna işaret edebilecek bu davranışlara karşı dikkatli olun:

Geç kalmak. Görüşmeye geç kalmak, direncin klasik bir işaretidir. Bu durum, izleyen görüşmelere oranla değerlendirme görüşmelerinde daha az yaygındır.

İstemli (Kasti) yapılan davranışlar. Az göz teması kurmak, saate bakmak, cep telefonu ya da çağrı cihazını cevaplamak ya da otururken sıkıntılı bir biçimde yer değiştirmek, hastanızın o anda konuşulmakta olan konuyla ilgili kendini rahatsız hissediyor olabileceğini göstermektedir.

İstemsiz(Kasıtsız) davranışlar. Kızarmak, esnemek ya da yutkunmak bir rahatsızlık göstergesidir. Geçmişe yönelik sahneleri (flashback) yeniden deneyimleyen bir TSSB hastasının boş bakışı (davranış motivasyonu açısından), istemli ve istemsiz davranışların arasında bir yere denk gelir.

Unutkanlık. Bazı hastalar "duruma uygun" bir hafıza zayıflığı geliştirir ve belli soruları "Bilmiyorum." ya da "Hatırlayamıyorum." şeklinde yanıtlar.

Eksik bilgi verme. Hasta belli bir bilgiyi dışarıda bırakır. Güvenilir haber kaynaklarına danışılmadıkça, deneyimli uzmanlar bile böylesi bir direnci fark etmede zorluk çeker. "Benim hiçbir sorunum yok." biçiminde bir yanıt, gün ışığına çıkarılması gereken konuları gömmek için yüzeysel bir girişim olabilir.

Çelişkiler. Önceden öğrendiğinizi düşündüklerinizle çelişen bir bilgiyi fark etmek görece kolay olmasına karşın, bunu (var olan bilgilerle) bağdaştırmak ise zor olabilir.

Konuyu değiştirmek. Başka bir konuya geçmek, hastanın sizi kaçınmak istediği konudan uzaklaştırmaya yönelik bir girişimi olabilir. Örneğin, Bay Blocker'a yaklaşan boşanmasıyla ilgili nasıl hissettiğini sordunuz ve size karısının avukatının kendisini soyup soğana çevirdiğini anlattı.

Abartmalar. Başarılarını şişirmek, bazı insanların kendileriyle ilgili gerçekle yüzleşmekten kaçmak için kullandıkları bir yoldur. Belki tek bir abartmayı fark edemeyebilirsiniz ama zamanla, gerçekleşmesi pek de mümkün görünmeyen iddialar sunmaya yönelik bir örüntüyü fark etmeye başlayabilirsiniz.

Oyalamaya yönelik taktikler. Bunlar, şaka yapma ve içecek bir şey ya da tuvaleti kullanmayı isteme gibi durumları içerir. Bazı hastalar, klinisyenin kişisel yaşamıyla ilgili sorular sorarak görüşmeyi kontrol etmeye çalışabilir.

Sessizlik. Bu, direncin önemli bir göstergesi olabilir. Bazı hastaların karmaşık bir soruya yanıt vermeden önce düşünmek için gereksinim duydukları zamanla karıştırılmamalıdır.

Hafif bir tereddüt. Bunların içinde en üstü kapalı olan, belirli soruları yanıtlamadan önce gözlenen hafif bir tereddüt olabilir.

HASTALAR NEDEN DİRENİR?

Hastalar, bir dizi farklı nedenle klinisyene tüm öyküyü anlatma konusunda direnç gösterebilir. Bu nedenleri anlamak, direncin kırılmasında anahtar rolü oynayabilir.

- Her hâlde en yaygın nedenlerden biri, özellikle ilk görüşme sırasında etkisi olabilen utanmanın önüne geçmektir. Bu, oldukça anlaşılabilir bir durumdur: Tamamen yabancı birine ruhunuzu açmak, kendini koruma eğilimleriyle doğal olmayan bir zıtlık taşır. Cinsellik, yasa dışı olaylar ve sapma göstergesi olan herhangi bir davranış gibi hassas konuları ortaya dökmek bazı insanlar için özellikle zordur.
- Bazı hastalar (ya da aileleri), eleştirilmekten korkmakta ya da öykülerini çok şaşırtıcı bulacağınızdan endişe duymaktadır. Basitçe risk almayarak, onaylanmamaktan kaçınmayı öğrenmişlerdir: Ayıplanacaklarını düşündükleri konuyu kendilerine saklarlar.
- Bazı hastalar tanı, gidişat ya da tedaviyle ilgili sonuçlardan korktukları için bilgi saklayabilir. Akıl hastalığının getirdiği toplumsal damgalanma –belki "deli" olduklarının düşünülmesi– örneklerden biridir.
- Yeni hastanız, özellikle yakın bir ilişkiyi zedeleyebilecek ya da yasal bir durum veya işle ilgili tehlike oluşturacak davranış ya da düşünceler hakkında sizinle bütüncül bir ilişki kurmak için henüz yeterince güvende hissetmiyor olabilir. Ne yazık ki daha önce yaşanan bir deneyim, ruh sağlığı uzmanlarının gizliliği ihlal edeceğine dair bir korkuyu ortaya çıkarmış olabilir.
- Bir hasta, içten bir biçimde sevdiği birini ya da bir arkadaşını daha önce değinilmiş olan herhangi bir sonuçtan korumaya çalışabilir.
- Bazı olay ya da düşünceler kendisine önemsiz görünebilir.
- Hasta, bilinçli olmayan bir biçimde saklanan bilgiyi bulup çıkaracak kadar zeki ya da ısrarcı (Yeterince önemsiyor musun?) olup olmadığınızı deniyor olabilir.
- Hastalar, bilinçli ya da değil, altta yatan birçok nedenden dolayı kızgın oldukları için sizden bilgi saklayabilir. Kasıtlı olmayarak onu üzecek bir şey söylemiş olabilirsiniz ya da hasta sizinle birlikte geçmişteki birine karşı hissettiği duyguları yeniden yaşıyor olabilir –*aktarım (transferans)* olarak adlandırılan bir davranış. Açıktır ki "aktarım" sadece kızgınlık duygusuyla sınırlı değildir.

Nedeni ne olursa olsun, direncin araştırılmamış ya da göz yumulmuş şekilde devam etmesine izin vermemelisiniz. Nedenini fark etmeye ve çözüm bulmaya çalışmalısınız. Önemli konuları atlamak ya da hastanın önderliğini edilgen biçimde takip etmek ciddi bir hata olabilir.

DİRENÇLE BAŞA ÇIKMAK

Diğer her şeyin ötesinde, en önemlisi ilgili davranışın altında yatan nedenleri anlamaya (ve yapabiliyorsanız düzeltmeye) çalışmaktır. İlk adım, direnci tetik-

leyecek herhangi bir şey yapıp yapmadığınızı değerlendirmek olmalıdır. Doğrudan halledebileceğiniz açıkça görülebilecek bir şeyler olabilir.

GÖRÜŞMECİ: Birden durgunlaştığınızı fark ettim. Sorun ne?

HASTA: Bilmiyorum.

GÖRÜŞMECİ: Kocanızla konuşmak istediğimi söylediğim için üzülmüş olup olmadığınızı merak ediyorum.

HASTA: (*Uzun bir duraksama*) Şey, neden istediğinizi anlamıyorum.

GÖRÜŞMECİ: Bana korktuğunuz şeyin ne olduğunu söyleyebilir misiniz?

HASTA: Size anlatmış olduğum o konuyu anlamayacaktır. Biraz olsun bile açık fikirli değildir.

GÖRÜŞMECİ: Ah, neden mutsuz olduğunuzu görebiliyorum. Bence terapistinin bir biçimde gizliliği bozabileceğinden endişe eden herkes korkar. Ama benim aklımdaki bu değildi. Benim kendisiyle görüşmek istememin nedeni, ikinizin yaşamakta olduğu evlilikle ilgili sorunları onun nasıl gördüğünü öğrenmekti. Bence büyük resmi daha iyi anlama konusunda bana yardımcı olacaktır. Bir sonraki görüşmede sizinle gelmesini isteyebilir misiniz?

Bu klinisyenin açıklaması, hastaya birçok şey söylemektedir: (1) onu anladığını, (2) duygularında haklı olduğunu, (3) korkularının yersiz olduğunu ve (4) görüşme sırasında kocasıyla beraber bulunması gerektiğini.

Ancak beklediğinizden çok daha sık bir şekilde hızlıca düzeltilebilecek herhangi bir şey fark edemeyeceksiniz. Sonrasındaki yaklaşımınız, direncin kendisiyle ilgili bir dizi özelliğe bağlı olacaktır:

(Direncin) Nedeni

(Direncin) Şiddeti

(Direncin) Yapısı

Aradığınız bilginin önemi

Sessizliği Yönetmek

Ilımlı düzeydeki direncin sık rastlanan bir örneği, utanca bağlı sessizliktir. Cinselliğe yönelik (bk., Bölüm 9) sorular karşısında böyle bir tepkiyle karşılaşabilirsiniz, ancak hemen hemen her görüşme ortamında bu durum ortaya çıkabilir. Verebileceğiniz en iyi ilk yanıt, kendi kısa süreli sessizliğiniz olabilir. Beklemeye yönelik isteğinizi vurgulamak adına birkaç saniye için başka bir yere bakmayı deneyebilirsiniz. Bir süre için hiçbir şey söylemeyerek, hastanıza düşünmek için ek süre vermiş olursunuz. Belki de başından beri gösterilen tüm

sessizlik budur. Ama bu erken bir dirençse, hastaya çatışmayı çözmeye çalışması için süre verirsiniz.

Ancak uzayan bir tepkisizlik, görüşmede daha çok bilgiyi saklaması için örnek oluşturabilir ve bu, hastanın yararına olmayacaktır. Eğer makul bir ara (10-15 saniye daha fazla olmayan) yanıt almayı sağlamazsa, muhtemelen müdahale etmelisiniz.

Kısa bir sessizlik sırasında, hastanız düşünceye dalmış olabilir; bu nedenle bir sonraki adım, biraz farklı şekilde tekrardan sorarak soruya yeniden odaklanmak olmalıdır. Kısa bir örnek vereyim:

GÖRÜŞMECİ: (eşinizle) Cinsel uyumunuz nasıldır?

HASTA: (*15-20 saniye boyunca sessizce yere bakmaktadır*).

GÖRÜŞMECİ: Cinsel yaşamınızla ilgili bir sorun olup olmadığını merak ediyordum.

Soru önemli görünürse (hastanın cevap verememesi bunun söz konusu olabileceğini göstermektedir), muhtemelen devam etmelisiniz. Ne söyleneceği konusundaki kontrolü hastaya vererek ve güvence sunarak başlayın.

GÖRÜŞMECİ: Cinsel yaşamınızla ilgili neyi rahatsız olmadan söyleyebilecekseniz onu anlatın.

HASTA: Bu, benim için gerçekten zor.

GÖRÜŞMECİ: Sorun değil. Burada rahatça konuşabilirsiniz.

Başka bir yöntem, birden çok yaklaşımı bir araya getirmektir. Şuna benzer şekilde dile getirebilirsiniz:

"Buna benzer hassas konularla ilgili pek çok insan zorluk yaşar. Sizi buna mecbur bıraktığım için üzgünüm ama size en iyi şekilde yardımcı olabilmem için alabildiğim kadar çok bilgiye ihtiyacım var. Lütfen bana yardım etmeye çalışın."

Söz konusu tek bir konuşmadan elde ettikleriniz: (1) ilginizi ifade etmiş; (2) hastanızın duygularının normalliğinin altını çizmiş; (3) eksiksiz bir bilgi tabanı elde etmenin önemini yeniden vurgulamış ve (4) kişisel bir ricada bulunmuş olmaktır.

Aynı zamanda başka bir yaklaşım, hastanızın sahip olabileceği duyguları isimlendirmeye çalışmak olabilir. Doğru şekilde yaparsanız, sır verme konusunda güvenilecek, empatik ve anlayışlı görüşmeci imajınızı pekiştirmiş olursunuz. Bu örnekte olduğu gibi bir dizi olası duyguyu tanımlarsanız, başarma olasılığınızı en üst düzeye çıkarırsınız:

"Bu soruyla ilgili gerçekten zorlandığınızı görebiliyorum. Bazen insanlar utandıklarında sorularla ilgili sıkıntı yaşar. Bu, bazen kaygı ya da korku olabilir. Şu anda bu duygulardan herhangi birine sahip misiniz?"

Baştaki sorunuzdan farklı bir şey sormuş olsanız dahi, bu ikisi ilişkilidir. Hastanız belki de ikincisini cevaplamaya daha hazır olacaktır. Ayrıca bir dizi olası olumsuz duygu ifadesi önererek, doğru duyguyu tahmin etme şansını kendiniz için artırmış olduğunuzu fark edin.

Hastanızın size yanıt verme alışkanlığını pekiştirmek istediğinizi düşünelim; sadece bir baş sallama bile hiç yoktan iyidir. Omuz silkme ya da kaş çatma bile olsa, bir yanıt alırsanız, bunu konuyu yenileme şeklinde değerlendirebilirsiniz.

GÖRÜŞMECİ: Bu konuda oldukça üzgün hissediyor olmalısınız. Doğru mu anlıyorum?

HASTA: (*Başını sallar.*)

GÖRÜŞMECİ: Belki de devam etmeli ve bunun yerine eğitiminiz hakkında konuşmalıyız, diye düşünüyorum. Bu size iyi bir fikir gibi geldi mi?

HASTA: (*Başını sallar.*)

GÖRÜŞMECİ: Bu, konuşabileceğinizi düşündüğünüz bir konu mu?

HASTA: Evet... Sanırım.

GÖRÜŞMECİ: Diğer konu oldukça önemli ama doğru zamanın bu olmadığı açık... Ona daha sonra geri geleceğiz.

Hemen yukarıda verilen örnekte olduğu gibi, zor bir malzeme hakkında tartışmayı ertelemek orta düzeyden şiddetliye kadar olan dirençle uğraşırken, muhtemelen en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Teknik, ittifak ve görüşme bütünlüğünün yararı için bilgiden feragat etmektedir. O nedenle bunu tutumlu kullanmalısınız. Hastanın konunun kapanmadığını, sadece ertelendiğini bilmesi önemlidir.

"Bilmiyorum." şeklindeki bir yanıt, size ölüm sessizliğinden daha fazla bilgi vermez; sık tekrar edilirse, bir görüşmenin durma noktasına gelmesine neden olabilir. Genellikle, şu şekilde yanıt vererek hastayı çıkmaz sokaktan çıkarmayı başarabilirsiniz:

"Peki, bunun hakkında ne düşünüyorsun?"

Maalesef, sıklıkla bu sadece bariz (ve can sıkıcı) biçimde bir "Bilmiyorum." yanıtına neden olur.

Herhangi bir şekilde çok fazla bilgi alamıyorsanız, nadir görülen bir yüzleştirme yaparak büyük bir risk almayacaksınızdır. Direncin nedenine yönelik bazı ipuçları alabilirsiniz. Bu örnekte karşılaşılan hasta Julie, 16 yaşında bir kız:

GÖRÜŞMECİ: (*Öne doğru eğilir ve gülümser.*) "Bilmiyorum" dediğin birkaç kere, bunun yanıtını bildiğin sorular için verdiğin bir yanıt olduğunu düşündüm. Kendini tutmazsan ne olacağını düşünüyorsun?

JULIE: Bilmiyorum.

GÖRÜŞMECİ: Pek çok insan bir şeye sıkkın olduğu için konuşmaktan hoşlanmaz. Senin sıkkın hissettiğin oldu mu?

JULIE: Belki.

GÖRÜŞMECİ (*Gülümser.*) Belki de bunu anlamaya çalışmalıyız. Az önce hissettiğin şey ne idi?

JULIE: Beni şapşal annem buraya getirdi (*Duraksar*).

GÖRÜŞMECİ: Yani buraya gelmek annenin fikriydi?

Bu örnek, daha önceden belirtmiş olduğumuz şekilde duyguları tanımlama ve tanımayı göstermektedir. Aynı zamanda direnci kırmada yardımcı olabilecek bir dizi farklı teknik önermektedir:

- Belirtileri betimlemeye odaklanın; sadece şimdilik, ne anlama gelebilecekleri ile ilgili endişe etmeyin.
- Olaylardan duygulara geçin. Direncin genellikle duygusal bir temeli vardır. Görüşmeci, öykü almaya geçmeden önce duyguların araştırılması gerektiğini fark etmiştir.
- Normal olana vurgu yapın. Hastalar bazen, bir ruh sağlığı uzmanının koruması altında oldukları için çok garip biri olmaları gerektiği kanısına varır. Julie görüşmecinin bu durumla daha önce karşılaşmış ve tuhaf bulmamış olduğunu öğrenseydi, daha iyi hissedebilirdi.
- Davranışı ret; kişiyi kabul edin. Görüşmeci, öne doğru eğilerek samimi kelimeler ve ses tonu kullanarak, her ikisini de açıkça gösterdi: (1) hastayı kişi olarak koşulsuz kabul etme ve (2) farklı bir yanıt isteme.
- Sözel ve sözel olmayan özendiriciler kullanın. Hasta konuşmaya başladığında, görüşmeci ilerideki girişimleri gülümseyerek ve onu "belki" yanıtını vermekten uzaklaştıracak bir öneride bulunarak cesaretlendirdi.
- Hastayı bir cevap verdiği için ödüllendirin. Diğer özendiriciler (başını sallama, başka sözcüklerle yeniden anlatma) Bölüm 4'te tartışılmıştır.

- Hastanın ilgilerine odaklanın. Bu hastanın gelmeye zorlandığı için kızgın olduğu açığa kavuşur kavuşmaz, görüşmeci odak noktasını annesiyle olan ilişkisine kaydırmıştır. Ardından, seans çok daha üretken hâle gelmiştir.
- Bir başka teknik ise daha az duygu yükü olan bir davranış ya da duygu modeli aramak ve öncelikle bu modeli tartışmaktır. Genellikle, bu hastanın uzun zaman önce yaşamış olduğu bir benzer dönemdir ama bir arkadaş ya da akrabayı etkilemiş olabilir. Süreç şu şekilde işler:

GÖRÜŞMECİ: Kendinize zarar vermeyi düşünecek kadar kötü hissettiğiniz oldu mu?

HASTA: Söy–söyleyemem.

GÖRÜŞMECİ: Epey üzücü bir konu, değil mi?

HASTA: (*Başını sallar.*)

GÖRÜŞMECİ: Birkaç yıl önce bir intihar girişimizin olduğunu söylememiş miydiniz?

HASTA: Evet (*Uzun bir duraksama*).

GÖRÜŞMECİ: Ne olmuştu?

HASTA: Karımın kalp ilaçlarından aşırı dozda almıştım. Fakat sonra hepsini çıkardım.

GÖRÜŞMECİ: Oldukça umutsuz hissetmiş olmalısınız.

HASTA: (*Başını sallar.*)

GÖRÜŞMECİ: Şimdi de böyle hissediyor musunuz?

HASTA: Sanırım. Ama bu konu hakkında konuşmayı sevmiyorum. Karımı korkutuyor.

Farklı şekillerde, daha doğrudan bir yaklaşım işe yaramadığında bu teknik sizi bazen verimli bir tartışmaya götürebilir. Fakat sonuç, daha fazla direnç ise muhtemelen konu başlıklarını tamamen –ertelemeniz hasta için olası bir tehlike yaratmadığı sürece– değiştirmelisiniz.

Bazen hastalar daha az duygu yüklü modele doğru değiştirme tekniğine kendiliğinden kapılacaklardır. Bu olduğunda, bir önceki örneğe kulak verin ve sonra sorun:

"O zaman olan olay ve şimdiki davranış biçiminiz arasında herhangi bir bağlantı görebiliyor musunuz?"

Çoğu hasta konuyu anlayacaktır. Anlamayanlar için karşılaştırmayı kendiniz nazikçe yapabilirsiniz.

Gecikmeler

Örnekleminizde yer alan tek bir görüşme ile geç kalmanın kronik bir sorun olup olmadığını bilemezsiniz. Hasta ilk görüşmeye geç kalmışsa ve bir sonraki

zaman diliminiz uygunsa, görüşmeyi uzatmak ve değerlendirmenizi tamamlamak yanlış değildir. İlk görüşmeniz değilse, en iyi seçeneğiniz "Hadi geri kalan zamanı en iyi şekilde değerlendirelim." demek ve işe koyulmaktır.

Görüşmelere sık sık geç kalan hasta, pek çok ruh sağlığı uygulamasının başının derdidir. Bu sadece bir ya da iki kere olduysa, belki de görmezden gelebilirsiniz. Bazı insanlar alışkanlık olarak her yere geç kalır ama bunu bir mazeret olarak kabul etmek özellikle yararlı değildir; kronik şekilde geç kalmak, sadece akıl sağlığı hizmetlerinin ötesinde, pek çok konuda ayak bağı olur. Her zaman geç kalan birine ek süre vermeyi önermem –kişisel sorumlulukları yerine getirmemenin makul olduğu mesajını verir ve bir sonraki görüşmeye gelecek olan kişiye haksızlık edilmiş olur. Dirençle başa çıkmanız için gereken davranış şu şekildedir:

İlk olarak, hastanın sizin gücendiğinizi düşünüp düşünmediğinden emin olun. Ve siz de gücenmemelisiniz: Bu sizinle değil, hastanızın sorunuyla ilgili (Belki de tedaviye gelmesinin başlıca nedeni). Daha çok, kelimeleriniz ve tavrınız "İhtiyacınız olan yardımı alamadığınız konusunda endişeliyim." demelidir. Hastanızı, olası nedenleri sizinle birlikte araştırması için davet edin –"Görüşmemiz sırasında ne olacağından korkuyorsunuz?"– fakat daha sonra çabanızı davranışı düzeltmeye odaklayın. "Buraya zamanında gelmeniz için size nelerin yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?" Muhtemelen kendinizi saat çalar, kartlar ve şimdilerde akıllı telefonlardan edinilebilecek düzinelerce ücretsiz hatırlatma servisleri hakkında tartışırken bulacaksınız.

Özel Teknikler

Direnci ele alırken bir dizi başka görüşme tekniği de bazen yararlı olacaktır. Çoğunlukla, bu yaklaşım biçimleri özgül durumlar ya da belirli tipteki hastalar için geçerlidir. Acemi görüşmeciler bu özelleşmiş yöntemleri nadiren kullanacaktır.

- Hoş olmayan bilgiler için (hastanıza) bir özür sunun. Makul nedenler aracılığıyla yardımcı olarak, kişiyi utandırıcı ya da stres yaratan sorunlar hakkında açık olması için cesaretlendirmiş olabileceksiniz.

GÖRÜŞMECİ: Son zamanlarda ne kadar içmektesiniz?

HASTA: Çok değil, gerçekten takip etmiyorum.

GÖRÜŞMECİ: Birkaç yıl önce annenizi kaybettiğinizde olduğu gibi, kocanızın ölümüyle ilgili stresle birlikte tekrar fazla miktarda içmeye başlamış olabileceğinizi düşündüm.

HASTA: Haklısınız. Çok bunalmıştım. Her akşam üç dört duble içmezsem hiç uykuya dalamazdım.

- *Gerçekleşmemiş* olumsuz sonuçları abartın. Bir davranışın olası en kötü sonucuna vurgu yaparak, gerçekte olmuş olanla ilgili hastanızın kaygısını azaltmış olursunuz.

GÖRÜŞMECİ: Kavga sırasında onu gerçekten incittiniz mi?
HASTA: Şey... (*Sessizlik*)
GÖRÜŞMECİ: Peki, onu öldürdünüz mü?
HASTA: Yok, sadece biraz ittim.

- Hastanızı kendisiyle övünmesi için teşvik edin. Nadiren, bir hasta kötüye kullanım davranışlarıyla ilgili bilgiyi saklar ama gizlice bundan gurur duyduğu görülür. Bazı görüşmeciler, konuşulan davranışın bazı yönlerine hayranlık duyduklarını üstü kapalı biçimde ima ederek açıklığı cesaretlendirmeye çalışır.

GÖRÜŞMECİ: O zamanlar ne kadar içiyordunuz?
HASTA: Bunu söylemek zor...
GÖRÜŞMECİ: Oldukça kalıplı bir adamsınız. Epey fazlasını kaldırabilecek gibi görünüyorsunuz.
HASTA: Zamanında iki tek atardım.
GÖRÜŞMECİ: Bahse girerim hepsini içebilirsiniz!
HASTA: Evet, kafaya dikme yarışmalarından payıma düşeni aldım galiba.

Bu teknik bilgi edinmenizi sağlarken, iyi ilişkiyi de arttırabilir. Madde kötüye kullanımı için uygulandığında, muhtemelen yeterince masum olsa da kişilik bozukluğu olan ve davranışlarının arasında cinsel istismar, kavga ya da yasa dışı eylemlerin yer aldığı bir hastaya onaylandığına dair bir mesaj verebileceğinden endişeliyim. Bu tekniği kullanırsanız, davranışın kendisini hoş görmemeye ya da özendirmemeye dikkat edin. Açıkçası ben, şu ana kadar nadiren kullandım.

ÖNLEME

Herhangi başka bir sorun karşısında olduğu gibi, dirençle alakalı hiçbir çözüm en başından önlem almaktan daha tatmin edici değildir. Aşağıdaki stratejiler, henüz tartışmış olduğumuz daha dolambaçlı teknikleri kullanmaktan kaçınmanıza yardımcı olacaktır.

- Görüşme başlamadan önce hastanızın kişiliği ya da etkileşime girme biçimi hakkında bilgi elde edebilirseniz, zor konular hakkındaki yaklaşımınızı daha iyi ayarlayabilirsiniz. Kaynaklar, kişiyi size yönlendiren uzmanlar ve önceki hastaneye yatış kayıtlarından aldığınız sözel bilgileri içerir.

- Bazen hastanızın konuşmaya isteksiz olduğunu doğrudan anlayabilirsiniz. Siz konuşmaya *dahi* başlamadan, bir somurtma, iç çekiş ya da bir kaş kaldırma size ipucu verebilir. Eğer durum buysa, belki de Bölüm 1'deki kuralı bozarak kısa bir konuşma yapmanın tam zamanıdır. Paylaşmakta olduğunuz

şeyler (hava durumu ya da spor) hakkında kısa bir konuşma, sizi "arkadaşça" bulmasına ve hastanızın zıtlaşmasının azalmasına yardımcı olabilir. Kısa konuşmanın amacıyla ilgili –potansiyel olarak zor bir hastayla verimli bir konuşma için uygun bir zemin hazırlamada– iki uyarıda bulunayım: (1) Politika ve din asla "basit" konular değildir; pis bir şırıngadan kaçar gibi bunlardan uzak durun. (2) Herhangi bir konuda, güçlü ya da tartışmacı olarak düşünülebilecek bir tavır almaktan kaçının. Zaten zor olan görüşmenizde, hiç de gerekmediği hâlde sizi bir çatışmanın içine sürükleyebilir.

- Edindiğiniz bilgiye yönelik tepkilerinizi dikkatle izleyin. Konuşmanız ya da yüz ifadeniz şaşkınlık ya da kınamayı ima ediyorsa, ittifakı ciddi düzeyde zedeleyebilir ve bilginizin hem niteliğini hem de niceliğini sınırlandırmış olabilirsiniz.

- Sorulara elinizden geldiğince eksiksiz ve dürüst cevap verin. Bu, herhangi bir hasta için kullanabileceğiniz en bariz yaklaşımdır ama niyetinizle ilgili açık ve özenli tartışmalarınız ve iş birliğinin olası yararları, özellikle paranoid (şüpheci) ve hatta psikotik hastaların şüphelerinin giderilmesinde yardımcı olabilir.

- Öykü alma tekniğinizi kişiselleştirin. Bazı hastalar acele etmeyecektir. Bu insanlar psikotik ya da bunamış değildir; sadece öykülerini kendilerince anlatmak istemektedir. Böyle bir hastayla karşılaştığınızda, zamana dair programınızı unutabilir, rahatlayabilir ve tadını çıkarabilirsiniz. Öykünüzü alacak –her seferinde biraz– ve ittifakı korumuş olacaksınız.

- Sanrı, varsanı ya da oryantasyonla ilgili zihinsel durum değerlendirmesi sorularına, bunların "rutin sorular" olduğunu ve detaylı değerlendirme sürecinin genel bir parçası olduğunu belirterek başlayın. Bu, hastanızın zihinsel olarak yavaş ya da psikotik olmakla ilgili hissettiğinden şüphelendiğiniz kaygısını etkisiz hâle getirmede size yardımcı olmalıdır.

- Sanrı ya da varsanı gibi psikotik içerikli bir malzemeyle karşılaşırsanız tartışmayın. Hastanızın doğru olduğunu "bildiği" şeyi çürüterek puan kazanmayacaksınız. Fakat yanlış olduğunu bildiğiniz bir şeye katılmak zorunda da değilsiniz: Psikozu pekiştirmek istemezsiniz. Bunun yerine, hastanın ne kadar süredir böyle hissetmekte olduğunu sorun ya da eşlik eden rahatsızlıkla ilgili endişenizi dile getirin. Örneğin, hasta varsanıların içeriğinden korkuyor olabilir.

KENDİ TUTUMUNUZ

Daha önce belirtildiği gibi, kendi duygularınızı anlamak tüm hastalarda önemlidir. Eğer kendinizi sıkılmış, kızgın ya da tiksinirken bulursanız kendinize "Neden?" diye sorun. Bu hastanın size anımsattığı süpervizörünüz, ebeveyniniz ya da eşiniz gibi biri mi var (Terapistlerin hastalarına yönelik duyguları kendi ilişkilerinden aktarıldığında, buna *karşı aktarım [konturtransferans]* adı verilir.)?

Belki de bu hastanın bazı özellikleri, size pek beğenmediğiniz yönlerinizi hatırlatabilir. Kendi sağlığınız, evliliğiniz ya da ailenizle ilgili endişeleriniz var mı? Bu duygular her zaman her yerde vardır; bu yüzden deneyimli terapistler bile, bu duyguların hastalarla olan ilişkilerini etkilememesi için özen göstermelidir.

İş birliği yapmayan ya da diğer bazı yönlerden zor olan bir hasta özel bir güçlük yaratır. Bir klinisyen olarak örtük saldırganlık, iğneleme ya da kızgınlık içeren davranışların sizde bir patlamaya yol açmasına izin vermemelisiniz. Özellikle ilişkinin başlarında ortaya çıkan böylesi bir olumsuz duygulanım, görüşmeyi tehlikeye atabilir ve gelecekteki ittifaka ciddi düzeyde zarar verebilir. Bir görüşme sırasında kendinizi rahatsız hissederken bulursanız, kendinize sorun:

"Neden bu kadar altüst olmuş hissediyor olabilirim?"

"Hangi mesajı gözden kaçırıyorum?"

"Bu hasta bana kimi anımsatıyor?"

Bu sorulara vereceğiniz yanıtlar, hangi düzeltici adımı atacağınıza karar vermede size yardımcı olacaktır.

BÖLÜM 17

Özel ya da Zorlu Hasta Davranışları ve Sorunları

Tüm hastalar özeldir ve her biri tektir, ancak bazılarının davranışları özellikle zorlayıcı olabilir: Belirsiz, düşmanca, güvenilir olmayan, şaşkın ve hatta şiddet içeren davranışlara rastlanabilir. Ayrıca davranışların dışında hastaların belirli başka yönleri (örneğin fiziksel özellikleri) de özenli bir dikkat gerektirebilir. Zorlu davranışlar ve sorunlar, uzlaşma ve ikna becerilerimizi geliştirme; sabır ve hoşgörü erdemlerini uygulama fırsatı sunar.

BELİRSİZLİK

Hasta size bilgi yerine sadece boş sözler verebilir. Aşağıda buna dair birkaç örnek vardır:

Odaklanmamış temel yakınma. İfade edilen kaygılar tedavi arayışı için yeterli değildir.

Aşırı genellemeler. Hastalığın tek bir epizodu, öyle olmadığı hâlde, tipik olarak aktarılabilir; bir arkadaşın davranışını "hep yaptığı gibi" biçiminde etiketlemek gibi. Aşırı genellemenin ipuçları, "her zaman" ve "asla" kelimeleri olabilir.

Yaklaşık yanıtlar. Sayı istediğinizde, hastanın çoğu kez size sıfatlarla yanıt vermesi demektir.

GÖRÜŞMECİ: Ne kadar süredir içki içiyorsunuz?

HASTA: Uzun zamandır.

GÖRÜŞMECİ: Ne kadar uzun olduğuna dair bir fikir verebilir misiniz?

HASTA: Eh, oldukça uzun.

Kimi zamansa hasta sadece net tanımlamalar yapmakta yetersiz olabilir.

GÖRÜŞMECİ: Üvey kızınız uzun bir süre kalmak için ziyaretinize geldiğinde nasıl hissettiniz?
HASTA: İğrenç.
GÖRÜŞMECİ: Peki, o zamanki duygularınızı tanımlayabilir misiniz?
HASTA: Korkunç hissettim.

Belirsizlikle Başa Çıkmak

İlk önce hastanın neden belirsizlik yaşadığını anlamaya çalışın. Bazı durumlarda bu, o hastanın *zihinsel bozukluğunun* bir parçası olabilir. Belirsiz konuşma; özellikle zihinsel engeli, psikozu ya da kişilik bozukluğu olan hastaların karakteristik özelliğidir. Bununla birlikte net kavramlarla düşünmeye alışkın olmayan kişilere de rastlayabilirsiniz. Belki de bu, hastanızın rahatsız edici duygularını ilk defa ifade ettiği an olabilir. Görüşmeye karşı direnç gösteriyor olma olasılığı da vardır –bu kişi bir şeyler saklamaya mı çalışıyor?

Tahmin edebileceğiniz gibi, hastaya "yeterince açık" konuşmadığını söylemek size yardımcı olmayacaktır. Davranışı tanımlamak zorundaysanız "Çok genel oldu." demeyi deneyin. Ayrıca "Anlamama yardımcı olabilir misiniz?" diye de sorabilirsiniz. Ek olarak, belirsizlikle yapılandırarak başa çıkabilirsiniz. Beklediğiniz yanıt tipini ya da kesinlik derecesini açıkça belirtin.

GÖRÜŞMECİ: Cezaevinde ne kadar süre çalıştınız?

HASTA: Eh, uzunca bir süre.

GÖRÜŞMECİ: Ay ve yıl olarak ne kadar sürdü?

Korkunç gibi genel tanımları kullanmakta ısrarcı olan hastaya şu şekilde karşılık verebilirsiniz:

"*Korkunç* ne demek, biraz daha anlatın?"

"*Korkunç* demekle neyi kastettiğinize dair bir örnek verebilir misiniz?"

Belki klinik ilgi alanlarına göre (bk., Bölüm 13), belirli bir ruhsal bozukluk hakkındaki bildiklerinize dayalı olarak belirli sorularla bazı hastaları sıkıştırmanız gerekebilir.

GÖRÜŞMECİ: *Korkunç* demekle neyi kastediyorsunuz?

HASTA: Bilmiyorum. Sadece kötü hissettim.

GÖRÜŞMECİ: Bana bir örnek verebilir misiniz?

HASTA: (*Duraksar.*) Sadece gerçekten berbat.

GÖRÜŞMECİ: Peki, depresif miydiniz?

HASTA: Bazen.

GÖRÜŞMECİ: Kaygı hissetmiş miydiniz?

HASTA: Evet, işte bu! Bir saat gibi kurulmuştum.

Hangi tekniği kullanırsanız kullanın, hastanızın söylediklerini netleştirdikten sonra, anladığınızdan emin olmak için özetleyin:

"Üvey kızınız sizi ziyarete geldiği zaman 'korkunç hissettiğinizi' söylediğinizde, bir parça depresif hissediyordunuz ama en yoğun hissettiğiniz, aşırı kaygıydı."

Yaklaşık yanıtlar vermeyi tercih eden bir hastaya daha kesin yanıtlar verme alışkanlığını kazandırabilmek için onu birçok kez uyarmak gerekebilir. Ek olarak, çoktan seçmeli sorulara başvurarak (bu sorunu) kendi kendinize çözebilirsiniz. Görüşmenin başlarında, odaklanmadan gelişigüzel konuşan bir hasta, sizin belli bir odağı olan, kısa yanıtlı sorular sormanızı gerektirebilir. Bütün çabalarınıza rağmen belirsizlik devam ederse, altında yatan direnç kaynaklarını keşfedin. Bu direncin nedenlerini bulmak için yüzleşme riskini almanız gerekebilir. Deneyin:

"Size yardımcı olmak için, gerçekten daha kesin bir yanıta ihtiyacım var. Sorularımı yanıtlarken sorun yaşamanıza yol açan bazı nedenler var mıdır?"

Genelleme Yapılamaması

Belirsizlikle ilişkili bir diğer sorun da bazı hastaların yaşantılarını genelleyememesidir. Onlardan geniş bir resim sunmalarını istediğinizde, size tipik örneklerle ve minik anekdotlarla yanıt verirler.

Bununla, sizinle beraber durumu yeniden tanımlamalarını isteyerek başa çıkmaya çalışabilirsiniz. *Olağan, sık sık ve genellikle* sözcüklerini kullanmanız, hastanızdan ne istediğinizi anlatmanız için size yardımcı olabilir.

GÖRÜŞMECİ: Öfkenizle başa çıkmada çok sorun yaşıyor musunuz?

HASTA: Geçen hafta kayınvalidem gerçekten canımı sıktı, aşırı sinirlendim.

GÖRÜŞMECİ: Bilmek istediğim şey aslında şu: Bu, oldukça sık yaşadığınız bir durum mu?

Hastanız sadece genelleyebilme becerisinden yoksunsa, kendi genellemelerinizle biçimlendirdiğiniz çeşitli örnekler sunmak zorunda kalabilirsiniz. Bu durumda, doğru anladığınızdan emin olmak için yüksek sesle özetler sunmalısınız.

YALAN SÖYLEME

Herhangi bir klinik ilişki içinde, terapötik iş birliğinin örtük bir parçası olarak, hasta gerçeği söylemeyi kabul eder. Bir hastayla çalışmaya başladığınızda, onun sizin takip edeceğiniz bir vaka olacağını varsaymanız gerekir. Ne yazık ki birçok nedenden dolayı, durum her zaman bu şekilde olmaz.

Hastalar; korktuklarında, utandıklarında, endişelendiklerinde ya da kızdıklarında yalan söyleyebilir. Bu duygular büyük bir ihtimalle, ruh sağlığı uzmanlarından yardım isteyen çoğu kişi için geçerlidir. Gerçekten de bu duygular bir dereceye kadar her birimizi etkilemez mi? Başka hastalar sosyal kazanç için –işe girebilmek ya da mevcut işini devam ettirebilmek, cezadan kaçınmak ya da daha çok saygı duyulduğunu hissetmek için– yalan söyleyebilir. Bazı insanlar, sadece doğru söylemek ve sonuçlarına katlanmak arasındaki içsel çatışmayı çözmede sorun yaşayabilir. Fark edilebilir bir nedeni ya da yararı yokken bile, sadece alışkanlıkla yalan söyleyen; genellikle "patolojik (ya da kompülsif) yalancılar" olarak adlandırılanlar, muhtemelen küçük bir azınlığı oluşturmaktadır.

Birçok ipucu, sizi hastanızın doğru bilgiyi vermediği ile ilgili uyarabilir:

- Geçmiş öyküsü, şüphelendiğiniz bozukluğun seyriyle tutarsızdır. Örneğin hastanız, şiddetli manik belirtilere dair uzun bir tarihçesi olmasına rağmen hastanede yatışı olduğunu inkâr eder.
- Çoğu kişinin utanç ya da suçluluk duyabileceği herhangi bir davranışı olabilir. Yaygın örnekler arasında madde kullanımı, cinsel sorunlar, intihar davranışı ve şiddet vardır; bunlardan herhangi biri, gerçeği söylemesini gölgelemek için hastayı teşvik edici olabilir.
- Hasta, kendi içinde tutarsız bir öykü anlatır: Uç bir örnek: Sekizinci sınıftan mezun olamamış birinin, üst düzey yönetici pozisyonunda olduğunu iddia etmesi.
- Yalan söylemeyle ilişkili olabilecek bazı davranışlar fark edilebilir. Bu davranışlar; zayıf göz teması ile bakışlarını kaçırma, esneme, kekeleme, terleme, hipervantilasyon, motor huzursuzluk ya da yerinde duramama, ateş basması, ses yükseltme, hızlı konuşma ve olabilecek en iyi yanıtı belirlemeye çalışır görünen hastanın bu sırada gecikmesi. Bu davranışların başka nedenleri de olabileceği için hemen sonuca varmamalısınız. Aksine, daha ileri bir gözlemle ya da bilgi kaynaklarıyla şüphelerinizi doğrulamayı deneyin.

- Ağır kişilik bozukluğundan şüphelenin. Örneğin çocukluk öyküsünde var olan suç işleme davranışları yetişkinlikte de devam ediyorsa antisosyal kişilik bozukluğunun olup olmadığından şüphelenebilirsiniz. Bu hastalar genellikle gerçeği önemsemez.
- Hastanız yeterli olanağa ve nesnel gerekçelere rağmen tüm olumsuz kişisel özelliklerini inkâr eder. Örneğin:

> "Statüsü düşük bir sekreterlik pozisyonunda takılıp kalmış üniversite mezunu 40 yaşında hayata küsmüş bir hasta kadın. Belli ki hayatı sevgisiz ve arkadaşsız olmuş. Fakat ona, değiştirebilecek olsa kendisiyle ilgili neyi değiştireceğini sorduğunuzda yanıtı, 'hiçbir şey' oluyor."

- Hastanız ömür boyu başarılarını abartıyor gibi görünür.

Yalan Söyleme Eğilimiyle Başa Çıkmak

Diğer sorunlu davranışlar gibi, şüphelenilen yalan ile başa çıkmak da duyarlı bir temas gerektirir. Tanı koymak için doğru bilgiye ihtiyacınız vardır fakat doğrudan yüzleştirme, ilişkinin en baştan kopması riskini taşır (Devam eden terapide, er ya da geç, ilişkiniz için gerekli olan güven ihtiyacını konuşmak zorundasınız. İlk görüşmenin temel hedefi tedavi etmek olmadığı için daha sonradan hastanızla yapıcı olarak çalışma olanağınızı aksatacak hiçbir şey söylemek istemezsiniz).

Herhangi bir yol haritası belirlemeden önce hastanızın söylediklerini yeniden ifade etmesini istemeniz çoğu kez faydalı olur.

> "Tekrar söyler misiniz?"

Belki siz yanlış anladınız, belki hastanız konuşurken hata yaptı; her iki durumda da ayrıntıları eklemeniz konuyu açıklayabilir.

Belirgin bir başka yaklaşım, yalanı görmezlikten gelmek ve gerçeği başka yerde aramanızdır –örneğin, kayıtlardan ya da bilgi kaynaklarından. Özenli bir şekilde çalışmayla, eğitim ve sosyal etkinliklere ilişkin bilgileri bir araya toplayarak gerçeğe ulaşabilirsiniz. Bu çalışma zaman alsa da ben, her zaman yaşam öyküsünü ilginç ve ödüllendirici olan bir dedektiflik çalışması gibi düşünürüm.

Yanlış bilgilendirme yapıldığından emin olduğunuz konuda, suçlama yapmaktan kaçınacak şekilde sorular hazırlayıp, bir yüzleşme yapararak sonuca varmalısınız. Yanlış anlamayı gidermek ya da kafa karışıklığınızı çözmek için şu şekilde ifade edin:

> "Bir şey kafamı karıştırıyor? Az önce 'Alkolle ilgili herhangi bir sorunum olmadı.' dediniz fakat buradaki sağlık kayıtları, geçtiğimiz yıl alkol zehirlenmesi nedeniyle iki kere acil servise geldiğinizi gösteriyor. Bu konuda bana yardımcı olabilir misiniz?"

Çatışma yanlısı olduğunu gösteren yanıtlar veren bir kişi için ("Bana yalancı mı diyorsun?") sorunun onunla değil, olayla ilgili olduğunu gösterecek biçimde yanıtlayabilirsiniz:

"Bazı çelişkileri anlamam için bana yardım edin."

Benzer bir yaklaşım –kibarca anlamanıza yardımcı olma talebi– belirtileri abartma ya da azımsama davranışlarına başarılı bir şekilde işaret edebilir.

Ve her zaman, hastanın düzenbaz olduğundan ya da (kaçınmayı denediğim bir sözcüğü kullanarak) hasta rolü yaptığından şüphelendiğinizde, belirli yanıtlara yönelten soruları sormamak için daha dikkatli olun. Hastanın görüşme sırasında, yanlış bilgiler sunması yeterince kötüdür. Daha da kötüsü, görüşmecinin hileye yardım etmesidir.

DÜŞMANLIK

Bütün sorunlu davranışlar içinde düşmanlık –genellikle birine yöneltilen öfke ya da husumet– belki de saptanması en kolay olanlardır. Hastaların duyguları; çatık kaşlar, sıkılmış yumruk, öfkeli ses tonu ya da iğneleyici konuşma ile sert bakışları, yumruk sıkmaları, ses tonundaki öfke ya da konuşmanın içeriğindeki alaycılık aracılığıyla açıkça anlaşılır. Olumsuz duygularına rağmen kararlılıkla gülümseyen hastalar bile, çene kasılmasıyla ya da sesindeki gerginlikle altta yatan duygularını belli edebilir. Göstergeleri ne olursa olsun düşmanlık, hemen ve etkili bir şekilde ele alınmalıdır. Ele almamak tüm görüşmeyi tehlikeye atar.

Düşmanlığın olası nedenleri çoktur. Burada, diğer sorunlu davranışlara neden olan bazılarından söz edilmiştir:

Hastalık korkusu. Bu hastalar bakım alma ihtiyacını reddederek, hasta oldukları fikrinden uzaklaşmaya çalışır.

Yer değiştirmiş duygular. Bu duygular belki de size yönelik ya da mevcut duruma yönelik değildir, ama bu düşmanlığın altında patrona, eşe ya da önceki ruh sağlığı uzmanına yönelik düşmanlık olabilir. Siz bu olumsuz aktarımın masum hedefi hâline gelmişsinizdir.

Yakınlık korkusu. Bu gerekçe, özellikle ruh sağlığı görüşmesinde, öfke duygusunun hastayı kendisini istemeden açılmaktan "korunmasını" sağlamasıyla ilgili olabilir.

Saklı duygular. Öfke gösteren kişi, daha korkutucu bir başka duyguyu – kaygı ya da depresyon- örtmek için bunu yapıyor olabilir.

Bağımlılık korkusu. Bazı hastalar herhangi bir sorun için yardım aramak zorunda olduklarına içerler. Onlar için düşmanlık nüfuz sahibi olarak gördükleri insanlara yönelik güvenli bir alan oluşturmaya yönelik bir mekanizma olabilir. Belki de bu durum, hastanın sosyal olarak geri planda kalma hissine yönelik uzun sureli deneyimlerinden kaynaklanıyordur.

Alışkanlık. İlk nedeni ne olursa olsun, bazı insanlar başkaları üzerinde kontrol sağlamalarına yardımcı olan saldırganlık ve düşmanlık tutumlarını alışkanlık hâline getirmiş olabilir.

Görüşmecinin belirgin empati eksikliği. Yukarıdaki "hasta merkezli" nedenlere ek olarak, görüşmeye dâhil olmayan ya da ilgisiz görünen bir görüşmecinin yaratacağı etkiyi de göz önünde bulundurun. Çoğu ruh sağlığı hastası zaten olumsuz duyguların önemli bir yükünü taşır. Terapötik olarak davranacağını varsaydıkları, soğuk ve empatik olmayan biriyle başa çıkmak durumunda kaldığında, tepkisi doğal olarak düşmanlık olabilir.

Eğer düşmanca ifadeler hastalarınızla olan ilişkinizi çok sık etkilerse, bu son olasılığı düşünebilirsiniz. Böyle bir durumda, süpervizörünüz ya da eğitim aldığınız fakültenin öğretim üyesinden yardım alabilirsiniz. Görüştüğünüz hastaların oturumdaki videolarını bu kişiden izlemesini isteyin. Öfke veya düşmanlık hissinin üstesinden gelme davranışı görüşme sanatında uzman bir kişi tarafından açıkça anlaşılabilmelidir. Bir kitapta bulunabileceklerden daha fazla iyileştirme gerektirir.

Düşmanlığı Yönetme

Olumsuz duygular, genellikle sahiplerine rahatsız hissettirir; düşmanlık da arkadaşlar ve yakınlara benzer biçimde hissettirir. Bu tepkisel rahatsızlık ruh sağlığı görüşmecisine de yönelebileceği için ilk tepkiniz hızlıca konuyu değiştirmek olabilir. Sorun sorgulanıyor olmaktan kaynaklanan öfke ya da kızgınlık ise bu strateji başarılı olabilir. Ancak, gerçek düşmanlık öfkeden daha genellenmiş olma eğilimindedir, bunu görmezden gelerek başa çıkmanız mümkün değildir.

Düşmanlığa ilişkin işaretler yola devam etmeden önce sizi uyarır, hastanızın bu duygularıyla yüzleşmeniz gerekir. Görüşmenizi etkili şekilde ilerletmeniz için, yüzleştirmeyi tehditkar ve yargılayıcı olmayan bir şekilde yapmalısınız. Aşağıda bunu nasıl başarıyla yapacağınız gösterilmiştir:

GÖRÜŞMECİ: Neden buraya geldiniz?

HASTA: [Uzun boylu, tıknaz, 28 yaşında erkek]: Neden buraya getirildim demek istiyorsunuz? Üstelik neden bunu size söyleyeyim? Bu öğleden sonra konuştuğum üçüncü kişisiniz!

GÖRÜŞMECİ: Eminim bu konuda konuşmaktan bıkmışsınızdır. Sizi suçlamıyorum.

HASTA: Beni suçlamıyorsunuz; sadece beni sıktınız.

GÖRÜŞMECİ: Canınızı sıkmak istemem. Sizin kadar sıkkın birinin aklında birçok şey olduğunu görebiliyorum.

HASTA: Bunda haklısınız.

GÖRÜŞMECİ: Ne oldu böyle? Sizi bu kadar geren şey, oldukça korkunç olmalı.

HASTA: Evet, doğru (*Duraksar*). Karım beni terk etti.

Bu hastanın öfkeli sözleri görüşmeciye yönlendirilmiş olsa da düşmanlığın altta yatan sebepleri çok daha kişiseldir. Davranışını mazur görerek ve hislerini paylaşarak, görüşmeci hastanın tarafından olduğunu belirtebilir ve düşmanlık hislerinin özüne inebilir. Düşmanlığın arkasındaki korkuya tepki, düşmanlık için mükemmel bir karşı geliştir. Yukarıdaki görüşmecinin detaylar hakkında sorular sorarak hastayı sözel saldırganlıktan nasıl uzaklaştırdığını ve görüşmenin içine nasıl dâhil ettiğine dikkat edin.

Görüşmecinin vereceği farklı tepkiler, büyük ihtimalle sadece olumsuz duygular doğururdu:

"Bak, ben sadece sana yardım etmeye çalışıyorum." (Suçluluk)

"Bu konuda konuşmazsanız, bunu asla aşamayacaksınız." (Endişe)

"Bana bağırmayın! Size bir şey yapmadım." (Daha fazla düşmanlık)

Bu son tepki, bazen unuttuğumuz bir noktayı ortaya çıkarır. Düşmanlık bulaşıcıdır; uyanık olmazsanız size bile bulaşabilir. Bununla birlikte bu koşullarda doğal olarak sert bir yanıt verme ihtiyacı duyabilirsiniz. Bu, görüşmenizi mahvedebilir –belki de hastanız en başından böyle bir sonuç ortaya çıkarmaya çalışıyordur. Herhangi bir kişisel garez hissetmek için hastanızı yeterli süredir tanımadığınızı unutmamanız, soğukkanlılığınızı korumanıza yardımcı olacaktır. Dolayısıyla herhangi bir sözlü saldırı, hastanızın kendi sorunlarının sonucu olmalıdır.

Gönüllü olarak gelmiş ancak ayrılmaya niyetli bir hastayla konuşuyorsanız, bu görüşmeyi tamamlamak asla mümkün olmayabilir. Ancak hastanız, hastanenin kapalı servisinde kendi isteği dışında tutuluyorsa, zaman sizin lehinize olacaktır.

Yirmi yaşında kendi isteği dışında görüşmeye getirilmiş bir genç. Aşağıdaki diyalogda görüşmecinin hasta ile çatışmadan, hatta aksine hastanın ifadelerini onaylayan ve hastanın iş birliğine önem veren bir tutum sergilediğini göreceksiniz:

HASTA: Bakın, sizinle ya da başka bir psikiyatristle konuşmak istemiyorum. Sadece buradan defolup gitmek istiyorum!

GÖRÜŞMECİ: Ben de bunu yapmaya çalışıyorum. Benim işim sizin buradan çıkmanıza yardımcı olmak. Fakat yasa, benim çıkışınızın güvenli olduğuna emin olmadan izin veremeyeceğimi söylüyor. Ve ben...

HASTA: Bu saçmalıklardan bahsetmeyin. Ben şimdi çıkmak istiyorum!

GÖRÜŞMECİ: (*Ayrılmak için ayağa kalkar.*) Sizden almam gereken bilgileri en kısa sürede alıp çalışmaya başlamaktan memnun olurum.

HASTA: Bütün gece burada kalacağımı mı söylüyorsunuz?

GÖRÜŞMECİ: (*Kapıya doğru hareket eder.*) Pekâlâ bu birkaç gün sürebilir.

HASTA: Bir dakika! Beni burada bırakamazsınız!

GÖRÜŞMECİ: Konuşmaya hazır olduğunuzda geri gelmekten memnun olurum.

HASTA: Aldığınız her kuruş için sizi dava edeceğim!

GÖRÜŞMECİ: Hukuki temsilde yarın yardımcı olacağız. Ama iş birliği yapmaya karar vermiş olsaydınız, bu daha hızlı olurdu.

Bu görüşmeci odadan ayrıldı ama sonradan tam iş birliği kuran hastanın talebiyle yirmi dakika sonra geri döndü ve hasta birkaç saat sonra serbest bırakıldı. Sadece davranışını değiştirerek istediğine ulaşan görüşmeci, hasta ile aynı tarafta olduğu bir tutum benimsediğinde çatışma ortadan kalktı.

Düşmanlığı etkisizleştirmek bir görüşmecinin profesyonelliğine yönelik önemli bir test olabilir. Testi geçmek için kendi duygularınızı sürekli olarak izlemeli ve kendinizin değil, hastanızın duygusal ihtiyaçlarına yönelik şekilde yanıt vermelisiniz.

POTANSİYEL ŞİDDET

Hastaların şiddet noktasına varacak düşmanlığı seyrektir. Bir ruh sağlığı çalışanının hastası tarafından ciddi şekilde yaralanması yaygın olmasa da çoğumuz, kariyerimiz boyunca en az bir kez biri tarafından silkelenmiş ya da bir darbe yemişizdir En iyisi, bu huzursuz edici deneyimi önlemek için uyanık olmaktır.

Ne yazık ki kimin şiddet uygulayacağını tahmin etmek oldukça zordur. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğu, başkaları için herhangi bir tehdit oluşturmasa da Amerika Birleşik Devletleri'ndeki cinayetlerin yaklaşık %5'i onlara aittir. Şizofreni ve duygudurum bozukluğuna bağlı psikozlara ek olarak bilişsel bozukluklarda, kişilik bozukluklarında (özellikle antisosyal kişilik bozukluğu) ve akut madde zehirlenmesi yaşayan kişilerde şiddet uygulamasıyla karşılaşabilirsiniz. Bu tanıların herhangi birine sahip bir kadın ya da erkekle görüşme yapıyorsanız, özellikle dikkatli olmalısınız.

Tanı ne olursa olsun, aktüaryal (sigorta şirketlerinin kullandığı risk tanımlama yaklaşımları) yaklaşımlar kimin şiddet uygulayacağını tahmin etmeye yardımcı olan birçok faktörün varlığını ya da yokluğunu kullanır. Bu faktörler; görece genç olmayı, geçmiş şiddet öyküsünü, çocukluktaki fiziksel istismar öyküsünü ve kişinin şiddet eylemleri işlemesini buyuran emredici varsanıları (şiddet içermeyen diğer varsanı türlerini) içerir. Bu faktörlerden herhangi birinin bir hastada olması, beni daha uyanık olmaya iter.

Herhangi bir görüşme sırasında bazı güvenlik ilkelerini aklınızda tutun. Bu ilkeler her klinisyen için geçerli olsa da bazı hastaların savunmasız gördüğü kadın görüşmeciler için özellikle geçerlidir. Hiç kimsenin, güvenliğinizle sizin kadar ilgilenemeyeceğini unutmayın. Burada benimsemeniz gereken bazı önleyici tedbirler vardır:

- Yeni hastanızla görüşmeden önce, belgelerini inceleyin. Geçmiş şiddet öyküsü olanlara ya da zayıf dürtü kontrolünün olduğuna yönelik bilgileri olanlara karşı özellikle dikkatli olun. Yine psikoz, madde zehirlenmesi ve antisosyal davranışları olan hastalar da açık adaylardır.
- İdeal biçiminde ruh sağlığı acil servisindeki görüşme odasının dışarı doğru açılan iki kapısı vardır. Böyle değilse, Bölüm 1'de anlattığım gibi, kullandığınız odada hastanızın hiçbir şekilde sizinle ve potansiyel kaçış yolunuzun arasında olmayacağı bir oturma düzeni oluşturun.
- Yeni hastanızla ilk kez görüşürken, özellikle gece geç bir saatse bir güvenlik görevlisinin çalışmasını ve etrafta birkaç kişinin olmasını sağlayın.
- Birçok klinikte, ofislerde masanın altına yerleştirilmiş panik düğmesi vardır. Sizde de bunlardan biri varsa, işleyişini doğru anladığınızdan ve beklenen etkiyi verdiğinden emin olun.
- Şüpheli durumlarda, görüşme odasının kapısını açık bırakmak da size güvenlik duygusu verecek ve hastanıza ek bir sınır olacaktır.
- Artan gerginliğin şu işaretlerini dikkatle izleyin: sıkılmış yumruklar, yüksek ya da titreyen ses, öfkeli sözler, kısılmış bakışlar, ani patlamalar.
- Hastanız ajite oluyorsa ya da korkutucu hâle geliyorsa sakin kalın. Soğukkanlı bir biçimde, "Lütfen sadece yerinize oturun." diyebilirsiniz. Kimi durumlarda yeterliliğinizi sessizce göstermeniz, tehdit kazanının daha fazla kaynamasını engelleyebilir.

Kişiye ya da mülke potansiyel zarar verme durumuyla başa çıkmak için hazırlıklı olmalısınız. Bazı insanlar yaşamını diğerlerine zorbalık yaparak geçirir, tehditlerini çoğu zaman gerçekleştirmezler ancak kimin ne zaman hangi koşullarda gerçeğe dönüştüreceğini önceden tahmin etmek çok zordur. Bu yüzden aşağıdaki üç bölüm planı yaşamsal değere sahiptir:

1. Yukarıda sıralanan ilkeler doğrultusunda, bir güvenlik gücü ile kendi güvenliğiniz ve sizin etrafınızdakilerin güvenliğinden emin olun.
2. Hastanızın fazla tehdit edici ve eylem vuran (acting out) davranışlarının sonuçlarıyla ilgili bilgi verirken soğukkanlılığınızı koruyun.
3. Kurduğunuz sınırları ihtiyaç olduğunda tamamıyla kullanmaya hazır olun.

Hastanızla olumlu ilişki oluşturmadaki yoğun çabalarınıza rağmen, hastanızın sürekli düşmanlık belirtileri gösterdiğini varsayın. O zaman görüşmeyi bitirmek zorunda olabilirsiniz ancak bunu gelecekteki ilişki için bazı temelleri koruma yoluyla yapmaya çalışın. Aşağıdaki gibi bir şeyler diyebilirsiniz:

"Üzgünüm. Sizinle gerçekten çalışmak istiyorum ama tam şu anda oldukça sıkkın görünüyorsunuz. Belki daha sonra tekrar bir araya gelebiliriz".

Sonra hızlı bir şekilde odadan ayrılın ve güvenlik personeline ve meslektaşlarınıza bildirin. Düşmanca ve muhtemelen şiddet gösterecek bir hastayla tek başına yüzleşmenin kimsenin işi olmadığını hatırlayın. 'Birlikten güç doğar' klişedir fakat doğrudur ve bir ruh sağlığı klinisyeni olarak güvenliği organize etmek – hastalarınız, iş arkadaşlarınız ve kendiniz için - her zaman sizin sorumluluğunuzdadır.

ZİHİN KARIŞIKLIĞI

Demans ve deliryumdan kaynaklanan zihin karmaşası yaşayan hastalar*, görüşmeci için beklenmedik şekilde zor bir iş olabilir. Hastalar, yavaş düşünebilir ve yavaş konuşabilir, olayların sıralamasını karıştırabilir, önemli gerçekleri unutabilir ve sizin yönergelerinizi izlemede zorluk yaşayabilir. Zayıf performansları nedeniyle engellenmeleri, bazen düşmanlığa zemin hazırlar. Onlardan elde ettiğiniz veri güvenilmez ve az olduğu için geçerli bir tanı koymak zordur. Bazen, çok fazla bilgi edinemeden görüşmenizi sona erdirebilirsiniz.

Bu engelleyici deneyim için en iyi çözüm önlemdir. Görüşmeden önce, tamamlayıcı kaynaklardan (akrabalar, hekimler, ruh sağlığı çalışanları ve önceki hastane kayıtları gibi) alabileceğiniz tüm bilgileri edinin. Yakın zamanlı bir araştırmaya göre, uzun süreli psikoz gibi bazı bozukluklarda tıbbi kayıtlar; ihtiyacınız olan bilginin büyük bir kısmını verebilir. Sonra, hastanızın zihinsel durumunu değerlendirmeye konsantre olabilirsiniz.

* Kafa karışıklığı uygun bir tıbbi terim değildir ancak bu kendisini kafası karışık olarak tanımlayan ya da düşünceleri açıkça bulutlanmış olan kişiler için uygun bir etikettir.

Tamamlayıcı bilgi olmasa bile, zihin karışıklığı yaşayan hastanızla olan görüşmenizi kolaylaştırmak için çeşitli adımlar atabilirsiniz:

Yavaşça ve açık bir şekilde kendinizi tanıtın. Sorularınıza başlamadan önce, hastanın sizin kim olduğunuzu ve neden orada olduğunuzu anladığından emin olun.

Acele etmemeye çalışın. Karmakarışık yanlışlardansa, birkaç güvenilir gerçek sizin için daha iyidir.

Kısa cümleler kullanın. Uzun konuşmalar sadece karışıklığa neden olur.

Kelimelerinizi dikkatlice seçin. Jargon ve argo, zihin karışıklığı yaşayan hastalar için özellikle tehlikeli olabilir.

Kestirme ifadelerden kaçının. Örneğin, zihni karışık bir hasta, "Sesler duyuyor musunuz?" sorusunu ilk anlamıyla, doğrudan anlayabilir (İşitiyor musunuz?).

Tekrarlamasını isteyin. Eğer hastanız tekrarlayabilirse, büyük olasılıkla anlamıştır.

Hastaya bir gün içindeki etkinliklerini sorun. Her zamanki sorularınızla başarılı olamıyorsanız, hastadan o gün olan faaliyetlerini ya da tipik bir günlük programını anlatmasını isteyebilirsiniz.

Mevcut durum hakkında hasta ile ilgili bilgi veren bir kişi ile görüşme yapmak isteyebilirsiniz. Özellikle orta seviyeli demansı olan bir hasta için, bu bilgilerinizin güvenilirliğini arttırabilir ve hasta için destek sağlayabilir. İlk olarak izin isteyin.

Standart zihinsel durum değerlendirmesinde çok hızlı hareket etmeyin; hafif bilişsel belirtileri olan bazı hastalar, atlamayı fark edebilir ve gücenebilir.

Gülümsemenizi koruyun. Bilgi eksikliğinizin olduğu bir anda, samimiyetinizi örtecek öfkeli bir görüntü istemezsiniz.

YAŞLI HASTALAR

Yaşlı olmak, kendi başına bir engellilik anlamına gelmez. Görüşmeciler, sık sık bunu unutur ve yaşlı hastaların kafası karışık, sağır ya da güçsüz olduğunu varsayarlar. Her zaman uygun ilgi göstermeye çalışmanıza rağmen, yaşlı hastalar haklı olarak himaye edilmeye, fiziksel olarak etrafında dolaşılmasına ve onlara bağırılmasına gücenir. Onların ileri yaşlarının, sizi genellikle gençlikleriyle ilgili olan etkinlikleri hakkında soru sormanızı engellemesine izin vermeyin. Bu insanların nesli tükenmemiştir; onlar sadece yaşlıdır. Birçoğu hâlâ uyuşturucu ya da alkolü kötüye kullanır, cinsellikten zevk alır, hatta kendi anne babalarının bakımı hakkında endişe duyar.

Ancak yaşlı hastalarla görüşürken, akılda tutulması gereken özel hususlar vardır:

- Elde ettiğiniz verilerin hacmini genişletmek için muhtemelen daha çok görüşme zamanına ihtiyacınız olacak. Birçok yıla yayılan ve ömür boyunca yaşlı hastaların biriktirmiş olduğu deneyimler, iyilik ve kötülükler daha genç bir insanın sahip olduğundan daha fazladır. Yaşlı hastaların kişisel ve sosyal geçmişleri için özellikle ek zaman ayırmanız gerekir. Çünkü, yaşlıların ruh sağlığı sorunlarının, tıbbi bozukluklarından daha karmaşık olması olasıdır; genel sağlık bilgileri almak için daha fazla zaman harcamanız gerekecektir.

- Biçimsel değişiklikler, yaşamın yetmişinci veya sekseninci yılları arasında bir yerlerde ortaya çıkıyor gibidir: Kişilik özellikleri belirgin hâle gelir. Ek olarak, yaşlı hastalar anılarını anlatmaya çok eğilimlidir; belki de hayatlarının önceki dönemlerini gözden geçirdiklerinde, kendilerini daha iyi hissederler. Genç görüşmeciler, kendilerini bu daha yavaş tempoya alıştırmaya çalışmalıdır. Veri toplamayı tamamlamak için onlara ihtiyacınız varsa açık konuşun, daha fazla tepki süresi verin ve ek görüşme seansları önerin.

- Yaşlı hastalar, genç görüşmecilerin zorluk yaşayabileceği bazı özgün sorunlara sahip olabilir. Boş zamanları doldurmaya çalışmak, birçok genç klinisyenin kişisel olarak deneyim sahibi olmadığı sorunlara bir örnektir; gelecekte artabileceğine dair umut olmayan düşük gelirin stresi bir başka örnek olabilir. Hatta yemek hazırlama ve ulaşımın düzenlenmesi gibi sıradan faaliyetler, yalnız veya yoksun kişiler için yük olabilir.

- Yaşlı istismarı örneklerine dikkat edin. Fiziksel ve psikolojik istismarın yanı sıra ihmal, sömürü ve hak ihlallerini içeren bu sorun muhtemelen 65 yaş üzerindeki bir milyondan fazla Amerikalıyı etkiler. Yaşlı kişi, genellikle bakıcıya (çoğunlukla görevini kötüye kullanan kişidir) son zamanlarda daha bağımlı hâle geldiğinde, bunun meydana gelmesi muhtemeldir. Aşağıdaki soruları sorarak yaşlı istismarı örneklerini tarayabilirsiniz:

"Evde korktuğunuz kimse var mı?"

"Evde hiç kimse size zarar verdi mi?"

"Size yapmasını istemediğiniz şeyleri yapan hiç kimse oldu mu?"

İstismar, ilgili devlet kurumlarının uygun yetişkin koruma servislerine rapor edilmelidir. Bazı ülkelerde, sağlık çalışanlarının yaşlı hastaların fiziksel istismarını bildirmemesi para veya hapis cezasını gerektiren bir suçtur.

- Yaşlı hastalar, geçen yıllarla birlikte çoğalan kayıplara maruz kalmışlardır. Bunlara sağlık kaybı, meslek kaybı, gelir kaybı, statü kaybı, arkadaş ve aile üyeleri kaybı dâhildir. Çocuklar uzağa taşınmıştır; yıllardır sahip oldukları evler emekli olduklarında satılmıştır. Belki de telefon yoktur ve internet kullan-

mazlar; bu da diğerleriyle olan iletişimin kaybına neden olur. Bu kayıpların her biri özel bir duyarlılık gerektirir. Anlayışlı olmanın yanında inkâr olasılığına karşı da dikkatli olmalısınız. Bazı hastalar, yetenek ve potansiyellerini düşürdüğünü kendilerine bile zor itiraf ettikleri zorluklar yaşayacaktır. Sonuç aşırı genelleme ya da belirsizlik olabilir; daha fazla bilgi almak için dikkatli sorularla karşılık vermelisiniz. Örneğin:

GÖRÜŞMECİ: Aile üyelerini ne sıklıkla görürsünüz?

HASTA: Eh, oldukça sık.

GÖRÜŞMECİ: Örneğin, oğlunuzu en son ne zaman gördünüz? Anladığım kadarıyla şehrin diğer tarafında yaşıyor.

HASTA: Pekâlâ, aslında yaklaşık 6 ay olmuştur.

GENÇ HASTALAR

Genç insanlarla görüşmek oldukça kapsamlı bir konudur (Bu konuda bir kitap yazdım). Küçük çocukları değerlendirecek olan, genellikle çocuk ruh sağlığı uzmanı olacağı için oyun odalarında ya da parmak kuklaları kullanılarak yapılacak olan görüşmeleri kapsamaya çalışmayacağım. Ama hemen hemen her ruh sağlığı uzmanı, özel sorunların ortaya çıkması nedeniyle küçük çocukları ve ergenliğin başındaki kişileri değerlendirebilir. Buradaki yorumlarımın çoğunda, daha önce söylediklerimin bazılarını tekrar vurgulayacağım.

Başlangıçta bolca yetişkin ve birkaç geç ergen görebilirsiniz çünkü çocukların ve ergenlerin büyük çoğunluğu, değerlendirme için nadiren gönüllü olur. Bu, neredeyse her zaman bir başkasının fikri olduğu için iş birliğinin iyi bir fikir olduğuna dair onları ikna etmelisiniz. Bu nedenle, iyi ilişki kurmaya yönelik herzamanki vurgunuzdan daha fazlasını yapmalısınız. Bu durumda, başlangıçta küçük konuşma yapmak genç hastanıza sizinle ilişki içine girme kolaylığı sağlamada yardımcı olabilir.

Birçok genç, randevunun arkasında yatan nedeni ifade edebilecektir; bu yüzden ilk olarak onlarla konuşmak isteyeceksiniz. Daha küçük çocuklar ise -yaş aralığına ve sorunun doğasına bağlı olarak- neden orada olduğunu bilemeyebilir; bu yüzden ilk olarak büyük olasılıkla ebeveynlerle konuşacaksınız. Her şeye rağmen, en az bir ortak görüşme yapmak iyi bir fikirdir; bu tercihen her ikisi ama en azından tek bir ebeveyn ile çocuğun etkileşimini izlemek için olanak sağlar (Ortak bir görüşme sırasında, ebeveynin sevgi sorunu ya da yaklaşan iş kaybı gibi olası zararlı bilgilerden çocuğu korumak için dikkatli olun.).

Özellikle birtakım konular, genç bireyin gerçeklerden uzak durmasına neden olabilir. Bunlar, uyuşturucu ya da cinsellik hakkında ciddi şekilde kişisel

sorulardır ve gizliliğin ihlali korkusunu içerir. Dürüstlüğü teşvik etmek için çocuklar genellikle yetişkinlere göre görüşme ve terapötik durum hakkında daha çok açıklamaya ihtiyaç duyar. Şöyle bir şey söyleyebilirim:

> "Şimdi sana [uyuşturucu, cinsellik] hakkında sorular sormam gerekiyor. Bazen, bu konular [çocukları, gençleri] o kadar rahatsız hissettirir ki bu konular hakkında konuşamazlar. Bana doğruyu söyleyemeyeceğini düşünüyorsan, bunun yerine başka bir şeye geçmek istediğini söyle. Tamam mı?"

Çoğu zaman hastanız doğruca yanıtlara geçecektir. Ancak tereddüt edildiğinde daha sonra tekrar dönebileceğiniz bir konu olabileceği açıkça belli olacaktır.

Gizlilik söz konusu olduğunda, bu hakkını en başta anlatırım. Ben şu şekilde başlarım:

> "Sen ve senin yaşadığın herhangi bir sorunu konuşmak için buradayız. Senin için buradayım. Bu, konuştuğumuz şeyler bu odada kalacak anlamına gelir. Bunun dışında kalan sadece birkaç koşul vardır: senin tehlikede olduğunu ya da bir başkasının tehlikede olacağını düşünürsem. Bu durumda, yakınlarına bilgi vermem gerekecek. Ancak başkalarına bir şey iletmek zorunda kalırsam, daima önce seni haberdar edeceğim."

Çoğu çocuk, bu ifadeleri gerektiği şekilde kolayca kabul edecektir. Paylaşılmasının gerektiğini düşündüğünüz bir konu kazara ortaya çıkarsa, uygun şekilde uyarıp seçim şansı verin:

> "Yakınlarına bunu sen anlatmak ister misin ya da bunu ben mi yapayım?"

DİĞER SORUNLAR VE DAVRANIŞLAR

Çeşitli durumlar, tutumlar ve davranışlar ilk görüşmenizin başarısını etkileyebilir. Muhtemelen, bu özelliklerle karşılaşmayacak olsanız da onlara olan tepkileriniz meydana geldiklerinde yaratacakları etkiyi düzenleyebilir. Benim genel yaklaşımım; hasta ile aramda olan tehlike doğuran herhangi bir sorun, konu veya davranışı kabul etmek ve birlikte bu sorunlarla yüzleşmektir. Aslında her güç durumu; sorunun bir tarafta, hasta ve benim ise beraber çalışan bir takım olarak diğer tarafta olduğumuz biçiminde algılarım.

Hasta Talepleri

İster narsizm, ister başka bir nedenden –statü kaybına bağlı anksiyete, eş ya da patrona öfke– kaynaklansın, bazı hastalar özel hizmet almaya haklarının olduğunu düşünür. Bunlar; farklı bir hastane odası talebi, sigara içme ayrıcalığı, görüş-

mede notlar alma (ya da kayıt alma) hakkı ya da randevu için özel zaman isteme gibi durumlar olabilir. Klinisyenler bu tür taleplere karşı isteksiz olduklarından, geri çevirme dürtüsü hissedebilir. Böyle bir durumda ben, her şeyi özgün olarak değerlendirmeye çalışırım ve olasılıksız görünse de hastanın konfor seviyesini arttırmak için yetkileri aşmayacak biçimde mantıklı bir uzlaşma bulmaya çalışırım.

> Rodney, yaptığımız ilk görüşmeye bir ses kaydedici getirdi; böylece alıntıları yazdığı biyografiye dâhil edebilecekti. Klinisyeni, görüşmeyi kayıt edemeyeceğini, çünkü bunun olası veri kaybına ve rahatsızlığa neden olabileceğini açıkladı. Rodney, teybi kenara bıraktı ve görüşme normal şekilde gelişti.
>
> Elaine, ilk görüşmesinde not alıp alamayacağını sordu. Endişelerinden birinin bazı önemli kavramları unutmak olduğunu, eskisi gibi hatırlayamamaktan ve ele alınan önemli konuları daha sonra unutmaktan korktuğunu söyledi. Klinisyeni, bunun görüşmelerine engel olmadığı sürece not almasını kabul etti. Görüşmenin sonunda, sadece birkaç satır not almıştı ve klinisyeni onun duygusal sorununu iyi kavramıştı.

Hastaların zenginlikleri, şöhretleri, pozisyonlarının etkisi ya da güçten ötürü özel tedavi taleplerine karşı benzer akılcı yaklaşımlara başvurabilirsiniz. Özel durumlarını bilseniz bile, sizden alacakları görüşün herhangi bir "sıradan" hastanız için geçerli olduğu kadar, dürüstçe ve düşünceli olacağını da vurgulamalısınız.

Körlük/Önemli Düzeyde Görme Kaybı

Göremeyen veya görme bozukluğu belirgin olan hastalar düşüncelerini, duygularını ve deneyimlerini normal şekilde görebilen insanlar gibi anlatabilir. Yapamadıkları şey, bütün insanların endişelerini ve isteklerini iletmesine yardımcı olması için normal olarak kullandıkları beden dilini okumaktır. Göremeyen hastalarla çalışırken, dikkat ettiğinizi göstermek için ses tonunuzu kullanacaksınız ve onlardan bir şey yapmalarını istediğinizde sözcüklere daha fazla özen göstereceksiniz. Yerinizden kalkarsanız, çekmecede bir şeyler ararsanız ya da bir dosya açarsanız, hareketlerinizi açıklayın. Bu, sorular sorulmadan önce bile soruların yanıtlanmasına yardımcı olacaktır ve hastalara, sizin özel gereksinimlere karşı duyarlı bir görüşmeci olduğunuzu ifade edecektir.

Sağırlık/ Önemli Düzeyde İşitme Kaybı

Dudak okumayı kolaylaştırmak için hastaya doğru bakarak belirgin bir şekilde ve yavaş yavaş konuşursanız, sağırlığı veya ciddi işitme kaybı olan çoğu hasta oldukça iyi şekilde iletişime geçecektir. Ağzınızı, elinizin veya bir kâğıdın arkasına gizlememeye dikkat edin. Tabii ki normalde hiçbir görüşmede, görüşme

boyunca yemek yiyip içmeyeceksiniz ama işitme engeli bunu yapmamak için ek bir neden daha sunar. Ayrıca bağırmayın: İşitme cihazı kullanan hastaların çoğu sizi duyar, yüksek ses sadece sesi çarpıtır. İşitme kaybı olan hastalarda en ufak bir işitme kalıntısı olsun ya da olmasın, onlarla küçümseyici bir biçimde konuşmamak büyük bir önem taşır; duymuyor olabilirler ama çocuk değiller.

Ayrıca unutmayın ki böyle birçok insan, patoloji kaynaklı acı çektiklerini vurgulayan tıbbi sağırlık modeline karşı gelir. Bu insanlar sağırlığın kültürel tanımına gururla bağlıdır; yani ortak fiziksel özellikleri ve ortak bir dil aracılığıyla bir araya gelen topluluklardır (Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da bu Amerikan İşaret Dili ya da AİD). Hastanızın sahip olduğu bakış açısını belirlemelisiniz; duyamayan birçok kişi, bir engelinin olduğunu şiddetle reddeder ve aksine bir vurguya çok içerleyebilir. Bilgi almak için şöyle sorabilirsiniz:

> "Anlıyorum ki birçok insan, engelli işitmeyi kültürel bir konu olarak kabul ediyor. Bu konu hakkında, bana söyleyebileceğiniz bir şey var mı?"

Sizinkinden Farklı Bir Geçmiş

İnsan olmamız hepimizi bir araya getiren ortak bir paydadır ama insanlar sayısız özelliklerle ayrılır. Ruh sağlığı uzmanları olarak aldığımız eğitim ve ilgi alanlarımız çeşitli olmakla birlikte, kendimizinki yaşam koşullarını değerlendirmede bize yardımcı olmasına karşın, kendimizinki dışındaki yaşam biçimlerine yönelik sürekli tetikte olmalıyız.

Yaş, cinsiyet, etnik köken ve dil gibi bariz özelliklerin yanı sıra, tanımlayıcı niteliklere yönelik bir araştırma çok çeşitli başka faktörlere de işaret etmektedir. Hastanız kırsalda mı ya da kentte mi yetişmiştir? Bu hasta üniversite mezunu mu ya da liseden terk midir? Vejeteryan mı ya da et yer mi? Biz, spor tutkunlarının, çevrecilerin, yaradılışçıların, evrimcilerin, şarap tutkunlarının, alkol karşıtlarının ve politika bağımlılarının ülkesiyiz. Bu özelliklerin her biri, artı daha birçokları, işine bağlı klinisyenlerin kabul edip, hoş karşılayacağı yaşamsal çeşitliliklerdir.

Bazı hastalar görüşleriniz nedeniyle sizi reddeder. Sevdiğim bir hastanın ailesinin bana, dinî görüşleri kendilerininkine daha benzer bir klinisyen için ayrıldıklarını söylediklerinde sıkkın hissettiğimi hatırlıyorum. Sadece küçük bir azınlık bu kadar katı bir yol izleyecektir ama bazı açılardan farklı olduğunuz için, size tam olarak güvenemeyen başkaları –siz onları kazanana dek– her zaman olacaktır.

Kültürel ayrımda köprü oluşturmak için belki hastanızın geçmişine ilişkin bilgi toplamak faydalı olacaktır. Örneğin, gönüllü askerlik hizmetinin olduğu dönemde, çoğu 60 yaşın altındaki Amerikalılar savaş ile ilgili ufak kişisel deneyime sahip olmuşlardır. Hem bilgi almak hem de ilişkiyi güçlendirmek için savaş zamanı deneyimleri hakkında ayrıntıları sorarak, bireyin dünyaya yakla-

şımı hakkında bilgiler elde eden klinisyene, hastanın askerî geçmişi bir hediye gibi olur.

Aslında size gelenek, etnik köken, dil, ritüel ve daha fazlasını içeren çeşitli konuları öğretmesi için hastadan yardım istemek sıklıkla önerilen genel bir yaklaşımdır. Bu, gelişmiş yetkinlik ve değer anlayışından yararlanmakta olan hastaya yönelik ilginizi ona gösterir. Sizin uygulama yaptığınız ülkede doğmamış hastaların ne kadar zaman önce göç ettiğini ve olumlu, olumsuz neler yaşadığını öğrenebilirsiniz. Hastanın cinsel tercihiyle ilgili konuları derinlemesine araştırmak için kendinizi biraz gönülsüz hissedebilirsiniz ama kendiliğinden konuya giren bir hastadan daha fazla bilgi almayı istediğinizi ifade edebilirsiniz. İnsan deneyiminin sayısız çeşitliliği ile başka fırsatlar ortaya çıkar; yukarıda sadece birkaçından bahsettim.

Çevirmen Kullanma

Araştırmalar, ABD vatandaşlarının yaklaşık beşte birinin İngilizce dışında başka bir dil konuştuğunu gösterir; bunların hemen hemen yarısı, İngilizceyi akıcı bir şekilde konuşmamaktadır. Bu durum Kanada'da da (çift dilli bir ulus) yaygındır. Bu, İngilizceyi ana dili olarak konuşan birçoğumuz için sorun oluşturur: Dilimizi konuşmayan hastaları anlamak ve onların tedavi ihtiyacını karşılamakta yardım etmek için üçüncü bir kişi aracılığıyla iletişim kurmalıyız.*

Kolaylık ve maliyet nedenleriyle, beraberinde arkadaş veya aile üyesinin eşlik etmesine güvenmek akıl çelicidir ama bu sorun yaratabilir. Amatör tercümanlar, eğitimli profesyonellerin yaptığından daha çok hata yapar; hassas konular üzerinde utanma, hastaya yakın olan birinin bilgiyi eksik olarak iletmesine ya da belki de tümüyle gizli tutmasına neden olabilir. Hastaların kendileri akrabaların yanında hassas bilgileri açıklamaya ya da olgunluk çağlarında çocuklarına sıkıntı çektirmeye tereddüt edebilir. Sonuçta anlık çeviri, düşük kaliteli bilgiye ve düşük hasta memnuniyetine neden olur.

Tıbbi/ psikolojik sorunları anlayan profesyonel bir çevirmenden yarar görme olasılığı daha yüksektir. Çünkü genellikle hastayla aynı kültürden gelirler, baskılara ve hastanın ifadesine yönelik özel içgörüye sahip olabilirler. Eğer bir seçeneğiniz varsa, çevirmendeki içtenliğin ve özgünlüğün kalitesi, onun bilim veya sağlık geçmişinden daha değerlidir (Bir internet araştırması, bölgenizdeki çevirmen hizmetlerinin yerini bulmanıza yardımcı olabilir.). Profesyonellere bile, seans süresinde ortaya çıkan bilgilerin gizliliğinin önemini vurgulamak amacıyla başlangıçta zaman ayırın.

Hasta ile göz temasını sürdürerek konuştuğunuzdan emin olun. Örneğin, siz çevirmene bakmadan "Ona, eğer ... olsaydı" diye sorun. Daha doğrusu, sorularınızı doğrudan hastaya yöneltin, daha sonra çevirmenin konuşmasına

* Ç.N: Türkiye'de de etnik gruplar ve göçmenlerle ilgili bu tür sorunlar sıklıkla ortaya çıkmakta ve çevirmenle desteklenen görüşmeler giderek artan oranda yapılmaktadır.

izin verin. Bazı yazarlar, bir üçgen şeklinde oturulmasını tavsiye eder; böylece her katılımcı diğerlerini görebilir ama en azından deneyimli bir klinisyen, çevirmenin hastanın yanında ve hafif arkasında oturmasını önerir. Hastanın sizi anlamaya yetecek kapasitesi olduğunda da çevirmen kullanmak isteyebileceğiniz tersi durumlar da söz konusu olabilir. Çünkü espriler ve benzetmeler, genellikle iyi tercüme edilmez; bunları önlemek daha iyidir.

Hiçbir profesyonel yoksa, mevcut olan kaynaklara göre düzenleme yapmak zorunda olacaksınız. Gizlilik hakkındaki ikazınızdan sonra, anlık çevirmenden içeriğinizi (fazladan) *açıklamamasını* isteyin –ama daha iyisi, ne dediğinizi mümkün olduğu kadar aynı duygu tonu ile tekrar edin. Elbette kısa, net, açık uçlu soruları kullanmak her zamankinden daha önemlidir.

Bazı hastalar çevirmene hassas bilgilerini söylemeye direnç gösterebilir. Örneğin, tecavüz ya da eş istismarı örneğini, kendileri ile aynı kültürden birinin bilmesini istemeyebilirler. Dilinizi en azından biraz konuşan hastalar, bu bilgiyi ortaya çıkartırken çevirmenin odadan ayrılmasını isteyebilir. Bunun bizim iletişimimizi sınırlandırdığını hissedersem, böyle bir talebi yerine getiririm; böylece en azından konunun özünü kavrayabilirim. Bazen de hastanın sizi anlamak için biraz kapasiteye sahip olduğunda bile çevirmen kullanmak isteyebileceğiniz aksi şekilde bir durum meydana gelebilir. Bunun nedeni ise, bazı hastalara kendi dilleri dışında travma ya da diğer karmaşık konuları açıklamasının zor gelmesidir.

Ağlamak

Yeni başlayan klinisyenler, bazen hasta ağlarsa, başa çıkamayacaklarından endişe duyarlar. Şüphesiz gözyaşları bir süre bir şeyleri yavaşlatabilir ama uzun vadede onlar bile duygular hakkında bilgi akışını sağlamada kolaylık sağlayabilir. Hastanın koluna kısa bir dokunuş, onun endişesini anladığınızı bilmesini sağlar (hasta ve klinisyen arasında el sıkışma dışında önerdiğim fiziksel temasın birkaç örneğinden biri). Yeni bir yüz ifadesi sunmak, aynı amaca hizmet eder. Birkaç dakika sessizlik, hastanın yeniden sakinleşmesi için yeterli olabilir. Hasta endişenizi algılamak için çok ağlarsa, bunu dile getirdiğinize emin olun:

> "Bunun sizi üzdüğünü görebiliyorum. Kendinizi toparlamak için birkaç dakika ister misiniz?"

Mizah

Şakalar gerginliği azaltmaya yönelik olarak çok faydalı olabilir fakat hastalar, bazen kaygılarını mizahla gizler ve böylece klinisyenler bunu gözden kaçırabilir (ve dolayısıyla potansiyel tehdittir). Her durumda, hastanın ne zaman ufak

dokunuşlarla hassaslaşacağını dikkatli dinleyin: Endişe için ilk görünenden daha fazla neden bulabilirsiniz. Ve tabii ki, kendinize ait esprili sözleri ifade etmekten her zaman uzak durun. İlk görüşmede, özellikle birini iyi tanımadığınızda, hastanız üzerinde hassas konuları ciddi bir şekilde ele almayan güvenilmez ve alaycı biri gibi yanlış bir izlenim bırakmak istemezsiniz.

Aşırı ya da Başıboş Konuşma

Bazı hastalar son derece dolaylı olabilir. Onları, kendi hâllerine bırakırsanız, onlar size bilmek istediğinizden çok daha fazlasını anlatacaktır. Kimi zaman hastanız genellikle aşırı konuşkan biri değilse, bu durum kabul edilemez duygularla yüzleşmekten ya da hassas konuları açıklamaktan kaçınma girişimi olabilir. Bununla birlikte, kimi zamansa sadece bir alışkanlıktır. Dolaylı aşırı konuşma genellikle patolojik olmamasına rağmen, buna neden olan kaynaklar birbirinden ayrılmalıdır. Amacı olmayan konuşmalara çok uzun süre tahammül ettiğinizde, ilişki de bozulabilir; bu yüzden hastanız konuyu dağıtırsa müdahale etmelisiniz. Kibar bir müdahalede bulunmak için hastanızın sözünü izin alarak bölün. Örneğin, bu hasta kendisine sorulan ilaç kullanımıyla ilgili bir soruya yanıt olarak, kuzeninin içme alışkanlığına dair birkaç dakika boyunca konuştu:

HASTA: . . . Bu yüzden, akşam 6'dan sonra ayıkken gördüğümü sanmıyorum. Bir başka–

GÖRÜŞMECİ: (*Keserek*) Peki, sizin alkol kullanımınız hakkında ne söylersiniz?

Hasta nihayetinde konuya odaklanmadan önce, klinisyen birçok kez istenen yanıtlara müdahale etmek ve yeniden ifade etmek zorundaydı.

Konuşkan hastalar, amaçları o olmasa bile, görüşmeye hâkim görünür (Manik bozukluğu olanlar, bu açıdan kötü üne sahiptir). Sorgulama durumunuz devam ederken, sadece onay gösteren gülümsemeyle ilgisiz yorumlarla başa çıkabilirsiniz. Daha açık bir jest, elinizi dudaklarınıza götürmek bile, manik hastayı daha az konuşmaya teşvik edebilir. Bazen sınırları sağlam şekilde ayarlamak zorunda kalabilirsiniz; belki de doğrudan yüzleşerek ayarlamak gerekebilir.

"Söyleyecek birçok ilginç konunuz var. Fakat vaktimiz kısa ve hâlâ yapacağımız birçok iş var. Hadi bu konuları çözmekle uğraşalım."

"Bu ayrıntılar ilginç ama ilk işimiz konuyu geniş bir açıdan anlamak olmalıdır."

Konuyu değiştirmeye çalıştığınızda bile, hastanın bir tema üzerinde yoğunlaştığını varsayalım. Bu durumda, hasta için bu temanın önemini yeniden

değerlendirmeniz gerekecektir. Yüzleştirme en doğrudan yöntemdir ama bu diplomatik ifadelerle olmalıdır:

"Bana öyle görünüyor ki cinsellik konusu sizin zihninizi meşgul ediyor. Haklı mıyım?"

"Oğlunuzun geçirdiği kaza konusunda takıldık gibi geliyor. Bu konuda sizin için başka önemli neler var?"

Konuşkan olan hastalar için hızla büyüyecek herhangi bir girişime karşı, sadece "evet-hayır" şeklinde cevaplar alabileceğiniz sorular sorabilirsiniz.

Somatik Kaygılar

Bazı hastalar somatizasyon bozukluğu olmasa bile, belirtilerinin doğası gereği fiziksel olduğuna inanır. Hekimlerin onlara anlatmasına rağmen, onlar sorunlarının ilaçlar ya da cerrahi işlemle çözülebileceği fikrine inanır. Onlar için bu yakınmaların açıklanmasının kökeninde, duygusallığın çok az değeri vardır: Tekrarlı başarısızlıklar olsa bile, böyle hastalar rahatlama sağlayacak ilaç ve işlem aramaya devam eder. Tartışmadan –amaçlarınızdan birinin, hastayla iş birliği kurmak olduğunu unutmayın– fiziksel yaklaşımların yeterince yardımcı olmadığını (yeterli değil, ne olursa olsun) ve hastanın duyguları hakkında konuşmanın, hastalığın beraberinde getirdiği kaçınılmaz kaygıyı biraz rahatlatabileceğini belirtebilirsiniz. Ayrıca ne fiziksel ne de duygusal konuların gözden kaçmaması için hastanın tıbbi tedavisini yürüten hekim ile de çalışmak isteyeceksiniz.

Psikoz

Bazen acil servislerde ve hastane kabul servislerinde, iyi iletişim kuramayan ağır psikoz hastalarıyla karşılaşacaksınız. Onların yüzeysel veya düzensiz fikirleri arasında bağlantı kurmak mantıksız olabilir. Bu hastaların düşüncelerini açıklamayı denemelerini istemelisiniz fakat yanıtlar, içerdikleri geçmiş bilgilerinden çok, gösterdikleri psikopatoloji nedeniyle daha ilgi çekici olabilir. Doğru ve uygun geçmiş için, önceden kabul edilen bilgi kaynaklarına ve hastane kayıtlarına güvenin. Psikoz azaldıktan sonra hastayla tekrar görüşebilirsiniz.

Tabii ki, hastanın yanlış inançlarına sorgulamadan inanmamak önemlidir; diğer konular arasında, hatta aldatma görünümünü her zaman önlemek isteyeceksiniz. Şiddetli derecede psikotik olan biriyle konuşurken, hastanın şüphe ve inançlarına katılmadan davranış ve duygularına odaklanabilirsiniz:

"Takip edildiğini hissetmenin nasıl korkutucu olacağını anlayabilirim. O anda aklınızdan ne geçtiğini bana söyleyebilir misiniz?"

Hastanın algıladığı gibi anlattığı deneyimlerde gerçekçi olduğuna inanacağınıza dair güvence sunabilirsiniz:

"Neler olduğunu bana anlatmak için elinizden gelenin en iyisini yaptığınızı biliyorum. Neden olarak başka bir yorumunuzun olup olmadığını merak ediyorum."

Bazı hastalar, psikotik olmasa da antisosyal kişilik bozukluğuna ya da içgörü ile çatışan başka bir kişilik bozukluğuna sahip olabilir; bazıları ağır madde kullanımını reddedebilir. İçgörüsü olmayan hastalar, görüşme için hiçbir zorlayıcı sebep hissetmeyebilir. Yasal yetki ya da aile baskısı gibi dolaylı baskılara sahip değilseniz, muhtemelen onlardan çok fazla yararlı bilgi elde edemeyeceksiniz. Bu da bekleyebileceğiniz tek güvenilir kaynağın, tamamlayıcı bilgi olduğuna dair bir başka örnektir

Mutizm

Sağırlık, körlük ve diğer fiziksel sıkıntılar gibi, mutizm de değişik derecelerde olabilir ve birtakım olası nedenlere sahip olabilir.

Nörolojik. Bir dizi nörolojik sorun hastanın dilsiz olmasına neden olabilir. Hastanın tamamen bilinçli ve uyanık olduğuna emin olun.

Depresyon. Şiddetli depresyonu olan hasta tamamen dilsiz olmayabilir; sadece uzun gecikmelerle yanıtlıyor olabilir.

Konversiyon. Konversiyon nedeniyle dilsiz olan bir hastanın (istemli) hırıltı ya da boğaz temizleme sesini çıkarması mümkün olabilir. Sabırla, tatlı dille ve ilerlemeyi umarak er geç bu sesleri hecelere, sözcüklere, ifadelere ve cümlelere dönüştürebilirsiniz.

Psikoz. Ağır psikozu olan biri, gerçek kişilerle konuşursa misillemelerle tehdit eden sesleri dikkate alıyor olabilir. "Evet-hayır" sorularınıza yanıt verirken başını sallama ya da başla onaylama, bu tanıyı koyarken size yardımcı olabilir. Kâğıt ve kalem verince de aynı hasta sorularınızı yazarak yanıtlamak isteyebilir.

Kazanç. Bu hastanın *dilsiz görünmek* için tamamen ya da kısmen kişisel çıkar içeren bir nedeni olabilir mi? Cezadan kurtulma ya da finansal kazanç sağlanması (sigorta, işçilerin tazminatı) gibi nedenler en belirgin olanlarıdır. Hastanızın diğer hastalarla ve personelle normal şekilde konuşmasına kulak misafiri olmuşsanız; bu, dilsizliğin gönüllü olduğuna dair –küçümseyici olması ve kanıtlamasının zorluğu nedeniyle *hastalık numarası* kullanmaya çekiniyo-

rum– size ipucu verecektir. Dilsizliği değerlendirmek için görüşmenizi devam ettirmeden önce, orada bulunan herhangi bir arkadaş veya akrabadan oradan ayrılmasını isteyin. Özel olarak, hastalar bazen aileleri ile asla paylaşmadıkları sırlarını açığa vurur. Bazı insanları bazı noktaları işaret ederek konuşmaya ikna edebilirsiniz:

> "Kayıtlardan, önceki bakıcılarınızdan, arkadaşlarınızdan ya da akrabalarınızdan sizinle ilgili bilgi alabilirim. Fakat bunları sizin bakış açınızdan duymamın iyi olacağını düşündüm."

Tam anlamıyla bir dilsizlikten farklı olarak konuşmada görülen görece azlık, korku, utanma, kafa karışıklığı, anlamada güçlük ya da belki bir otoriteyle ters düşmekten çekinmeye işaret ediyor olabilir. Muhtemelen şu yaklaşımı denerdim:

> "Çoğu insanın söyleyecek bir şeyinin olduğu bu durumda, sen oldukça sakin görünüyorsun. Bana bunun nedenini söyleyip söylemeyeceğini merak ediyorum."

Hastanın aşırı derecede yavaş konuşması ilişkili zorlukla bağlantılı olabilir. Çoğu kez bunun nedeni depresyondur; bu durumda anlaşmaya varmak zorundasınız. Yanıtın oluşturulması için yeterli zaman verin, fakat hastanın utanç duygusuyla küçük düşmesine izin vermeyin. Böyle bir durumda, hastaya "evet-hayırlı" soruları tercih edip etmeyeceğini sorabilirim. Aksi takdirde, uzun bir öğleden sonraya hazırlanın.

Nadiren suskun olmanın yanı sıra, sabit bir yüz ifadesiyle –büyük olasılıkla şaşkınlık ya da kafa karışıklığı– karşınızda oturan bir hastayla karşılaşabilirsiniz. Daha sonra, bu olaya yönelik hafıza kaybı (amnezi) görülebilir. Bu davranışlar benim için iki temel olasılığa işaret eder: temporal lob epilepsisi gibi çeşitli epileptik bozukluklar ya da dissosiyatif durum. Bu tür hastalarda muhtemelen diğer davranış epizodları da vardır fakat görüşme yoluyla bunlara erişilemeyebilir. Şöyle sormaya çalışın:

> "Bazen kendi düşünce ve hayallerinizin içine çekilir misiniz? Eğer öyleyse, bana bunu anlatabilir misiniz?"

Bu tür ataklarda, belki nörolojik konsültasyon gibi, kapsamlı bir inceleme gerekebilir. Tabii kesinlikle, hasta yakınının onayını almalısınız.

Baştan Çıkarmaya Yönelik Olanlar ve Diğer Uygunsuz Davranışlar

Baştan çıkarıcı davranışların ilk görüşme sırasında bir sorun oluşturması, sonraki terapi seanslarına göre daha az olasıdır. Bununla birlikte, bu tür davranışların ortaya çıkma potansiyeli her zaman vardır; özellikle görüşmecinin erkek, hastanın kadın olduğu zamanlarda (Çalışmalar kadın klinisyenlerin hiçbir şe-

kilde muaf tutulmamasına rağmen, sağlık çalışanlarından bu tür bir duruma karışanların büyük çoğunluğunun erkek olduğuna işaret etmektedir.).

Size yönelik bir baştan çıkartma davranışını fark ederseniz, kendinize şu rutin soruyu sorun: Neden bu hasta bu biçimde davranıyor? Bu, hastanın kendini çekici hissetme ihtiyacı mı? Sevilmek için mi? Yıllar boyunca saldırgan nitelikli cinsel davranışları maddi ya da duygusal ödüllerle pekiştirilmiş mi? Yanıtlar, ulaşılması güç çok uzak anıların altına gömülmüş olabilir; bir yıl içinde ya da tek bir görüşmede ortaya çıkarılamaz. Hatta bazen, deneyimli görüşmecileri bile zorlayan bir kişilik bozukluğundan kaynaklanabilir.

Baştan çıkarıcı davranış hoş bir yan bakış, akıl çelen tahrik edici bir giysi ya da doğrudan sarılma veya öpme talebi olabilir. Biçimi ne olursa olsun, baştan çıkarıcı davranışın anlamı her zaman aynıdır: hem görüşmeci hem de hasta için tehlike. Çünkü bu baştan çıkarıcı davranışın ("Beni kucakla") açık mesajı, hastanın gerçekte hissettiğinden ("Bana yardım et, beni koru") oldukça farklıdır. Bir sağlık profesyoneli fiziksel temas isteğine tam anlamıyla yanıt verirse, hasta nihayetinde öfkeli hissedebilir ve buna göre intikam almak isteyebilir. En iyi şekilde hem ilişki hem de tedavi tehlikeye girecektir.

Baştan çıkarıcı davranışı azaltmaya en iyi ve uygun yaklaşım, her zaman mesafeyi korumaktır. Her hastaya unvan ve soyadıyla hitap edin ve hastanızdan da size aynı şekilde davranmasını bekleyin. İşinizi yapar ve sizin için kişisel olan konuları tartışmaktan kaçınırsanız, aşırı yakınlığı önleyebilirsiniz. İşinizin bir parçası olarak fiziksel muayene yapan bir erkek iseniz, herhangi bir yaştaki kadın hastayı muayene ederken, bir kadın görevlinin her zaman sizinle beraber odada olduğundan emin olun. Bir erkeği muayene eden bir kadın iseniz, bir erkek görevli yanınızda olsun.

Diğer uygunsuz davranışlar bazen rahatsız edebilir –telefon kullanmayı, rafınızdan kitap alıp açmayı, sandalyenize oturmayı ya da öğle yemeği getirmeyi soran bir hasta. Genellikle hastanın belirgin tanı (Neyi anlamaya çalıştığınızı biliyorum) ve kural ihlalinin niteliği, sizin yanıtınızı belirleyecek. Örneğin, manisi olan bir hastayı, gerekirse tekrar tekrar, –belki de omzuna hafif bir dokunarak– yönlendirmeye çalışırım. Kişilik bozukluğu olduğunu düşündüğüm birine muhtemelen (belki biraz keskin) "Lütfen bunu bir daha yapmayın." şeklinde rica ederdim. Çoğu durumda, yönlendirici olmak için gayret edeceksiniz; hasta ile ilgili erken delil toplama aşaması, yorumlar yapmak için iyi bir zaman değildir.

Zihinsel Engellilik

Standart test uygulaması olmadan da genel zekâ olarak adlandırılan yetinin alt sınırında olan hastayı çoğu kez fark edebilirsiniz. Araştırmalar, açık uçlu soruların böyle hastaların bildirdikleri şeyde hataya yol açabildiğini; hâlbuki bir çoğunun evet-hayır sorularını olumlu şekilde yanıtlama eğiliminde olacağını

göstermiştir. Genellikle soruların çoktan seçmeli şekilde ifade edilmesi, daha iyidir ("Duyduğunuz ses bir yabancının sesi miydi, yoksa tanıdığınız birinin mi?). Bütün bunlara rağmen, hastayı iyi tanıyan biriyle bilgilerinizi kontrol etmek her zamankinden daha önemlidir. Tahmin edebileceğiniz gibi, zihinsel engeli olduğu hâlde yüksek işlevli olanlar daha güvenilir hastalardır.

Zihinsel engeli (ya da zihinsel geriliği çağrıştırmak için kullanılan başka şey) olan hastalarla genellikle, duygularından çok olaylar hakkında daha iyi iletişim kurabilirsiniz. Onlar konuşmayı tam anlamıyla anlayabilir; bu yüzden (sanki bir çocukmuş gibi aşağılamadan) açık konuşmayı ve mecaz kullanmaktan kaçınmayı seçmelisiniz. Günümüze odaklanmak en iyisidir: Bu tür hastalar geçmiş ya da gelecek planları hakkında konuşurken görece zorluk yaşayabilir. Hastanın duyguları öne çıkarsa, onu rahat bırakmanız gerekebilir; bu kişiler, bir ömür boyu kendilerinin hak iddia edebildiklerinden çok daha fazla özerkliğe sahip olduğunu bildiği kardeşlerini, okul arkadaşlarını ve neredeyse herkesi izlemişlerdir. Yüzeyin altında yatan ve çok uzak olmayan kin duygularının olması –duygular beklenmedik şekilde ağızdan kaçabilir– şaşılacak şey değildir. Örneğin, kız kardeşinin düğününe katılmayı reddeden zihinsel engelli bir kadın hasta üzücü bir şekilde, kendisinin muhtemelen asla özel romantik bir ilişkinin tadına varamayacağının farkındaydı.

Zihinsel engeli olan kişiler, şahit oldukları diğer jestleri kopyalayabilir ve uygunsuz zamanlarda onları gösterebilirler –örneğin, genel bir yas anında "çak bir beşlik" teşebbüsü. Tanıdığım genç bir adam, kendi takımının deplasmanda oynadığı bir maça gitmişti. Takımı geri düştüğünde karşı takımın hayranları tarafından alkışlandığında öfkelendi, ayağa kalktı ve çevresinde bulunanlara şöyle bağırdı: "Hey! Benimle sorununuz ne?"

Zihinsel engeli olan kişilerle yaşanabilecek bir diğer risk, bu kişilerin aktardıkları bilgilerin kendileri tarafından doğrulanamıyor olmasıdır. Örneğin hasta, bir meleğin kafasına dokunduğunu ve uzun bir kış gecesi boyunca ona kutsanmış olduğunu aktardığında, klinisyen hastanın psikotik olduğu düşündü. Hasta bu inanca ısrarla sarıldı; sadece uzun süreli bir çabayla, nihayet onun şakacı oda arkadaşının hikâyesinden kaynaklandığı ortaya çıktı. "Pekâlâ, ben aslında Jeremy'nin (oda arkadaşı) bana anlattıklarının gerçekleştiğini görmedim." diyerek sonunda kabul etti. Aynı şekilde, kendine zarar veren davranışlarının tümü intihar girişimi değildir; belki kendini cezalandırma, başkalarını kontrol etme çabası ya da sterotipik bir hareket bozukluğunun örneği olabilir.

Yaklaşmakta Olan Ölüm

Hemen ya da yakın gelecekte öleceğini bekleyen hastalar, genellikle kızgın ya da depresiftir; bazen onlara ne olduğunu inkâr edebilirler. Arkadaş ve akrabaları onlardan kaçmaya başlarsa bu üzücü olur; terapistleri de ölüm ve gelecek hakkında açık açık konuşmayı reddederse, bu bir trajedi olur. Ölmekte olan hastalardaki duygudurum bozuklukları hakkında bilgi edinmek zor değildir.

Ölümcül derecedeki hastalarda yapılan bir çalışmada, tek bir soru sorarak depresyonun belirlenmesinin en geçerli yolu bulunmuştur: "Depresif misiniz?"

Ölmek üzere olan bir hastayı daima genel yaşantıya olan duygularını ve tepkilerini dile getirmesi için yüreklendirin. Duyguların (sık sık çatışan) yanı sıra korku, gıpta, sevgi, umut ve sevinç gibi günlük duygu dizilerini de bulacaksınız. Bu hastaların birçok pişmanlığı olabilir; bazıları kendisini yalnız hisseder. Ve herbirinin, sonsuza kadar yaşayacakmışcasına özenli şekilde düzenlenmiş ömürlük anıları ve duyguları vardır.

HASTA SORU SORDUĞUNDA NASIL TEPKİ VERMEK GEREKİR?

Hastalar, iyi ki durmadan sorular sorar. Sorular, güvence sağlamak, endişeleri gidermek, iyi kararları pekiştirmek için zengin fırsatlar sunar. Dikkatli düşünmediğinizde ise bazı sorular, sizin pot kırmanıza yol açar.

- "Benim hakkımda ne hissediyorsunuz?" Bu soru, genellikle hastadan hoşlandığınızı ya da onu kabul ettiğinize dair güvenini tazeleme talebidir. Bu güveni verebilirsiniz fakat daha fazla yardımcı olabilecek bir bilgi ya da yönergeyi de bu yanıta ilave etmeye çalışın. Burada iki örnek var:

  "Bence siz evliliğiyle ilgili güçlükleri olan hoş bir insansınız. Bazı seanslarda eşinizi buraya getirmeniz çok önemli olacaktır."

  "Hastaneye yatmak üzere başvurmanın büyük bir cesaret gerektirdiğini düşünüyorum. Şimdi, hadi bu içki sorununuz hakkında birlikte çalışalım."

- "Siz benim deli olduğumu düşünüyor musunuz?" Hastanın psikoz olup olmadığına bağlı olarak bunun cevabı zor ya da kolay olabilir. Psikozu yoksa, hayır diyin. Varsa, doğrudan karşı karşıya gelmekten kaçınmayı deneyin (zaten, sizin iddianız psikoz olduğunu büyük ihtimalle reddetmesi olacaktır). Bunun yerine kendiniz bir soruyla yanıt verebilirsiniz:

  "Neden bunu soruyorsunuz?"

  "Bundan korkuyor musunuz?"

Ya da bu sorulardan kaçınarak şöyle cevap verebilirsiniz:

"Size olanlardan açıkça rahatsız olduğunuzu düşünüyorum."

"Olağan dışı deneyimleriniz var, fakat biz buna yardım edebiliriz."

Köşeye sıkışılırsa ("Bak, psikotik olduğumu mu düşünüyorsun?), doğruyu söylemeyi tercih edeceğim ama hastanın bunu ifadelerle kabul etmesi zor olabilir.

- "Ben [hastanın sahip olduğu herhangi bir endişe] hakkında ne yapmalıyım?" Bu soru, basitçe cevaplanabiliyorsa o zaman öyle yapın. Ancak, ilk görüşme oturumu süresince herhangi bir klinisyenin uygun şekilde sağlayabileceğinden daha fazla yardıma yönelik bir talep olabilir. Bu durumda nelerin gerekli olabileceğini (daha fazla bilgi, daha fazla zaman) ve bunu ne zaman sağlayabileceğinizi tanımlamaya çalışın.
- "Benim sorunum ne?" (ve siz bilmiyorsunuz). İlk olarak, güvensiz hissetmemeye çalışın. İlk görüşmelerin yaklaşık %20'sinde hiçbir kesin tanı yapılamamaktadır ve hatta deneyimli klinisyenler bile, bazen başlangıçta şaşırır. Hastayı korkutmayacak ya da tehdit etmeyecek bazı iyi olasılıkların olduğunu düşünüyorsanız, onları söyleyin. Daha fazla veriye ihtiyacınız varsa, bunu söyleyin. İyi bir yaratıcı yanıt, aşağıdaki gibi olabilir:

> "[Hastanın asıl yakınması] ile ciddi bir sorununuz olduğu çok açık. Biraz daha bilgiye ihtiyacımız var, bunun sonunda sizin için en iyi planı düzenleyerek sorunu çözebiliriz."

- "Bana yardım edebilir misiniz?" Yanıtınızda bazı değişiklikler olmalı, "Böyle umuyorum, ama öncelikle biraz daha bilgiye ihtiyacımız var...."
- "Neden insanlar benden hoşlanmıyor?" Bazen yanıt açıktır; hatta ilk tanışmada: Hasta bencil, zorba, ön yargılı, nefret dolu, sizi şaşırtan farklı birçok tutum ve davranış barındıran bir kişi olabilir. Bu tam olarak ilk andaki fikre tutunmamak gereken bir zamandır. Bir kere ilk izlenimler çoğu kez yanlıştır; hastanın özellikle kötü zamanındaki davranışını örneklemiş olabilirsiniz ve kesinlikle stres altında olan biriyle uğraşıyorsunuz. Sonra, ilk görüşmeyle ilgili iki temel hedefinizi hatırlayın; bilgi almak ve iyi bir ilişki oluşturmak. Soruya doğrudan yanıt vermektense, mutsuzluğa yönelik bir yakınlık belirtebilir ve gelecek için umut sunabilirsiniz:

> "Böyle hissetmenin sizi ne kadar inciteceğini hayal edebiliyorum ama bunun doğru olup olmadığını bilmiyorum. Hadi, gerçek bir sorun olup olmadığını beraber bulmaya çalışalım." (Bu cevabın sizi ve hastayı aynı tarafa nasıl çekeceğine dikkat edin.).

- "Hiç siz kendiniz böyle bir şey yaşadınız mı?" Çoğu hasta, terapistlerinin özel hayatıyla ilgilenir ve siz de kimi zaman hastanızla kendinize ait bir şey paylaşma isteği hissedebilirsiniz. Bu his ilk birkaç görüşmeden sonra, bir başkasını daha iyi tanımaya başladığınızda artabilir. Buna rağmen, hiçbir koşulda özel hayatıyla ilgili bir şeyler açıklaması gerektiğine inanan klinisyenlerden biri değilim. Özellikle yeni başlayanlar için kendini açığa çıkarmanın zorluk yaratacağını düşünürüm. Kesinlikle ilk görüşmelerde, söz konusu olan sizin hayatınız ve kişiliğiniz olmadığında, daha fazla ilerleme sağlayacaksınız ve daha rahat hissedeceksiniz. Kişisel sorulara, görüşmenin amacını yavaşça yeniden

tanımlayarak yanıt verebilirsiniz. Aynı zamanda, hastanızın sorduğu sorudan dolayı sıkılmadığınızı ona göstermeye dikkat edin:

> "Birçok hasta, onlarla görüşme yapan kişileri merak eder. Merak etmesi gayet normaldir. Ama sorununuzla ilgili size yardımcı olabilmemiz için ihtiyacımız olan bilgileri almaya konsantre olmalıyız."

- "Benim haklı olduğum konusunda benimle aynı fikirdesiniz değil mi?" (ve siz hem fikir değilsiniz). Bu soruyu size, -psikoz, madde kullanımı, yasa dışı faaliyet, hatta eşiyle tartışma gibi- her türden sorunlar yaşayan hastalar soracak. İlk görüşmede, çatışmadan kaçınmayı istersiniz ama sunulan iddiayı hiç sorgulamadan alırsanız, daha sonraki tartışmalara kendinizi hazırlayın. Böyle bir durumda tüm ihtiyacınız olan, hastanızın bir sorunu olduğu ya da onun rahatsız olduğu konusunda hemfikir olmaktır:

> "Bir şeylerin size çok acı verdiğini [rahatsız ettiğini, sıkıntı verdiğini] görebiliyorum. Daha sonra onu daha derinlemesine araştırmak isteyeceğiz."

Hasta, onayınızın gerektiğine ısrar ederse şöyle diyebilirsiniz:

> "Bütün gerçekleri net bir biçimde ortaya koymadan, benden bir sonuca atlamamı beklediğinizi sanmıyorum. Bu yüzden, hadi yola devam edelim ve biraz daha bilgi edinelim."

- "Benim kadar hasta olan bir [avukat, doktor, muhasebeci] ister miydiniz?" biçimindeki sorularla hastalıklarının şiddetini vurgulamaya çalışır. Öğrenciler kendi gerçek duyguları ve hastaya söylemeleri uygun olan şey arasında denge kurarak cevap vermeye uğraşırlar. En iyi yaklaşım doğrudan yanıt vermek değildir ama -bazen yanıtlamak istemediğiniz sorularla karşı karşıya geldiğinizde politikacılar gibi yapın- sorunu yeniden biçimlendirin: "Eğer çok meşgul olsaydım, başkasının sorunları ile baş etmeyi nasıl başarırdım bilmiyorum."
- Yanıtını bilmediğiniz diğer sorular için, kullandığım uygulanabilir yaklaşım da şudur: "Sana bunun doğru olduğunu şu an söyleyemem, fakat burada bunu nasıl öğreneceğim hakkında planım var." Sonra, planladığınız yöntemi kaba hatlarıyla açıklayın: internette araştırma, meslektaşlar ile tartışma, ek bilgi arama ya da mantıklı görünen hangi yaklaşım ise o.

Bu noktada, hastanın karşısında değil de onunla birlikte çalışmanın önemi bir kez daha netlik kazanmaktadır. Genellikle bu kolaydır ama bazen yaratıcılığın, esnekliğin ve sabrın bolca katkısını gerektirir.

BÖLÜM 18

Tanı ve Öneriler

Tüm görüşmelerin tamamlanmasıyla, bilgilerinizi değerlendirme göreviyle karşı karşıya kalırsınız. Bu aşamada sunulan değerlendirme, hastalarla ve diğer profesyonellerle iletişim kurma ve önerilerde bulunmada faydalı olacak bir biçimde düzenlenmelidir. Kitabın son bölümlerinde bu görevler ilgi odağımız olacak.

TANI VE AYIRICI TANI

Geçmişte bazı yazarlar, tanıyı "indirgemeci bir yaklaşım" olarak görmüş ve hastanın bireyselliğini yadsıdığını ileri sürmüşlerdir. Günümüzde bu görüşler, tanının tedavi önermede, hastalığın gidişatını öngörmede, yakınlara bilgi vermede ve diğer ruh sağlığı uzmanlarıyla iletişim kurmada önemli bir rehber olduğunu düşünen çoğunluğun lehine azalmıştır. Bu görüş sizin düşünce biçiminizle uyumlu olsun ya da olmasın, güncel ruh sağlığı pratiği –hasta kabul odaları, üçüncü taraf ödeyiciler (sigorta şirketleri) ve bazen hastaların kendileri- sıklıkla sizden tanı koymanızı isteyecektir. Profesyonel bakış açınızı hesaba katmaksızın, mümkün olan en iyi tanıyı yapmanız için size ödeme yapacaklardır.

Doğru tanının öneminin abartıldığını söylemek güçtür. Hatalı tanı, en iyi ihtimalle, tedaviyi geciktirecek; en kötü ihtimalle ise etkisiz, hatta tehlikeli tedaviyle sonuçlanacaktır. Ek olarak hatalı tanı, hastaya çok fazla umutsuz ya da çok fazla iyimser bir gidişat (prognoz) bilgisi verme riski oluşturacaktır. Ayrıca evlilik, iş, çocuk sahibi olma, sigorta yaptırma ya da hastalığın kısıtlayabileceği diğer sayısız alandaki planlar da zarar görecektir.

Bir kere hatalı tanı konulduğunda, bunun telafi edilmesi çok zor olabilir. Tanı, bir klinisyenden diğerine, bir plandan diğerine aktarılır; hatayı

bir aile mitolojisi olarak (bazen onlarca yıl) taşıyan hasta ve ailesi hatayı kışkırtabilir. Bir klinisyenin kronik bir hastanın tarihçesini yeni bir bakış açısıyla tekrar değerlendirmesi yıllar alabilir. Oysaki ilk başta doğru tanıyı koyabilmek için azami özeni göstererek, tüm bu zorluklardan kaçınabilirsiniz.

Doğru tanı koyabilmek, genellikle o kadar da zor değildir. Birçok hasta, çoğu profesyonelin üzerinde uzlaşacağı majör bir tanı için gerekli ölçütleri açıkça karşılar; diğerleri, yani karıştırıcı tanılar için ise ölçütleri karşılamaz. Ama vakaların yaklaşık %20'sinde durum bu kadar açık değildir. Herhangi bir tanı koyabilmek için yeterli bilgiye sahip olmayabilirsiniz ya da hastanız bir seferde birden çok tanı için gerekli olan ölçütleri karşılıyor gibi görünebilir. Ve bazen başlangıçta doğru olarak kabul ettiğiniz görüşleriniz, hastayla yaşanan yeni deneyimlerin ışığında yok olur ya da değişir.

Bu nedenle çoğu sağlık profesyoneli, kişisel izlenimlerini *ayırıcı tanı* terimiyle –ilgili hasta için göz önünde bulundurulması gereken olası tanıların bir listesi– ifade eder. Ayırıcı tanınıza, uzaktan bile ilişkili olabileceğini düşündüğünüz tüm bozuklukları katmalısınız. Bu yaklaşım, doğru tanı için bazı şüpheleriniz olduğu durumlarda daha da gereklidir. Geniş ve kapsayıcı bir çalışma listeniz varsa, doğru tanıyı tam olarak seçebilme şansınız daha yüksek olacaktır.

Ayırıcı tanınızı oluştururken, iki prensibi göz önünde bulundurmanız gerekecektir. Birbirlerine ters düştükleri zamanlarda, bazı tartışmalara ihtiyaç olacaktır.

1. İlk prensip, en olası tanıları sıralamak, ardından da olasılıklarına göre diğer tanıları dizmektir. Kimi zaman olasılığı *en* yüksek olan tanıya *en iyi tanı* deriz çünkü bu tanı, hastalığın tarihçedeki verileri, işaretleri ve hastalığın belirtilerini en tatmin edici biçimde açıklar. İdealde, tarihçedeki tüm parçalar ve zihinsel durum değerlendirmesi en iyi tanıyı desteklemelidir. Ancak en iyi tanınızın küçük de olsa yanlış olma ihtimali varsa, diğer tanıları da *dışarıda* bırakmak ya da aksini ispatlamak için listelemelisiniz. Bu liste, düşünmüş olduğunuz olası farklı tanıları bir araya getirerek "ayırıcı" tanıları oluşturur.

2. İkinci prensip, *güvenlik prensibi* olarak adlandırılır. Ayrıcı tanı listesinde olası sonuçları açısından gözden kaçırıldığında ortaya çıkan güvenlik riski nedeniyle sıkıntı yaratanlar bazı olasılıklar her zaman vardır. Belirtilere gerçekten yol açtığına inanın ya da inanmayın, ayırıcı tanı listesinin en başında yer verilmesi ya da ilk dışlanması gerekenler vardır. Genellikle bu güvenlik değerlendirmeleri, gözlenen belirtileri açıklama olasılığı *olan* genel fiziksel (medikal) rahatsızlıklar ve madde kötüye kullanımıyla ilişkili bozukluklardır. Elbette bunlar, her zaman sizin için en iyi tanı olmayabilir. Ancak doğru çıkarsa ve ilk başta göz önünde bulundurulmadıysa, hastanız acı çekecektir.

Bu iki prensip arasında görünen çatışmayı temel olarak, 2. prensibi 1. prensibe uydurarak çözerim. Şu örneği inceleyin:

Ben ve bazı öğrenciler, bir süre önce Amanda ile görüşme yaptık. 37 yaşında olan hasta, kendisinin ve eşinin FBI tarafından uyuşturucu taciri ve "elebaşı olma" şüphesiyle tuzağa düşürüleceğine inanmaktaydı. İnandıklarıyla ilgili oldukça emin görünüyordu ve başka bir yoruma açık değildi. Basınçlı konuşuyordu ve zaman zaman düşünce ve kelimeleri tekrarlıyordu, düşünceleri uçuşuyor gibiydi ve onu takip etmesi biraz zordu. "Biraz marihuana içtiğini ama çok olmadığını" kabul etmişti. Fiziksel sağlığı iyiydi. Daha önce "biraz depresif" hissetmişti ama intihar düşüncesi olmamıştı.

Amanda için düşündüğümüz olası tanıları listeledik ve olasılık sırasına göre düzenledik, neyi en başa koyduğumuza dikkat edin:

Alkolün tetiklediği psikoz

Belirlenmemiş fiziksel bir bozukluğa bağlı gelişen paranoid psikoz

Paranoid şizofreni (en iyi tanımız buydu)

Psikotik özellikli duygudurum bozukluğu (Bipolar I ya da major depresyon)

Sanrısal bozukluk

İlk iki tanıya hiçbirimiz güvenmiyorduk, ancak en azından olasılıklar içinde yer alabilir görünüyorlardı; biz de güvenlik prensibi ile hareket ederek ilk başta elemek üzere ayırıcı listemize aldık. En temelde, büyük olasılıkla şizofreni olduğunu düşünüyorduk.

Tanı sürecinin yapısıyla ilgili olarak, şimdi ikinci baskısını yapan kitabım *Diagnosis Made Easier*'da çok daha fazlasını aktarmıştım.

TEDAVİYİ SEÇME

Neyse ki, bugün zihinsel sorunları olan hastalar ve terapistleri, birçok etkili biyolojik, psikolojik ve sosyal tedavi seçeneğini kullanabilmektedir. Bunların çoğu belli bir tanısal sınıfına özgü olmaktan çok, geniş bir tanı spekturumunda uygulanılabilir. Bazı fiziksel (somatik) ve fiziksel olmayan tedaviler, Tablo 18.1'de listelenmiştir. Birçok tanı için diğer tedavilerden daha etkili olan bir ya da iki tedavi vardır. Güncel ders kitapları, belli tanılar için hangi tedavilerin daha etkili olduğunu ayrıntılarıyla açıklayacaktır.

Her hastanın sorunlarına ve meselelerine nasıl yaklaşacağınızı gösteren iyi oluşturulmuş bir plana sahip olmanın önemini vurgulamak istiyorum.

Öncelikle bu tür bir plan, hastanın sorunun ne olduğunu düşündüğünüzü ve nasıl ilerleyeceğinizi anlamasına yardımcı olacaktır. Bir diğer nokta, aynı konuları aklınızda tutmak için size yardım edecektir. Dahası, zaman zaman değinebileceğiniz bir tedavi planına sahip olmak sizin ve hastanızın ilerlemeyi ölçmek için ölçütler belirlemenizi sağlar ya da farklı olarak her ikinize de daha farklı bir yolun denenmesi gerektiğini gösterir. Aşağıda hastanıza yardım edecek bir tedavi planının formüle edilmesinde size yol gösterecek bazı sorular bulunmaktadır:

- İlk olarak, herhangi bir tedavinin bu hastalığın seyrini tersine etkileme olasılığı var mıdır? Ne yazık ki cevap bazen "hayır"dır. Hungtington hastalığı gibi bazı bozukluklar bulunmaktadır. Bu gibi durumlarda, hastalar rahatlatılabilir ve belirtilerinin sosyal sonuçları azaltılabilir olmasına rağmen, kesin sonuç almak için özel bir tedavi yoktur. Öte yandan, donepezil gibi kolinesteraz engelleyici ilaçlardan biri kullanılarak Alzheimer türü demansın ilerlemesi bir süre için yavaşlatabilir. Genç erkeklerin %1'ini etkileyen (genç kadınları çok daha az) ve karakterdeki kronik bir bozukluk olarak izlenen antisosyal kişilik bozukluğu için yaşlanmaktan daha etkili olan bir tedavi henüz kanıtlanmamıştır.
- Tanı ne kadar kesindir? Klinik çalışmalarda güvenli tanı konan hastalar temel alındığında, tedavi en yüksek başarı şansına sahip olmaktadır. Herhangi bir tedavi programına güveniniz, doğru tanı yapmış olmanızla orantılı olarak artacaktır. Genel olarak riskli, kamaşık, pahalı ve/veya uzun süreli olan tedaviler çok iyi tanılanmış ve daha basit önlemlere yanıt vermeyen hastalara uygulanmalıdır.

Burada faydalı bulabileceğiniz benim kuralım şöyledir: Kesin olmayan tanılarda kanıtlanmış tedavileri, kesin tanılarda ise deneysel tedavileri uygulamak kabul edilebilirdir. Ancak tanı kesin olmadığında, kanıtlanmamış tedaviler uygulamak çok nadiren kabul edilebilirdir. Bu durum, kaybetmenin felaket olacağı bir durumda, tanımadığınız iki kişiyle kumar oynamaya benzer. En azından bu kuralı bozacaksanız, aileye ve hastaya durum açıkça anlatılmalıdır.

Tanı, tedaviye karar vermede önemlidir ama tek belirleyici değildir. Bazı hastalar o kadar rahatsızdır ki kesin bir tanı olmasa da tedaviye hemen başlanmalıdır. Akut psikozlar en sık karşılaşılan örneklerdir: Klinisyenler henüz Bipolar I ile şizofreni tanısı arasında tartışıyor olsalar bile, hastanın güvenliği ve rahatlığı için antipsikotik ilaçlara başlanmalıdır. Bazı sorunlar, iyi tanımlanmış bir tanı olmasa bile, müdahaleyi gerektirebilir. Aile içi kavgalar buna örnek olabilir.

- Tedavi ne kadar acil? Birçok yatan hasta için yanıt "bir an önce başlayacak kadar acil"dir. Ayakta takip edilen hastalar için ihtiyaç biraz daha az

TABLO 18.1 Ruh Sağlığı Tedavi Modellerinin Çerçevesi

Psikolojik

Bireysel
- Bilişsel-davranışçı
- İçgörü yönelimli
- Analiz
- Kısa süreli

Grup
- Hastalık yönelimli (Adsız Alkolikler, Lityum Klinikleri gibi)
- Genel ilaç tedavisi klinikleri
- Aile terapisi
- Genel destek grupları

Davranışsal
- Basit gevşeme
- Karşılıklı ketleme ile sistematik duyarsızlaşma
- Blok çalışma
- Ödüllendirme yöntemi (token ekonomisi)
- Düşünce durdurma

Biyolojik
- İlaçlar
- Elektrokonvulsif terapi
- Transkraniyal manyetik stimülasyon
- Vagus sinir stimülasyonu
- Işık terapisi
- Beyin cerrahisi

Sosyal müdahaleler
- Mesleki rehabilitasyon
- Sosyal beceri eğitimi
- Aile eğitimi
- Akut, orta ya da kronik bakım için bir tesise yerleştirme
- Tedbir kararıyla hastaneye yatırma
- Vasilik

Not: Morrison ve Muñoz'dan (2009) uyarlanmıştır. J. Morrison ve R. A. Muñoz'un (2009) Boarding Time: A Psychiatry Candidate's New Guide to Part II of the ABPN Examination (4. ed., s. 110), Washington, DC: American Psychiatric Press. Copyright 2009 by the American Psychiatric Press, Inc. İzin alınarak uyarlanmıştır.

acil olabilir. Genel olarak, tedavi için duyulan aciliyet aşağıdaki üç durumda artacaktır:

1. Belirtilerin sayısı artıyorsa. Örneğin, yıllardır kaygı atakları yaşayan hasta, son zamanlarda depresyon, iştah kaybı ve uyku sorunlarından da yakınmaya başladıysa.
2. Belirtiler kötüleşiyorsa. Örneğin, son günlerde aynı hastanın tekrarlayan intihar düşünceleri oluyorsa.
3. Belirtiler daha endişe verici sonuçlara yol açıyorsa. Örneğin, aynı hasta geçen hafta işe gidebilecek gibi hissetmeyip aynı firmada 13 yıl çalıştıktan sonra istifa ettiyse.

Bu üç kural, hastanız birden çok tanıya sahip olduğunda size hangi bozukluğu daha önce tedavi etmeniz gerektiğine karar vermenizde de yardım edebilir.

• Tedavi ne kadar masraflı? Ne yazık ki 21. yüzyılda olmamıza karşın, hâlâ hastanın ödeme gücünü de göz önünde bulundurmamız gerekmektedir. Sigortası olmayan ve tek başına geçinen bir öğrenciye uzun süreli bir psikoterapi öneremezsiniz. Özel veya devlet sigortası olan biri, yeni nesil antidepresan ilaçlarını karşılayabilirken; masrafları kendisi karşılayan bir hasta eski, muadil ilacı tercih edebilir.

Hastanızla tanışmadan önce bile, sigorta bilgilerini muhtemelen biliyor olacaksınız. Özelde çalışıyorsanız, büyük bir olasılıkla ofisinizde ilk randevu öncesinde ücretlerle ve diğer hizmetlerle ilgili hastaya bildirilen bir başlangıç bilgi paketi bulunmaktadır. Yoksa da ilk görüşmenin sonları, bu bilgileri vermek ve yakında olabilecek kötü sürprizleri engellemek için uygun zamanlar olacaktır.

Tedaviyi seçerken, aynı zamanda tedavinin istenen etkilerinin istenmeyen etkilerine ağır bastığını da göz önünde bulundurmalısınız. Bu uyarı, özellikle reçeteli ilaçlarda uygulanır: Hızlı kalp atışı ya da uyanıklık hastanızın akşam dozunu "unutmasına" yol açar mı? Bazı yan etkiler yaralanmalarla, hatta ölümle sonuçlanabilir mi? Diğer ilaçlarla etkileşim ne durumdadır?

• Düşündüğünüz tedavinin göreceli kontrendikasyonları nelerdir? Bu sorunlar tedaviyi kullanmak için sizi isteksiz hâle getirebilir ama tedavi yönteminin mutlak bir biçimde kullanılmaması gerektiği anlamına gelmeyebilir. Genel örnekler ilaç alerjisi, diğer ilaçlarla etkileşim olasılığıdır. Ayrıca düşük içgörüsü olan ya da randevularına sadık kalmada güven verme-

yen hastalara yoğun psikoterapi önermede isteksiz olabilirsiniz. Aslında, düşük tedavi katılımı öyküsü, uzun soluklu ya da karmaşık olan herhangi bir tedaviye olan isteği de azaltır.

- Tüm uygulanabilir tedavi modellerini değerlendirdiniz mi? Tüm uzmanlık alanlarından gelen terapistler, kendilerini en rahat kendi uyguladıkları yaklaşımı önerirken hisseder. Bu durum anlaşılabilir olmasına rağmen, terapistin daha az deneyim sahibi olduğu ancak hastaya daha iyi gelecek bir tedavinin önerilmemesine yol açabilir. Burada hastayı en iyi koruma yolu, terapötik alışkanlıklar yerine esnek bir tutuma sahip olunmasıdır.

  Psikofarmokolojide uzman olan psikiyatristler, bir hasta için aile terapisinin daha hızlı, güvenli ve ilaçlara göre daha etkili olma olasılığı konusunda dikkatli olmalıdır.

  Sosyal çalışmacılar, psikologlar ve psikoterapi yapan diğer meslek elemanları, ilaç tedavisinin daha etkili olabileceği durumları göz önünde bulundurmalıdır.

Çoğu zihinsel ve duygusal bozuklukların sıklıkla birden fazla nedeninin olduğu gerçeği, hastalar için birden fazla tedavi yaklaşımı kullanmayı değerlendirme konusunda tüm klinisyenleri yüreklendirmelidir.

PROGNOZU DEĞERLENDİRME

Prognoz terimi Yunanca kökenlidir ve "önceden bilmek" anlamına gelir. Bu, tabii ki mümkün değildir; ancak geçtiğimiz yıllarda gerçekleşen bilimsel ilerlemeler, hastalarla ilgili sonuçları yordama becerilerimizi oldukça arttırdı. Bunu neyi öngörmeye çalıştığımızı tanımladıktan sonra tartışacağız.

Prognoz Terimiyle Tanımlanan Alanlar

Prognoz terimi, genel olarak birkaç bağlamda kullanılır:

Belirtiler. Tamamen ya da hiç değilse bir kısmında iyileşme olacak mı?

Hastalığın akışı. Kronik mi, epizodik mi olacak? İkincisiyse, bir epizod mu, yoksa daha fazla mı olacak?

Tedaviye tepki. Tedaviye ne hızda tepki verecek? Hafif mi, orta mı, yoksa tamamen mi iyileşme olacak?

İyileşmenin derecesi. Akut epizod durdurulduktan sonra (tedaviyle ya da zamanın geçmesi sonucu) hastanın önceki işlevselliği tamamen geri kazanılacak mı, yoksa kalan bozukluklar olacak mı?

Hastalığın süresi. İyileşme ne kadar sürecek? Hastalık epizodikse, hasta epizodlar arası ne kadar süre iyi kalmaya devam edecek?

Hastalığın sosyal sonuçları. Hastanın iş performansına ne etkileri olacak? Aile hayatına? Bağımsızlığına? Maddi desteğe ihtiyaç duyacak mı? Öyleyse, ne kadar süre olacak? Hastalık vasilik ya da diğer yasal süreçlerle ilgili bir uygulama gerektirecek mi? Hastanın oy kullanma, araba sürme, bir sözleşmeye dâhil olma gibi yeteneklerini etkileyecek mi?

Diğer aile üyeleri bu hastalık için risk taşıyor mu? Hastalık kalıtsal ise, birinci derece akrabalar için ne derece bir risk öngörüyorsunuz? Çocuk sahibi olmayla ilgili hastaya nasıl öneride bulunursunuz?

Prognozu Etkileyen Faktörler

Bazı faktörler, uygun bir öngörüde bulunmamız için bize yardımcı olabilir. Ne yazık ki kimse, belli bir vakada tekil bir faktörün sonucu ne kadar güçlü etkileyeceğini bilemez. Her biri önemli olabileceğinden, özel sıralama olmaksızın bu faktörleri basitçe listelemeye çalıştım.

- *Temel tanı.* Büyük etkileri olan tanılar (duygudurum bozuklukları, demans ve şizofreni gibi), genellikle daha az yaygın olanlara göre (yeme, dışa atım, uyku ve cinsel bozukluklar gibi) daha çok yordama gücüne sahip olur. Daha majör bir bozukluk yoksa ya da tanı kesin olarak konamıyorsa, kişilik bozuklukları prognoz için özellikle önemli olabilir. Hastanız birden fazla tanıya sahipse, prognozu değerlendirirken hepsini göz önünde bulundurmakta fayda vardır.
- *Temel bozukluk için tedavi uygunluğu.* Etkili tedaviler varsa, bunların kullanılması ihtimal dâhilinde midir? Coğrafya önemli bir faktördür: Hasta önerilen etkili tedavinin bulunduğu merkeze yakın yaşamakta mıdır? Bir diğer faktör, hastanın ekonomik durumudur. Buna örnek olarak, 1990'ların başında hasta başına yıllık maliyeti 10.000 doları bulan ve şizofreni için etkili olduğu bilinen klozapin verilebilir. Üreticilere laboratuvar maliyetlerini azaltmaları için yoğun baskılar yapılana kadar, birçok hasta bu ilacın ücretini karşılayamamıştı.
- *Hastalığın süresi ve seyri.* Geçmiş davranışlar, öngörmede yardım eder.

  Hastalığın geçmişte epizqodların bulunması (örneğin, duygudurum bozuklukları), gelecek epizqodların da olacağına dair öngörüde bulunmanıza yardım edecektir.

  Bir önceki yanlış tanının düzeltilmesinin engellenmesi, yıllardır hasta olan birinin tam olarak iyileşme şansını azaltmaktadır.

- *Tedaviye verilen önceki tepkiler.* Bir yordayıcı olarak, daha önceki tedaviye verilen tepki, önceki tedavi kadar iyidir. Geçmişte hastanız mani için yalnızca antipsikotiklerle tedavi görmüşse, duygudurum düzenleyici terapi başladığında prognozunuzu önem sırasına göre biraz daha geliştirebilirsiniz.

- *Tedavi katılımı.* Çok yüksek düzeyde etkili olabilecek bir tedavi bile, hasta almayı reddettiğinde değersizdir. Tedavi katılımını değerlendirirken, temel zihinsel tanılar ve kişilik bozuklukları kadar, geçmiş tedavi öyküsünü de göz önünde bulundurduğunuzdan emin olun.

- *Ulaşılabilir sosyal destek.* Prognoz, hastanın diğerleriyle köprülerini ne ölçüde koruduğuna göre değişiklik gösterir. Tüm bu kaynakları yardım için göz önünde bulundurun: köken aile, eş, çocuklar, arkadaşlar, destek grupları, hekimler ve dinî organizasyonlar. Bunlar rahatlık sağlamanın yanı sıra, hastanın tedaviye devam ettiğinden ve uyuşturucu ya da alkol gibi zararlı etkilerden kaçındığından emin olmanıza yardımcı olurlar.

- *Hastalık öncesi kişilik.* Hastalık öncesi kişilik, prognozla direkt olarak ilişkilidir. Hastalar ruhsal bozukluklarının akut episodunu geçirdiklerinde, işlevsellikleri hastalık öncesi düzeyinde devam etme eğilimindedir. Arkadaşlıklarını iyi sürdüren, işlerinde iyi çalışan, aileleri için yeteri kadar destek sağlayabilenler, yüksek ihtimalle yine bunları yapabilecektir. Genellikle daha önce düşük düzeylerde işlevsellik gösterenler için de paralel öngörüler düşünülür.

- *İşlevselliğin en son görülen en yüksek düzeyi.* Geçen yıl boyunca hastanız verimli bir şekilde işe ya da okula devam ettiyse, hastalığın şu anki epizodu geçtiğinde, yüksek ihtimalle işlevsel durumuna yeniden geri dönecektir. Tabii ki bu varsayım, durumunun daha kötüye gitmediği ya da kronik sarsıcı bir hastalık olmadığı durumlar için geçerlidir. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği, hastanın gelişimini değerlendirmede kullanılan uygun bir ölçektir. *DSM-5 Made Easy* kitabımdan ya da internetten araştırarak bu ölçeğe ulaşabilirsiniz.

- *Diğer faktörler.* Tanı sınıflaması çerçevesinde, bireysel faktörler sıklıkla bir hastanın seyrini etkileyebilir. Örneğin, burada şizofreni tanısı almış bir hasta için iyi prognozla ilişkili olan birkaç özellik sayılabilir: Görece geç başlangıç olması (30'larında ya da daha sonra), evli olmak, kadın olmak, lisenin üstünde eğitime devam etmiş olmak, tedavi edilmemiş belirtilerin kısa süreli olması ve tedaviye daha önce iyi tepki vermiş olması gibi.

DAHA İLERİ SORGULAMANIN ÖNERİLMESİ

Belli tanıların onaylanması ya da dışarıda bırakılması için daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulabilir. Bu bilgilerin ulaşılabileceği kaynak aşağıdakilerden biri olabilir:

Daha önceki hastanenin ve diğer kayıtların gözden geçirilmesi

Radyografik çalışmaların da bulunduğu laboratuvar testleri

Standart uygulanan nöropsikolojik testler

Hasta yakınlarıyla yapılan görüşmeler

Ek görüşmeler yapmanın ve daha önceki kayıtları incelemenin genellikle hiçbir maliyeti yoktur. Genellikle yeni ya da doğrulayıcı bilgi sağlamak, hastanızı anlamanızla ilgili hızlı bir şekilde yol katetmenize yardımcı olur. Zaman ve para maliyeti olduğu için testlere, her vakanın kendi durumu göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Rutin olarak uygulanan ve gözlenen bir ihtiyaç doğrultusunda yapılmayan testler nadiren verimli olur.

Laboratuvar ya da psikolojik testler dâhil edildiğinde, bu faktörler değerlendirilmelidir:

- *Testin maliyeti.* Maliyet aralığı çok büyük olabilir, maliyeti olmayabilir ya da binlerce dolar kadar tutabilir.
- *Testin riski.* Kalem-kâğıtla yapılan psikolojik testlerin aslında hiçbir riski yoktur; bazı invazif işlemler ise sağlığı ve hatta yaşamın kendisini tehlikeye sokabilir.
- *Testin değeri.* Sonuçlar ne kadar doğrulayıcı olacak? Zor bir tanıyı garantiye almak açısından pahalı bir laboratuvar testi iyi bir şans olarak çıkardığı masrafa değebilir; tanı açısından hiçbir önemi olmayan rutin bir idrar testi ise açık ara çok daha pahalı olacaktır.
- *Hastalığın sıklığı.* Nadir görülen bozukluklar için rutin testler istemek çok uygun maliyetli olmayacaktır. Ancak bu, sizin tarihçede ya da fiziksel muayenede olası bulduğunuz yaygın olmayan bozuklar için doğrulayıcı testler istemekten kaçınmanız anlamına gelmez.
- *Cevaplanması gereken sorunun karmaşıklığı.* Hastanın hastalığı görece basit ve anlaşılırsa, laboratuvar testlerinden tamamen kaçınmak da uygun olabilir.
- İşlemler *tedaviyi kolaylaştıracak mı?* Neyin yanlış olduğunu bilmek iyi ve güzeldir; bunu düzeltmek için ne yapmak gerektiğini öğrenmek ise daha iyidir.

YÖNLENDİRME YAPMA

Hastanızın yakınmaları ile doğrudan ilişkili olabileceğini düşündüğünüzde, ruh sağlığı tedavisi önermeniz olası bir durumdur. Ancak aynı zamanda temel sorunlarla ilişkili olan sosyal, psikolojik ve biyolojik sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olacak diğer tedavi ve yönlendirme seçeneklerini de aklınızda bulundurmalısınız.

Karşılaşabileceğiniz neredeyse her sorunun üstesinden gelmenize yardımcı olabilecek pek çok kişi ve kurum vardır. Bu bir şanstır çünkü hiçbir klinisyen, tek başına her şeyi yapmak için yeterli eğitim ve deneyime sahip değildir. Kendi becerilerimizin sınırlarını bilmek ve hastamızın bir başka uzman tarafından daha iyi ele alınabilecek güçlükleri için dışarıdan yardım alabilmek çok önemlidir.

Dışarıdan yardıma ne ölçüde ihtiyacımız olacağı aşağıdaki faktörlere bağlıdır:

Sorunun tipi. Davranışçı terapi teknikleri ile ilgili eğitimi olmayan bir klinisyen, obsesyon ya da fobileri olan bir hasta için yardıma ihtiyaç duyabilir.

Sorunun şiddeti. Orta şiddetli depresyon bilişsel terapiye cevap verebilir; şiddetli bir depresyon ise psikofarmakoloji bilgisi olan bir klinisyen tarafından izlenmelidir.

Destek ağının gücü ve kapsamı. Açık bir örnek vermek gerekirse; evsiz bir hasta, yakınlarıyla yaşayanlara göre daha çok sosyal servise ihtiyaç duyacaktır.

Hastanın istekliliği ve iş birliğinin derecesi. Açıkçası, hastaneye yatacak bir hastanın bunu reddetmesi alabileceği hizmetlerin kapsamını sınırlar.

Klinisyenin eğitimi, deneyimi ve uygun zamanı. Ben öğrencilere mümkün olduğunca farklı tedavi türleri için aşinalık ve deneyim kazanmalarını öneririm.

Bu bölümde bahsedilen kaynakların çoğu, geleneksel olarak sosyal hizmet uzmanları tarafından sağlanmakta ya da düzenlenmekte olmasına rağmen, tüm ruh sağlığı uzmanları çalıştıkları coğrafi bölgede bu tür mevcut hizmetlerin farkında olmalıdır. Ayrıca özel muayenehanelerde çalışan klinisyenlerin de kendi yönlendirmeleri için bir düzenleme yapmaları gerekecektir. Tabii ki siz, sadece bildiğiniz servisleri kullanabilirsiniz.

Diğer Terapistler

Hiç kimse her şeyi bilemez; bilge klinisyenler kendi sınırlarını bilirler. Eğer grup terapisi uyguluyorsanız ve hastalarınızdan biri olanzapine ihtiyaç duyuyorsa, tabii ki hastanızı ilaç için bir doktora yönlendirmeniz gerekir. İlaç tedavisi sizin uzmanlık alanınız ise, ihtiyaç olduğunda –sizin yapmadığınızı varsayarak– bilişsel-davranışçı terapi için hastayı yönlendirmeniz önemlidir.

Ruh Sağlığı Hastanesi

Meslekten olmayan insanlar genellikle hastaneye yatışı son çare olarak düşünse de birçok durumda modern ruh sağlığı hastaneleri başvurulacak en makul yerlerdir. Bu durumlar şunlardır:

Kendileri için tehlikeli olan hastalar

Diğerleri için tehlikeli olan hastalar

Kendilerine bakamayacak durumda olan hastalar

İstenilen tedavinin ancak hastaneye yatış ile sağlanabildiği durumlar

Hastanın kendi çevresinden alınması gereken zamanlar

Tıbbi ya da yasal nedenler için yoğun değerlendirme/gözlem gereken zamanlar

Klinisyenler, hastalarının hayatlarını koruma konusunda oldukça tutucu olma eğilimindedir. Muhtemelen en sık yatış nedeni olan intihar fikirleri ile ilgili, çoğu klinisyen gereksiz yere hastaneye yatırmanın risk konusunda hata yapmaktan daha iyi bir seçenek olduğuna katılacaktır.

Sığınma Evleri

Sığınma evleri hastaneye yatması gerekmeyen ancak çeşitli nedenlerle evde yaşayamayan hastalar için çok önemli kaynaklardır. Çocuklar, şiddet gören kadınlar, evden kaçanlar ve evsizlerin korunması için uzmanlaşmış birçok sığınma evi bulunmaktadır (erkekler, kadınlar ve aileler için).

Hukuki Yardım

Bazen ruhsal bozukluklarla ilişkili olsun ya da olmasın, sorunlar için hukuki yardım gerekli olabilir. Hastanız yetersiz kaynaklara sahipse ve hukuki açıdan desteğe ihtiyacı varsa, yönlendirilmesi gerekebilir. Sorun yaşlı istismarı ya da çocuk istismarı ile ilgiliyse, sırasıyla, yaşlı koruma hizmetleri veya çocuk koruma hizmetlerine yönlendirin. Bu gibi yerlerin numaraları genellikle acil arama listelerinde ya da telefon rehberlerinde bulunmaktadır.

Destek Grupları

Birçok destek grubu ünlü Adsız Alkolikler grubunu model almıştır. Çoğu grubun katılım için hiçbir maliyeti yoktur ve birçoğu neredeyse her yerde vardır (bazıları dünya genelinde de). Grubun adı genelde işlevini de tanımlar. Tam bir liste kullanışlı olmayacaksa da temsili bir liste aşağıda verilmiştir:

Alkoliklerin Yetişkin Çocukları

Çocukken Tacize Maruz Kalmış Yetişkinler

Alkoliklerin Aileleri İçin Gruplar (Al-Anon)

Alkoliklerin Genç Çocukları İçin Gruplar (Alateen)

Adsız Alkolikler (AA)

Ev İçi Şiddete Kalanlar

Adsız Kumarbazlar

Adsız Narkotikler (NA)

Adsız Yemek Bağımlıları

Adsız Ebeveynler (çocuklarını istismar etmiş olan ebeveynler)

Eşleri Olmayan Ebeveynler

İyileşme Şirketi (duygusal sorunları olanlar için)

Diğer Kaynaklar

Akut madde kullanımı tedavisi. Genellikle ildeki ruh sağlığı merkezlerinden yapılan yönlendirmelerle arındırma (detoksifikasyon) servislerine ulaşmak mümkündür.

Tıbbi değerlendirme. Devlet hastaneleri ve özel hastaneler* tecavüz, travma, HIV durumu ve başka diğer hastalıkların değerlendirilmesi için uygun yerlerdir.

Mesleki servisler. İş ve İşçi Bulma Kurumu'ndan iş göremezlik, meslek eğitimi ve işsizlik tazminatı gibi konuların değerlendirilmesiyle ilgili hizmet alınabilir.

* Ç.N: Bizim ülkemizde hastanelerin özel birimleri ya da bazı özel merkezlerdir.

BÖLÜM 19

Hastayla Bulgularınızı Paylaşma

Klinik bulgular ve öneriler, diğerleriyle paylaşıldığında çok daha yararlı olur. Bu paylaşımların en önemlisi hastayla yapılanlardır ve sıklıkla aileyle paylaşıma kadar uzanabilir.

HASTA İLE DEĞERLENDİRME YAPMAK

Dışarıdan bir gerginlik gözlenmese de hastanız büyük ihtimalle elde ettiğiniz sonuçlarla ilgili kaygı duyacaktır. Bundan dolayı, mümkün olan en kısa zamanda sonuçlar hakkında konuşmayı planlamalısınız. Birçok klinisyen, her görüşmenin sonunda bu değerlendirmeyi yapar. Karmaşık sorunlar, ilgili konuları gözden geçirmek için daha çok görüşme ve zaman gerektirebilir. Öyle olduğunda bile, birkaç cümleyle de olsa kesin olmayan görüşlerin bildirilmesi hastaya iyi gelecektir.

Söylediklerinizin anlaşılması hastanın anlama kapasitesiyle ilişkili olacaktır; bu kapasite, bozukluğun kendisinden ağır bir biçimde etkilenmiş olabilir. Ancak birçok hasta, sizin aktarmak için çaba sarf ettiğiniz gerçeğini anlayabilir ve takdir eder. Ben, kariyerimin başlarında, hastaya ya da aileye şizofreni tanısını söyleme konusunda isteksiz olurdum çünkü bu tanı, genellikle "kötü" bir prognozu çağrıştırır. Ama birkaç deneyimden sonra, hastaların tıpkı diğerleri gibi bu tanıyı da kabul etme eğiliminde olduklarını gördüm ve endişelenmeyi bıraktım –kesin olduğundan emin olduğum sürece.

Gözlemlerinizi aktarırken birkaç basit kuralı izlediğiniz takdirde, mesajınızın anlaşılma ve kabul edilme olasılığı artacaktır.

Sorunları özetleme. Böyle yaparak, hastanızın neden yardım için geldiğini gerçekten anladığınızın güvencesini verirsiniz. Anladığınızı düşündüğünüz kadar anlamamış olduğunuz durumlarda, hastanın size daha fazla bilgi verme fırsatı olur.

Tanı koyma. Hastanızın olgunluk ve eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak, ulaşmış olduğunuz en uygun tanıyı belirtin. Bu tanıdan emin değilseniz, bunu söyleyin. Sonrasında, bu belirsizliği çözmek için plan yapın (Daha çok test? Bir terapötik deneme?).

Basit tutun. Hastanızın gerçekten ihtiyaç duyduğu şeyin bilmek olduğunu unutmayın ve bunu iletin Sonuçta bu tanı ile ilgili bir lisansüstü dersi değil.

Jargon kullanmayın. Tüm bilgileri hastanın anlayabileceği terimlerle aktarmalısınız. Çok fazla mesleki jargon kullanırsanız, hastanızın bunları anlamaya çalışırken verdiğiniz birçok mesajı kaçırmasını göze almış olursunuz.

Geri bildirim için soru sormaya devam edin. Hastanızın sorununa ve yaklaşımınıza ilişkin yaptığınız açıklamalarınızı anladığını sorularla teyit ederseniz, çok daha iyi bir hasta doyumu elde eder ve ondan gelen önerilerle birlikte daha iyi bir uyum yakalarsınız. Örneğin:

"Bununla ilgili nasıl hissediyorsunuz?"

"Şimdiye kadarki kısımla ilgili sorularınız var mı?"

Olumluyu vurgulayın. Ruh sağlığı uzmanları, birçok terapötik yaklaşım ile şizofreni ya da bipolar I bozukluk gibi oldukça ciddi sorunlara bile yardım edebilecek durumdadır.

Şefkat gösterin. Bilgi verdiğinizde hastanızın duygulanımındaki değişiklikleri gözleyin. Hastanın duygularını kabul edin, anlayış gösterin ve nasıl daha iyi olacağıyla ilgili önerilerinizi bildirin. Her insanın umuda ihtiyacı olduğunu hatırlayın.

Tedaviyi Tartışma

Oluşturduğunuz tedavi planı, klinisyen ve hasta arasında ortak bir çalışma olarak yapılandırılmış olmalıdır. Tedaviyi planlamaya yönelik bu yaklaşım başlangıçta çok çaba gerektirse de uzun vadede herkes bundan yarar sağlar. Hasta ile paylaşılan plan, ilk görüşmenin önemli bir parçasıdır.

Hastalar klinisyenlerden ne isterler? Bu soruyu başka bir soruyla cevaplamak isterim: Eğer ben hasta olsaydım tam olarak ne isterdim? Ben, tanıyı mantıklı bir tedaviye bağlayan hassas bir plan isterdim. Tedavi süreçlerine

ilişkin net bir açıklama, olası güçlükler, diğer tedavi seçenekleri ve başarı olasılığı için dürüst bir değerlendirme isterdim.

Tedavi için olduğu gibi ileri değerlendirmeler için de yapılan somut bir plan, gelecek için umutlu hissetmeme yardımcı olurdu. Çünkü bu, kontrolü bana geri verirdi ve ben de daha istekli olurdum ve uygulamalarda ayaklarım geri geri gitmezdi (Tekrar belirteceğim: Planı benimseyen hasta daha çok iş birliği gösterecektir). Ayıca benim anlayıp anlamadığımdan emin olmak isteyen bir klinisyenin, sorular sorduğumda bunu otoritesini sarsan bir meydan okuma gibi değil, beni tedavi sürecine katmak için bir fırsat olarak görmesini isterdim. Tedavi uyumum da artardı: Randevularımı büyük ihtimalle hatırlardım, ödevlerimi yapardım ve belki ilacımı almayı nadiren atlardım. İyileşmem gecikmezdi, başarısız tedaviler ve psikoterapiyi yarıda bırakmaktan uzak dururdum. Tedavi planına ben de imza attıysam, bir şeyler ters gittiğinde ya da tedavi işe yaramadığında, klinisyenimi suçlama olasılığım daha az olurdu.

Tedavi için müzakere edilmiş bir yaklaşımda, hasta ve klinisyen birlikte bir plan oluşturur. Bu, hastanın her istediğinin olması anlamına gelmez ama klinisyen hastayı dinler. En iyi olduğunu düşündüğünüz planı hastanızın da "istemesi" ya da seçmesi için onu cesaretlendirebilirsiniz, ancak seçim başka türlü olursa da hastanızı dinlemeli ve uygun şekilde tepki vermelisiniz. Örneğin, bazen ergen bir hastam depresyon için ilacı reddettiğinde böyle hissettiğim anlar oldu. "Kendi başıma halletmek istiyorum." tipik bir tepkidir. Ama ben her zaman bu kararı yapabildiğim kadar nezaketle kabul ederim –ve sıklıkla birkaç görüşme geçince, hasta gönüllü olarak "Benim umduğum gibi iyi gitmiyor, belki de artık sizin önerdiğiniz ilaçları denemeliyim." görüşüne yaklaşır.

Tedavi planını birlikte oluştururken göz önünde bulundurmanız gereken birkaç nokta aşağıda belirtilmiştir:

- *Seçenekleri tartışın.* Farklı seçeneklere sahip olduğunda daha kontrollü hissetmek insanın doğasında vardır; bu nedenle mümkün olan diğer tedavi seçeneklerinin bir listesini sunmalısınız. Hiçbir tedavinin uygulanmaması, nadiren sözü edilen bir seçenektir. Ben, çoğu zaman bununla başlarım çünkü bunu yapmak, tedavinin olmadığı ya da yetersiz tedavinin olduğu durumda öngördüğüm sonuçları somut olarak tartışabilmeyi sağlar.
- *Zorluklardan bahsedin.* Hiçbir tedavi, zorluklardan bağımsız değildir: İlaçların yan etkileri vardır, psikoterapi zaman alır, grup terapide başka insanlar da bulunur, davranış değişimi çok çaba gerektirir ve kaygıya yol açar. Hepsi de pahalıdır. Tedavinin olumsuz yönlerini düşünmek hoş değildir ama hastaların mantıklı bir tercih yapmaları için bunları bilmeleri gerekir. ABD'deki birçok eyalette ilaçlar, elektrokonvulsif terapi gibi somatik tedavilerin alternatiflerinin de hastalara anlatılması gerekliliği ile ilgili yasalar bulunmaktadır.

- *Bir seçeneği destekleyebilirsiniz.* Muhtemelen çoğu zaman fikrinizi doğrudan ileteceksiniz. Ancak otoriteye başkaldırmak isteyen ya da belli bir terapi yönteminde ısrarcı olan bir hasta için etkinizi daha zekice ortaya koymak isteyebilirsiniz. Örneğin, ihtiyacı olan bir hastaya ilaç tedavisiyle ilgili iyi haberler verebilirsiniz:

> "Sıkıntılarınız üzerinde kontrol sağlamak için sonsuza kadar beklemek zorunda kalmayacaksınız."

Örneğin, kişilik bozukluğu olan bir hastanıza da verebilecek iyi bir haber bulabilirsiniz; ilaca ihtiyacı olmaması gibi:

> "Bedeninizin kontrolünden vazgeçmenize gerek kalmayacak."

Bu ifadelerin hiçbiri yanlış değildir ve her ikisi de ruh sağlığı profesyonellerinin amaçlarını destekler: Hastalara kendilerine yardımcı olacak şeyleri kabul etmeleri için cesaret verir.

- *Hastanızın seçeneği anladığından emin olun.* Birçok hasta anlayacaktır ama stres altındayken, insanlar kendilerine anlatılanlara dikkatlerini vermede zorlanabilir. Tedavi hakkında söylediklerinizin anlaşılmasıyla ilgili bir şüpheniz olursa, hastanızdan söylediğinizi tekrar etmesini isteyin –"yeterince anlaşılır bir şekilde ifade ettiğimden emin olmak için". Önerilerinizin yazılı kısa bir özetini vermek de hastanızın sizi anlamasına yardımcı olacak başka bir yoldur.

- *Söz vermekten kaçının, yardım etmek için bunun dışındaki tüm gücünüzü kullanın:* Tabii ki geleceği göremezsiniz ve hastalar da bunu bir ölçüde bilir. Ama hastalar (ve aileler), genellikle gelecekle ilgili o kadar kaygılıdır ki biz ruh sağlığı klinisyenlerine sahip olmadığımız güçler atfederler. Klinisyenler, bazen eldeki verilerden daha pembe bir tablo çizerek kendilerini ciddi zorluklara sokar. Umut vereceğiniz zaman, durumun gerçekçiliğine uygun bir bağlam ve gelecek için akılcı bir plan olmalıdır. Hastanın tedavinin tüm yönleriyle olan iş birliğinin önemi vurgulanmalıdır –ve vardığınız sonuç veya yönlendirmelerinizle ilgili anlaşılmayan bir yer olup olmadığı da sorulmalıdır.

Hastayı Motive Etme

Tabii ki, yaşama geçirilmediği sürece dünyanın en iyi tedavi planı bile bir işe yaramayacaktır. Oldukça sık olarak, ruh sağlığı konsültasyonlarının sonucu böyle olur. Klinisyen çok çaba göstermesine karşın, hasta ilaçlarını almayı unutabilir, davranışçı alıştırmaları ihmal edebilir ya da alkol almaya ve madde kullanmaya devam edebilir.

Neden birçok hasta değişmeye karşı isteksiz görünmektedir? Belki ruh sağlığı sistemindeki uzun deneyimlerine dayanan umutsuzluğun izleri görülmektedir. Belki de kişilik bozukluğu ya da madde kullanımı insanları terapötik

planla çatışan bir biçimde harekete geçirebilir. Ruh sağlığı bozukluğu hakkında bolca bilgi sorunun kaynağına ışık tutmasına rağmen, bunun hastaya kontrol hissi sağlaması zorunlu değildir. Çalışmalar da eğitimin tek başına değişim motivasyonu sağlamak için yeterli olmadığını göstermiştir (Belki daha önce denenmiş olabilir, üstü örtülmüş olunabilir ve tıkanmıştır –öneri aşamasında).

Motivasyonel görüşme (MG), ilk defa madde kullanım bozukluğu olan hastalarda kullanılmış danışan odaklı bir yaklaşımdır. MG, sağlık sorunları ya da diğer nedenlerden dolayı yeni davranışlar beninsemesi gereken insanları (değişim için) ikna etmeye çalışır. Yüzleştirme yerine iş birliğini vurgular; eğitimde, değişim için hastanın hâlihazırda sahip olduğu kaynakları *açığa çıkarmak* anlamına gelen evokasyon yöntemini kullanır. MG insanların geçmiş ikilemlerinden kurtulmalarına ve içsel motivasyonlarını tanımlamalarına yardım eder. Kontrollü çalışmalar, MG'nin –hastaların birçoğunun şizofreni tanısı almış olduğu durumlarda bile– faydalı olduğunu tekrarlı biçimde göstermiştir.

MG, insanları olumsuz bir şey yapmaktan alıkoymak yerine olumlu bir şey yapmaya yönlendirmenin daha kolay olduğu prensibinden yola çıkmaktadır. Hasta tamamen değişmek zorunda değildir; belli bazı davranışlardaki değişim yeterlidir. MG hakkında kapsamlı rehber kitaplar olmasına karşın, MG dört temel adımda özetlenebilir:

1. *Empatik yaklaşım.* Eleştirmeden, hastanın duygularını ve bakış açısını ifade etmesine yardım edin. Unutmayın, hastanın bakış açısına katılmak zorunda değilsiniz, sadece ifade etmesini kolaylaştırın. MG uygulamacıları, bu adımı "Empati Göster" olarak adlandırır.

2. *Hastanın şu anki davranışının uzun erimli isteklerini nasıl engellediğini fark etmesine yardım edin.* Bu çelişkinin algılanması, davranış değişimine yönelmesi için hastayı motive eder. Bu adım, "Çelişkiyi Geliştir" adımı olarak geçer.

3. *Direnç ile tartışmayın.* Bunun yerine, hastanın duygularını daha çok keşfetmek için bunu bir fırsat olarak kullanın. MG'de, direnç klinisyenin başka bir yaklaşım uygulaması gerektiğini anlamına gelir. Bu adım "Direnci Yuvarla" olarak geçer.

4. *Hastanın başarabileceğine inandığınızı göstererek umut verin.* Hastaya değişimin mümkün olduğu güvenini verin. Bu, "Öz Yeterliliği Destekle" adımı olarak adlandırılır.

Burada (biraz kısaltılarak), oda arkadaşıyla yaşayıp yerel bir markette rafları düzenleme işi yapan, hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan genç bir kadınla yapılan görüşmeye yer verilmiştir. Uzun süredir takip edilen Misty, bütçesiyle ilgili yine bir zorluk yaşamaktadır. İtalikle yazılmış yorumlar MG adımlarını vurgulamaktadır.

GÖRÜŞMECİ: Bankadan bir mektup aldığını anlıyorum.

MISTY: Doğru, yine limiti aştığımı söylediler. Ve Janice [hastanın bağımsız olarak yaşadığı yerin müdürü] hesabımı kaybedebileceğimi söyledi.

GÖRÜŞMECİ: Bu çok kötü olur.

MISTY: Evet, çok moralim bozuk.

GÖRÜŞMECİ: Hayal edebiliyorum. Kim olsa öyle olurdu. Sana limitini aştıracak ne oldu?

Empatinin klasik bir ifadesi–adım 1.

MISTY: Sanırım çok fazla çek yazdım.

GÖRÜŞMECİ: Ne için yazdın?

MISTY: Biliyorsunuz–kablolu TV, şişelenmiş su, kira, telefon. Hepsi bu.

GÖRÜŞMECİ: Bunlar çok fazlaymış gibi görünmüyor.

MISTY: Değiller. Bunları hep zamanında ödüyorum.

GÖRÜŞMECİ: Biliyorum, bu sorumluluklarla ilgili hep mükemmel iş çıkardın. Seninle her zaman çok gurur duyuyorum.

Misty'nin önceki başarılarından övgüyle söz ederek klinisyen geçmişteki bağlantılarını yeniden hatırlatır ve onun becerilerine olan güvenini ifade eder. Adım 4 –destekleme– hastadan yeni bir hareket beklenmemeli.

MISTY: Ve hayvanlar için bazı şeyler aldım. Koleksiyonum var.

Misty ve klinisyen gelir ve giderleri listerler; klinisyen tatillerden beri Misty'nin birkaç saat daha az çalıştığını öğrenir, bu nedenle maaşı azalmıştır.

GÖRÜŞMECİ: Yani şimdi daha az paran var.

MISTY: Doğru.

GÖRÜŞMECİ: Ne yapabileceğini düşünüyorsun?

MISTY: Annemden para isteyebilirim.

GÖRÜŞMECİ: Yardım eder mi? Geçen defa ne oldu?

MISTY: Hayır dedi, daha az harcamam gerekiyormuş.

GÖRÜŞMECİ: Başka nasıl yapılabilir?

MISTY: Kirayı ödemem gerekiyor.

GÖRÜŞMECİ: Tabii, peki ya listedeki diğer maddelerde ne var?

Diğer faturalar hakkında konuşurlar ve telefonunun zorunlu olduğuna karar verirler. Klinisyen Misty'nin şişelenmiş suyunu merak eder.

MISTY: Kristal saf su.

GÖRÜŞMECİ: Seaview'daki diğerleri şişelenmiş su alıyor mu?

MISTY: Hayır, sadece ben ve Arlene (maddi yönden Misty'den çok daha zor durumda olan oda arkadaşı).

GÖRÜŞMECİ: Eğer bu su olmasa ne yapardınız?

MISTY: Musluktan içmek zorunda kalırdık.

GÖRÜŞMECİ: Diğerleri gibi.

MISTY: Evet.

Klinisyen oluşan uzun sessizliği direncin önemli bir kanıtı olarak yorumlar ve buna dolaylı olarak yaklaşmaya karar verir (adım 3).

GÖRÜŞMECİ: Sanırım bunu değiştirmeyi istemezsin değil mi?

MISTY: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Şişe su güzel, ona alıştınız.

MISTY: Evet. Yemek yapmada da onu kullanıyoruz.

GÖRÜŞMECİ: Kablolu TV'ye de alıştınız.

MISTY: Evet, kesinlikle. İkimiz de yemek pişirme programlarından çok hoşlanıyoruz.

GÖRÜŞMECİ: Şanslısınız, ikiniz de yemek pişirmeyi ve yemek programlarını seviyorsunuz.

MISTY: Yemeyi de seviyoruz.

GÖRÜŞMECİ: Bunları korumak istersiniz.

MISTY: Evet, onlara ihtiyacımız var.

Misty ve Arlene'in kablolu TV'deki spor, dizi ve şov programlarını içeren tüm özel kanallara abone oldukları anlaşılır. Misty'nin istekleri ile karşılayabilecekleri arasındaki uyuşmazlığın (adım 2) üstü örtüktür ama belki daha açıkça ele alınmalıdır.

GÖRÜŞMECİ: Biliyor musun, bende de dizi ve şov kanalları vardı, ama birini kapattım. Her ikisine birden ihtiyacım olmadığını düşündüm.

MISTY: Hı-hı.

GÖRÜŞMECİ: Ne düşünüyorsun?

MISTY: Bence evde yaşayan insanların paraları vardır. Onlar isterlerse seçebilirler.

GÖRÜŞMECİ: Anladım ve sen çok seçeneğinin olmadığını düşünüyorsun değil mi?

MISTY: Doğru!

Misty önemli bir noktaya temas etmiştir –ve şaşırtıcı bir biçimde içgörü ile onu zorlayan seçenekle ilgili direncini açıklar. Misty'nin karşılayabileceği ile

istediği arasındaki çelişkiyi anlaması ve ne yapacağı ile ilgili zamana ihtiyaç duymasıyla klinisyen geri çekilir ve sorunu çözmek için bir sonraki seansta birlikte çalışabileceklerini söyler. Bu destek ifadesi Misty'i anlaşılmış hissetmesini ve geleceğe dair umut duymasını sağlar. Bir sonraki hafta içinde, kendisinin ve Arlene'in bir süre çeşmeden su içmeye karar verdiklerini haber vermek için telefon eder.

MG'nin kendisi görece yeni olsa da kilinisyenler, hastalarıyla nesillerdir pazarlık yapmaktadır: Bu teknik, Psikiyatrist Adolf Meyer tarafından yaklaşık 80 yıl önce savunulmuştur. Tedavi öncesi karar süreçlerinde ebeveynlik yapmaktan ve hastalar üzerinde güç kurmaktan kaçınan klinisyenler, sıklıkla oldukça iyi bir hasta doyumu sağladıklarını görürler. Dahası, terapistleriyle olumlu ilişki içinde olan hastalar tedaviden de daha memnun olma ve faydalı bulma eğilimindedir; elektrokonvulsif terapide bile. Başka çalışmalar; klinisyenler empati gösterdiğinde, bilgiyi açıklama ve paylaşma konusunda istekli olduğunda ve ulaşılabilir olduğunda, hastaların tedaviyi kabul edip daha iyi uyum sağladıklarını göstermiştir.

Tabii ki, MG'nin faydaları ilerlemiş demans, ağır psikoz, akut intihar planları ya da yaşamı tehdit eden anoreksiya nervoza durumlarında görülmeyecektir. Ama Misty ve klinisyenin seansında gösterildiği gibi, zihinsel yetersizliği olan hastalarda bile işe yarayacaktır.

AİLEYLE BİRLİKTE ELE ALMA

Birbiriyle yakın ilişkiler içinde olan bir aile, hastaya yapılabilecek her şeyle ilgili bilgi sahibi olmak isteyecektir. Birçok akraba ruh sağlığı uzmanları ile iletişim kurmada önemli deneyimlere sahip olmuştur; bazıları için bu süreç, her zaman tatmin edici olmayabilir. Bu seferki deneyimlerinin kalitesi, genellikle aşağıdaki unsurlarla doğrudan ilişkili olacaktır:

Sizinle olan iletişimlerinin miktarı

Kendilerinin sürece ne derece katkı verdikleriyle ilgili hisleri

Sizin özeninizin açıkça görülmesi

Hastanın sizinle ve tedavi planı ile ilgili görüşleri

Aileyle hastanın da bulunduğu bir ortamda bir araya gelirseniz, gizlilikle ilgili sorunlardan kurtulursunuz. Tabii ki, hastanın sağladığından daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız, hastanın olmadığı bir aile seansı gerçekleştirmek gerekebilir. Eğer hasta yokken görüşürseniz, bu seansı ve kiminle görüştüğünüzü hastanıza söylediğinizden emin olun. Bu buluşmanın nasıl

ve nerede gerçekleştiğinin bir önemi yoktur; hastanızla yaptığınız görüşmede elde etmiş olduğunuz özel bilgileri kendinizde tutmalısınız.

Aile ile ilk görüşmenizse, onların rahatsızlıkla ilgili hâlihazırda bildiklerini öğrenerek başlayabilirsiniz. Bu, size onların ilk varsayımlarını değerlendirmenize yardım edecektir; böylece onlara daha önce aktarılanlarla çelişecek bilgiler vermekten de kaçınabilirsiniz. Örneğin, daha önceki terapist şizofreni tanısı koymuş, ancak siz tanının bipolar I bozukluğu olması gerektiğini düşünüyorsanız, tüm klinisyenlerin ipucu olarak gördükleri psikotik belirtileri vurgulayabilirsiniz. Hastanın tanısıyla ilgili merak ettiğiniz konular hâlâ varsa mutlaka sorgulayın. Özellikle hasta yakınları bilgi sağlayabilirlerse, bu aşamada çok yardımcı olur –örneğin, hasta depresyondan önce mi, yoksa sonra mı alkol almaya başladı gibi. Bu toplantı hastanın size ifade etmiş olduğu olumlu bir mesajı iletmek için de iyi bir şanstır; örneğin, hastalığının sevdikleri üzerindeki etkisine ilişkin paylaştığı endişeler gibi.

İhtiyacınız olan bilgilerin tamamına ulaştığınızda, tedavi planının taslağını oluşturabilirsiniz –sonradan gelişebilecek sorunlarla ilgili suçlamaların önüne geçebilmek amacıyla tedavi planındaki güçlü ve zayıf noktaları da dâhil edin. Hasta yakınlarının ve arkadaşlarının yardım edebileceği yanları vurgulayın. Örneğin, davranış ya da duygusal durumdaki değişimler, hastadan çok hasta yakınları için daha çok kanıt niteliğinde olabilir. Yan etkilerin ortaya çıkması başka bir konudur; şu anda bipolar I bozukluğun depresif epizodunu yaşayan bir hasta için burada "manik alarm" yönergesi vermek uygun olabilir.

Hızlı bir biçimde demansa sürüklenen bir hasta için çok etkili tedavi sağlayamıyorsanız bile, aile ile bu durumla başa çıkmalarında yardımcı olacak kaynakları ele alabilirsiniz. Bir yakınının ruhsal hastalığıyla başa çıkmaya çalışan her aile sosyal destekten bir ölçüde faydalanabilir; neye ihtiyaç olduğunu ve hangi kaynakları kullanıyor olduklarını bulun. Sizin bile daha önceden bilmediğiniz şeylerden bahsedebilirler.

Son olarak, hasta yakınlarına sizinle nasıl iletişime geçebileceklerini anlatın ve –hasta, yakınlar ve siz olmak üzere– sorunu çözme tarafları olarak hep birlikte çalışmak istediğinizi vurgulayın.

YA PLAN REDDEDİLİRSE?

Ailedeki ruhsal hastalığın stresiyle birlikte birinin, genellikle hasta ama bazen de bir yakınının, tedavi planını reddetmesi az rastlanır bir durum değildir. Bu bir yakın ya da arkadaş ise, siz ve hastanız planı nasıl sürdüreceğinizi kararlaştırmalısınız. Ama hasta yakınına da onun karşıt fikrini göz önünde bulundurduğunuzu gösteren bir şey söyleyin:

"Kardeşinizin hastaneye yatırılmasını istemediğinizi söylemenize memnun oldum. Ama o ve ben, ikimiz de bunun şu anda yapılabilecek en güvenli

şey olduğunu düşünüyoruz, yani bence bu şekilde ilerlemeliyiz. Umarım onu ziyaret edersiniz. Onu herkesten çok daha iyi tanıyorsunuz; bu nedenle süreçle ilgili sizin değerlendirmelerinize ihtiyaç duyacağım.

Tedavi ile ilgili tereddütleri olan hastanızsa, bu kördüğümü çözebilecek bir seri adımı uygulayın:

1. Planla ilgili neyin kabul edilmediğini bulmaya çalışın ve güven verin. Örneğin, yan etkilerin kısa süreli olacağı ile ilgili hasta rahatlatılırsa, yan etkiler daha dayanılabilir bir hâl alabilir.
2. Hemfikir olduğunuz alanları tanımlayın. Bazı tedaviler için gerekliyse, bir sonraki adımı uygulayın.
3. Hastanın hangi terapötik ölçümleri kabul edeceğini öğrenin. Zararlı olmadığını, sadece faydalı olmayabileceğini düşünüyorsanız (örneğin orta derecede şiddetli olan bir depresyonda sadece psikoterapi alması gibi), belli bir zaman dilimi için onu denemeyi kabul edebilirsiniz. Bu zamanın sonunda, hasta sizin ilk önerinizi uygulamayı kabul edebilir.
4. Sonuçları dikkatlice izleme ve hasta rahatsızlığını ifade ettiğinde durdurma da değiştirme koşuluyla, deneysel tedaviler konusunda uzlaşılabilir.
5. İkinci bir görüş almayı önerin. Bu özellikle bir yakınının ya da güvendiği bir arkadaşının önerinizi reddetmesi konusunda hastayı etkilediği durumlarda faydalı olabilir. Ama açık görüşlü olun: Danıştığınız kişi daha önce aklınızda olmayan başka bir şey önerebilir.
6. Son olarak, hasta ya da ailenin sizin temel olarak gerekli gördüğünüz tedaviyi reddetmesi mümkündür. Benim kuralım şöyledir: Ailenin ya da hastanın isteğine karşı tamamen inandığım bir tedaviyi uygulayabilirim (isteksiz olmasına rağmen hastayı hastaneye yatırmak gibi). Ancak hem hasta hem de aile önerimi reddederse, genellikle bu hasta ile etkili bir biçimde çalışmak için yetersiz hissederim. Böyle bir durumda, bu hastanın başka bir klinisyen bulmasına yardım etmeye çalışırım.

BÖLÜM 20

Bulguları Paylaşma

Herhangi bir zamanda ve mekânda, bir ruh sağlığı çalışanı bir değerlendirme yapabilir ve hasta dışında başka kimseye bilgi vermeden tam bir tedavi süreci yürütebilir. Böyle nadir bir durum ancak özelde çalışan ve yalıtılmış bir klinisyenin ofisinde olur. Fakat sigorta şirketlerinin, resmî kurumların ve sağlık kuruluşlarının giderek artan talepleri, nerede çalışırsanız çalışın ya da hastanız kim olursa olsun, bulgularınızı birileriyle paylaşmanızı gerektirecektir.

YAZILI RAPOR

En deneyimli klinisyenler bile bilgiyi dağınık bir şekilde elde eder. Bu nedenle, bulgularınızı rapor etmeden önce organize etmeniz gerekmektedir. Yazılı ve sözlü raporların organizasyonu birbirine çok benzer. Yazılı raporlar genellikle daha bütüncüldür; o nedenle ilkin, daha detaylı olarak bu tür ele alınacaktır. Ek C'de, örnek olarak bir hastayla görüşmenin tam kaydı ve yazılı raporu sunulmaktadır.

Tanımlayıcı Veriler

Tanımlayıcı veriler, öz geçmişini rapor ettiğiniz hastanın zihinsel bir görüntüsünün okuyucuda oluşması için bir çerçeve sağlar. Raporun ilk bir ya da iki satırında isim, yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, din ve ilgili bulunan diğer bilgiler gibi temel demografik veriler sunulur. Orduya bağlı hizmet

merkezlerinde tanımlayıcı veriler hastanın rütbesini de içerir; gazi hastanelerinde ise göreve bağlı iş görmezlik durumu olup olmadığını not etmeniz gerekir.

Her durumda, hasta kurumunuza ilk defa mı geliyor yoksa daha önce görüldü mü not etmeniz gerekmektedir.

Temel Yakınma

Bölüm 2'de tanımlandığı gibi, temel yakınma hastanın tedaviye gelmesinin ana nedenidir. Bu genellikle doğrudan alıntı yapılarak yazılır, fakat bazen –özellikle de belirsiz, uzun ve karmaşık olduğunda– özetleyerek ya da kısaltarak yazmak isteyebilirsiniz. Bazen klinisyen iki temel yakınmaya atıfta bulunur: Biri hastanın kendisinden; diğeri ise bir yakını, arkadaşı ya da başka (uygun bir şekilde belirlenmiş) bir bilgi kaynağından. Bu çifte raporlama bir bilgi istediğinizde uygun biçimde tepki veremeyecek kadar kafası karışık olan (örneğin çok genç) ya da iş birliği yapmayan hastalar için uygun olabilir.

Kaynak Kişiler

Bilgi aldığınız kişilerin kısaca isimlerini belirtin ve her birinin güvenirliğini tahmin etmeye çalışın. Hastanızın yanı sıra, hastanın hikâyesini bütünleştirmek için bilgi aldığınız akrabalardan, arkadaşlardan, diğer sağlık çalışanlarından ve eski dosyalardan da bahsediniz.

Hastalık Öyküsü

Bu kısım, tüm raporun en önemli kısmıdır. Hastalık öyküsünü yazarken, birkaç kuralı aklınızda bulundurmanızda fayda var.

- Öykü kronolojik olmalıdır. Bütün iyi hikâyelerde olduğu gibi bir giriş, gelişme ve sonuç bölümü olmalıdır. Öykü genellikle hastalığın ilk epizodu ile başlar. Bazı klinisyenler aşağıdaki gibi bir açılış cümlesiyle başlar:

> Bay Turner, yaşadığı birçok depresyon atağından ilki olan 32 yaşındaki epizoduna kadar gayet iyiydi.

Bu tek cümlede, okuyucuya (1) klinik ilgi alanı (duygudurum bozuklukları: depresyon), (2) başlangıç yaşı, (3) Bay Turner'ın sorununun yeni olmadığı ve (4) yetişkinlik yaşamının hastalık öncesine kadar sağlıklı olduğu konularında bilgi verilmiştir. Öykü aktarımına başladıktan sonra, az ya

da çok kronolojik bir akış sürdürmeye ve hastayı bu sefer tedavi arayışına yönelten nedenlere değinerek bitirmeye özen gösteriniz.

Aynı nedenle kuruma defalarca kabul edilmiş olan hastalar için, durumu anlatan kısa bir not gereksiz ve uzun tekrarlamaları engelleyecektir:

> Bay Turner, 32 yaşından beri beş kere şiddetli depresyon sebebiyle bu kliniğe kabul edilmiş ve bunların tamamında elektrokonvulsif terapi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. İki yıl önce en son buradan ayrılışının sonrasında, bağımsız olarak yaşamış ve çalışmıştır. İki hafta önce, genellikle bir depresyon atağının başlangıcına işaret eden bitkinlik ve işe olan ilgisinde azalma dikkatini çekmiştir.

- En iyi tanınızı destekleyin. Öne çıkardığınız malzeme, en muhtemel olduğunu düşündüğünüz tanı için tanı ölçütlerini (Kuzey Amerika'da DSM-5) yansıtmalı. Örneğin diyelim ki hastanızda hem depresyon hem de psikoz belirtileri var. Size göre psikotik özellikli melankoli en olası tanıysa (DSM terimleriyle psikotik ve melankolik özellikler gösteren major depresif epizod), şu anki hastalığın öyküsünde hastanızın şiddetli depresyon dönemleri dışında hiç psikotik belirtisi olmadığı bulgusunu vurgulamalısınız. Açıktır ki bu, belirsizlikleri ya da olası diğer tanıları saklamalısınız anlamına gelmez. Fakat yazdıklarınız, şimdiye kadarki verilerle tutarlı olarak, öykünün, zihinsel durumun ve tanının tutarlı bir bütünün destekleyici parçalarını oluşturacağı bir genel resim oluşturabilmelidir.

- Öykü karmaşıksa, açık hâle getirmeye çalışın. Bunu yapmanın bir yolu, en iyi tanınızı desteklemeyen detayları sonraya bırakmak olabilir. Bu daha az ilişkili bilgiler, daha sonra kişisel ya da sosyal öykü bölümünde verilebilir. Ayrıca farklı (ama muhtemelen kesişen) temaları, şu anki hastalığın öyküsü kısmında farklı paragraflarda sunabilirsiniz. Hastanızın hastaneye yatırılmasının asıl nedeni olan depresyonu tanımladıktan sonra aşağıdaki gibi devam edebilirsiniz:

> Depresyonuna ek olarak, Bay Turner'ın karşı cinsin kıyafetlerini giyme eğilimi de vardır. Bu yaklaşık olarak 6 yaş civarında başlamıştır.

- Malzemenizi düzenleyin. Bir saatlik bir görüşmeyi henüz bitirdiyseniz ve bir telefon rehberi kalınlığındaki eski hasta kayıtlarını okumuşsanız, çoğu okuyucunun bilmesi gerekenden çok daha fazlasını öğrenmişsinizdir. Elinizdeki malzemeyi kısaltmak için önceki tedavileri bir ya da iki satırda özetleyebilir, hastaneye yatışlarını kategorilere ayırıp (mani için birçok kere, depresyon için birçok kere) tipik bir epizodun belirti listesini çıkarabilirsiniz. Bu, okuyucunuzu genellikle benzer bilgilerin tekrarına karşı korur.

> O sırada (depresyonunun ilk epizodu) öncelikle uyuşukluk hissetmiş ve işine karşı ilgisinde azalma fark etmiştir. Sonraki birkaç haftada gittikçe anorektik olmuş ve 4,5 kilo kaybetmiş, her sabah erkenden uyanmasına ve dolanmasına sebep olacak şekilde insomnia yaşamıştır. Bu belirti örüntüsü takip eden epizodlarda da tekrarlanmıştır.

Platt ve McMath'ın (1979) vurguladığı gibi "Şu anki hastalık öyküsü geçirilen tıbbi bakıma dair bir destan değil, alınan temel bilginin özenle sunulması biçiminde olmalıdır."

- Önemli olumsuz yanıtları da belirtin. Hastanın yakınmalarıyla ilişkili farklı klinik boyutları araştırırken, bazı bozuklukları dışlamak ya da dâhil etmek amacıyla birçok soru soracaksınız. Bazı olumsuz yanıtlar ayırıcı (tanı) listesinden en uygun tanıyı seçmenize yardımcı olabilir. Bu tür yanıtlar, *"önemli (ya da uygun) olumsuzlar"* olarak adlandırılır ve şu anki hastalığın tarihçesi sunulurken önemli olumlu yanıtlarla birlikte raporlanmalıdır.

> Bay Leeborg hafta içinde işini kaybettiği için aşırı depresif hissettiğini söylemesine rağmen, insomnia, iştah kaybı ve cinselliğe ilgi kaybı olmadığını belirtmiştir.

- Bulgularınızı açık ve sade bir dille ifade edin. Okuyucularınızın arasında akıl sağlığı alanının karmaşık jargonuna alışık olmayanlar olabilir. Profesyonel dergilerde kullanılan kısaltmalar dışında kısaltma kullanmaktan kaçının. Kısa cümleler ve etken yüklemler düşüncenizdeki berraklığı yansıtacaktır.
- Hasta bir "vaka" değil, insandır. Birçok klinisyen hastaya "bu manik" ya da "bu şizofrenik" biçiminde referans vermenin uygunsuz olduğunu düşünmektedir. Her zaman hastanızı "manisi olan bu kişi" ya da "şizofrenisi olan bu kişi" biçiminde tanımlamaya çalışın. Bu cümle kullanımları, okuyucunun hastanın insani tarafına dair duygularını korumasına yardımcı olacaktır.

Kişisel ve Sosyal Öykü

Çocukluktan Yetişkinlik Hayatına

Bilgileri sunarken kronolojik sıralamaya olabildiğince bağlı kalmalısınız. Doğum ve erken çocukluk dönemiyle başlayıp, eğitim hayatı (eğer varsa), askerlik deneyimi, cinsel hayat, evlilik, iş hayatı, yasal sorun geçmişi ve dini ile devam edebilirsiniz. Yazarken paragraf ya da taslak stili kullanabilirsiniz; eğer dikte ettirecekseniz paragraf, elle ya da bilgisayarla yazacaksanız taslak stili daha uygun olacaktır.

Bu bölümde hastanızın geçmişine ilişkin tam bir tablo sunabilmek için uğraşın. Bunu yaparken, şimdiki hastalığın tarihçesi bölümünde hâlihazırda aktarılmış olan bilgileri çıkarın. Hastaların yaşam öyküsü içinde sürekli olarak tekrarladığı anekdot

ve gereksiz detayları tekrar düzenleyin. Dissosiyatif bozukluktan şüphelendiğiniz bir hastada çocuklukta cinsel istismar öyküsünün olmayışı ya da antisosyal kişilik bozukluğu şüphesi olan bir hastada mükemmel okul öyküsü gibi önemli olumsuzları da öyküye dâhil etmelisiniz. Ayrıca geçmişteki madde ya da alkol kötüye kullanımı gibi şu an hastanın hayatını etkilemediği için şimdiki hastalık öyküsünden çıkardığınız önemli olumlu gelişmeleri de hikâyeye dâhil etmelisiniz.

Aile Öyküsü

Aile öyküsü, hastanın kendi yaşam öyküsünün bir parçası olmasına rağmen genellikle ayrı bir paragrafta rapor edilir. Böyle olmasının nedeni, bireyin gelişiminde ailenin biyolojik ve çevresel etkilerinin vurgulanmak istenmesidir. Yazarken ruhsal bozukluklar kadar fiziksel bozukluklarla ilgili elde ettiğiniz bilgileri de dâhil etmeye çalışın. Ruhsal hastalıkları yazarken tanının yanında, tanıyı destekleyecek ya da çürütecek olan verileri de raporunuza dâhil ettiğinizden emin olun. Örneğin:

> Bayan Garwaith'in babası, şizofreni teşhisi almış olsa da iki kere hastanede tedavi görmüş ve çıkmıştır; görünür olarak iyileşmiş ve zorlayıcı bir iş olan şarkı söyleyerek garsonluk yapma mesleğini sürdürmektedir.

Sonrasında özetle, babanın öyküsünün daha çok duygudurum bozukluğuna benzediği sonucuna varabilirsiniz.

Hasta evlatlıksa ya da aile öyküsü tamamen olumsuzsa, bunu da belirtin ve devam edin.

Tıbbi Öykü

Herhangi bir ameliyat, ciddi tıbbi hastalık, devam eden ya da yakın zamanda bitmiş ilaç kullanımı ve ruh sağlığıyla ilişkili olmayan nedenlerle hastane yatışı varsa bahsedin. Herhangi bir alerji, özellikle de ilaçlara, varsa listeleyin. Hiç alerji yoksa, bunu da not edin çünkü bu bilgi, ilaç tedavisinin bu hasta için sözkonusu olup olamayacağı konusunda önem arz edebilir. Şimdiye kadar bahsetmediyseniz, sigara ya da alkol tüketimi gibi alışkanlıklardan bahsedin.

Sistemlerin Gözden Geçirilmesi

Geçmiş ya da şimdiki fiziksel sorunları sorgularken alınan herhangi bir olumlu yanıt varsa bahsedin. Ayırıcı tanıda somatizasyon (somatik belirtiler) bozukluğu söz konusu olacaksa, somatizasyona özgü sistemler değerlendirmesi (detaylar için bk., Ek B) için olumlu olarak puanladığınız belirtileri listeleyiniz.

Zihinsel Durum Değerlendirmesi

Birçok hasta için zihinsel durum değerlendirmesi normal olacak ve kısaca üstünden geçilebilecektir. Çeşitli alanları hangi sıralama ile yazdığınız değil, bu alanların her birinden bahsetmiş olmanız, hepsini düşündüğünüzü vurgulamak açısından önemlidir. Hastanızın zihinsel durumunu tanımlarken hem tanınızı hem de ayırıcı tanınızı desteklemek ya da çürütmek için hangi detaylara ihtiyacınız olduğunu aklınızda bulundurun. Sadece olumlu bilgiyi değil, ayırıcı listelemenizde tanınızı daha yukarı ya da aşağı sıralara koymanıza yarayan önemli olumsuz bilgileri de raporlamalısınız.

Hastanın genel görünüşünü ve giyimini anlatın ve göründüğü yaş ile bulunduğu yaş arasında bir fark varsa bunu belirtin. Duygulanımın tüm yönlerinden bahsettiğinizden emin olun. Eğer duygulanım türü sıradansa, "ortalama" demek tanımlayıcı olacaktır ama hızlı değişimden ya da uygunluktan da bahsedin. Normal dışılıkları tanımlamaya çalışırken, hastanın davranış ya da görüntüsüne dair belirli bir ipucu niteliği taşımayan "garip" ya da "acayip" gibi genel terimleri kullanmayın. Bunun yerine gerçekten tanımlayıcı olabilecek kelime ve yapıları seçmek için çaba sarf edin: Örneğin "Hastanın giyimi tuhaftı." demek yerine şöyle söyleyebilirsiniz: "Hasta bir tütü (bale sanatçılarının giydikleri kısa etek) ve eski un çuvalından vücudu saran el dikişi bir tayt giymişti."

Yazılı ruhsal durum kayıtlarının yasal belge niteliğinde olduğunu unutmayın. Bu belgeler avukat tarafından ya da hastanın kendisi tarafından istenebilir. Bu nedenle, ifade biçimi ve sözcük seçimlerinizin detaylı incelemeye uygun olduğundan emin olun. Şakalardan, yakınmaktan ve özel tutulması gereken diğer yorumlardan kaçının. Eğer küçültücü olabilecek bir görüşü ifade etme ihtiyacı hissederseniz, bunun sizin çıkarımınız olduğunu kabul ederek cümleyi nitelendirin.

Sarhoş *görünüyordu*...

Tavrı ayartıcı (seduktif) bir izlenim *bıraktı*...

Düşünce akışı (başlığı) altında, konuşmanın hızı ve ritminin yanı sıra, çağrışım herhangi bir anormallikten de bahsettiğinizden emin olun. Hastanın konuşma tarzına örnek oluşturması ve sonraki değişimi değerlendirmede bir referans oluşturması amacıyla doğrudan alıntı yaparak örnekler verin.

Düşünce içeriği altında raporladığınız bulgular genellikle şimdiki hastalık öyküsünde zaten bahsetmiş olduklarınızın benzeri olacaktır. Ayrıca mümkün olan ama sergilenmemiş diğer düşünce içeriklerinden bahsetmelisiniz. Birçok hastanın psikopatolojik düşünce içeriği olmamasına rağmen, hepsi bir şey söylerler (tamamen sessiz olanlar hariç). Söylediği her neyse bunu kısaca özetlemelisiniz:

Hastanın düşünce içeriği büyük ölçüde geçmişteki sadakatsizlikleriyle ve karısının onu terk etmek üzere olmasıyla şekillenmişti. Sanrı, varsanı, obsesyon ya da fobi belirtmemişti.

Hastanızın dil ve konuşma zorlukları olduğunda bunların ne olduğunu belirtin ve ne ima ettiğinizi anlatan bir örnek de verin:

> Bayan Treat, basit komutları anlayabilmesine ve akıcı konuşabilmesine rağmen, isimlendirme afazisi göstermektedir: Klipsi isimlendirememiş ve tükenmez kalemi işaret etmiştir ve kol saatini "zaman şeyi" olarak isimlendirmiştir.

Bilişsel yetileri raporlarken, basitçe hasta "normal" ya da "yetileri tam" demek yeterli değildir. Hangi testleri uyguladığınızdan, verilen tepkilerden ve tepkileri nasıl yorumladığınızdan bahsetmelisiniz. Verilen hatalı tepkiler ne ölçüde alakasız? Koşullar hata yapılmasını kolaylaştırıyor mu? Örneğin hastanız bir ismi, rengi veya bir sokak adını 5 dakika boyunca hatırlayamıyorsa, bu depresyona bağlı odaklanma güçlüğüyle açıklanabilir mi? Soyutlama becerisi zarar görmüş mü? Eğer öyleyse, hangi testi kullandınız ve yanıtları neydi? Yedili seri testini (100'den geriye 7'şer saymayı) raporlarken hata sayısını ve hesaplama hızını not edin. Hasta bu hesaplamaları yaparken parmaklarından yardım aldı mı?

İçgörü ve yargılamayı raporlarken, genellikle yorum yapmak (mükemmel, iyi, zayıf, kötü gibi) zorunda kalacaksınız fakat sonuca nasıl vardığınızı yazdığınızdan emin olun:

> Bayan Rafael, açık bir şekilde manik belirtileri olmasına rağmen, hayatında bir gün bile hasta olmadığını belirtmiştir. Bu da içgörüsünün zayıf olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte yargılaması oldukça iyidir: "Testler için" hastanede kalmayı kabul etmiş, hatta lityum almayı sürdürebileceğini söylemiştir.

TANINIZI RAPORLAMA

Kuzey Amerika'da psikiyatrik tanı için standart olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın (DSM) birbirini izleyen baskıları kullanılır. Dünyanın geri kalanı da genellikle araştırma ve uzman görüşleriyle temellendirilmiş olan *Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması*'nın (ICD) baskılarından birini kullanmaktadır. Uzmanlardan oluşan bir komite tarafından hazırlanmış olan DSM güçlü bir görgül bilgiyle temellendirilmiştir ve hastaların değerlendirileceği çeşitli alanları belirler.

- Birinci alan temel klinik belirtilerdir; çoğu ruh sağlığı hastası bu tanılardan en az birine sahiptir. Bu sendromlar depresyon, psikoz, kaygı bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, ruh sağlığı klinisyenlerinin tanı koyup tedavi uyguladığı diğer klinik durumlar ve bunlarla birlikte zihinsel yetersizlikler ve kişilik bozukluklarıdır. Eğer birden fazla tanı söz konusuysa, ta-

mamı bildirilir; ancak öncelikli olarak, var olan değerlendirmeden sorumlu olan listelenir.

- Hastayı anlamanıza katkıda bulunacak fiziksel tanılar –örneğin astım, diyabet, obezite ve temporal lob epilepsi– okuyucuya hastanın tıbbi sorunlarını anlamada yardımcı olacaktır.
- Sonrasında geçmiş yıllarda hastanın ruhsal durumuna yol açmış ya da etkilemiş olabilecek ya da tedaviyi etkileyebilecek psikososyal stres etmenleri gelir. Bölüm 5'te yer alan Tablo 5.1'de, stres yaratan etmenlerin bazıları listelenmiştir. Not alırken stres sınıflamalarını değil, stres etmenini açık olarak yazın.
- İşlevsellliğin Genel Değerlendirilmesi (DSM-IV-TR'a kadar DSM'lerde yer alan fakat DSM-5'ten çıkarılmasına rağmen benim hâlâ önerdiğim) hastanın genel işlevselliğini değerlendirir. İki tür değerlendirme yapılabilir: birincisi şu anın değerlendirilmesi ve ikincisi geçen yıl içindeki en yüksek işlevsellik düzeyinin değerlendirilmesidir. Ölçek 100 (en yüksek) ve 1 (en düşük) aralığında değişmektedir. Ölçeği "*DSM-5 Made Easy*" kitabımda ya da internetten arayarak bulabilirsiniz.

FORMÜLASYON

Vaka formülasyonunda hastanın geçmişine dair öğrendiğiniz her şeyi daha iyi bir geleceğe yol gösterecek biçimde sentezlemeye çalışırsınız. Formülasyon hazırlamak için çeşitli gerekçeler vardır:

Hasta hakkındaki düşüncenizi odaklamak

Tanınızın ardında yatan mantığı özetlemek

Gelecekte ihtiyaç olabilecek bilgileri ve tedaviyi belirlemek

Hastanın kısa özetini sunmak

Birçok format kullanılabilir; bazıları dâhil ettiğiniz tüm materyali tekrar sunma riskini taşıyacak kadar kapsamlıdır. Burada sunulan yöntem öz, bütünlük ve basitliğin avantajlarını birleştiren bir yaklaşımdır.

Formülasyonun çeşitli bölümleri içinde en önemli iki tanesi, ayırıcı tanı ve sürdürücü faktörlerdir. Bu kısımlar, topladığınız tüm materyali bir araya getirmekte kullanacağınız orijinal düşünceleri içerir.

Örnek formülasyon aşağıda parça parça sunulmuştur.

Kısa Tekrarlama

Tanımlayıcı kısa bilginin ardından şimdiki hastalığın öyküsüne ve zihinsel durum değerlendirmesine dayalı olarak belirtileri ve belirtilerin gidişatını belirtin. İhtiyaç duyduğunuz bilgiler için raporun tümünden faydalanın.

> Bayan Juneau, evli ve geçmişte şizofreni olarak adlandırılmış psikozu için iki hastane yatışı bulunan 27 yaşında bir kadındır. Üç hafta boyunca odasında kalmış, oruç tutmuş ve kendisinin sebep olduğunu söylediği dünyanın sonuna hazırlanmıştır. Kocası eşinin kilo kaybından endişelenmeye başladığında onu hastaneye getirmiştir.

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı listenizdeki tüm tanılar, destekleyen ve desteklemeyen kanıtlarla birlikte sunulmalıdır. Kişilik bozuklukları da dâhil tüm olası tanılardan bahsedin.

Psikozla (sanrılarla) birlikte seyreden nörobilişsel bozukluk. 8 sene önce kafa travması öyküsü.

Madde kullanımı. Hasta iki psikotik epizodu boyunca yoğun bir şekilde içki içmiş fakat psikoz çözüldükten sonra hiç içmemiş.

Depresyon. Bayan Juneau üzgün, umutsuz ve evlenmeden önce işlediği ve açıkça belirtmediği bir günahtan ötürü suçlu hissetmektedir. Kendisi anoreksiktir, neredeyse hiç uyumamaktadır ve yaklaşık 4,5 kilo kaybetmiştir.

Şizofreni. Mevcut sanrıları var. Geçmişte bir epizodu boyunca Yahudileri kurtarmak için dünyaya geldiğine inanmış

En İyi Tanı

Uygun gördüğünüz tanıyı, neden onu seçtiğinizi ve temel aldığınız ölçüt sistemini (DSM ya da ICD'nin güncel baskısı) belirtin. En iyi tanınızın hiyerarşide en yukarda olan olmayabileceğini aklınızda bulundurun. Bunun en önemli örneği nörobilişsel bozukluklardır; bu tür bozukluklar, eğer mümkünse her zaman ilk başta elenmelidir fakat genellikle en olası tanı değildirler:

> Bayan Juneau, muhtemelen bipolar I bozukluğun (DSM-5) depresif epizodundadır. Geçmiş psikoz epizodları tamamen çözülmüştür; eşi karısının ilaç kullanmadan bile epizodları arasında iyi olduğunu belirtmiştir. Bütün psikotik belirtileri o dönemdeki duygudurumuyla tutarlı görünmektedir. Kafa travması 8 sene önce gerçekleşmiş ve devamında bir sorun olmamıştır; organisite düşünmek için başka bir gösterge yoktur. Alkol kötüye kullanımı sadece psikotik epizodlarda görülmekte, bu da geçmişe dönük olarak maniyle birlikte giden psikoz olabileceğini düşündürmektedir.

Katkıda Bulunan Faktörler

Bu bölümde, belirlenen çeşitli faktörlerin, hastanın şu anki sorununun gelişimine nasıl katkıda bulunduğunu belirtin. Uygun yerlerde biyolojik, dinamik, psikolojik ve sosyal faktörlerden bahsedin. Uygun yerlerde biyolojik, dinamik, psikolojik ve sosyal faktörlerden bahsediniz. Belirlediğiniz materyale bağlı olarak bu kısım uzun ya da kısa olabilir:

> Bayan Juneau'nun hastalığı için biyolojik altyapı aile öyküsünde görülebilir: annesi tekrarlayan depresyonlar yaşamıştır. Psikolojik tetikleyici 2 ay önce babasının ölümü olabilir. Geçmiş epizodlardan kalan tıbbi masraflar mevcut depresyonun şiddetine katkıda bulunuyor olabilir.

Gereken Diğer Bilgiler

Tanıyı sağlamlaştırmak için ihtiyaç duyabileceğiniz görüşmeleri, testleri ve kayıtları kısaca belirtiniz.

> Bayan Juneau'nun önceki belirtilerinin mani olup olamayacağına bakmak amacıyla önceki yatış kabulleri istenecek. Geçmişte yaşanan kafa travmasının sonradan ortaya çıkabilecek etkilerini anlayabilmek amacıyla MRI düşünülebilir.

Tedavi Planı

Tedavi için önerilerinizi yazın. Bayan Juneau için aşağıdakiler olabilir:

Biyolojik
- Lityum 900mg /gün maninin tekrarının önlemek için
- Fluoxetine 20mg/gün depresyon için
- Olanzapine psikozu kontrol altına almak için

Psikolojik
- Suçluluk ve yas duygularına odaklanmış psikoterapi çalışması

Sosyal
- Finansal planlama ile ilgili yardım
- (?)Adsız Alkoliklere yönlendirme
- Juneau ailesine bipolar I bozuklukla ilgili eğitim verme

Prognoz

Bu hasta için muhtemel tedavi çıktısı ne olabilir?

> Bayan Juneau'nun tamamen iyileşmesi beklenmektedir. Tedbir olarak duygudurum düzenleyicilerin kullanılması takip eden epizodları önleyebilir.

SÖZLÜ SUNUM

Görüşme materyalinizin sözlü sunumu, genellikle yazılı raporla aynı örüntüde olur. Herhangi bir sözlü sunumun 5-6 dakikayı geçmesi durumunda dinleyicilerde oluşabilecek sıkılma ve dikkat dağılması nedeniyle genellikle yazılı raporlara göre daha kısadır. Bununla birlikte, hastanızı ne kadar iyi anladığınızı gösteren bütüncül ve kapsayıcı bir çerçeve sunmalısınız.

Ayrıca ne kadar iyi organize olduğunuzu da gösterebilirsiniz. Resmî bir sunum için bulgularınızı küçük bir not kartına yazın. Bu sunum boyunca hız kazanmanıza yarayacak, gerektiğinde hafızanızı uyarmanızı sağlayacak ve bilgiye ihtiyacınız olduğunda hastanızın kayıtları arasında bir ileri bir geri gitmenin yaratacağı rahatsızlığa engel olacaktır.

Sözlü bir sunum yaparken, tanınız ve ayırıcı tanınızla ilgili hazır olun. En iyi tanınızı seçerkenki gerekçeleriniz konusunda kafanız net olmalıdır; bazı dinleyiciler en iyi tanınızı veri ve mantık doğrultusunda savunmanızı isteyebilir."

BÖLÜM 21

Görüşmenizdeki Sorunları Gidermek

Belli bir dereceye kadar, her görüşmenin eksiklikleri ve her görüşmecinin de hataları vardır. Uzman görüşme sanatı, ilkini dengelemek ve ikincisini en aza indirmekte yatmaktadır. Bu bölümde, yeni başlayan klinisyenlerin sıklıkla karşılaştıkları ya da bir kez farkına vardıklarında karşılaşabilecekleri sorunlara değineceğiz.

Tabii ki bir değerlendirme görüşmesi birçok yönden ters gidebilir; ancak görüşme çıktıları sadece birkaç biçimde etkilenebilir. Muhtemelen, hastayla kurulan iyi ilişki nadiren sorunlu bir görüşmenin kurbanı olur; çoğu klinisyenin başarılı olduğu bir alan varsa, o da hastalarıyla kurdukları geçici iş birliği ilişkisidir. Yine de görüşme sürecinde atılan yanlış adımlar kimi zaman hastaları tedaviyi bırakmaya yöneltebilir.

Beklenildiği gibi gitmeyen bir görüşmenin diğer bir etkisi de elde etmeye çalıştığımız bilgiyle ilgili ortaya çıkar. Biz klinisyenler bazen, gerçekte öyle olmasa da tam ve kesin olan bilgilere ulaştığımızı düşünürüz. Değerlendirme görüşmesi, yeni bir hasta ile ilgili gerçekleri bilinçli olarak öğrenmeye çalıştığımız zamandır. Ne kadar bilgi edindiğimizi düşünüyor olabileceğimize bakmaksızın, ister sadece bir saat sürsün ya da birkaç seansa yayılsın ilk bilgi toplama aşamasının ardından hasta hakkında bir izlenim oluşturma eğiliminde oluruz. Bir kere tanısal bir izlenim oluşturduktan sonra, ardından gelen ikna edici bilgi karşısında bile ilk izlenimizi yeniden gözden geçirip değiştirmek zor gelebilir.

SORUNLU GÖRÜŞMEYİ FARK ETMEK

İyi haber: Görüşmede neyin yanlış gittiğini fark ettiğiniz zaman birçok görüşme durumu düzeltilebilir. Kötü haber: Burda ise neyin yanlış gittiğini bilmek zor olabilir. Bu bölümde, yanlış giden durumlarla ilgili size ipucu verebilecek bazı işaretler aktarılmıştır.

Görüşme Sırasında

Hastayla konuşurken bile, görüşmenin çıkmaza girdiğine işaret eden davranışlara karşı uyanık olmalısınız.

- Hasta sessizleşir, ters davranır veya eleştirel olur. Hastalarla olan birçok etkileşim oldukça iyi başlar, ancak etkileşimler boyunca, bazen hastanın sürecini bozan bir şey olur. Hastanın tavrındaki bir değişim bu durum için kanıt sağlar. Başta iş birlikçi ve konuşkan olan biri, sizin görünüşte ihtilafsız ifadeleriniz üzerinde tartışmaya başlar. Başlangıçta konuşkan olan bir diğer kişi, kendiliğinden yorumlar yapmayı bırakır ya da açık uçlu sorulara tek sözcükle veya oflayıp puflayarak yanıt verir.
- Odada etrafına bakınan bir hastanın varsanılarının (halisinasyonlarının) devam ediyor olma olasılığına rağmen, bu hastanın diyaloğa yönelik ilgisini kaybetmiş olma ve farklı bir şey yapmak isteme olasılığı daha yüksektir. Hatta ben hastaların aniden odadan çıktıklarını ve görüşmeyi bitirmeden ayrıldıklarını bile bilirim. Dikkat dağılmasına ilişkin tüm işaretler önemlidir: Hastanın etkin katılımı olmadan bilgi sağlıklı olmayabilir, kaldı ki doğru bile olmayabilir.
- Özellikle aynı soruyu tekrarladığınızda birbiri ile çelişen cevaplar alırsınız.
- Ayırıcı tanının önemli bir parçasını saptayacak soruların aklınıza gelmediğini görürsünüz.
- Hastanız sürekli olarak sizin soruları tekrar etmenizi ister.
- Ayağa kalkmak ve odayı terk etmek istersiniz.

Görüşme Sonrasında

Hastanız gider gitmez, başka bir kanıt size bir şeylerin ters gittiğini söyleyebilir.

- Önemli bilgi alanlarını ihmal etmiş olduğunuzu anlarsınız.
- Hasta bir dahaki randevuyu almayı reddeder.
- Elde etmiş olduğunuz bilgi, eski kayıtlardan ya da ikincil kaynaklardan elde ettiğiniz bilgi ile çelişir.
- Elinizdeki bilgi ayrıcı tanı açısından sadece tek bir konuya değinir.
- Futbol hakkında çok şey, hastanın tarihçesi hakkında ise çok az şey öğrenmişsinizdir.

- Hastanın duyguları hakkında yeteri kadar bilgi öğrenmemişsinizdir.
- Her görüşme için kritik olabilecek konulardan biri hiç ortaya çıkmamıştır: cinsellik, madde kullanımı, intihar düşünceleri gibi.

NEYİN YANLIŞ OLDUĞU NASIL BELİRLENİR?

Aşağıda yer alan tanı adımları, görüşmenizde neyin yanlış gittiğini belirlemenize yardımcı olabilir. Yukarıda bahsettiğim sorunların hiçbiriyle karşışlaşmamış olsanız bile, yine de arada sırada, korkusuzca ilk adımı atmanızı öneririm. Sonuç olarak, aralarındaki en sinsi hata, dikkatinizden kaçan hatadır.

Kayıt Almak

Tabii ki sadece hastanız iznini sözel olarak ifade ettiği taktirde, görüşmeyi kayıt edebilirsiniz ancak bu durum nadiren bir sorun olur. Görüşme süreciyle ilgili daha fazla şey öğrenmeye çalıştığınızı ve görüşmeyi kaydetmenin hastanızın ihtiyaçları hakkında size daha iyi bir anlayış kazandıracağını açıklayabilirsiniz. Sizin deneyim düzeyinizde ya da benim kendi deneyim düzeyimde, ne öğrenmeye ihtiyacınız varsa onu öğrenmek istediğinizi kabul etmekle ilgili kendinizi hiç kötü (yavaş öğrenen biri gibi) hissetmeyin; ben hiç hissetmiyorum. Deneyimlerime göre, hastaların çok küçük bir bölümü kayıt edilmek için izin vermeyi reddedecektir.

Masanızın üzerinde ikinizin arasına rahatsızlık vermeyecek biçimde yerleştirilen küçük bir kayıt cihazı işinizi kolayca görecektir. Eğer oda yeterince sessizse (koridordan gelen yüksek sesler yoksa ya da ısıtma sistemi kendi hâlinde çalışıyorsa), bir zorluk yaşamadan her iki sesi de yakalayabilirsiniz. Çok fazla çevresel ses olması durumunda, "T" bağlantısıyla birleştirilmiş bir çift klipsli mikrofonla netlik sağlanabilir.

Eğer hem hastayı hem de sizi gösterir şekilde kamerayı yerleştirebilirseniz, video kaydı çok daha iyi olacaktır (Ses netliği için, kameraya bağlı olmayan harici mikrofonlara ihtiyacınız olacaktır). Sadece hastanın görünüşüyle değil, aynı zamanda kendi yüz ifadeleriniz ve vücut dilinizdeki diğer ögelerle de ilgileneceksiniz. Kaşlarınızı çatar mısınız, gözlerinizi kısarak bakar mısınız, sıkılmış görünür müsünüz veya gözlerinizi devirir misiniz? Ya da sadece ara sıra, bir cesaretlendirme gülümsemesi yapamadınız mı? Göz temasını sürdürür müsünüz veya zamanınızın hepsini notlarını karalayarak mı geçirirsiniz? Ek E bölümündeki araç, kendinizi değerlendirmeniz için size bazı ek yapıları verebilir.

Tanıklı Görüşmeler Yapmak

Kendi ses ya da video kayıtlarınız ne kadar güçlü olursa olsun, kayıtların etkililiğini çok az bir dış yardımla arttırabilirsiniz. Kuşaklar boyunca, tanıklı görüşme

psikiyatristlerin kurul sertifikasyonuna uygunluğunun onaylanmasında standart bir araç olmuştur. Çalışma arkadaşlarınızın birinden birkaç saat ayırmasını rica ederek, kurul adaylarının maruz kaldığı ölüm-kalım travmasını yaşamadan da aynı yararı elde edebilirsiniz. Tabi ki bu durum, üç kişinin programlarını koordine etmesini gerektirir. Bunun dışında, bir hasta ile görüşürken danışmanınızın orada oturması sizin için yeni bir durum olacaktır; siz bir değerlendirme yaparken, odada fiziksel olarak başka birinin bulunmasının hastanızda yaratacağı sorunları hiç saymıyorum. Genel olarak, az önce üzerinde konuşmuş olduğumuz kayıt türlerinden (sesli ya da görüntülü) biri üzerinden yerel bir uzmanla birlikte yapacağınız bir değerlendirme daha etkilidir (Hastanızın başka bir klinisyenin materyale erişiminin olabileceğini kabul ettiğinden emin olun.).

Bunlarla birlikte, uygun bir danışman bulmak kendi içinde bir ya da iki sorun taşır. İyi bir seçim, bir iyilik isteyecek kadar tanıdığınız ancak çok da iyi tanımadığınız biri olmalıdır. Sizi kollamakla çok fazla uğraşmadan, tam olarak neyin ters gittiğini size söylemeye istekli bir klinisyene ihtiyacınız vardır (Açık sözlülük bir danışmandan en çok beklenen özelliktir; bu nedenle, içten ve samimi olduğunu bildiğiniz birini bulmaya çalışın.). Birçok görüşme deneyimi olan birinden, mezun olmuş olsanız bile, belki eğitim programınızda yer alan bir eğitmeninizden destek isteyin. Tam bir görüşmenizi dinlemeye (ya da izlemeye) ve sizin tekniğinizle ilgili yarım saat ya da daha fazla geri bildirimde bulunmaya gerçekten zaman ayıracak birine ihtiyacınız vardır. Hatta sizinkinden farklı bir disiplinden gelen bir klinisyen de olabilir; aradığınız deneyim ve bakış açısı, kuramsal duruş değil. Özellikle birçok görüşmenizde zorluklar yaşamaktaysanız, öyle bir kişi sizin için çok değerlidir.

NE ÖĞRENECEKSİNİZ (VE ONUNLA NE YAPACAKSINIZ)?

Yukarıda anlatılan yöntemler, sizi sözel tiklerinizle yüzleşmeye (bana güvenin, bu yüzleşme acı vericidir) zorlamanın yanı sıra, üzerinde durduğumuz görüşme davranışları spektrumu içindeki güçlükleri de ortaya çıkarabilir. Ortaya çıkabilecek zorlukların birkaçı bu bölümdedir. Ayrıca aşağıda yer alan sayfa numaraları, sizi yapmanız gereken davranışların yer aldığı kitap bölümlerine yönlendirecektir.

- *Görüşmenin kapsamı çok sınırlı.* Merkezdeki bir ya da iki tane ana soruya odaklanarak (şiddetli duygudurum bozukluğu ve psikoz akla gelir), daha az ilişkili görülebilecek ancak yine de önemli olan araştırılmamış konuları dışarıda bırakmak kolaydır. Madde kullanımının yol açtığı evlilik/aile sorunları ve hemen hemen tüm major tanıları karmaşık hâle getirebilecek olan kişilik sorunları bahsi geçen konuya verilebilecek iki örnektir. Serbest konuşma, geniş bir kapsam sağlandığından emin olmanın bir yoludur. Sayfa 200.

- *İpuçlarını izlemede yetersiz kalma.* Görüşme boyunca bırakılan ipuçlarını incelemezseniz, hata riski oluşturursunuz. Diyelim ki hastanız "Babamın

aileden gitmiş olduğu yıllarda, oldukça fazla taşkınlık yapıyordum." dedi. Hastanın "taşkınlık yapmak" ile neyi kastettiğinin peşine düşebilirseniz, böylece davranım bozukluğu (conduct disorder) ve çocukluktaki öğrenme güçlükleri ile ilgili birçok bilgiyi elde edersiniz. Ancak, Baba'nın neden aileden uzakta olduğunu sormayı hatırladınız mı? Öğrendiğiniz her ne ise (boşanma, hapis cezası, bir akıl hastanesine yatış, bebek bakıcısı ile kaçma) tanı koymanızda önemli olabilir. Sayfa 54.

- *Açık uçlu soruların yetersiz kullanımı.* Daha fazla araştırmak için bir konu alanı belirlediğinizde, kullandığınız sorular edindiğiniz bilginin niteliği ve niceliğini belirleme açısından kritik olabilir. Eğer hastanızın "çocukken (fiziksel) istismara uğramış" olduğunu duyarsanız; ona kimin vurduğu, bunun ne zaman ve hangi koşullar altında olduğuyla ilgili bir düzine soru sorabilir ve hastanızın aynı zamanda cinsel istismara da uğramış olduğunu asla öğrenmeyebilirsiniz. Uzman danışmanınız size, ilk olarak "Lütfen, bana biraz daha bu konudan bahseder misiniz?" tarzında bazı açık uçlu sorular sormanızın daha iyi bir yaklaşım olabileceğini söyleyebilirdi. Böylelikle, soruşturulması önemli olan bir alanın zamanından önce yolunun tıkanmasını önlerdiniz. Sürpriz bir biçimde, açık uçlu soruların bu tür yaşantıların duygusal sonuçlarıyla ilişkili şeyleri de ortaya çıkartma olasılığı daha yüksektir. Belirli bilgileri garantiye almaya çok fazla kafayı takmaları, görüşmecilerin ortak bir hatasıdır. Öyle ki görüşmeciler, hastaların en önemli endişelerini rahat bir şekilde açığa vurmaları için hastaya yeterli alan tanımayı tamamiyle ihmal eder. Bu duruma özellikle, serbest konuşmaya yeterli (ya da hiç) zaman ayrılmayan görüşmelerde rastlarım. Sayfa 55 ve 64.

- *Uygun olmayan inceleme.* Bir defa hastanızın aklındaki en öncelikli şeyi öğrendiğinizde, bu sorunla ilgili daha özgün bilgilere ihtiyaç duyacaksınız. Kötü seçilen irdelemelerle (çok uzun, çok belirsiz ya da olumsuz ifade edilen sorularla), önemsiz şeylerin batağında çıkmaza girebilir ya da etkileyici olsun diye söylenen sözlerin çıkmaz sokağında kaybolabilirsiniz. "Neden..." ile başlayan sorular, sizi tam anlamıyla hiçbir yere götürmeyen yorumlara yol açar. Bunun yerine hassaslığı, kısalığı ve doğruluğu teşvik eden irdelemelere odaklanın. Sayfa 57.

- *Görüşmenin kontrolünün yetersiz olması.* Çok konuşan ya da saldırgan bir hasta sizin iyi ilişkinizi zayıflatabilir ve elde edeceğiniz bilgiyi azaltabilir. Tabi ki bu, çok sık yaşanan bir sorun olamayacaktır çünkü birçok hasta sizinle iş birliği yapmaya çalışır. Ne var ki kaydedilmiş görüşmeler, belirli hazırcevap özellikleri veya davranışları olan bazı hastaların, kontrolü ele almak için sizinle nasıl mücadele ettiğini hemen anlamanızı sağlayabilir. Eğer hastanızla olan bu savaşı kaybederseniz, kendinizi olmanız gereken yerin kilometrelerce uzağında bir noktada –muthemelen hastanızın ona kaba davranan damadı veya eşin alkol sorunu hakkında pek çok bilgiye sahipken, hastanın belirtileri ve kişiliği hakkında çok az şey biliyor olarak- bulabilirsiniz. Sayfa 116.

- *Zayıf ilişki (rapport).* Kaydınızın sonunda, hastanızla ne ölçüde iyi ilişki kurmuş olduğunuzu iyice kavramış olmanız gerekir. Ses tonunuzun sıcak olup olmadığını, hikâyesinin ögelerine merakla tepki verip vermediğinizi ve onu özellik-

le sıkıntıya sokan sorunları duyduğunuzda tüm ilginizi gösterip göstermediğinizi göreceksiniz. Bir sorunuz olursa süpervizörünüze danışın; o, sizi bunun gibi bir hassas konuda nesnel olarak bilgilendirebilir. Sayfa 26 ve 120.

- *Hastayı göz ardı etmek.* Tamam, belki göz ardı etmek çok ağır bir sözcük olabilir. Ancak klinisyen, alması gereken bilgilere çok fazla takılıp, hastanın ihtiyaçlarına çok az önem verirse, değerlendirme görüşmesi bir felaket hâline gelebilir. Sonuç: Zaman uzadıkça, hasta gittikçe huzursuz hissedip gerilmeye başlar ve sonunda da görüşme tamamlanmadan odadan çıkıp gider. Sonrasında bu klinisyenle ya da muhtemelen hiçbir klinisyenle başka bir görüşme yapma şansı olmayabilir. Giderek artan gerginliğin küçük işaretlerini izlemek ne kadar çok tatmin edici olabilir ki: bacaklarını hafifçe sallanması, parmaklarını kıtırdatması (burkması) göz temasının azalması ya da yanıt vermeden önce duraklamaların artması. "Bana sanki rahatsız hissediyorsunuz gibi geliyor, nasıl devam etmek istersiniz?" gibi zamanında kullanılmış bir cümle, görüşmeyi ve muthemelen de hastayla ilişkinizi kurtarabilir. Sayfa 198.

- *Görüşme için gerçekçi (etkin) bir planın olmaması.* Kariyerimin başlarında, kurul sınavında başarısız olan bir klinisyen, benden yardım istemek için gelmişti. Tek bir uygulama görüşmesi, bu psikiyatristin tanı koymak için gerekli olan bilgiyi nasıl edineceğine dair hiçbir şey öğrenmeden eğitimini tamamlamış olduğunu anlamama yetti. Böyle bir klinisyenin, en azından rutin olarak bir desteğe ihtiyaç duymadığını bilene kadar, Ek D'de olduğu gibi bir yarı yapılandırılmış görüşme türünü kullanmaya ihtiyacı vardı (Şunu da belirtmeliyim ki ben bugün bile, tanıyı netleştirmek için sorgulama yaptığımda veya sosyal öykünün ayrıntılı olarak araştırılmasında bir hatırlatıcı olarak yarı yapılandırılmış görüşmenin bazı bölümlerini kullanırım.). Sayfa 327.

- *Çok fazla konuşmanız.* Eğer görüşme kayıtlarınız, sizin zamanınızın çoğunu konuşarak –Belki de karmaşık sorular sorarak ve sonrada ne demek istediğinizi açıklamaya çalışarak– geçirdiğinizi gösterirse, yaptığınız görüşmeden alabileceğiniz maksimum bilgiyi alamıyorsunuzdur. Sözel olmayan teşvik edici ifadeler yardımcı olabilir. Böylece siz de sorularınızı dikkatli bir şekilde düzenleyebilirsiniz. Sayfa 37 ve 57.

- *Olumsuz karşıt aktarım.* Bazen sadece bireysel olarak bir hastayı (ya da bir hasta tipini) sevmeyeceksiniz. Görüşme kayıtlarınız konuşmanızın ve beden dilinizin reddinizi ne kadar yansıttığını gösterebilir (muhtemelen sizden daha çok danışmanınıza bunu gösterir). Kişisel tercihler, herhangi bir klinisyeni, hatta uzun zamandır görüşme yapan birini bile etkileyebilir. Öte yandan, birçok deneyimli klinisyen tanı koymak için ihtiyacı olan bilgiyi alana kadar kendi duygularını bir kenara koymayı öğrenir; sonrasında, eğer gerekli olursa, böyle bir hastayı sürekli bakım için yönlendirebilir. Bir meslektaşınızın böyle bir hastanızı canlandırması ve sizinle birlikte bir uygulama yapması, bu hastayla ilgili bazı duygularınızı aşmanızda size yardımcı olabilir. En azından tutumunuzu fark etmeniz bile, belki de tamamen normal ve anlaşılır olmasına rağmen, ruh sağlığı değerlendirmesi çerçevesinde kabul edilemez olan bu duygularınızı (hastayı reddetme) saklamanızda size yardımcı olabilir. Sayfa 28.

- *Yanlış anlama meselesi.* Belki de hasta size basitçe dikkatini vermiyor değildir; bunun yerine sizin kullandığınız klinik jargon karışıklık yaratmış olabilir mi? Belki de siz ve hastanız farklı kültürlerden geliyorsunuzdur ya da farklı aksanlarla konuşuyorsunuzdur. Neredeyse her klinisyenin, en azından ara sıra, karşılaştığı kültürel etki sorunuyla, genellikle aranızdaki farklılıkları açıkça konuşarak ve aranızdaki engelleri azaltmak için çaba göstererek baş edilebilir. İçinizden birinin diğerinin dilini görece iyi konuştuğu durumlarda bile, bir çevirmen bazen yararlı olabilir. Sayfa 31 ve 227.

- *Zamanın tükenmesi.* Bu alt başlık için neredeyse "Zamanınızı iyi yönetememe" yazıyordum ama aslında durum bu olmayabilir. Bazen öykü çok karmaşıktır, hasta geç gelir ya da görüşmeniz için ayrılan zaman bir ruh sağlığı öyküsünün tüm ana alanlarının tam olarak değerlendirilmesi için çok kısadır. Böyle olduğunda, ek bir değerlendirme için zaman belirlemeniz gerekecektir. Olabildiğince tam bir veri tabanınız olmadan, tedaviye yönelik öneriler üzerinde anlaşmak, çok az tavsiye edilir. Sayfa 7.

- *Tanılar arasında taraflı olmak.* Çok fazla tekrarlanan tipik bir örnek: Bir klinisyen hastanın dahiliye uzmanından aldığı bilgiye dayanarak, hastaya major depresyon tanısı koyar ve antidepresan tedavisine başlar – İlaç tedavisi de bu klinisyenin özel uzmanlık alanıdır. Daha sonra, danışman bu hastada somatizasyon bozukluğunun bir formunun (somatik belirtiler) olabileceğini ifade ettiğinde tedavi değişmez. Tanınızı, beklentileriniz değil, hastanın mevcut belirtilerinin örüntüsü belirlemelidir. Sayfa 87 ve 238.

- *Hızlıca bir sonuca atlama.* Bu durumun sorun olabileceği sayısız alan vardır, ancak bir tanesinden özellikle bahsedelim: aile öyküsünü tanılama. Daha önce şizofreni tanısı almış bir akraba ile ilgili sorduğunuz ya da sormadığınız sorular– Kaç yaşındaydı? Belirtileri nelerdi? Belirtileri ne kadar uzun sürdü? Akrabanızın iyileştiği bir dönem oldu mu?– hastanızla ilgili düşüncelerinizi yanlış yöne saptırabilir. Size gelen yeni bir hastayla ilgili daha önceki bir klinisyenin koyduğu tanıyı hızlıca kabul etmeniz bile riskli bir durumdur. Görüşme kaydınız, hastanın kendisi, akrabaları ya da daha önceki kayıtlardan size aktarılan sonuçları bağımsız olarak doğrulamamış olduğunuzu gösterebilir. Sayfa 87.

- *Ayırıcı tanının ihmal edilmesi.* Ayırıcı tanınız, çok düşük görünen olasılıkları kapsamadı. Bunun sonucunda, var olan durumdan bir endokrin bozukluğunun sorumlu olma ihtimalini göz ardı ederek, hasta için standart depresyon tedavisi uygulama riskini almış oldunuz. Sayfa 238.

- *Tanı ölçütlerinin iyi bilinmemesi.* Bir tanıyı çakmak (sabitlemek) için ihtiyaç duyacağınız ilk şey çividir. Bu, ruh sağlığı tanılaması söz konusu olduğunda, çeşitli psikotik durumlar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve benzeri sık görülen zihinsel durumlar hakkında temel özellikleri açısından tanışık olmanın çok ötesinde bilgili olmanız gerektiği

anlamına gelir. Böylece, doğru ve kesin bir tanı koymanızı sağlayacak olan soruları sormayı unutmazsınız. Sayfa 288.

- *Kişisel ve sosyal öyküyü önemsememek.* Hekimler ve genel cerrahlar hastanın kişisel öz geçmişiyle ilgili bilgi elde edinmediğinde, bu bir hatadır; bir ruh sağlığı uzmanı bu hatayı yaptığında, bu bir felaket potansiyeli taşır. Tabii ki manik bozukluk ya da anksiyete bozukluğun belirtilerinin peşinden koşarken, çocukluk dönemindeki ilişkiler veya okul başarısı gibi daha örtük konuları unutmak kolaydır. Bununla beraber bu tür bilgiler tanı ve tedavi için belirleyici olabilir; hemen her zaman, hastayı bir bütün olarak tanıma sürecinizin bir parçasıdır. Sayfa 78.

- *İkaz işaretlerini yok saymak.* Tanı koymak için size ipucu verebilecek olan çeşitli işaretler ve belirtiler, aşırı dikkat çekici bir şeyler içerebilir: bir çocukluk istismarı iması, manik bir ebeveyn, madde bulundurduğu için tutuklanma gibi. Tabii ki bu ikaz işaretleri (red flags), kimi zaman tanıyı destekleyecek bir materyal sağlamayan dikkati başka yöne çekmek için söylenmiş olan sözler olabilir; ancak kararlı olduğunu kanıtlamaya çalışan birine tepeden bakan bir klinisyen olmak istemezsiniz. Sayfa 160.

- *Duyguları unutmak.* Tabi ki bu sürekli olmamalıdır; ancak bazen olur. Öyküdeki tüm bilgilere ulaşma telaşıyla, hastanın anlattığı bir durumla ilgili nasıl hissettiğini ve hatta hastanın şu andaki duygusal durumunu bile sormayı unutursunuz. Bunun, özellikle duyguları hakkında konuşmayı sevmeyen ya da duygularıyla hiç temas etmeyen bir hastayla olması daha mümkündür. Sayfa 62.

- *Belirsizliğe dayanmak.* Uzun yıllara dayanan deneyimlerim sonucunda şunun farkına vardım ki net olmayan hasta zorlayıcı hastadır. Konuşması amaçsızca ordan oraya dolaşan biri ile karşılaştığınızda, içinizden gevşemek ve bu duruma kendinizi bırakmak gelecektir. Eğer bazı hastalara tepkiniz bu olduysa, muhtemelen doğru tanı için ihtiyacınız olandan çok daha azını elde ederek uzaklaşmışsınızdır. Tanıya kesinlik kazandırmak için kapalı uçlu sorular ve tekrarlayan talepler yardımcı olabilir. Sayfa 118 ve 210.

- *Tamamlayıcı kaynakları ihmal etmek.* Zamanın %10'unda, hastayla ilgili "Almakta olduğum bu izlenim doğru mu?" diye bende merak uyandıran, hastaya dair bir şeyler öğrendiğim olur. Ancak sıklıkla zaman baskısı, elde ettiğimiz bilgiyi ikincil kaynaklar ile kontrol etmek gibi basit bir yolu kullanmaktansa, görünen ne ise olduğu gibi kabul etmemiz yönünde bizi etkiler. Dürüst olmak gerekirse, bu çift ve aile terapistlerinin avantajıdır: onlar bilgileri her zaman birden fazla kaynaktan elde ederler. Bu, diğer klinisyenlerin aslında yapabilecekleri ancak imrenerek baktıkları bir durumdur. Sayfa 191.

Karşılaşabileceğiniz başka birçok zorluk, değerlendirdiğiniz hasta sayısıyla ilgilidir. Yukarıda aktarılan yöntemlerden biriyle, sorunun kaynağını öğrenebilmeli ve kitapta bulunan materyalleri kullanarak uygun bir çözüm üretebilmelisiniz.

EK A

Değerlendirme Görüşmesinin Özeti

Bilgi	*Süreç*
Açılış ve Tanışma	
Kendinizi tanıtın Hastanın tedavisindeki rolünüzü açıklayın Süre ve görüşme hedeflerinin taslağını oluşturun	Değerlendirme hedefiniz Hastaya kendi rolünü öğretin Hastanın rahat hissetmesine yardımcı olun
Temel Yakınma	
Tedaviye geliş nedenini sorun	Temel yakınmayı yönlendirici ama açık uçlu bir biçimde sorun
Serbest Konuşma	
Geliş nedenleri üzerine ayrıntılı konuşması için hastaya birkaç dakika tanıyın Klinik ilgi alanlarına kulak verin Düşünce bozulmaları (bilişsel bozukluk) Madde kullanımı Psikoz Duygudurum bozukluğu (depresyon ve mani) Kaygı, kaçınma davranışları ve Uyarılma Fiziksel yakınmalar Sosyal sorunlar ve kişilik sorunları Devam etmeden önce sunulan sorunların özetlenmesi	Görüşmenin ilk kısmı yönlendirmesizdir İyi ilişki (rapport) kurulması Tavrınızı hastanın gereksinimlerine göre düzenleyin Kendi duygularınızı izleyin Olumlu ifadelerinizi açıkça gösterin Hastanızın anlayabileceği bir dil kullanın Hastanızı ya da başkalarını eleştirmeyin Uygun mesafe koymak Kendiniz hakkında konuşmayın Hastaya ünvan ve soyadı ile hitap edin. Sessiz cesaretlendiricilerle akışı destekleyin Göz temasını sürdürün Uygun olduğunda başınızı sallayın ya da gülümseyin

Bilgi	*Süreç*
	Sözlü cesaretlendiriciler
	"Evet" ya da "Hım hım"
	Hastanın kendi sözcüklerini tekrar edin
	Daha fazla bilgi isteyin
	Hasta ilk başta yanıt vermediyse tekrar sorun
	Kısaca özetleyin
	Gerekli olduğunda hastanın güvenini tazeleyin
	Gerçekçi ve güvenilir olmalısınız
	Fizikseli zihinsel belirtilere ilişkin yanlış anlamaları düzeltin
	Varolan Hastalığın Tarihçesi
Belirtilerin tanımlanması	Doğrulara duyulan gereksinimin kabul ettirilmesi
Tip	Bu hastanın ve sizin yararınızadır
Başlangıç ve sıralama	Gizlilikle ilgili güveni tazeleyin: "Bir şeyi tartışmak istemiyorsanız, yalan söylemeyin; sadece başka bir şeyle ilgili konuşulmasını isteyin."
Şiddet	Genel ilkeler
Sıklık	Hastanın söylediklerini yineleyerek doğru anladığınızdan emin olun.
Süre	Olumsuz şekilde soru sormayın
İçerik	Aynı anda birden fazla soru sormaktan kaçının
Stres faktörleri	Kesinliği cesaretlendirin
Vejetatif belirtiler	Soruları kısa tutun
Uyku	Yeni girişimlerde bulunun
Öz bakım ve kilo	Hastanın anlayabileceği terimler kullanın
Günlük değişim	Ayrıntıları inceleyin
Önceki epizod	Dolaysız sorular sorun
Ne zaman?	Kural olarak "Neden..." sorularından kaçının
Hangi belirtiler?	Yüzleştirmeyi seansın sonunda ve bir ya da iki defayı geçmeyecek biçimde sınırlayın "Anlamama yardım edin."
İyileşme tamamlanmış mı?	Açık ve kapalı uçlu soruları karıştırın
Önceki tedavi	Açık uçlu sorular geçerliliği arttırır
Tipi	Kapalı uçlu sorular bilgiyi arttırır
Tedavi uyumu	Duygulara ulaşmanın en iyi yolları:
İstenen etkiler	Konuşma akışının kesilmemesi
Yan etkiler	Açık uçlu sorular "Bana bu konuda daha fazla bilgi verebilir misiniz?"
Hastaneye yatırılma	
Hastalığın sonuçları	
Evlilik ve cinsellik	
Sosyal	
Yasal	
Mesleki (engelli ödemesi?)	
İlgi alanları	
Rahatsızlık	
Belirtilere dair duyguları, davranışlar	
Olumlu ya da olumsuz	

Bilgi

Hasta bu duygularla nasıl başa çıkıyor?
Savunma mekanizması
Dışa vurmak
İnkâr
Değersizleştirme
Yer değiştirme
Çözülme
Fantazi
Mantığa bürüme
Yansıtma
Bastırma
Bölme
Tepki oluşturma
Somatizasyon
Klinik ilgi alanlarını keşfedin

Süreç

Doğrudan duygulara yönelik sorular "Bana depresyonunuzdan bahsedin."
Ayrıca, duygulara ulaşmayı sağlayan diğer yollar:
İlgi ya da empatinizi ifade edin-"Ben de kızgınlık hissederim"
Duyguları yansıtın-"Çileden çıkmış olmalısınız"
Sesteki, beden dilindeki duygusal ipuçlarını izleyin-"Şu an üzgün görünüyorsunuz."
Yorumlar-"Çocuk gibi mi hissettin?"
Analoji-"Anneniz öldüğünde de böyle mi hissetmiştiniz?"
Aşırı duygusallığı azaltın
Yumuşak sesle konuşun
Kapalı uçlu sorular kullanın
Konuya dönmeyi sağlayın
Gereksinim duyduğunuz bilgiyi yeniden açıklayın
Hastanın sizin neyi bilmek istediğinizi anlayıp anlamadığını sorun
Sadece son çare olarak, görüşmeye ara verin

Kişisel ve Sosyal Tarihçe

ÇOCUKLUK VE YETİŞME
Hasta nerede doğmuş?
Kardeş sayısı ve kardeş sıralaması?
Her iki ebeveynle birlikte büyüme?
Ebeveynler geçinebiliyor mu?
Hasta istenen bir çocuk olduğunu hissetmiş mi?
Evlatlıksa;
Hangi koşullarda?
Aile dışı koşullar?
Çocukken sağlığı?
Eğitim?
Bitirdiği son okul?
Okulla ilgili sorunlar?
Hareketlilik düzeyi?
Okul reddi?
Okulda davranış sorunları
Bırakma ya da atılma
Çocukken sosyallik?

Görüşmenin idaresini alın
Baş sallama ve gülümseme ile daha kısa yanıtlar için cesaretlendirin
Daha farklı bir şey bilmeniz gerektiğinde doğrudan ifade edin
Önce empatik yorumlar yapın
Kesmek için parmak kaldırın
Not almayı bırakın
Yukarıdaki adımlar işe yaramazsa
Direkt olun: "İlerlememiz gerekecek"
Daha fazla kapalı uçlu soru kullanın
Çoktan seçmeli soru kullanın
Yeni başlıklara geçin
Hastanın kendi sözcüklerini kullanın
Bilgi verin ve geçiş yapın:
"Şimdi yeni bir konuya geçelim."
Bozulmaları izleyin

Bilgi	*Süreç*
Buluşmalara başlama yaşı?	Anlamlı olumsuzları (özellikle araştırdığınız ama tespit edemediğiniz belirtiler) not edin
Cinsel gelişim	
Hobileri, ilgi alanları	
YETİŞKİN YAŞAMI	DİRENÇLE UĞRAŞMAK
Yaşam koşulları	Öfkelenmenize izin vermeyin
Şu an kiminle yaşıyor?	Konuşmayı durumlardan duygulara kaydırın
Nerede?	
Mali durumu?	Davranışı onaylamayın ama kişiyi kabul edin
Hiç evsiz oldu mu?	
Destek ağı	Sözel ve sözel olmayan yüreklendirmeler yapın
Aile bağları	
Yardımcı olan kurumlar	Hastanın meraklarına odaklanın
Evlilik	Empatinizi ifade edin
Evlilik sayısı	Duyguları normalleştirin
Evlilik yaşı	Hastanın ifade etmeye çalıştığı duyguyu adlandırın
Eşiyle sorunları	
Çocukların yaşı ve cinsiyeti	Hasta konuşmuyorsa, sözel olmayan tepkilerini ilk olarak alın
Üvey çocuk?	
Çalışma hayatının tarihçesi	Eğer bir yüzleştirme yapılmışsa yargılayıcı ya da suçlayıcı olmayın
Şu anki işi	
Yaşamı boyunca çalıştığı işlerin sayısı	RİSKLİ TEKNİKLER
İş değiştirme nedenleri	Olumsuz bir durum için mazeret sunmak: "Bu kadar stresli şeyle uğraşıyor olmak muhtemelen içme isteği yaratıyordur sende"
Hiç kovuldu mu? Neden?	
Askerlik	Aslında gerçekleşmemiş olan olumsuz sonuçları abartmak: "Hiç kimse ölmedi, değil mi?"
Branşı, hizmet süresi?	
Aldığı en yüksek rütbe?	Hastanızın böbürleneceği bir şeyler söylemek "Tutaklanabileceğin ancak tutuklanmadığın herhangi bir şey?"
Disiplin sorunları?	
Çatışma yaşantısı?	
Yasal sorunu olmuş mu?	
Kamusal	
Şiddet davranışları geçmişi	
Tutuklanmalar	
Din: Hangisi? Çocukluğundakinden farklı mı?	
Şu anda hangisine bağlı?	
Boş zaman etkinlikleri	
Kulüpler, organizasyonlar	
Hobiler, ilgiler	
Cinsel tercih ve uyum	
Cinsel yaşamla ilgili detaylar	"Lütfen bana cinsel yaşantından/işlevselliğinden bahset?"
İlk cinsel deneyimi	
Kiminle	
Kaç yaşında	
Ebeveynlerin tepkisi	
Şu anki cinsel tercihleri	

Bilgi	*Süreç*
Mevcut uygulamalar: ayrıntılar Doyumu Sorunları Doğum kontrol yöntemleri Evlilik dışı ilişkiler?	
Parafililer?	
Cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklar?	Cinsel istismarla ilgili konuları dikkatlice sorgulayın: "Sana hiç cinsel amaçlı yaklaşıldı mı?"
İstismar? Çocukken olan sarkıntılıklar Tecavüz Eşin yaptığı istismar	Taciz ya da sarkıntılık ifadelerini kullanmaktan uzak durun.
Madde kötüye kullanımı	Her yetişkinin bir miktar alkol alabileceği gerçeğini yadsımayın.
Maddenin tür Ne süredir kullandığı Miktarı Sonuçları Sağlık sorunları Kontrolü kaybetme Kişisel ve kişilerarası İş Yasal Mali Reçetenin kötüye kullanılması Tedavi?	Şu anki kullanım kadar geçmişi de sorgulayın.
İntihar girişimleri Yöntemler Sonuçları Madde ve alkol bağlantısı? Psikolojik ciddiliği Fizyolojik ciddiliği	Bu konuyu yavaş yavaş çalışabilirsiniz "Hiç umutsuz düşünceleriniz oldu mu?", "Herhangi bir kendine zarar verme düşünceniz?"
Kişilik özellikleri Yaşam boyu süre giden davranış örüntülerine örnekler	Kişiliği ölçmede: Hastanın öz bildirimleri Kaynak kişiler Diğerleriyle olan ilişkilerinin tarihçesi Sizin doğrudan gözlemleriniz

AİLE TARİHÇESİ

Yakın akrabalardaki zihinsel rahatsızlıklar	Kan bağı olan akrabalardan herhangi birinde (ebeveyn, erkek ya da kız kardeş, büyük baba ya da büyükanne, teyze, amca, hala, kuzen ya da yeğen) herhangi bir zihinsel bozukluk (depresyon, mani, psikoz, hastane yatışı, ağır nevroz, madde kullanımı, intihar ya da intihar girişimi, suç geçmişi) olmuş mu?
Ebeveyn ve kardeşlerin tanımı; hastanın onlarla olan ilişkileri	
Çocukken yaşadığı evdeki diğer çocuk ve yetişkinler	

Bilgi	*Süreç*
SAĞLIK TARİHÇESİ	
Önemli rahatsızlıklar Ameliyatlar Ruh sağlığı sorununa bağlı olmayan ilaç kullanımları Doz Sıklık Yan etki Alerjiler Hangi koşullar Hangi ilaçlara Ruh sağlığı sorununa bağlı olmayan hastane yatışları Çocukluk dönemi cinsel ya da fiziksel istismarı HIV/AIDS riski Fiziksel engeller	Bu bilgiler tüm ruh sağlığı çalışanları için önemlidir.
GENEL SİSTEM DEĞERLENDİRMESİ	
İştah bozuklukları Kafa travması Konvülsivon Bilinç kaybı Adet öncesi sendrom Somatizasyon bozukluğunun detaylı olarak değerlendirilmesi	Bu alanda yapılan tespitler ruh sağlığı tanısı konusunda özel öneme sahiptir. (Ek B'ye bakın)
Zihinsel Durum Değerlendirmesi	
Görünüm Görünen yaş Etnik köken Vücut yapısı, duruş Beslenme Giyim: Düzen? Tertip? Temizlik? Stil? Hijyen Saç modeli Beden süsleri (dövme vb.)? Takı? Uyanıklık: Tam? Uyukulu? Stupor? Koma? Genel davranış Hareketlilik düzeyi Tremors? Mannerizm ve steryotipiler Yüz ifadeleri Göz teması Ses Görüşmeciye yönelik tutumlar Duygudurum Tür	Tarihçe alırken ki gözlemler

Bilgi	*Süreç*
Tutarlılık Uygunluk Şiddet Düşünce akışı Kelime çağrışımları Konuşma akışı ve ritmi Bunu mu demek istediniz? Düşünce içeriği Sanrılar Varsanılar Kaygı Fobiler Obsesyonlar ve kompulsiyonlar İntihar ve şiddet	Tarihçe alırken ki gözlemler
Oryantasyon: kişi, yer, zaman	"Şimdi size bazı rutin sorular soracağım...."
Dil: anlama, akıcılık, adlandırma, tekrarlama, okuma, yazma	
Bellek: Anlık? Kısa erimli? Uzun erimli?	"Hafızanız nasıldır? Test etsem rahatsız olur musunuz?"
Dikkat ve odaklanma Sıralı olaylar Geriye sayma	
Kültürel bilgiler Son zamanlardaki olaylar Beş başbakanın adı	
Soyut düşünme Atasözleri Benzerlikler ve farklılıklar	
İçgörü	
Yargılama	
	Kapanış Bulgularınızı özetleyin Bir sonraki görüşmeyi düzenleyin "Bana sormak istediğiniz herhangi bir sorunuz var mı?"

EK B

Seçilmiş Bazı Bozukluklar İçin Tanımlama ve Tanı Ölçütleri

Bu ekte, görece yaygın olan ve iyi çalışılan ruhsal bozuklukların tipik belirtileri ve gidişatı ile ilgili özet tanımlamalar vereceğim. Neden olarak madde kullanımının ve genel tıbbi durumların dışarıda bırakılması ve hastanın sıkıntıdan ya da iş, okul veya diğer insanlarla geçinmesinde bozulmuş işlevsellikten yakınmasının belirlenmesi *her zaman* önemlidir.

Bu paragrafların çeşitli bozukluklar için tanı değil, tanımlama odaklı olduğunu unutmayın. Eğer ölçüte ihtiyaç duyarsanız, uygun metinlere ulaşın (ya da Dr. Google'a danışın).

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Depresyon; hastaların anormal düzeyde düşük enerjili hissettikleri, bazen de hüzünlü hissettikleri bozulmuş bir duygudurumdur. Hasta oldukça fazla sıkıntı yaşar, duygudurumu üzerinde kontrol kaybı hisseder ve sıklıkla intihar düşünceleri olur. Depresyonun her biri farklı alternatiflerle adlandırılan birçok farklı biçimi olabilir. Bunlar çoğunlukla örtüşmektedir ve hasta aslında birden fazla kategoride yer alabilir. Burada depresyonun önemli türlerinin öne çıkan özelliklerini vereceğim.

Majör Depresif Bozukluk

- Majör depresif bozukluk, hastaların bazen kendilerini depresif hissetmeleriyle tanımladıkları, bazen de sadece huzursuz hissetmelerini ya da genelde hoşlandıkları aktivitelerde bile enerji ya da ilgi kaybı yaşıyor olarak tanımlayabildikleri ayrı epizodlar içerir. Her durumda, hastanın önceki işlevsellik düzeyinden farklı kesin değişim söz konusudur.

- Bu hastalarda, iştahta artış ya da azalma, bunun sonucunda genellikle kilo artışı ya da kaybı, uykuda azalma ya da artış, psikomotor hızlanma ya da yavaşlama, yorgunluk veya enerji azalması, değersizlik veya suçluluk hissi, odaklanma sorunları, ölüm düşünceleri, isteği ve intihar düşünceleri gibi ilişkili belirtilerden bir kısmı bulunmaktadır.
- Bu belirtiler, yalnızca az düzeyde sıkıntıya yol açacak şekilde hafif düzeyde olabilir. Belirtiler hafif düzeyde olsa bile bunlar hastanın bunlardan rahatsızlık duyması veya işlevselliğinde düşüş yaşaması için yeterlidir. Ciddi düzeyde depresyon ise psikoz veya gerçekten ciddi bozulmalar bile kapsayabilir.
- Buradaki önemli dışlama ölçütü, depresyonun tıbbi bir hastalığa ya da madde kullanımına bağlı olmamasıdır.

Depresif hastaların yaklaşık %25'inde görülen manik veya hipomanik epizodlar bipolar I veya bipolar II (Aşağıda yer alan Bipolar Bozukluklar bölümüne bakın) bozukluklar olarak tanılandırılabilir. Duygudurumda yükselmelerinin olmadığı bir öykü, tek bir majör depresif epizod unipolar depresyon olarak tanılandırılabilir (major depresif bozukluk, tek epizod ya da tekrarlayan).

Buradaki başka bir sorun, tanı el kitaplarının bunu netleştirmek için bir şey yapmamasıdır. Tedavi için geldiklerinde birçok depresyon hastasının diğer önemli bozukluklara da sahip oldukları bir gerçektir. Örneğin; benim *somatizasyon bozukluğu* olarak adlandırmayı tercih ettiğim (Aşağıdaki Somatizasyon Bozukluk bölümüne bakın) bir bozukluğu olan hasta, depresif de olabilir ve daha önce *ikincil depresyon* tanısı almış olabilir. İlaç, elektrokonvulsif terapi gibi tedavilere olumsuz yanıt verdiğinden dolayı, bu tür bir depresyon hakkında bilgi sahibi olmak uzun vadede önemlidir. Başka bir örnek de madde kötüye kullanıma bağlı depresyon olabilir.

Melankoli

Resmî olarak *melankoli özellikleri olan majör depresyon epizod* olarak adlandırılan, geleneksel olarak da melankoli olarak bilinen bu depresyon türü, tetikleyici stres faktörleri belirlenemediği için bazen *endojen depresyon* olarak da adlandırılmaktadır. Bu hastaların geçirmiş oldukları birden fazla depresyon epizodu olabilir; ayrıca bu kişilerin depresyon yaşamış yakınlarının olması muhtemeldir.

- Hastalık süresince, hastalar her zamanki olağan faaliyetlerinden daha az keyif alabilir ve normalde diğer kişilerin zevk alacağı faaliyetlerle neşelenmezler. Onlar genellikle sabahları kalkılacak saatlerden çok daha erken uyanır ve günün geri kalanında kendilerini yorgun hisseder. Genellikle az yemek yerler ve ciddi kilo kayıpları görülebilir. Psikomotor yavaşlama veya hızlanma gösterebilirler.
- Bu kişiler eşleri veya bir akrabaları öldüğünde hissettiklerinden daha kötü hissettiklerini söyler. Hasta oldukları gerçeğine dair çok az içgörüleri vardır: Önceki epizod tamamen iyileşmiş bile olsa, onlar şiddetle bu durumdan kurtulmanın olası bir sonuç olabileceğini inkâr edebilir.
- Derin suçluluk duyguları nedeni ile kısmen intihar girişimi riski altındadırlar, tedavi edilmeyen yaklaşık %15 hasta kendisini öldürür.

Atipik Depresyon

Atipik depresyon hastalarında major depresif epizod vardır –ters dönmüş olarak. Bu kişilerde tipik ağır depresyonda beklediğiniz belirtilerin tam tersi vardır.

- Uykusuzluktan ziyade, aşırı uyuma eğilimindedirler (hipersomnia).
- Anoreksiyadan ziyade, normalden daha fazla yerler ve kilo alırlar.
- Gün içinde duygudurumları değişiyorsa, sabahları daha iyi hissedip geceleri daha kötü hissetmektedirler.
- Depresif veya değil, bu kişiler eleştirilmeye karşı özellikle duyarlıdırlar.

Dirençli Depresyon Bozukluğu (Distimi)

- Major depresyon epizodlarına göre, distimi daha az şiddetli ancak daha uzun sürelidir (en az 2 yıl). Distimi hastalarının çoğu, yaşamları boyunca depresif görünmektedir.
- Bu kişiler de majör depresyonda olan belirtilerin bazılarına sahiptir; ancak bu belirtiler, daha az ve daha hafif düzeydedir (bu kişilerde ne psikotik belirtiler ne de intihar düşünceleri veya davranışları vardır). Bu kişiler, çalışabildikleri ve kendilerine ve ailelerine bakabildikleri hâlde hayattan keyif almaz. Majör depresif epizod tabloya eklenmedikçe nadiren hastaneye yatış gerekir.
- Her zamanki gibi, bu bozukluk için de belirtilerin tıbbi bir bozukluğa ve madde kullanıma bağlı olmaması gerekmektedir.

Bipolar Bozukluklar

- Bipolar I bozukluğunun mani dönemi, genellikle aniden öforik ya da aşırı konuşma veya aşırı hareketliliğin eşlik ettiği huzursuz duygudurumu ile başlamaktadır.
- Manik hastalar kolayca dağılabilir, az uykuya ihtiyaç duyar, grandiyöz plan ve projelere dâhil olurlar.
- Daha çok hastalandıkça, içgörülerini ve yargılama yetilerini kaybederler. Gelişigüzel cinsel birliktelikler, sahip olmadıkları paraları harcamak, sıkıntılı kararlar almak gibi daha sonra pişman olacakları sözler söyler veya davranışlarda bulunurlar.
- Anormal güçlü ve enerjik hissedebilirler. Bazıları özel güçleri veya özel dinî görevleri olduğuna inanabilir.
- Birçoğu, büyük olasılıkla davranışlarını engellemek için kimyasal bir fren olarak aşırı içmektedir.

Çoğu mani hastasının aynı zamanda majör depresyon atakları vardır. Bu döngü bipolar I bozukluk olarak bilinmektedir. Bazı bipolar hastalarında tam olarak mani diye bileceğimiz dönemler yoktur; bunun yerine psikoza yol açmayan ve hastane yatışı gerektirmeyen, daha hafif belirtilerden oluşan "yükselme" olarak adlandırabileceğimiz dönemler sergilemektedirler. Söz konusu bu daha hafif belirtiler bipolar II olarak adlandırılmaktadır. Tedavi olmasa bile her iki türden hastalar da genellikle tamamen iyileşmektedir.

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreniler

Her ne kadar şizofreniden sadece bir hastalıkmış gibi bahsedilse de bu sınıflandırma gerçekte birkaç farklı bozukluğu içerir. Bazı hastalar, gerçek şizofreni belirtileri başlamadan önce neredeyse tamamen normal gibi görünse de pek çoğu, içine kapanık ve yalnızlığı seven çocuklar olmuştur. Bazıları şizotipal kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılayacak düzeydedir.

- Genellikle, bireyin felsefe, din ya da büyücülükle ilgili hâle gelmesi; kaygı ya da kafa karışıklığının baskın duygudurum olması gibi ön *belirtiler* olur. Kendini yalıtma artar, akrabalar ya da arkadaşlar, tam olarak psikotik olmasa da çeşitli garip davranışları fark edebilirler.
- Hastanın kafası içsel duyumları ve deneyimleriyle meşgul olduğu için iş ya da okuldaki işlevselliği düşer. Yakınlarının, hastadaki değişimi fark etmesi ancak bu aşamada mümkün olabilir. Yönelim korunsa da içgörü tipik olarak kaybolmuş ve yargılama ciddi seviyede gerilemiştir. Hastalar dürtü kontrolünü kaybedebilir ve fark edilebilir düzeyde ajite olduklarında bazen kendilerine ya da başkalarına karşı saldırganlaşabilir.
- Aktif belirtiler, genellikle yaşamın erken zamanlarında, geç ergenlik ya da 20'li yaşların başında başlar ve pek çok ay içerisinde gitgide, yavaş yavaş artar. Gitgide *varsanılar* başlar (en sık görüleni işitseldir), zamanla daha ısrarcı bir hâle gelirler. Sanrılar (özellikle kötülük yapılacağı ile ilgili) gelişir. *Negatif belirtiler* (apati ya da künt, şaşkın ya da yersiz duygulanım gibi) görülebilir. Konuşma sırasında *düşüncelerin arasındaki bağlantılar* sıklıkla oldukça zayıf ve belirsizdir. Hastaların sadece çok küçük bir kısmı, katatonik belirtiler gibi *bozulmuş davranışlar* geliştirir. Tanı koyabilmek için bu beş belirti kümesi içindeki iki ya da daha fazla belirtinin (ve bu belirtilerden en az birinin sanrılar, varsanılar ya da bozulmuş düşünce/konuşma olması gereklidir) görülebilmesi gerekmektedir.
- Hastalık kroniktir. Bir hastanın şizofreni tanısı alabilmesi için en az 6 aylık bir hastalık dönemi olması gerekmektedir. Antipsikotik ilaç tedavisi psikotik belirtileri azaltsa ya da ortadan kaldırsa da çok az hasta hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönebilmektedir.

Eskiden şizofreni hastalarına alt tip bir tanı da verilirdi: paranoid, katatonik, dezorganize, ayrışmamış ya da rezidüel. DSM-5, bu ayrımlarla uğraşmayı bıraktı (bunun nedeni, kısmen bu ayrımların bireylerde sürekli olarak aynı şekilde kalmamasıydı). Ancak belirtileri, zarar görme (perseküsyon) sanrıları ve işitsel varsanılarla sınırlı olan – eskiden paranoid şizofreni dediğimiz– duygulanımları bozulmamış ve belirtileri otuzlu yaşlarına hatta sonrasına kadar göstermeyen hastaları belirtmek bazen hâlâ yararlıdır.

Uyarı: Aşırı bir şekilde tanılanmaması için şizofreninin belirtileri günümüzde çok dikkatli bir şekilde belirlenmiştir. Birkaç yıl önceye kadar ağır depresyon, mani, kişilik bozukluğu ya da nörobilişsel bozukluklar şizofreni olarak yanlış bir şekilde tanılanmıştır. Bugünlerde bile bu zaman zaman olabilmektedir. Şizofreni tanısını uzun yıllardır taşıyan

hastalar periyodik olarak yeniden değerlendirilmelidir. Psikotik belirtilerin, hasta sadece depresif ya da manik epizod deneyimlerken ortaya çıktığı durumlar için özellikle dikkatli olunmalıdır: Bu türden hastalar şizofreni tanısı almamalıdır.

Şizoafektif Bozukluk

Kafa karıştırıcı bir tanı olan şizoafektif bozukluk, hem psikotik hem de duygudurum belirtileri olan dokuz hastasını tanımlamak için, iyi bilinen bir hekim olan Jacob Kasanin tarafından 1933 yılında tanıtıldı. Bu tanımlama pek çok insana uyabileceği için (şizofrenisi olan hastalar aynı zamanda sıklıkla depresif hissederler ya da hissedeceklerdir) terimin kullanımı hızlıca arttı. Aradan geçen 80'den fazla yıldan sonra popülerliği daha da arttı. Şimdi ise bazı klinisyenler tarafından baştan savma, klinisyen olmayanlar tarafından ise daha da baştan savma bir şekilde kullanılmaktadır: Birkaç yıl önce bir psikiyatrist, meşhur bir yazısında bu tanıyı hastalarının çoğuna verdiğini yazmıştır. Ancak bu kavram, zaman içerisinde her psikozun şizofreni olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

- Şizoafektif bozukluğu olan hastalar, epizodun çoğunda, şizofreninin beş psikotik görünümünden ikisine (yukarıda bahsedildiği gibi, sanrılar, varsanılar, bozulmuş düşünme/konuşma, dezorganize davranış ve negatif belirtiler) ve aynı zamanda majör depresif ya da manik epizoda (ya da karışık görünümlü bir duygudurum epizodu) sahiptir.
- En az iki hafta olmak üzere, birey baskın bir duygudurum belirtisi olmaksızın sanrılar ya da varsanılar yaşamalıdır. Bipolar ya da depresif olmak üzere bir alt tip belirleyebilirsiniz.

Son yıllarda çok sayıda tarama çalışması şizoafektif bozukluğun ayrı, farklı bir tanı olduğunu göstermek konusunda başarısız olmuştur (Aslında, Kasanin'in asıl hastalarından birkaçı bugünün standartlarını karşılamaktadır.). Şizoafektif bozukluğun hem yargıcılar arası güvenirliği hem de tanısal kararlılığı düşük görünmektedir.

Şizofreniform Bozukluk

Şizofreniform bozukluk için sıralanan ölçütlerle ilgili olarak bir zorluk yoktur. Bunun nedeni bu terimin sadece bir "yer tutma imi" olmasıdır –klinisyenin kesin bir tanı koyabilmesi için yeterince emin olmadığı durumları ifade etmek için kullanılır.

- Şizofreniform bozukluk toplam sürenin 6 aydan daha az olması koşulu haricinde tam olarak şizofreni gibi tanımlanır. Bu zaman sınırı, yapılan pek çok çalışma sonucunda elde edilen, psikotik belirtileri daha kısa süreli olarak yaşayan hastaların tam olarak iyileşebileceği bulgusunu yansıtmaktadır.
- 6 ay geçtikten sonra hasta yeniden tanılanmalıdır. Eğer belirtiler devam ediyorsa, muhtemelen asıl şizofreni tanısını kullanacaksınız. Eğer belirtiler hafiflemişse tanıyı, psikozun eşlik ettiği duygudurum bozukluğu ya da tıbbi bir hastalıktan kaynaklanan psikoz gibi başka bir tanıyla değiştirebilirsiniz.

Şizofreniform bozukluğu tanısını kullanırsak, birkaç etkene dayanarak prognozu öngörebilmemiz beklenebilir. Bir hasta aşağıda sıralanan durumlardan ikisini

sergiliyorsa, hastanın göreceli olarak iyileşme ihtimali olduğu söylenebilir (kronik bir hastalık gidişi olmayacak demektir): (1) Gerçek psikotik belirtiler, hastanın işlevselliğinin ya da davranışlarının ilk gözlemlenebilir değişiminden önceki dört hafta içerisinde başlamışsa. (2) En psikotik olduğu tabloda, hasta afallamış ya da kafası karışmış görünürse. (3) Hastalıktan önceki iş ve sosyal işlevsellik iyiyse. (4) Duygulanım kısıtlanmamışsa.

Sanrısal Bozukluk

- Sanrısal bozukluğu olan hastalarının tuhaf olmayan sanrıları vardır (uzaylılar tarafından kaçırılmış olma gibi imkânsız sanrılar değildir). Ancak sanrılar tipik olarak görülen tek belirtidir (sanrıların temalarıyla ilişkiliyse dokunma ya da koku varsanıları olabilir). Bu nedenle de şizofreni gibi diğer psikotik bozuklukların tanılarını karşılamazlar.
- Bu hastalık bir kere ortaya çıktıktan sonra hastalığın kronik olma eğilimi vardır.
- Duygudurum ve iletişim becerileri iyi bir şekilde korunur: Bu kişiler, eğer bir işleri varsa çalışmaya devam edebilir. Ancak sosyal çevrede sorun yaşarlar ve sıklıkla aile üyeleri tarafından tedaviye yönlendirilirler.

Sanrıların kendileri temel alınarak, sanrısal bozukluk için birkaç farklı tip tanımlanmıştır:

Erotomanik. Birinin (genellikle ünlü ya da daha yüksek sosyal statüsü olan birileri) kendisine aşık olduğuna dair inançla karakterizedir. Bu hastalar, bazen halka mal olmuş kişileri takip ederek ya da bu kişileri taciz ederek haber olabilir.

Grandiyöz. Bu insanlar özel yetenekleri ya da içgörüleri olduğuna inanır. Bazıları, çok değerli bir şey icat ettiklerini iddia eder. Bunun bir sonucu olarak da planlarını gerçekleştirmek üzere devlet kurumlarının kapılarını (patent ofisi, polis) aşındırdıkları olur.

Kötücül (Persecutory). Hasta (ya da ilişkide olduğu yakın biri) aldatılmış, ilaç verilmiş, takip edilmiş, iftiraya uğramış ya da farklı şekillerde mağdur edilmiştir.

Kıskançlık. Bu kişiler, en sık olarak eşlerinin sadakatsiz olduklarına inanır. Bu fikri doğrulamak için de eşlerini takip ederler ya da eşlerinin aşığı olduğunu düşündükleri kişiyle yüzleşirler.

Somatik. Bu hastalar sıklıkla, vücutlarının bazı bölümlerinin bozuk olduğuna, rahatsız edici bir vücut kokusu, parazit ya da derilerinin üstünde ya da altında böcek olduğuna inanarak tıbbi yardım ararlar.

Karışık. Hasta yukarıdaki temalardan iki ya da daha fazlasını yaklaşık eşit oranda yaşar.

Belirlenmemiş.

Madde/İlaç Kullanımına ya da Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk

Madde/ilaç kullanımına bağlı psikotik bozukluk sınıflaması, reçeteli ilaçlar da dâhil olmak üzere madde kötüye kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan bütün psikozları kapsar. Baskın

olan belirtiler (varsanılar ya da sanrılar) ilacın türüne bağlı olarak ilk anda akut olarak ya da yoksunluk döneminde ortaya çıkabilir. Süre genellikle kısa ve sınırlıdır.

Alkole bağlı işitsel varsanılar ve kronik amfetamin kullanımına eşlik eden sanrısal durum bu bozukluğun klasik örnekleridir. Psikotik belirtiler, paranoid şizofreniden ayrıştırılamayabilir. Marihuana, kokain, inhalanlar, opioidler, fensiklidin ve diğer halüsinojenler ve sedatif/hipnotikler de bu durumların yaşanmasına neden olabilir.

Tıbbi durumlar için uygulama hemen hemen aynıdır. Oldukça fazla çeşitte tıbbi durum sanrılar ve varsanıların tümünü, hareket anomalilerini (katatonik belirtiler gibi) ve negatif belirtiler de dâhil olmak üzere, önemli çeşitlilikte psikotik belirtiyi ortaya çıkarabilir.

Benzer sınıflandırmalar (ve tartışmalar), duygudurum ve kaygı bozuklukları için de geçerlidir.

MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Terminoloji değişmeye devam etse de bozukluğun kendisi aynı kalır: alkol ve madde kötüye kullanımı. 21. yüzyıl, DSM-5'in şimdi madde kullanımı bozukluğu olarak adlandırdığı ve giderek genişleyen bir yelpazedeki bağımlığa yol açabilecek maddeleri beraberinde getirmiştir.

Söz konusu bu bağımlılık tanımlaması; ilaç toleransı (ilacın sürekli kullanımında daha az etkiye sahip olması ya da tam etki alabilmek için kişinin daha fazla doz kullanmak zorunda kalması), doz azaltıldığında geri çekilme belirtileri, kullanımı kontrol etmek için yapılan başarısız girişimler, maddeye ulaşmak ya da kullanmak için çok fazla zaman harcamak, madde kullanımından dolayı önemli aktivitelerin azalması, iş/okul veya evdeki önemli sorumlulukları yerine getirmekteki başarısızlık (tekrarlayan devamsızlık, çocukları ya da evi ihmal etmek, kötü iş performansı), devam eden madde kötüye kullanımın fiziksel ya da psikolojik sorunlara muhtemelen yol açtığını bilmesine rağmen kullanmak, madde kullanımın fiziksel tehlikelere (araba kullanmak gibi) yol açtığını bilerek kullanmak, sosyal ve ilişki sorunlarına yol açtığını ya da bunları kötüleştirdiğini (kavgalar, tartışmalar gibi) bilerek kullanmaya devam etmek gibi davranışların bazılarının varlığına ve son olarak davranışsal olmayan bir ölçüt olarak kişinin madde için can atmasına veya şiddetle kullanmak istemesine bağlıdır.

NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Nörobilişsel bozukluklar, beyinde kalıcı ya da geçici olarak oluşan işlevsel bozukluklarla ilişkilendirilen davranışsal ya da psikolojik anormalliklerdir. Bozuklukların nedeni beynin yapı, kimya ya da fizyolojisindeki bir anormallik olabilir, ancak kesin etiyolojisi her zaman bilinememektedir. Bozulma dört temel alanın herhangi birinde ortaya çıkabilir: zihinsel işlevsellik, yargılama, bellek ve yönelim. Bazı hastalar aynı zamanda duygudurum ya da dürtü kontrolüyle ilişkili anormalliklere sahiptir. Nörobilişsel bozukluklar geleneksel biçimde genel olarak deliryum ya da demans olmak üzere sınıflandırılmışlardır; bunama şu anda DSM-5'e göre majör nörobilişsel bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır.

Deliryum

Deliryum genellikle akut olarak başlar ve nedeni beynin dışında ortaya çıkan bir şeyden kaynaklanır. Şiddeti dalgalanma eğilimindedir ve altta yatan durum yatıştığında genellikle kısa ömürlüdür.

- Hastalar dikkati toplayamaz ya da sürdüremez ve dikkatleri sıklıkla çabucak dağılır. Düşünme süreçleri yavaşlar; sorun çözme ve yargılamada sorun yaşamaktadırlar.
- Yönelim, dil kullanımı, yürütücü işlevler, bellek, öğrenme ve algıda yaşanan (varsanılar) sorunlar gibi düşüncede değişiklikler de meydana gelmektedir. Varsanılar hastanın kafasını karıştırabilmektedir; bu nedenle hastalar rüyada mı, yoksa uyanık mı olduklarına karar verememektedir. Hastalar varsanıları gerçek olarak kabul edebilmekte; bu yüzden kaygı ya da korku deneyimleyerek bazen kaçma girişimlerinde bulunabilmektedir.
- Deliryumun nedenleri arasında endokrin bozuklukları, enfeksiyon, beyin tümörü, alkol alımının kesilmesi, madde zehirlenmesi, vitamin eksikliği, ateş, nöbetler, ciğer ya da böbrek hastalıkları, zehirli maddeler ve ameliyat sonrası etkiler bulunmaktadır. Çoklu nedenler tekil epizodlara katkıda bulunabilmektedir.
- Belirtiler hızlı bir şekilde gelişir ve geceleri kötüleşme eğilimi gösterir; bu olgu *günbatımı* (sundowning) olarak adlandırılır. Belirtiler sonradan hatırlanmaya çalışıldığında, kopukluk ve belirsizlikler olabilir.

Bunama

DSM-5'te yer alan majör nörobilişsel bozukluğa (ya da bunama, özünü korumak adına ben de genellikle bu adı kullanmaya devam edeceğim) sahip hastalarda, çalışma ve sosyal hayatı etkilemeye yetecek kadar şiddetli düzeyde düşünme ve hatırlama becerilerinin kaybolduğu görülür. Bunama geçici olabilir ancak çoğunlukla kalıcılık gösterir ve sıklıkla hasta yargılama ve soyut düşünmede bozulma gösterme noktasına gelene kadar ilerler. Şiddetli bunamaya sahip hastalar aile üyelerini tanımayabilir, hatta kendi evlerinde kaybolabilirler. Uygunsuz şakalar yapma ya da kişisel temizliğini ihmal etme gibi durumlarda görüldüğü biçimiyle yargılama ve dürtü kontrolünü başaramama, sosyal saygınlıklarını kaybetmelerine yol açabilir. Dil kullanımı kabiliyeti, bozukluğun geç evrelerine dek genellikle korunur.

Bunamanın temel özellikleri aşağıdakileri kapsamaktadır:

- Klinisyen, hasta hakkında bilgi veren kişi ve/veya hastanın kendisi, hastanın bilişsel süreçlerinin daha önceki performans seviyesine göre azalma gösterdiği konusunda endişelenmektedir.
- Standart nörobilişsel testler (ya da eşdeğerli bir klinik değerlendirme), hastanın performansının normların 2 (majör nörobilişsel bozukluk için) ya da (DSM-5'in şu an orta dereceli nörobilişsel bozukluk olarak adlandırdığı) 1-2 standart sapma altında olduğunu ortaya koymaktadır.
- Belirtiler hastanın bağımsızlığını sınırlandırmakta (majör nörobilişsel bozukluk için) ya da sınırlandırmamaktadır (hafif nörobilişsel bozuklukta hasta çabalayarak yerine koyabilmektedir).
- Belirtiler farklı temel bir zihinsel bozuklukla daha iyi şekilde açıklanamamakta ve sadece deliryumla ortaya çıkmamaktadır.

Bunamanın başlangıcı, genellikle sinsidir ve deliryumda çok yaygın olarak görülen yanlış kavramsallaştırmalar (varsanı ve illüzyonlar) sıklıkla ve özellikle sürecin er-

ken dönemlerinde ortada yoktur. Genellikle organik bir neden tanımlanabilmektedir. Nedenleri arasında, Alzheimer bozukluğu, Huntington bozukluğu, multipl skleroz ve Parkinson bozukluğu gibi merkezi sinir sistemindeki birincil rahatsızlıklar; nörosifilis ve HIV/AIDS gibi enfeksiyon hastalıkları; vitamin eksiklikleri; tümörler; travma ve bir dizi karaciğer ve akciğer rahatsızlıkları ile endokrin ve kardiyovasküler sistemdeki hastalıklar bulunmaktadır. Bazı nedenler (subdural hematom, normal basınçlı hidrosefali, hipertroit) başarılı biçimde tedavi edilebilmekte ve bunama belirtilerinin tam anlamıyla iyileşmesini sağlayabilmektedir. Bunama temelde yaşlı hastalarda görülür ve gidişat genel olarak kronik biçimde kötüye ilerler.

Daha önceden kendi DSM sınıflamasına sahip olan bunamanın bir başka türü amnezik bozukluklardır. Hastalar birdenbire kısa süreli belleklerini kaybetmektedir ve bazen yalnızca dakikalar öncesinde gerçekleşmiş olan olayları hatırlayamama düzeyindedir. Uzun süreli bellek genellikle daha az etkilenir. Pek çok hasta bilgiyi spontan biçimde ya da sorulan sorulara bir tepki olarak iletmektedir ("Seni geçen akşam barda görmemiş miydim?"). Kronik olma durumu daha çok bir kural olarak görülse de iyileşme ortaya çıkabilmektedir.

KAYGI BOZUKLUKLARI

Uyarı: Ruhsal hastalığı olan hastaların pek çoğu, genel yakınmalarının bir parçası olarak kaygı belirtileri yaşar. Pek çok hastada var olabilen kaygı belirtilerinin, tanı ve tedavi açısından daha önemli olabilecek tanıların üstünü örtmesine izin vermemek önemlidir. Bu nedenle de özellikle, depresif sendromlar ve madde ilişkili bozukluklar konusunda tetikte olun.

Genellenmiş Kaygı Bozukluğu

- Genellenmiş kaygı bozukluğu olan hastalar para, aile, sağlık ve okul ya da iş ile ilgili sorunlar gibi, çok sayıda yaşam durumu için nedensiz olarak endişelidir.
- Bunun bir sonucu olarak huzursuzluk, gerginlik, kolayca yorulma, odaklanma güçlüğü, asabiyet, artmış kas gerilimi ve uyku ile ilgili sorunlar gibi kaygı belirtileri vardır.
- Günlerinin çoğunda bu şekilde hissettiklerinden, işlerini erteleyecek veya bu hisleri yaşayabilecekleri durumlardan kaçınacaklardır.

Genellenmiş kaygı bozukluğu, genellikle yetişkin yaşamının erken evrelerinde başlar; kadınlar erkeklere oranla iki kat daha fazla etkilenir. Özellikle iç hastalıkları uzmanı ya da pratisyen hekimler bu hastalarla karşılaşabilir. Bazı otoritelere göre bu durum genel nüfusun %5'ini etkilemektedir; diğerleri ise bunun, değişik bir kaygı bozukluğu ya da başka bir bozukluk yerine yanlış tanılandığını savunur.

Panik Atağı ve Panik Bozukluk

- Hasta, aralıklı olarak, aniden başlayan ve en yüksek seviyesine dakikalar içerisinde ulaşan kaygı ya da korku epizodları deneyimler (Böyle bir epizod öncesinde hasta sakin ya da kaygılı olabilir.).
- Bir atak boyunca hasta, göğüs ağrısı, sıcak basması ya da ürperme, boğulma duygusu, gerçek dışı hissetme ya da kendinden kopmuş hissetme, sersemlik, ölüme yaklaşıyor olma korkusu, "aklını kaybediyor olma" korkusu, kalp sıkış-

ması ya da çarpması veya kalp atımlarının düzensizleşmesi, mide bulantısı, karıncalanma/uyuşma (genellikle parmaklarda), aşırı terleme, nefes darlığı ve titreme gibi pek çok tipik belirtiyi deneyimler.

- Beklenmeyen panik ataklar tekrarlı bir şekilde ortaya çıkıyorsa, hasta gelecekte de atak olacağından korkuyorsa ve bunları önlemeye çalışıyorsa, bu hastanın panik bozukluğu olduğunu söyleriz.

Panik bozukluk muhtemelen tüm yetişkinlerin %2'sini etkilemektedir; güçlü bir genetik bileşeni vardır ve kadınlarda erkeklerden daha fazla yaygındır. Her ne kadar herhangi bir yaşta başlayabilse de genellikle genç yetişkinlerde ortaya çıkar. Sıklıkla agorafobi ile ilişkilendirilir.

Panik belirtileri sadece kaygı bozukluklarının pek çoğunda değil, aynı zamanda madde zehirlenmesi, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi bozukluklar sırasında da ortaya çıkabilir.

Agorafobi

Agorafobi kelimesi aslında "pazar yeri korkusudur"; ancak şimdilerde kaçmanın zor olabileceği ya da yardım almanın mümkün olamayacağı herhangi bir yeri ifade edecek şekilde kullanılmaktadır.

- Bu durum nedeniyle hasta, evinden ayrılmaktan, marketlerden, dükkânlardan, açık alanlardan, toplu taşıma araçlarından, tiyatrolardan hatta sırada durmaktan ya da kalabalıktan kaçınır.
- 6 ay ya da daha fazla süreyle hasta, korktuğu durumlardan kaçınır ya da bunları yapmak için birinin ona eşlik etmesi gerekir ya da böyle durumlara maruz kaldığında rahatsızlık duyar.

Agorafobi, göreceli olarak çok azımızı etkiler (muhtemelen 200 yetişkinde 1 görülür), kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Tipik olarak yaşamın erken dönemlerinde, bir panik atağı ya da travmatik bir olayı takiben başlar. Agorafobisi olan hastaların büyük çoğunluğunun panik atakları da vardır ancak iki tanı da ayrı ayrı verilebilir.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif-kompulsif bozukluk, onlu ya da yirmili yaşlarda başlayan, üzerinde çok çalışılmış olan ve sıklıkla yaşam boyunca sürebilen bir bozukluktur.

- Bu hastaların, farkındalık alanlarına kendiliğinden gelen ve kaygı ya da korkunun eşlik ettiği obsesyonları ve kompulsüyonları (ya da her ikisi) vardır.
- Hastalar, kendilerine yabancı, aptalca ya da mantıksız gelen, stres verici bu fikirler ve davranışlara önemli miktarda zaman ve çaba harcarlar.

Genellikle, bu fikirlerin hastanın kendi zihninin ürünleri olduğunda dair bir içgörü vardır ancak bazen hiç içgörü olmayabilir. Temel kompulsif örüntüler el yıkama, temizlik ve bazı hareketlerin doğru bir şekilde yapılıp yapılmadığını kompulsif bir şekilde kontrol etme (ocağı kapatmak gibi) gibi şeyleri içerir. Hastalar, kaygıyı azaltmak üzere,

bu hareketleri tamamlamak için dürtü hisseder. Depresyon belirtileri yaygındır. Bazı hastalarda, yaşam boyunca devam eden ilişkili tikler vardır.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrası stres bozukluğu, askerlerde daha önce "*savaş sonrası bunalım*" ya da "*çatışma sonrası nevroz*" denilen durumu tanımlamak üzere kullanılmış modern bir tanıdır. Tecavüz, çatışma ya da içerisinde bir ölüm ya da ölüm tehdidi ya da sakatlanma olan diğer doğal kaynaklı ya da insan eliyle meydana gelen felaketleri (deprem, uçak kazası) yaşamış herhangi biri için doğal bir sonuçtur (Eğer yakın bir arkadaş ya da akrabanın başına gelmişse deneyim, vekâleten de yaşanabilir.).

En az bir ay boyunca hasta:

- Travmatik olayı girici rüyalar ya da uyanık düşüncelerle yeniden yaşar.
- Olayın hatırlatıcılarından kaçınır.
- Olumsuz duygular ("gelecek yok", kendini suçlama) ve bozulmuş bilişler (amnezya gibi) deneyimler.
- Aşırı uyarılmışlık belirtileri yaşar (dikkatin aşırı derecede artması, artmış irkilme tepkisi).

Belirtilerin ortaya çıkması haftalar ya da yıllar alabilir ve belirtiler zaman içerisinde azalıp artabilir. Belirtilerin ciddiyeti, genellikle travmatik olayla orantılıdır. Bu durum çocuklarda, yaşlılarda ya da sosyal olarak yalıtılmış olan insanlarda ortaya çıkmaya daha fazla meyillidir.

ANOREKSİYA NERVOZA

- Anoreksiya nervozalı hastalar öyle olmadıkları hâlde kendilerini aşırı şişman hissetmektedir. Zayıflamış olsalar bile, kendilerini aşırı kilolu olarak algılarlar ve şişman olmaktan korkarlar.
- Ciddi düzeyde yetersiz besin alırlar, bazen yetersiz beslenme noktasına gelirler ve kadınlarda normal adet döngüsü kesintiye uğrar.

Bu hastalar idrar söktürücüleri (diüretik) ve laksatifleri kötüye kullanabilir; bazıları düşük kilolarını korumak için kusar. Ciddi düzeydeki belirtiler ölüme yol açabilir. Bu bozukluk genç kadınlarda arasında oldukça yaygındır (%0,5 kadar); ancak bu oran erkeklerde bunun onda biri kadardır.

SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

Yetişkin kadınların yaklaşık %1'ini (nadiren erkekleri) etkileyen somatizasyon bozukluğu birden fazla somatik yakınma ile karakterizedir. Tedaviye kötü yanıt veren, dramatik, zorlayıcı ya da baştan çıkartıcı, kişilik bozukluğu aile öyküsü olan, çocukken cinsel olarak istismar edilmiş, madde kötüye kullanımı olan veya olağan dışı depresyon özellikleri olan karmaşık ve belirsiz tarihçe sergileyen kişilerde bu bozukluktan şüphelenin. Bu hastaların çoğu intiharı denemektedir. Bu tanı, çoğunlukla ruh sağlığı uzmanları tarafından bile göz ardı edilmektedir.

Bu bozukluğun tam adlandırılması ve tanı ölçütleri son 50-60 yıldır belirgin şekilde değişmiştir. 20. yüzyıl ortalarında bu bozukluğu Briquet's semdromu olarak adlandırılan bozukluktan ve ağırlaştırılmış tanı olan ve belirtinin herhangi bir organik hastalık durumuna bağlı olmaması gibi tek bir tanıya bağlı olduğu histeriden belirgin şekilde ayırt etmek için ölçütler oluşturuldu. DSM-III ile başlayan ve DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR ile devam eden süreçte somatizayon bozukluğu için geçerli tanı ölçütleri fiziksel belirtinin dışındaki belli sayı ve dağılımdaki ölçüt setleri ile yazılmıştır. Bu belirti listeleri uzun ve kullanım için biraz belirsizdi; bu belirsizlik klinisyenler tarafından tanının yaygın olarak göz ardı edilmesini körükledi.

Ancak şimdi son yenilemeler ile DSM-5, tek bir fiziksel bozukluğun somatik belirti bozukluğu olarak adlandırılması ve tanı konulması noktasına geri döndü. Bu belirtinin en az 6 ay sürmesi ve aşırı devam eden sağlık endişesinin olması gereklidir, hatta bu belirtiler tek başına bile yeterlidir. Ben bu gerici adımın yanlış tanı konulmuş ve tıp tarihi boyunca yanlış tedavi edilmiş bir grup hasta ile ilgili anlayışımızı eksiltmesinden derin endişe duyuyorum. Her şeye rağmen burada DSM-5'e göre somatik bozukluk ölçütlerine yer verilmiştir.

- 6 ay veya daha uzun süredir en az bir somatik belirti sıkıntıya ya da günlük hayatın bozulmasına yol açmaktadır.
- Bunun sonucu olarak, hastanın sağlığı hakkında yüksek kaygısı devam etmektedir.
- Hastanın belirttiği *baskın yakınma* ağrı ise, baskın ağrı bir belirleyici olarak eklenebilir (DSM-IV bu durumu ayrı özgül bir tanı olarak belirtmekte ve ağrı bozukluğu olarak adlandırmaktadır.).

Diğer taraftan Briquet's sendromunun orijinal ölçütlerini aşağıda ekledim. Bu, fiziksel belirtiler kadar zihinsel/duygusal belirtileri olan hastalara tanı koymaya izin vermekte ve bu bozukluğu ilaç tedavisi veya elektrokonvulsif terapi gibi tıbbi tedaviye daha az yanıt veren depresyon hastalarından ayırt etmeye yardım etmekteydi. Ayrıca EK D'deki yapılandırılmış görüşme bölümündeki "Fiziksel Yakınmalar" kısmında, bu kitapta sık sık kullandığım ve genellikle de tercih ettiğim adıyla somatik bozukluk için DSM-IV ölçütlerini kullandım.

Briquet Belirti Kümesi

- 30 yaşından başlayarak, hasta kronik ya da tekrarlı biçimde dramatik, belirsiz ve karmaşık bir tıbbi öyküye sahiptir.
- Hasta aşağıdaki 9 veya 10 ölçüt içinde tıbbi olarak açıklanamayan en az 25 belirti belirtmelidir ("olası" tanı için 20-24 arası):

1. Baş ağrıları, yaşamının büyük bir bölümünde hasta olmak
2. Körlük, felç, anestezi, ses kaybı, kasılmalar, bilinç kaybı, amnezi, sağırlık, varsanılar, idrar tutukluğu, yürüme sorunları, açıklanamayan diğer "nörolojik" belirtiler

3. Yorgunluk, boğazda yumru, bayılma nöbetleri, bulanık görme, halsizlik, dizüri
4. Solunum zorluğu, çarpıntı, anksiyete atakları, göğüs ağrısı, baş dönmesi
5. Anoreksiya, kilo kaybı, kiloda dalgalanmalar, mide bulantısı, karında şişlik, gıdalara aşırı duyarlılık, ishal, kabızlık
6. Karın ağrısı, kusma
7. Adet olmama, adet düzensizlikleri, aşırı kanamalı adet olma
8. Cinsel ilgisizlik, soğukluk, disparoni, diğer cinsel zorluklar, gebeliklerinden en az birinde 9 ay boyunca kusma, hiperemezis gravidarum (hyperemesis gravidarum) nedeniyle hastane yatış
9. Sırt ağrısı, eklem ağrısı, sinir ucu ağrıları, cinsel organ ağrıları, ağız ağrısı ve vücut ağrıları
10. Sinirlilik, korkular, depresif duygudurum, işten çıkmaya ihtiyaç duyma veya hasta hissettiği için düzenli yapması gereken işleri yapamamak, kolay ağlama, hayatın umutsuz olduğunu hissetme, ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, intihar girişimleri

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

DSM-5, resmî bir tanınırlığa ulaşacak kadar iyi betimlenmiş olan 10 kişilik bozukluğu sıralamaktadır. Bu bozuklukların 6'sı için yapılan çalışmalar, kabul edilebilir bir geçerlilik seviyesinin varlığı adına yeterince dayanağa sahiptir. Bu bozuklukları aşağıda tanımladım. Bu kişilik bozukluklarının her birinde, tutum ve davranışlar erken yetişkinlik yaşamından (bazen çok daha erken) itibaren varlıklarını sürdürmektedir ve çeşitli durumlarda sergilenmektedir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Büyüsel düşünme, referans düşünceler, hayal görme ve diğer olağan dışı algılar ve bazen de olağan dışı kişisel özellikler ya da giyim tarzı, şizotipal kişilik bozukluğuna sahip hastaların oldukça tuhaf gözükmelerine neden olabilmektedir. Diğer insanların niyetlerine güvenmeyebilirler ve bu durum kendilerini sıradan sosyal ilişkilerde yalıtılmış ve kaygılı ya da başka bir biçimde rahatsız hissetmelerine yol açar. Bazıları evlense de genel olarak diğer insanların sadakatinden şüphe ederler ve çok az yakın arkadaşa sahiptirler. Düşünme biçimleri, sınırlı bir duygulanım ve belirsiz, konu dışı ya da aşırı derecede soyut bir konuşma ile ifade edilen şüphe ve batıl inançlar tarafından yönetilir.

Şizotipal kişilik bozukluğuna sahip pek çok hasta, klinik değerlendirmeye ilk geldiğinde depresiftir. Stres altında, hastalar kısa bir süreliğine psikotikleşebilmektedir; en sonunda da bazıları genel popülasyona oranla akrabalarında daha sık gözlenen şizofreni tanısını alır.

Bu bozukluk genel popülasyonun neredeyse %3'ü oranında ortaya çıkmaktadır.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip hastalar, kişisel olarak sıklıkla cazibeli olarak görünmekle birlikle, gençlik yıllarından (genellikle 15 yaşından önce başlayarak) itibaren

sosyal kurallara uyamamaktadır. Diğerleri ile ilişkileri karşılıklı yakınlıktan çok istismar ile tanımlanır. Bu kişiler suçluluk duygusuna sahip olduklarını hararetli bir biçimde iddia edebilirler, ancak empati ve içten bir pişmanlığa dair bir kanıt bulunmaz.

Kendilik duyguları diğerleri üzerinde hâkimiyet kurma ya da kişisel haz ve ya maddi kazanç sağlama üzerinden elde edilir. Sonuç, yaşamın neredeyse her alanını etkileyen sorumsuz ve şefkatsiz davranışlardır. Madde kötüye kullanımı, kavga etme, yalan söyleme ve akla gelebilecek her türlü dürüst olmayan (sıklıkla suç oluşturan) davranışlar görülebilir: Hırsızlık, şiddet, dolandırıcılık ve çocuk/eş istismarı. Atipik davranışlarının çoğu dürtüseldir ve sıklıkla gerçek bir ihtiyaçtan kaynaklanmamaktadır ya da aldıkları riskin olası sonuçlarını göz önünde bulundurmaksızın gerçekleştirilmektedir. Çoklu bedensel sorunlardan yakınsalar ve ara sıra intihar girişimlerinde bulunsalar bile, diğerleriyle kurdukları tüm ilişkilerin manipülatif doğası, diğer insanların yakınmalarının samimi olup olmadığına karar vermelerinde zorluk yaratmaktadır.

Bu bozukluk için iki uyarı: Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar sıklıkla iflah olmazlık, ihmal ve dersi asma gibi okul sorunları ile dolu bir çocukluğa sahip olsalar da böylesi bir art alana sahip tüm bu çocukların yarısından azı eninde sonunda tam bir yetişkinlik antisosyal sendromu geliştirecektir. Bu nedenle, söz konusu kişilik bozukluğu 18 yaşından önce asla tanılanmamalıdır. Antisosyal davranışın sadece madde kötüye kullanımı çerçevesinde ortaya çıkması durumunda, bu tanının konulmaması da ayrıca önem taşımaktadır.

Sınırda Kişilik Bozukluğu

Sınırda kişilik bozukluğuna sahip hastalar sıklıkla duygudurum (depresyon, kaygı ya da korku), davranış ya da kişilerarası ilişkiler hakkında bir kriz hâli içerisinde görünmektedir. Sıkılmışlık ve boşluk duyguları içerisinde, diğerlerine güçlü biçimde bağlanırlar. Bu durum pek de iyi sonuçlanmaz: Kaçınılmaz olarak, kendilerini bağımlı hissettikleri kişiler tarafından ihmal edilmekten ya da haksızlığa uğratılmaktan (ya da terk edilmekten) korkar hâle gelerek, oldukça kızgın ya da düşmanca davranmaya başlayabilirler. Dürtüsel bir biçimde kendilerini kesmeye ya da zarar vermeye çalışabilirler. Diğer gözü kara eylemler, risk alma ya da yaşamdaki hedeflerin birinden diğerine doğru fazla sıklıkla ya da fazla keskin geçişler şeklinde bir örüntü oluşturabilmektedir.

Kendilerine yönelik olası saldırılara karşı sıra dışı biçimde hassas olmalarına karşın, bu hastalar diğerlerinin duygu ve ihtiyaçları karşısında ilgisiz kalabilirler. Hatta, diğerlerinin hataları ile daha çok empati kurma eğilimindedirler. Bir başka kişiye yönelik görüşler bir seferinde idealize edilirken, diğer seferinde değersizleştirilir ve bu durum iç içe geçme ile kendini geri çekme arasında gidip gelme ile sonuçlanır.

Sınırda kişilik bozukluğuna sahip hastalar, aşırı baskı altında iken bazen disosiyasyon (çözülme/ayrışma) noktasına varana kadar kendilerini eleştirme eğiliminde olabilmektedir. Bununla birlikte, herhangi bir disosiyatif ya da psikotik dönem öylesine kolay çözülür ki, bunların endojen psikozlarla karıştırılması enderdir. Duygudurum da şiddetli ve hızlı savrulmalar, vurdumduymazlık ve sabit olmayan kişilerarası ilişkiler bu kişilerin sosyal yaşam, iş ya da okulda tam potansiyellerini gerçekleştirmelerini güçleştirmektedir.

Erkeklere oranla kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir (yaklaşık olarak 3'te 1 oranında); bu kişilik bozukluğu genel popülasyonun %2'si kadarında ve ruh sağlığı hastalarının %10 ila 20'ye yakınında tanımlanmıştır.

Uyarı: Benim görüşüm, hastaların daha acil tedavi gerektiren başka bozukluklara sahip olmalarına karşın, klinisyenlerin sıklıkla sınırda kişilik bozukluğu tanısı ile yetindikleri yönündedir. 21. yüzyılda hâlen, gereğinden fazla bir biçimde en çok tanıladığımız durum olabilir.

Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğuna sahip hastalar, katı ve mükemmeliyetçi olmaya yönelik yaşam boyu süregelen bir eğilime sahiptir. Hatasız bir ürün için edilen ısrar, hiç bitmeyen bir ürüne yol açar, Voltaire'in yazmış olduğu gibi, "Mükemmel, iyinin düşmanıdır." Detaylar üzerinde fazlaca meşgul olma, düzen, kurallara uyma ve işlerin kendi istedikleri şekilde yapılması konusundaki ısrarları, iş ya da sosyal durumlardaki etkililikleri önünde engel oluşturabilmektedir. Bu kişiler, çoğu insanın çabalamanın yararsız olacağına karar vereceği zamandan çok sonrasında bile başarıyı çok zorlayacaklardır. Yüksek ve çoğunlukla makul olmayan standartlar ve kesinlik hedefe ulaşma ya da görevin tamamlanmasında güçlük yaratmaktadır. İş, ilişkilerde koz olarak kullanılır- kimlikleri işleri ile bağdaşma eğilimindedir ve bu durumu sosyal etkinlik ya da hobilere tercih ederler. İnatçı ve katı olmaları, duygu ve düşüncelerini anlamakta zorlandıkları diğer insanlarla olan ilişkilerine de zarar vermektedir.

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğuna sahip hastalar, duygularını ifade etme konusunda sorun yaşayabilir ve çoğunlukla depresif bir hâlde görünürler. Bu duygudurumları artıp azalsa da bazen hastaları tedaviye getirecek kadar şiddetli hâle gelebilmektedir. Erkekler kadınların iki katı fazla etkilenmekte, genel popülasyonun belki de 100'de 1'inde görülmektedir.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Narsisistik kişilik bozukluğuna sahip insanlar (davranışsal olarak ve fantezilerinde), yaşamları boyu süregelen bir büyüklenme, hayran olunmaya yönelik açlık ve diğerlerinin dikkatini çekmeye yönelik çabalama örüntüsüne sahiptir. Fazlasıyla özel ve hatta diğerlerinden üstün olduklarına dair inançları dolayısıyla, ben-merkezci ve genellikle başarılarını abartma eğiliminde olan bireylerdir.

Bazen aşağılayıcı olabilen hak görmeye yönelik bir tutuma sahip olmalarına karşın, bu bozukluğa sahip bireyler kırılgan bir benlik saygısına sahiptir ve sıklıkla kendilerini değersiz hissederler. Müthiş kişisel başarılara imza attıkları zamanlarda dahi (pek çoğu yetenekli kişilerdir), başarının sahte ya da hak edilmemiş olduğu hissine sahip olabilirler. Onaylanma arzusu tarafından harekete geçmeleri nedeniyle, diğerlerinin kendileri hakkında ne düşündüğüne dair çok hassastırlar ve iltifatları çekip çıkarmaya kendilerini mecbur hissedebilirler. Eleştirilmeleri durumunda, streslerinin üzerini örtmek için buz gibi bir umursamazlığa bürünebilirler. Kendi duygularına karşı duyarlı olmalarına rağmen, diğer insanların ne hissettikleri ya da neye ihtiyacı olduklarına dair çok az bir anlayışa sahip görünmektedirler. Empati kuruyormuş gibi davranabildikleri kadar, hatalarının üzerini örtmek için yalana da başvurabilmektedirler.

Narsisistik kişilik bozukluğuna sahip insanlar genellikle çılgın bir başarı elde etmenin hayalini kurar ve bu başarıya sahip insanları sıklıkla kıskanırlar. İlişkilerini, amaçlarına ulaşmada kimin kendilerine yardım edip, egolarını besleyeceği temelinde şekillendirebilirler. İş performansları (kişilerarası sorunlara bağlı olarak) zayıf ya da (içsel başarı yönelimlerine bağlı olarak) güçlü olabilir.

Bu kişilik bozukluğu erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır ve genel popülasyonun %1'inden daha azında tanılanmıştır (Narsistik kişilik özelliklerinin, normal bir biçimde ben-merkezci olan çocuk ve ergenlerde mutlaka bir kişilik bozukluğuna işaret etmediğini dikkate alınız.).

Kaçıngan Kişilik Bozukluğu

Kaçıngan kişilik bozukluğuna sahip insanlar kendilerini yetersiz hisseder ya da kişisel olarak çekici olmadıklarını düşünürler. Sosyal olarak ketlenmişlerdir. Diğerlerinden aşağıda olduklarına dair kendilerini yargılarlar, genellikle eleştiri ya da reddedilmeye yönelik aşırı duyarlıdırlar.

Onaylanmama ya da bir başka felaketin başlarına geleceğine dair kaygı ve endişeleri, bu insanların kendilerini arka planda tutarak, diğerlerini memnun etmeye çalışmalarına yol açar; bu durum sosyal olarak yalıtılmalarının habercisi olabilmektedir. Masum yorumları eleştiri şeklinde yanlış yorumlayabilirler. Kabul edileceklerinden emin olana kadar bir ilişkiye başlamayı sıklıkla reddedebilirler. Aptalca bir şey söyleyeceklerine dair korkuları nedeniyle sosyal durumlardan uzak dururlar ve kişisel risk ya da sosyal talepleri içeren hedeflerden (ve hatta mesleklerden) kaçınırlar. Yakın akrabaların dışında çok az yakın arkadaşa sahip olma eğilimindedirler. Uzun zaman boyunca aynı rutinin içerisinde kendilerini rahat hissedebilirler. Bir görüşmede olduğu gibi sosyal durumlarda da gergin ve kaygılı hissedebilir, olumlu ifadeleri dahi eleştiri olarak yanlış yorumlayabilirler.

Etkinliklere katılmaları durumunda, genellikle çok fazla ilgili ya da eğleniyor görünmezler. Bu türden insanların pek çoğu çalışsa ve evlense dahi, destek sistemlerini kaybetmeleri durumunda depresifleşebilir ya da kaygılı hâle gelebilir.

Kaçıngan kişilik bozukluğu genel popülasyonun %1'inin altında bir oranda görülmektedir; bazen de fiziksel görünümü olumsuz etkileyen bir hastalık veya durumla ilişkili olarak, bozukluğun erkeklerde de kadınlar kadar sıklıkla görüldüğü bulunmuştur. Bu kişilik bozukluğu klinik açıdan genelde kendi başına görülmez ve bu hastalar yalnızca başka bir hastalık ortaya çıktığında değerlendirmeye gelme eğilimindedirler (Kaçınıcı özellikler çocuklarda yaygın biçimde görünür ve mutlaka daha sonradan ortaya çıkacak olan bir kişilik bozukluğu olduğuna işaret etmemektedir.).

EK C

Örnek Görüşme, Yazılı Rapor ve Formülasyon

HASTA İLE GÖRÜŞME

20'li yaşlarının sonlarında görünen erkek hasta, kumaş pantolon ve beyaz bir tişört üzerine hastane önlüğü giymiş ve düğmelerinin tamamını iliklemiştir. Düz bir sandalyeye oturmakta ve görüşmeciye nadiren bakmaktadır. Burnu ve dudakları şişmiş ve berelidir ayrıca sağ gözünün altında uzun bir kesik izi bulunmaktadır. Yüz ifadesi donuktur ve görüşme boyunca bir kez bile gülümsememiştir. Kelimeleri zaman zaman mırıltı şeklindedir. Görüşmecinin sesi ise sıcak ve sakindir.

GÖRÜŞMECİ: *(Hasta ile el sıkışır.)* Günaydın. Benim adım Doktor _____.

HASTA: Merhaba.

GÖRÜŞMECİ: Bugün bu örnek görüşmede bize yardımcı olduğun için teşekkür etmek istiyorum.

HASTA: Sorun değil.

GÖRÜŞMECİ: Görüşme boyunca sormak isteyebileceğim soruları belirlemek için muhtemelen ara sıra notlar alacağım. İlk olarak, seni buraya getiren sorun hakkında biraz bilgi verebilir misin?

HASTA: Hımm – umutsuzluk, çaresizlik, cennetten başka gidecek yerim olmaması.

GÖRÜŞMECİ: Cennetten başka gidecek yer olmaması. Bu ölmeyi düşündüğün anlamına mı geliyor?

HASTA: Düşünmek?—İstemek!

GÖRÜŞMECİ: Ölmek istemek. Bundan biraz daha bahsedebilir misin?

Elbette "Bundan biraz daha bahset" cümlesi, aslında hastanın son söylediği şeyi ayrıntılandırması için söylenen klasik ve ucu açık bir taleptir.

HASTA: Şey, düşünüyorum, birine zarar verme ya da kendine zarar verme seçeneği... ve kimseyi incitmek istemiyorum, dolayısıyla da kendime zarar vermeyi tercih ederim.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum.

HASTA: Ve yaşamak da istemiyorum. Örneğin kanserin varsa ölebilirsin ama kafan karma karışık hâldeyse ölemezsin. Dolayısıyla bununla yaşamak zorundasındır.

GÖRÜŞMECİ: Evet.

HASTA: Sonuçta buna ölümcül hastalık demiyorlar, buna . . . "hımmm, tamam!" diyorlar.

GÖRÜŞMECİ: O hâlde, gerçekten herhangi bir intihar girişiminde bulundun mu?

HASTA: Elbette! Sesler, "Atla, şimdi tam zamanı." dedi. Tüm giysilerimi çıkardım, "bunlara ihtiyacın olmayacak" dedim. Ve hepsi durdu, tüm arabalar durdu. Ben de cadde boyunca koştum ve sonra –hatırladığım son şey, uzakta diğerlerinin hepsinden daha hızlı giden bir kamyon gördüğüm. Ona doğru koştum.

GÖRÜŞMECİ: Yani doğrudan kamyonete koştun.

Şimdiye dek alınan birkaç yanıtta görüşmecinin katkısı, hasta tarafındaki konuşmayı kolaylaştırmak ve rahatlatmak üzerinedir. Serbest konuşma yaklaşımı genel olarak korunmuştur.

HASTA: Hızla kamyona doğru. Ambulansta olduğumu, birinin üzerime çullandığını ve bana uyanmamı söylediğini hatırlıyorum.

GÖRÜŞMECİ: O hâlde gerçekten de kamyon sana çarptı mı, ne dersin?

HASTA: Evet bana söylenen bu ve görünüşe göre doğru.

GÖRÜŞMECİ: Evvet, görünüşe göre biraz hırpalanmışsın. Ve sonrasında ambulansta olduğunu mu hatırlıyorsun?

Son sorudaki "Evvet" vurgusuna dikkat edin. Görüşmecinin normalde kullanmadığı bu kelime, bilinçsiz bir biçimde hasta ile benzer bir jargon kullanarak bir bağlantı kurma çabası olabilir. Görüşme boyunca Görüşmeci, hastanın anlayabileceği kelimeler kullanmış ve kafa karıştırıcı olabilecek veya hasta ile yakınlığın oluşturulmasında sorun olabilecek tıbbi jargondan olabildiğince uzak durmuştur.

HASTA: Yarım saniye kadar, benim üzerime çullandıkları esnada.

GÖRÜŞMECİ: Peki, bu sana şimdi nasıl gözüküyor? Demek istediğim kendini öldürmeye çalıştın, ölmedin ve işte buradasın.

HASTA: Öyle gözüküyor ki... Şey, hastanedeyken öldüğümü düşündüm. Beyaz bir odadaydım. Cennet'e girmeden önceki bekleme alanı gibiydi. Bekleme bölümündeydim ve sadece bir odaydı.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh.

HASTA: Ve şimdi de sanırım hâlâ bir bekleme alanında olabilirim.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum.

HASTA: Siz bu konuda yardım edecek misiniz?

GÖRÜŞMECİ: Hımm, buradaki hiç kimsenin ölmene yardımcı olacağını sanmıyorum.

Doğrudan verilen bir yanıt, kaçamak yanıtlardan daha iyidir. Ancak yine de "Onu yapamam ama şunu yapabilirim." ya da "Yaşamayı istemen için elimizden gelen yardımı yapacağız." gibi cümleler daha iyi bir yanıt olabilirdi.

HASTA: Ah.

GÖRÜŞMECİ: Hâlâ ölmek istiyor musun?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Umutsuz hissettiğini söylemiştin. Bu duygu ne zamandan beri vardı?

Görüşmecinin, konuşmayı farklı bir doğrultuya çekebilmek için genellikle hastanın kendi sözlerinden yararlandığına dikkat edin.

HASTA: Yıllardır.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh. Son zamanlarda kötüleşmiş miydi?

HASTA: Aa, evvet. Önceden ara sıra umutsuz hissederdim. Her gün değil. Geçen yazdan beriyse sürekli.

GÖRÜŞMECİ: Geçen yazdan beri. Yani kaç aydır?

HASTA: Yedi.

Hastanın zaman ve hesaplama yetilerini ölçmek için yapılan belirgin bir değerlendirme girişimi.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh. Başka şeyler de hissediyor muydun? Örneğin kendini değersiz hissetmiş miydin?

HASTA: Ah, evet.

GÖRÜŞMECİ: Neden olduğuna dair bir fikrin var mı?

HASTA: Şey, bunun yardımı olacağını düşünerek işe girmeye çabaladım.

GÖRÜŞMECİ: Evet.

HASTA: İş bulamadım.

Görüşmeci şimdiye dek, incelenecek üç farklı klinik alan tespit etmiştir: psikoz (sesler), duygudurum bozukluğu ve sosyal zorluklar. Bunlara yenileri eklenebilir.

GÖRÜŞMECİ: Tüm gün boyunca aynı mı hissediyorsun, yoksa günün bir bölümü senin için diğer kısımlara göre daha mı iyi?

HASTA: Günün en iyi zamanı geceleri, yatağa gittiğim zaman.

GÖRÜŞMECİ: Yani gece yatmaya gittiğinde bir şekilde senin için daha iyi oluyor. İyi uyuyabiliyor musun?

HASTA: Burada [Hastanede] öyle.

GÖRÜŞMECİ: Normalde nasıl? Ne tür bir uyku sorunun var?

Daha dikkatsiz bir görüşmeci, hastanın hastaneye yatmadan önceki uyku düzenine odaklanmak yerine başka bir konuya geçebilirdi. Ama öte yandan, "normalde" teriminin bura-

da niye kullanıldığını merak ediyorum. Örneğin "Hastaneye yatmadan önce" gibi belli bir zaman aralığı tanımlamak daha doğru olabilirdi.

HASTA: Saat başı, dişlerimi gıcırdatarak uyanırdım.

GÖRÜŞMECİ: Mm-hmm. Uyandığında, bir şeyler hakkında düşünür müsün?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Neler hakkında düşünürsün?

HASTA: "Ne yapacağım ben?"

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh. Sabahları rahat uyuyor musun?

HASTA: Son zamanlarda değil.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh. Erkenden, yani henüz uyanma saati gelmeden uyanıyor ve sonrasında da uyuyamıyor musun?

Ucu açık "Ne tarz bir sorun yaşıyordun?" sorusu daha iyi bir soru olurdu.

HASTA: Evet. Kendi kendime "Niye bu kadar erken kalktım ki?" diyorum.

GÖRÜŞMECİ: Uyuduğunda dinlenmiş hissediyor musun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Dinlenmiş hissediyorsun.

HASTA: Ama uyumadığımda da oldukça dinlenmiş hissediyorum. Bu garip, sanki uykuya ihtiyacım yokmuş gibi geliyor.

GÖRÜŞMECİ: İştahın nasıl?

HASTA: İyi. Burada oldukça iyi.

GÖRÜŞMECİ: Buraya gelmeden önce nasıldı?

HASTA: İyi değildi.

GÖRÜŞMECİ: Kilonda bir değişiklik oldu mu?

HASTA: Evet, 4,5 kilo kaybetmiştim. Şimdi nasılım bilmiyorum ama sanırım biraz kilo almış olabilirim.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hmm. Ne kadar sürede 4,5 kilo vermiştin?

Görüşme boyunca, doktorun sıklıkla "hı-hıh" ve benzeri yüreklendirici sözel ifadeleri açıkça ama konuşmaya en az müdahale edecek biçimde kullandığını; böylece hastanın verdiği mesajın alındığını ve bilgi akışının herhangi bir yönlendirme olmadan devam etmesi gerektiğini gösterdiğini fark edeceksiniz. Yazılı notlarda başını sallayarak onaylama, gülümseme, göz kırpma gibi sözlü olmayan cesaretlendirme yöntemleri kayıt altına alınamamaktadır. Okunabilirliği artırmak için, görüşmecinin kullandığı yönlendirici olmayan cesaret verici sözel ifadelerin yarısına yakını bu notlara dâhil edilmememiştir.

HASTA: Yaklaşık bir haftada.

GÖRÜŞMECİ: O hâlde oldukça hızlı kilo vermişsin. Demek ki pek yemek yemedin. Yemeğe karşı isteksiz miydin?

HASTA: Pek isteğim yoktu.

GÖRÜŞMECİ: Diğer şeylere ilgi duyuyor muydun?

HASTA: Yok. Şey, oğlu olan bir kız arkadaşım vardı. Çocukla ilgilenirdim.

GÖRÜŞMECİ: Kız arkadaşının çocuğuyla ilgilenirdin.

HASTA: İyi bir çocuk. Ona yardımcı olurdum.

GÖRÜŞMECİ: İntihar girişiminde bulunduğun zaman, çocukla ilgilenmeye devam ediyor muydun peki?

HASTA: Evet ama kız arkadaşım beni etrafında istemiyordu.

GÖRÜŞMECİ: Seni istemiyordu. Peki ya kitap okumak, televizyon seyretmek? Bu konulara ilgin nasıldı?

HASTA: Yoktu.

GÖRÜŞMECİ: Bir şeylere kafanı verebiliyor muydun?

HASTA: Evet, izlediğimde televizyona. Hemen hemen hepsi bu *(Duraksama).* Ama uzun süreliğine değil.

Görüşmeci hızla yeni bir konuya geçseydi, hastanın konsantrasyonunu bir noktaya odaklama yetisi hakkındaki genel tanı farklı olabilirdi.

GÖRÜŞMECİ: Sadece kısa bir süreliğine? Yaklaşık ne kadar?

HASTA: Yarım saat.

GÖRÜŞMECİ: Yani 1 saatlik bir diziyi izleyemiyor veya takip edemiyordun.

HASTA: Başka bir şey düşünmeden hayır.

GÖRÜŞMECİ: Sevdiğin insanlar yanındayken, bunun zihnini kötü hissetmekten alıkoyduğunu düşünüyor muydun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Demek ki bu yardımcı oluyordu. Ne kadar süreliğine yardımı oluyordu?

HASTA: Ta ki neyim olduğunu anlayana dek.

GÖRÜŞMECİ: Yani, sevdiklerinin yanında olması sadece birkaç dakika zihnini mi dağıtıyordu?

İtiraz ediyorum, yönlendirme var! "Genelde ne kadar süreliğine zihnini dağıttıyordu?" sorusu çok daha iyi olurdu.

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Pekâlâ. Bir şeyler yüzünden suçluluk hissediyor muydun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Ne gibi şeyler?

HASTA: Kendimi bu duruma sokan şeyler. Verdiğim bazı kararları hiç vermemiş olsam bundan sıyrılabilirdim. Ama artık çok geç.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hmm. Ölmeyi hak ediyormuş gibi hisseder misin?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Cezalandırılmayı hak ediyormuş gibi hisseder misin?

HASTA: Evet, bir bakıma.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hmm.
HASTA: Pek çok kişi böyle yapar ama ben doğrusunu biliyorum.
GÖRÜŞMECİ: Doğrusunu biliyordun. Pek çok kişi öyle... yani nasıl?

Görüşmeci yine hastanın bir önceki sözlerini tekrarlıyor ama bu sefer ayrıntaya yöneltiyor. Bu yöntem, söyleşi üzerinde aşırı bir kontrol hissi yaratmadan söyleşiyi yönlendirmek için kullanılan bir sözlü cesaretlendirme yöntemidir.

HASTA: Benim yaptığımla benzer şeyler yapan kişiler.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh. Suçluluk duyduğun şeyler. Bunların bazıları nelerdir bana söyleyebilir misin?

HASTA: Uyuşturucuya para harcamak gibi. Parayı kira ve yiyeceğe harcamak yerine otel odasında kalmak gibi.

GÖRÜŞMECİ: Hm-hmm.

HASTA: Faturalar.

GÖRÜŞMECİ: Tamam. Peki, ne tür uyuşturucularla sorunların oldu?

HASTA: Eroin ve kokain.

GÖRÜŞMECİ: Bu uzun süreden beri mi var?

HASTA: Birkaç yıldır.

GÖRÜŞMECİ: Eroin alışkanlığın ne düzeydeydi?

HASTA: Günde yarım gram kadardı.

GÖRÜŞMECİ: Bu ne kadara mal oluyordu?

HASTA: Yirmi papel. Ve 20 papel de koko için.

GÖRÜŞMECİ: Ve 20 papel de kokain için. Peki, alışkanlıkların ne kadar güçlü dersin?

HASTA: Şimdi istiyor muyum, diye mi soruyorsunuz?

GÖRÜŞMECİ: Evet.

HASTA: Oldukça güçlü.

Bu görüşmeci ya yarım gramlık dozun ne denli güçlü bir alışkanlık olduğundan emin olamıyor ya da hastaya uzmanlığını konuşturması için bir fırsat vermek istemekte. Her koşulda, hastadan bir açıklama istemek doğru bilgi edinmek için iyi bir yöntemdir. Yakınlık oluşturmak açısından da faydalıdır.

GÖRÜŞMECİ: Yani şu anda oldukça şiddetli bir arzu hissediyorsun.

HASTA: Öyle çok güçlü bir arzu değil; muhtemelen çok param ve gidecek bir yerim olsa alırdım, diyelim.

GÖRÜŞMECİ: Çıkar ve yeniden uyuşturucu kullanırdın.

HASTA: Çünkü güvende hissetmemi sağlıyorlar.

GÖRÜŞMECİ: Uyuşturucu kullanmadan öncesine dönersek, o zamanki duygudurumun nasıldı?

Önünde iki ciddi sorun olan görüşmeci, önce hangisinin başladığını öğrenmeye çalışıyor. Bunun en önemli nedeniyse: birincil bir duygudurum bozukluğu ile uyuşturucu kullanımı ile oluşan ikincil bir rahatsızlık olarak duygudurum bozukluğu arasındaki ayrımı yapabilmek, çünkü bu iki durumun tedavi uygulamaları farklıdır.

HASTA: Nerede olduğuma bağlı olarak değişirdi ama... içimde hep eksik olan bir şeyler vardı.

GÖRÜŞMECİ: Hep eksik olan bir şeyler, hatta uyuşturucu kullanmadan da önce.

HASTA: Evet. Okul yıllarımda hiç uyum sağlayamazdım. Yani, evet arkadaşlarım vardı, ama hiç uyum sağlayamadım.

Bir başka klinik inceleme alanı baş gösteriyor: kişilik bozukluğu olasılığı.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hmm.

HASTA: Rahatsızlık.

GÖRÜŞMECİ: Arkadaşlarınla bile, rahat hissedemezdin. Bunun hakkında, yani rahatsızlık hissi hakkında biraz daha konuşabilir misin?

Görüşme bu kadar ilerlemişken bile, görüşmeci bu hislerin açılımı hakkında bir davette bulunuyor. Açık uçlu yoklamalar, duygular hakkında bilgi arttırmak için harika bir yoldur.

HASTA: Yanlış bir şey söylememek ve dalga geçilmemesini istemek gibi. Dalga geçilmesine sebep olacak bir şey yapmak istemezsiniz. Dolayısıyla sessiz kalır, kendinize saklarsınız. Ve sonra hiçbir şey olmaz. Daha fazla arkadaş edinmezsiniz.

GÖRÜŞMECİ: Yani hep bir yanlış yapmaktan ya da uygunsuz görünmekten korkardın. Ve bu en azından kısmen de olsa kendini dışarda kalmış *hissetmenden* kaynaklanırdı. Bu yetişkin hayatında da böyle mi oldu?

Genelde görüşmelerde uzun cümlelerden kaçınılmasını tavsiye ederim. Sonuçta görüşmeci fazla konuştukça hastanın konuşmaya daha az zamanı kalır. Ancak tıpkı yukarıdaki gibi ara ara özetleyici cümleler kurulması, görüşmecinin hastayı anladığını göstermesine ve bağlantı kurmasına yardımcı olabilmektedir.

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Peki ya çocukken nasıldı?

HASTA: Çocukken korkmadığım tek dönem, ebeveynlerim boşanmadan öncesiydi. Buraya taşındığımız ilk günü hatırlıyorum, ebeveynlerim "Orada senin yaşlarında bir çocuk var, hadi git onunla oyna." demişlerdi. Oraya koştum ve üç tekerlekli bisikletini ittim. En iyi arkadaşım oldu.

GÖRÜŞMECİ: Bu, sen kaç yaşındayken oldu?

HASTA: Beş.

GÖRÜŞMECİ: Ve bu [arkadaşlık] ebeveynlerin boşanana dek sürdü mü?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: O zaman kaç yaşındaydın?

HASTA: Ebeveynlerim ben 6-7 yaşlarındayken boşandı, 7.

GÖRÜŞMECİ: Sonrasında annenle mi, babanla mı yaşadın?

HASTA: California'da annemle, dolayısıyla okulu biraz kaçırdım. Diğer erkek kardeşlerim babamla yaşadılar. Çünkü okula devam ediyorlardı.

GÖRÜŞMECİ: Ve kendini uygunsuz hissetmeye 7 yaşlarındayken mi başladın?

HASTA: Sanırım öyle. Yani, başından beri, belli durumlarda kendimi tuhaf hissederdim. Aşamalı olarak yavaş yavaş azaldı, sonra birden kötüleşti. Ardından okul değiştirdim ve yine azaldı. Sonra ortaokula gittim ve tümden yitirdim. Sonrasında da düzelmedi.

GÖRÜŞMECİ: Tümden yitirdin – bu ne anlama geliyor?

HASTA: Tüm arkadaşlarımın benden farklı bir yerde olduğu anlamına geliyor, yeni arkadaşlar edinmeliydim ama hiçbir zaman edinmedim.

GÖRÜŞMECİ: Yani, hiç eski hâline dönemedin.

HASTA: Evet ve hep öyle kaldım.

GÖRÜŞMECİ: O zamanlara dönersek, ergenlik dönemine diyelim, o zamanlar depresif hisseder miydin?

HASTA: Hı-hımm.

GÖRÜŞMECİ: Şimdi hissettiğin kadar mı?

HASTA: Hayır, intiharı düşünürdüm ama hiç denemedim.

GÖRÜŞMECİ: Peki, ilk ne zaman intihar girişiminde bulundun?

HASTA: İki yıl önce.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hıh. Uyuşturucu kullanmaya başladıktan sonra mıydı?

Görüşmeci belirtilerin oluş sırasını, ilk ne olduğunu ve sonra onu neyin izlediğini çözmek için ciddi bir çaba sarf etmektedir. Bu bilgi tanıda ve hangi tedavinin yardımcı olabileceğini belirlemede önemli olacaktır.

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Ve kendine ne yaptın?

HASTA: O zamana kadar kullandığım en fazla eroini almayı denedim.

GÖRÜŞMECİ: Aşırı dozda eroin almaya çalıştın.

HASTA: Evet ve reçeteli bazı ilaçları da kullandım.

GÖRÜŞMECİ: Ve belli ki bu işe yaramadı.

HASTA: Doğru.

GÖRÜŞMECİ: Hastaneye kaldırıldın mı?

HASTA: Evet, 3 gün sonra kendime gelebildim.

GÖRÜŞMECİ: Bu oldukça uzun bir süre.

HASTA: Ölüme en yakını oydu.

GÖRÜŞMECİ: Ve o girişimle bu intihar girişimi arasında başka denemelerin de oldu mu?

Görüşmecinin pek çok soruya "ve" ile başlaması dikkatinizi çekti mi? Hepimizin bir dereceye kadar sinir bozucu veya iletişim kurmamızda yardımcı olan sözel tikleri vardır. Hangi sözel tiklerin size yararı olabileceğini anlayabilmeniz için bunları analiz etmenizi tavsiye ederim. Bu vakada, bağlaç tekrarları görüşmeyi birbirine bağlayarak ilerleme sağlanması açısından yararlı olabilmektedir.

HASTA: Evet, bir avuç uyku ilacı kullanmıştım. O ilaçlar kalbimin çılgın gibi atmasına sebep olmuş ve acile gitmek zorunda kalmıştım.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hım.

HASTA: Acile ulaştığımda bayıldığımı hissettim. Midemi yıkadılar ve bu . . . (*Uzun bir duraksama*)

GÖRÜŞMECİ: Peki, şimdi, bazı sesler duyduğunu söylemiştin. Biraz bundan bahsedebilir misin?

HASTA: Beynim bir şey düşünüyor ve ardından bu ses, sanki dışarıda gibi ama kafamın içinde, bilemiyorum: "Sorun yok. Sadece yap gitsin." diyor.

GÖRÜŞMECİ: Yap derken kastedilen....

HASTA: Artık ne düşünüyorsam.

GÖRÜŞMECİ: Ne düşünüyorsan. Yani bu ses seni cesaretlendiriyor.

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Bunun dışında bir şey söylediği oluyor mu?

HASTA: Bana bazı şeyleri yapmamamı söylüyor.

GÖRÜŞMECİ: Ne gibi?

HASTA: "Şimdilik kötü bir fikir. Bunu yapma." gibi.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hım.

HASTA: Bende hep vardı.

GÖRÜŞMECİ: Bu sese her zaman sahiptin. Ne zamandan beri?

HASTA: Çocukluğumdan beri. Beni pek çok kez beladan uzak tuttu.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum. Bu sesin dışarıda bir yerde gerçek biri olduğunu düşünüyor musun? Veya senin kendi vicdanın veya düşüncelerin olabilir mi?

Seçme zorunluluğuna dikkat edin. Bu örnekte "veya bunun başka bir açıklaması olabilir mi?" gibi açık uçlu bir soru sormak daha çok işe yarayabilirdi.

HASTA: Son zamanlara dek yani çok güçlenip neredeyse görünür hâle gelene dek bunun kendi vicdanımın sesi olduğunu düşünürdüm. Ve işte o zaman başka bir şey olduğunu düşünmeye başladım.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hım.

HASTA: Erkek kardeşim öldü. Bununla bir ilgisi olduğuna yemin edebilirim.

GÖRÜŞMECİ: Bunu anlayamadım.

HASTA: Erkek kardeşim öldürüldü. Ve benim ölmememle bunun bir ilgisi var.

GÖRÜŞMECİ: Yani sence—

HASTA: Aşırı dozda eroin almayı denediğimde, hastaneden çıktığım gün büyükbabam ölmüştü.

GÖRÜŞMECİ: Ah!

"Ah!" burada "Kişi için bu ağır bir yük" anlamında bir kısaltma. Bu tarz yanıtlar, hastaya doktorun kendisini anladığını ve ona önem verdiğini göstermekte ve iki kelime ile bir yakınlaşma oluşturmanın önemli bir örneğidir.

HASTA: Sanki, yer değiştirmek gibi. Bana karşı o. Çoktan güvendeydim.

GÖRÜŞMECİ: Yani bir şekilde, sen yaşayabilesin diye büyükbabanın öldüğünü mü düşünüyorsun?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Bu, çok ağır bir sorumluluk. Bu, sana nasıl hissettiriyor?

HASTA: Şey, aslında büyükbabam zaten hastaydı. Ve o böyle bir insan, dolayısıyla şaşırmadım.

GÖRÜŞMECİ: Ölüm sebebi neydi?

HASTA: Yaşlılık.

GÖRÜŞMECİ: Ve erkek kardeşinin de öldüğünü söylemiştin değil mi? –Öldürülmüştü.

Görüşmecinin öldürülen kardeşi hatırlaması güzel. Muhtemelen bunu sağlayan görüşme başlangıcında bahsedilen not tutma yöntemi olmuş olmalı.

HASTA: Bıçaklanmıştı. Ve bıçaklayan sadece 2 yıl kadar ceza aldı.

GÖRÜŞMECİ: Kardeşini bıçaklayan kişi, sadece 2 yıl hapis cezası aldı. Olay hangi şartlar altında olmuştu?

HASTA: Daha yeni hapisten çıkmıştı, kardeşim yani ve nerede kalacağını bilmiyordu ve bu yüzden de evsizlerle parkta uyurdu. Ve yemek yaparlarken, kardeşim, bira almaya gitmek için kendisinin olmayan bir bisikleti ödünç almış. Bisikletin sahibi olan adamın birden şalteri atmış ve "İn bisikletimden" diyerek elinde bir bıçakla kardeşimi kovalamış.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum. Erkek kardeşin neden hapse girmişti?

HASTA: Soygun.

GÖRÜŞMECİ: Ve hayatı boyunca çok sorun yaşamış mıydı?

HASTA: Pek sayılmaz, sadece alkol sorunu.

GÖRÜŞMECİ: Ah, demek içerdi. Ve soygunu da bu yüzden mi yapmıştı –yani olay esnasında alkollü müydü?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Peki ailende başka kimsede uyuşturucu veya alkol sorunu var mı?

HASTA: Evet, erkek kardeşim.

GÖRÜŞMECİ: Diğer erkek kardeşin?

HASTA: Evet ve ayrıca akrabalarım.

GÖRÜŞMECİ: Yani akrabalarında da alkol sorunu var. Anne tarafı mı, yoksa baba tarafı mıydı?

HASTA: Anne tarafım, teyzem ve dayılarım. Bir de üvey babam.

GÖRÜŞMECİ: Annen de alkol veya uyuşturucu kullanır mıydı?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Bana biraz ondan bahset.

HASTA: İçer ve esrar çekerdi.

GÖRÜŞMECİ: Ve hâlâ hayatta mı?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Hâlâ içiyor mu?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Yani, kendini topladı. Nasıl oldu?

HASTA: Bıraktı.

GÖRÜŞMECİ: Bu senin için de bir umut olduğu hissini uyandırıyor mu?

HASTA: Daha önce bırakmıştım. 7 ay boyunca temiz kaldım.

GÖRÜŞMECİ: Gerçekten mi? Bu müthiş! Ne zaman oldu bu?

Övgü pek gerekli olmamakla birlikte, bağlam değerlendirildiğinde içten yapılan bu ifadenin hastanın görüşmeciye karşı olan hislerini kuvvetlendirmek açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

HASTA: Geçen sene.

GÖRÜŞMECİ: Ve sonra yine ağına düştün.

HASTA: Şimdiki kadar boktan hissediyordum.

GÖRÜŞMECİ: Yani, temiz ve ayık olsan da yine de oldukça depresif hissettiğini söylüyorsun.

HASTA: Hı-hıh. Umutsuz. Ve param da vardı.

GÖRÜŞMECİ: O dönemde çalışıyor muydun?

HASTA: Hayır ama bankada 6.000 dolarım vardı.

GÖRÜŞMECİ: Gerçekten mi? Ve bu kendini daha iyi hissetmene yardımcı olmadı mı?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Uyuşturucu kullanmıyor, içmiyor olsan da hâlâ son derece depresif hissediyordun.

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Ve o zamanlar da kendini öldürmeyi düşünüyor muydun?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: O zaman da şimdiki kadar kötü hissettiğini mi düşünüyorsun?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)* Evet.

GÖRÜŞMECİ: Peki, akrabaların hakkında sorular soruyordum. Erkek kardeşlerin ve annen hakkında bilgi aldım. Peki ya baban? O da içer veya uyuşturucu kullanır mıydı?

HASTA: Üvey babam.

GÖRÜŞMECİ: Ya biyolojik baban?

HASTA: O da kullanırdı ama bıraktı. Ama ben küçükken, alkol kullanırdı.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum. Nasıl bir işi vardı?

HASTA: Satış müdürüydü.

GÖRÜŞMECİ: Şimdi kendisiyle herhangi bir bağın var mı?

HASTA: Şimdi eskiye göre daha fazla. Bir süre hiç görüşmedik.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hım. Peki ya annen, onunla görüşüyor musunuz?

HASTA: *(Başıyla onaylar.)*

GÖRÜŞMECİ: Aranız nasıl?

HASTA: Çoğunlukla oldukça iyi.

GÖRÜŞMECİ: Erkek kardeşinin ve büyükbabanın vefat ettiği bir dönem geçirdin ve eminim ki bu olaylar olduğunda kendini kötü hissetmişsindir. Şimdiki hâlinle yani depresyonunla, onlar öldüğü zamanki hislerini kıyaslayabilir misin?

HASTA: Kardeşim öldüğünde onun adına rahatlama hissettim. Şanslıydı ve tüm o saçmalıkları daha fazla yaşaması gerekmeyecekti. Büyükbabam için de aynı şey geçerli çünkü acı içindeydi. Dolayısıyla o zamanki hislerimle şimdiki depresyonumu kıyaslarsam – keşke onların yanında olabilsem.

GÖRÜŞMECİ: Yani şimdi hissettiklerinle, onlar öldüğü zaman hissettiklerin arasında oldukça büyük bir fark var. Doğru mu?

Şu anki depresyonun tipi ve derecesini ayırt etmek için ölen bir yakının ardından yaşanan duyguların karşılaştırılması önemli bir özetleme cümlesi. Bu tarz bilgiler, görüşmeciye ayırıcı tanı düşündüğünde duygudurum bozukluğunun tipini belirleyebilmesi için yardımcı olabilir.

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Ve hâlâ ölmüş olmayı mı istiyorsun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Burada birinin ölmene yardımcı olacağını umduğunu söylemiştin. Bu sana gerçekçi bir umut gibi geliyor mu?

HASTA: Niye olmasın ki? Kanser hastaları için yapıyorlar. Benim de beynimde kanser var.

GÖRÜŞMECİ: Beyninde kanser var – bunu derken ne kastediyorsun?

HASTA: Kanserli düşünceler.

GÖRÜŞMECİ: Kanserli düşünceler. Pekâlâ ya ilaçlarla veya başka bir tedaviyle beyninin bu kanserli düşünceleri yendiğini bir düşünsen?

HASTA: Evet, o zaman başka olurdu.

GÖRÜŞMECİ: O zaman başka olurdu.

HASTA: Eroin de bu işe yarıyor gibi. Eroinin olayı, kanserli düşünceleri susturması. Ama kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlamıyor. Kimseyle takılmak istemiyorum. Sadece bir odada oturmak ve TV izlemek ve kanserli düşüncelerimin susmasını istiyorum. İşte bu yüzden eroin kullanıyorum.

GÖRÜŞMECİ: Eroin kullandığında bazı gerçekten kötü, olumsuz düşüncelerini susturabildiğini mi düşünüyorsun?

HASTA: Kesinlikle.

GÖRÜŞMECİ: Bazı sesler duyduğundan bahsetmiştin. Diğer çoğu insanın sahip olmadığı benzer deneyimler de yaşadın mı hiç?

Hastanın kendi kelimelerini seçerek bunları zihinsel olguları sorgulamak için bir köprü olarak kullanmak güzel bir geçiş seçimi örneği.

HASTA: Ah, hayır.

GÖRÜŞMECİ: Örneğin görüntüler görüyor musun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Bundan biraz bahseder misin?

HASTA: Kendimi asılırken görüyorum.

GÖRÜŞMECİ: Asılırken, yani bir iple asılmaktan mı söz ediyorsun?

HASTA: Arabamı tuğla bir duvara çarptığım sahneler görüyorum. Tren istasyonunda kendimi platformdan atlarken, doğrudan trenin önüne atlarken gördüğüm sahneler.

GÖRÜŞMECİ: Bu sahneleri tıpkı şimdi beni gördüğün gibi gerçek görüntüler olarak mı görüyorsun? Yoksa daha çok zihninde beliren anlık sahneler gibi mi?

HASTA: Hayır gerçekten görüyorum.

GÖRÜŞMECİ: Gerçekten görüyorsun. Beni gördüğün kadar net mi görüyorsun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Peki hiç insanların seni bir şekilde kumpasa düşürmeye çalıştıkları, sana zarar vermeye çalıştıkları hissine veya düşüncesine kapıldın mı?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Seni gözetledikleri?

HASTA: Gözetledikleri mi, evet.

GÖRÜŞMECİ: Biraz bahseder misin?

HASTA: Bunu polisler yapıyor. Beni durdurmaya çalışıyorlar.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hım. Yani, polisin senin kendine zarar vermeni engellemeye çalışıyor olabileceğini düşünüyorsun.

HASTA: Evet. Her yerde kameralar var.

GÖRÜŞMECİ: Bu hastane bloğunda kameralar var bu doğru. Peki ya dışarıda? Dışarıda da her yerde kameralar olduğu hissine kapılıyor musun?

HASTA: Büyük oranda. Alışveriş merkezlerine giderseniz oralarda var. Trafik ışıklarında, sokak ışıkları üzerinde de kameralar var.

GÖRÜŞMECİ: Ailende herhangi birisinin uyuşturucu ve alkol kullanımı dışında herhangi bir ruhsal rahatsızlığı var mıydı?

Hoop, kaçan bir fırsat. Bu noktada, kameraların hastanın kendisine mi odaklandığı, yoksa herkesin kullanımı için mi olduğunu düşündüğü sorulabilir ve ikinci cevap tabii ki daha az endişe uyandırırdı.

HASTA: *(Başını iki yana sallar.)*

GÖRÜŞMECİ: Depresyon?

HASTA: Evet, üvey babamda vardı.

GÖRÜŞMECİ: Üvey babanda.

HASTA: Uyuşturucu kullandı ve bıraktı ve sonrasında 6 veya 7 yıl temiz kaldı. Önceki günse fazlasıyla depresyonda olduğu için eve gitmesi gerekti.

GÖRÜŞMECİ: Üvey baban haricinde herhangi bir aile üyesi?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Ailende şizofrenisi olan birisi? . . . Herhangi bir psikoz veya çılgınlık? . . . Kendini öldürmeye çalışmış herhangi bir aile üyesi?

Görüşmeci her sorunun arkasından bir süre duraksayarak hastaya düşünmesi için zaman tanıyor.

HASTA: *(Yukarıdaki her soruya başını iki yana sallayarak "hayır" cevabı veriyor.)*

GÖRÜŞMECİ: Bir bakalım, iki erkek kardeşin vardı. Başka bir erkek kardeş veya kız kardeşin var mı?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Sen en büyükleri mi yoksa –

HASTA: En küçükleriyim.

GÖRÜŞMECİ: En genç olan sensin. Peki, şimdi kaç yaşındasın?

HASTA: Otuz bir.

GÖRÜŞMECİ: Hı-hım. Ve büyürken yaşadığın sorunlardan bahsetmiştin. Okula ne kadar devam ettin?

HASTA: Bitene dek . . . liseden mezun oldum. Bir süre üniversiteye de gittim.

GÖRÜŞMECİ: Ve ne tür bir işte çalıştın?

HASTA: Kaplamacılık yaptım; araba yıkama işinde çalıştım; pizza teslimatçısı olarak çalıştım. Mağazalarda çalıştım.

GÖRÜŞMECİ: Çalışmayı seviyor musun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Çalıştığında kendini iyi hissediyor musun?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: En uzun süreli işin ne kadardı?

HASTA: Beş yıl.

GÖRÜŞMECİ: Bu oldukça güzel. Hangi işti?

Bir övgü daha. Altın kurallardan birisi: Övgü olabilecek bir şeyi, gerçekten kastetmiyorsanız asla söylemeyin. Burada görüşmeci gerçekten böyle düşünüyor gibi gözükmekte.

HASTA: Pizza teslimatı.

GÖRÜŞMECİ: Buradan çıktıktan sonra, sence yeniden iş bulmayı deneyebilir misin?

HASTA: Uzun süredir deniyordum ama bana hiç geri dönmüyorlar. Bu yüzden umutsuzluğa kapılıyorum ya.

GÖRÜŞMECİ: Evet. Kardeşin bir süre hapiste kalmıştı. Sen de benzer sorunlar yaşadın mı?

Görüşmeci hassas olabilecek bir konuya geçiş yapmak için önceki bilgileri bir köprü olarak kullanmakta.

HASTA: Asla.

GÖRÜŞMECİ: Kız arkadaşından bahsetmiştin. Hiç evlendin mi?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Çok kız arkadaşın oldu mu?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Ve genelde kadınlarla ilişkin tatmin edici miydi?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Cinsel tatmin?

HASTA: İyiydi.

GÖRÜŞMECİ: Peki ya gerçekten depresyonda olduğunda? Seks konusundaki ilgin depresyondayken değişiyor muydu?

Görüşmecinin depresif hissettiği zamanlar için libido sorularını uzun bir süre geciktirdiği ve konuşmanın doğal akışına uygun bir ana bıraktığı; hasta, görüşme sürecine tam anlamıyla alışana dek bu konuda soru sormadığına dikkat edin.

HASTA: Yapmazdım.

GÖRÜŞMECİ: Sadece yapmıyor muydun, yoksa ilgini çekmiyor muydu? Fiziksel sağlığın nasıl?

HASTA: İyi.

GÖRÜŞMECİ: Tıbbi operasyon geçirmeni gerektirecek bir sorunun oldu mu?

HASTA: Sırtım ağrıyor.

Peki ama hasta hiç operasyon geçirdi mi? Bağlam değerlendirildiğinde hastanın tıbbi operasyon geçirmediği varsayılabilir, ancak görüşmenin amaçlarından birisi de kesinlik sağlamaktır.

GÖRÜŞMECİ: Kamyonun çarpması dışında, hiç bilincini yitirdiğin oldu mu?

HASTA: *(Kafasını iki yana sallar.)*

GÖRÜŞMECİ: Psikiyatrik nedenler dışında hastaneye yatmanı gerektirecek başka sorunlar oldu mu?

HASTA: Sadece çocukken. Yaklaşık 2,5 metre yüksekten kafamın üstüne düşmüştüm.

GÖRÜŞMECİ: Nasıl!

HASTA: Saklambaç oynuyordum ve kafamın üstüne düştüm. İki bileğim de kırıldı. Beyin sarsıntısı geçirdim.

GÖRÜŞMECİ: Ne kadar süre baygın kalmıştın?

HASTA: Yarım saniye. Ama tüm gün boyunca başım dönmüştü.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum. Kendini çabuk toparlayabilmiş miydin?

HASTA: Evet. O gece hastanede yatmıştım.

GÖRÜŞMECİ: Artık bir süredir depresyon sorunu yaşadığını biliyorum. Herhangi bir antidepresan tedavisi gördün mü?

HASTA: Sadece haplar.

GÖRÜŞMECİ: Hangi tür ilaçlar kullandın?

HASTA: Lexapro, Wellbutrin ve Depakote.

GÖRÜŞMECİ: Peki, bu ilaçlar herhangi bir fark yarattı mı?

HASTA: Ii-ihh.

GÖRÜŞMECİ: Her birini ne kadar süreyle kullandın?

HASTA: Lexapro'yu dört ay, Wellbutrin ve Depakote'yi birer ay.

GÖRÜŞMECİ: Peki, niye ilaç kullanmayı bıraktın?

HASTA: Lexapro beni yorgun hissetiriyordu ve midemi bozuyordu. Depakote ve Wellbutrin için de aynısı geçerli.

GÖRÜŞMECİ: Bu ilaçlardan ne kadar aldığını biliyor musun?

HASTA: Yok.

GÖRÜŞMECİ: Hergün birkaç tane mi?

HASTA: Evet. Dört Depakote ve bir veya iki tane Wellbutrin.

GÖRÜŞMECİ: Ve Lexapro?

HASTA: Sanırım ondan da iki tane.

Önceki tedavilerin kesinliğini saptamaya çalışan görüşmeci, âdeta bir tazı gibi avını kovalamakta.

GÖRÜŞMECİ: Peki, hiç psikoterapi aldın mı? . . . Grup terapisi? . . . Bilişsel-davranışçı terapi?

HASTA: *(Her biri için)* Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Bu tarz bir tedavi almadın. Depresyonda olan bazı kişiler, bazen tam tersini de hissederler, yani sevinç dolu, çok mutlu veya dünyanın tepesindemiş gibi. Sana hiç böyle oldu mu?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Biraz bundan bahseder misin?

HASTA: Geçen gün emniyet kemerim takılı olmadığı için ceza yemiştim. 20 papele bir bir kursa katıldım –ceza 200 dolarlık bir cezaydı– ve cezamı sildiler.

GÖRÜŞMECİ: Bu kendini çok iyi hissetmeni sağladı öyle mi?

HASTA: Evet. Cüzdanımda bir şey kalmamış, yiyeceğim kalmamış ve neredeyse tüm yakıtım bitmiş olsa da öyle.

GÖRÜŞMECİ: Anlıyorum. Bu duygu ne kadar sürdü?

HASTA: Hah! Beş dakika.

GÖRÜŞMECİ: Benzer duyguların günlerce sürdüğü oldu mu hiç?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Peki, şimdiye dek konuşmadığımız başka önemli deneyimlerin var mı?

Bu, hastanın zihnindeki başka bir şeyi konuşmaya fırsat tanımak için yapılan bir olta atma taktiğidir. Bu sefer olumsuz sonuçlanıyor ama her ilk görüşmede en azından bir kez böyle bir cümle kurmak oldukça iyi bir fikirdir.

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Anlamsız veya saçma gelen, tekrar tekrar düşünmek zorunda kaldığın düşüncelere kapıldığın oldu mu hiç?

HASTA: Hayır.

GÖRÜŞMECİ: Hiç korkun veya fobin var mı?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Ne gibi?

HASTA: Toplum içinde konuşma korkusu, boğulma korkusu, yanarak ölme korkusu, başarısızlık korkusu, dalga geçilme korkusu.

GÖRÜŞMECİ: Bu korkular herhangi bir biçimde yaşamını etkiliyor mu?

HASTA: Evet, bunlardan kaçınıyorum.

GÖRÜŞMECİ: Yani ne gibi şeylerden kaçınıyorsun?

HASTA: Yeni insanlarla tanışmaktan kaçınıyorum. Beni yaralayabilecek her şeyden kaçınıyorum.

GÖRÜŞMECİ: Toplum içinde konuşman gerektiğinde bunu yapabiliyor musun, yani sadece rahatsız mı hissediyorsun, yoksa hiç konuşmamayı mı seçiyorsun?

HASTA: Şey, okuldayken ve üniversitede hiç konuşma yapmamız gerekmedi. Ama gerekseydi yapardım.

GÖRÜŞMECİ: Yani yapman gerekse yapardın ama pek de mutlu olmazdın öyle mi?

HASTA: Veya kötü bir konuşma yapardım.

GÖRÜŞMECİ: Hiç panik atağı geçirdiğin oluyor muydu? Başına kötü bir şey gelecekmiş gibi hissettiğin ve kalbinin deli gibi çarptığı oluyor muydu?

HASTA: Her zaman oluyor.

GÖRÜŞMECİ: Şimdi bile mi?

HASTA: Çok kötü. Bundan nefret ediyorum.

GÖRÜŞMECİ: Ne gibi şeyler bunu başlatıyor?

HASTA: Her şey. Mesela basketbol oynarken bir bakıyorum bana gelmeye başlamışlar. Testislerim buz kesiyor, garip bir duygu. Ne olduğunu biliyorum ve sadece geçmesi için uğraşıyorum. Başımın dönmesine sebep oluyor ve bazen kusacak gibi oluyorum.

GÖRÜŞMECİ: Bu deneyimler ne sıklıkta gerçekleşiyor?

HASTA: Değişiyor. Bazen günde dört defa, beş defa oluyor. Bazense bir ay boyunca hiç olmuyor.

GÖRÜŞMECİ: Bu konuda hiç doktora gittin mi?

HASTA: Kaygı ataklarım olduğunu söyledi ve Xanax verdi.

GÖRÜŞMECİ: Yardımı oldu mu?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Elbette Xanax'la ilgili bazı sorunlar da var. İnsanlar Xanax almaya alıştıktan sonra Xanax ister hâle gelebiliyor.

Bu cevap bir sınır ihlali: Doktor, belli belirsiz de olsa bazı tedavi yöntemlerinin tehlikeli olabileceğine dair bir görüş belirtmektedir. Ancak görüşme bağlamında değerlendirildiğinde hastanın zaten madde kullanımı konusundaki deneyimi ve birkaç intihar teşebbüsünde bulunduğu göz önüne alınırsa muhtemelen zararsız bir ihlal.

HASTA: Ama beni yorgun hissettiriyordu. Bana bir hap verirlerdi ve ben dörde bölüp kullanırdım.

GÖRÜŞMECİ: Endişeli biri misindir?

Burada görüşmecinin yapacağı bir yorum veya köprü, hastanın Xanax istismarında bulunmamasının iyi bir şey olduğunu vurgulayabilirdi (Örneğin, hastanın Xanax'ı kötüye kullanmadığını kesinleştirecek bir soru sorulabilirdi.). Her durumda görüşmeci, "Xanax hakkındaki tutumunu anlıyorum. Hadi başka bir konuya geçelim." gibi bir cümle kurup ardından hastanın endişelerini sorabilirdi.

HASTA: Evet, endişeliyimdir.

GÖRÜŞMECİ: Nelerden endişeleniyorsun?

HASTA: Her şeyden . . . ne olacağından . . . buradan sonra nereye gideceğimden . . . bunu nasıl kontrol edebileceğimden . . . kontrolümde olmayan her şeyden endişeleniyorum.

GÖRÜŞMECİ: *(Yukarıdaki her bir endişe için hı-hımm dedikten sonra)* Uyuşturucu kullanımın konusunda AA veya NA gibi organizasyonlardan hiç yardım almayı denedin mi?

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Peki, nasıl bir yardımdı bu?

HASTA: AA—7 ay temiz kalmayı orada sağladım. Oraya gitmeyi bıraktım çünkü çok fazla yeni insan geliyordu. Ne kadar uyuşturucu kullandıklarından falan bahsediyorlardı ve ben "bunu duymak istemiyorum" modundaydım.

GÖRÜŞMECİ: Seni aşağı mı çekiyordu?

HASTA: Evet, tek yaptığı uyuşturucu kullanmayı istememi sağlamaktı.

GÖRÜŞMECİ: Ama sonra yeniden uyuşturucuya başladın.

HASTA: Evet.

GÖRÜŞMECİ: Daha önce söylediğin bir şeyi merak ediyorum. Çalışmadığını söylemiştin ama bankada 6.000 dolarım vardı demiştin. Bunun nasıl olabileceğini merak ediyorum?

HASTA: Bir araba kazası geçirdim. Yapılan anlaşma gereği 6.000 dolar aldım.

GÖRÜŞMECİ: Anladım. Peki, bu parayı oldukça hızlı mı harcadın?

HASTA: Birkaç ayda.

GÖRÜŞMECİ: Uyuşturucuya mı?

HASTA: Uyuşturucu ve otel odalarına, çünkü gidecek yerim yoktu.

GÖRÜŞMECİ: Pekâlâ, güzel. Sana neler olduğunu anladığımı düşünüyorum. Şimdi izninle görüşmenin yönünü değiştirmek ve sana birkaç test sorusu sormak istiyorum. Bugünün tarihi nedir?

Bu geçiş, açık bir biçimde görüşmecinin ihtiyacı olan bilgiyi aldığını ve ilerlemek istediğini gösteren bir bildirimdir.

HASTA: *(Gün, ay ve yılı doğru bir biçimde söyler.)*

GÖRÜŞMECİ: Ve şimdi neredeyiz?

HASTA: *(Doğru cevap verir.)*

GÖRÜŞMECİ: Peki, sana adımı söylemiş miydim?

HASTA: Dr. _____

Görüşme içindeki bellek testlerinin tamamı yaklaşık cevaplara sahiptir ve sadece görüşmecinin ismi kabaca yanıtlanabilir. Ancak hastanın 40 dakikalık görüşme boyunca verdiği net cevaplar doğrultusunda, görüşmeci bellek testi konusunda tatmin olmuş gözükmekte ve daha detaylı bir bellek sorgulamasına gerek duymamaktadır.

GÖRÜŞMECİ: Güzel. Bana şu anki başbaşkanı söyleyebilir misin?

HASTA: *(Biraz gecikmeyle geçmiş birkaç başbaşkanı doğru sırayla söyler.)*

GÖRÜŞMECİ: Daha önce de senden 100'den geriye doğru 7'şer çıkartarak saymak gibi şeyler istendiğini biliyorum. Şimdi bir kez daha yapabilir misin?

HASTA: Doksan üç.

GÖRÜŞMECİ: Tamam, şimdi 60'ın altına düşene dek 7 çıkararak saymaya devam et.

HASTA: Tamam, 93, 86, 79, 72, 67 . . . Şimdiden çuvalladım değil mi?

GÖRÜŞMECİ: *(Hasta çabalarken geçen uzun bir bekleme sonrasında)* Aslına bakarsan, harikaydın.

HASTA: Öyle miydim?

GÖRÜŞMECİ: Çoğu kişiden çok daha fazla ilerledin.

HASTA: Doğru mu saydım?

Hasta, iyi bir performans gösterdiğini doğrulatmak için dokunaklı bir heves göstermektedir. Bu bağımlılığının derecesine işaret etmektedir. Hak edildiğinde doğrulamada bulunmak, gerçeklerle uyuşmadığında ise doğrulamada bulunmamak son derece yerinde bir yaklaşımdır.

GÖRÜŞMECİ: Sonuncusu haricinde hepsi doğruydu. Böylece bugün sormak istediğim sorular bitmiş oluyor. Zaman ayırdığın için çok teşekkürler.

Görüşmeci bir yandan hasta ile iyi derecede bir ilişki kurup bu ilişkiyi korurken, bir yandan da teşhis ve tedavi için bol miktarda bilgi toplamayı başarmıştır. Kırk beş dakika içinde, klinik açıdan öneme sahip sekiz alanda da bilgi alınmıştır. Dahası, hastanın kişisel ve sosyal geçmişi konusunda da (yeterli olmasa da) bir miktar bilgi edinilmiştir.

Yine de her görüşme belli kusurlar barındırır ve bu görüşme de bir istisna değildir. Kabaca baktığımda ya yetersiz işlenmiş ya da hiç dokunulmamış yarım düzine nokta sayabilirim. Siz kaç tane sayabilirsiniz?

YAZILI RAPOR

Tanımlayıcı veri: 30 yaşındaki bekâr beyaz bir erkek olan Marco Carlin'in yeniden psikiyatri servisine yatırılması.

Temel yakınma: "Umutsuzluk çaresizlik, cennet dışında başka gidecek yer bulamamak."

Kaynak kişi: Yalnızca hasta.

Şu anki hastalığın tarihçesi: Bay Carlin, yoğun bir trafikte koşarken bir kamyonun kendisine çarpmasıyla gerçekleşen bir intihar girişimi ardından hastaneye kaldırılmıştı. Yaklaşık yedi aydır, geçmişi çok daha uzun yıllar öncesine dayanan, umutsuzluk ve değersizlik duygularıyla kendini gösteren şiddetli bir depresyon yaşamaktaydı. Hastaneye kabulünden önce uykusuzluktan (insomniya) (aralarda uyanma ve çok erken uyanma) mağdurdu ve bir haftada 4,5 kilo kaybedecek düzeyde iştahsızlık yaşamaktaydı. Bununla birlikte, hastaneye giriş yaptığından beri uykusunda ve iştahında iyileşme olmuştu. Yedi aylık şiddetli depresyon süresince, libidosunun fark edilir şekilde düşmüş olmasına karşın, televizyonla ve kız arkadaşının çocuğuyla ilgilenmeyi sürdürmüştü. Odaklanma süresi belirli ölçüde azalmıştı; sevdiği insanlar sadece kısa süreliğine dikkatini çekebiliyordu. Suçluluk duyuyordu; cezalandırılmayı ve ölmeyi hak ettiğini düşünüyordu. Erkek kardeşinin ve dedesinin ölümünü yaşadığı zamana göre şu an daha kötü hissediyordu; bununla birlikte ölüm onun için kurtuluş yoluydu. Keyifli bir olaya verdiği birkaç dakikalık tepki dışında, coşku yaşayamıyordu.

Depresyon için bir önceki tedavisi Lexapro (4 ay boyunca günde 2 tablet), Wellbutrin (1 ay boyunca 1 ya da 2 tablet) ve Depakote (1 ay boyunca 4 tablet) içermekteydi. Hiçbir zaman bilişsel-davranışçı terapi, grup terapi ya da başka herhangi bir tür psikoterapi almamıştı.

Bay Carlin'in suçluluk duygularının bir kısmı iki yıl boyunca ısrarla sürdürdüğü uyuşturucu kullanımıyla ilişkiliydi. Günde 20 dolar eroine ve 20 dolar kokaine harcamak, kendisinde ciddi bir uyuşturucu sorunu olduğunu düşündürmekteydi. Şu anda uyuşturucuya karşı şiddetli istek duymakta ve onları yeniden kullanacağını hissetmektedir. Eroin onun kabul edilemez düşüncelerini susturmaktadır. Uyuşturucu ya da alkol kullanmadığı zaman kendisini şiddetli şekilde depresif hissettiğini belirtmektedir.

Diğer bir yakınması ise işitsel varsanılarıdır. Yıllarca ("Hep bunu yaşadım." olarak ifade ettiği) "Hadi yap." ve "Bu şu anda kötü bir fikir, sakın yapma." diyen sesler duyduğunu iddia etmektedir. Bu sesin kendisine çocukken çok yardım ettiğini söylemektedir. Hasta, eskiden bunu vicdanının sesi olduğunu varsayarken, son dönemde bu sesin çok güçlü hâle gelmesiyle "onu neredeyse görebilir" hâle gelmiştir.

Kişisel ve sosyal geçmiş: Bir çocukken bile Bay Carlin bir çocukken bile ortamlara uyum sağlayamadığını hissedermiş. Sürekli okul değiştirmekten ve yeni arkadaşlar edinmek zorunda olmaktan dolayı uyumsuz hissedermiş. Bir ergen olarak intihara eğilimli olmasa da depresif hissedermiş. Ebeveynleri kendisi yedi yaşındayken boşanmış; ardından Kaliforniya'da annesiyle yaşamaya başlamıştır. İki abisi ise babalarıyla kalmıştır. Öz babası ve annesiyle yeteri derecede iyi bir ilişkisi olduğunu ifade etmektedir. Liseden mezun olmuş ve üniversiteye girmiştir. Halı döşemeciliği, araba yıkama servisi ve pizza dağıtıcılığı (beş yıl boyunca) olmak üzere pek çok işte çalışmıştır. Fakat son dönemde işsiz kalmış ve yeni bir iş bulma konusunda başarısız olmuştur. Hiç evlenmemiş ama kız arkadaşları olmuştur. Depresyonda olmadığı dönemlerde, cinsel ilişki kurmada ve doyum almada sıkıntı yaşamamaktadır.

Aile geçmişinde, sorunları olan birçok akrabası vardır. Buna, satış müdürü olan ve geçmiş dönemde alkol sorunu yaşayan biyolojik babası dâhil. Bir ağabeyi ise hapisteymiş.

Genel anlamda Bay Carlin'in fiziksel sağlığı yerindedir. Hasta sekiz yaşındayken bir düşme sonrası kafasını çarpmış ve sarsıntı nedeniyle bir gece hastanede yatırılmış. Sırt ağrılardan yakınmakta ama hiç operasyon geçirmemiş; ruhsal durumu nedeniyle aldıkları dışında hiç ilaç kullanmıyor.

Zihinsel durum muayenesi: Bay Carlin hâlâ ölmeyi ve "kanserli düşüncelerinden" kurtulması için hastaneden birinin kendisine ölmekte yardım etmesini dilemekte. Bunun makul bir beklenti olduğuna inanmakta. Kendisini iple astığına, arabasını duvara çarptığına ya da tren raylarına atladığına dair açık varsanılar görmekte. Kötülük görme (persecutory) düşüncelerini reddetse de polisin kendini izliyor olabileceğine dair hisleri olduğunu itiraf etmekte ve bunun kanıtı olarak da her yerde kameraların olmasını göstermektedir. Kişi, yer ve zaman yönelimi ve arka plan bilgi birikimi iyi durumdadır. Uzak belleği ve hatırlama/ geri çağırma becerileri zarar görmemiştir. Konsantrasyonu makul derecede iyidir. Seri hâlde yedileri tek bir hatayla çıkarabilmektedir.

Her ne kadar kendiliğinden bu konuyu açmasa da, bazı korkuları olduğunu itiraf etmektedir (boğulma, hata yapma, yanarak ölme, toplulukta konuşma, kendisine gülünmesi). Sonuç olarak, kendine zarar verebilecek insanlardan ve durumlardan kaçtığını, fakat bir topluluk önünde konuşmaya davet edilse muhtemelen bunu yapacağını ifade etmektedir. Takıntılı düşünceleri olmadığını söylemekte ama panik atakları kabul etmektedir.

İzlenim

Ertelenmiş tanı listesi

1. Duygudurum bozukluğu
   Kafa travmasına bağlı gelişen ikincil depresyon
   Madde kullanımı ile artan depresif özellikli duygudurum bozukluğu

Muhtemelen distimi ile birlikte yineleyen major depresif bozukluk
Bipolar I bozukluğu
Bipolar II bozukluğu

2. Madde kötüye kullanımı
   Kokain kullanımı, orta derecede
   Eroin kullanım, orta derecede
3. Olası kaygı bozukluğu
   Sosyal kaygı bozukluğu
   Genel kaygı bozukluğu
   Panik bozukluğu
   Agorafobi
4. Olası psikoz
   Madde kullanımı ile artan psikotik bozukluk
   Şiddetli psikotik özellikli, majör depresyon bozukluğu
   Şizofreni
5. Olası ayrışmamış kişilik bozukluğu, kaçınma ve şizoid özellikli
   Fiziksel tanılar: Kısa süre önce kamyon çarpması
   Psikososyal sorunlar: Şu anda işsiz ve evsiz olması
   Global İşlev Değerlendirmesi:
   15 (şu anda)
   70 (geçen yıl en yüksek derecede)

FORMÜLASYON

Özet

30 yaşında, beyaz hasta otobanda hareket hâlindeki bir kamyonun önüne atlayarak gerçekleştirdiği intihar girişimi sonrasında hastaneye yatırılmıştır. Geçmişte yaklaşık 7 yaşına kadar uzanan değişik derecelerde depresyon yaşamıştır. Son yıllarda depresyonu eroin ve kokain kullanımı ile karmaşık bir hâle gelmiştir. Büyük oranda başarısız olan çeşitli ilaç tedavileri almıştır. Kısa süre önce işsiz kalmıştır ve şu anda evsizdir.

Ayırıcı Tanı

Depresyon. Majör depresyon birçok ölçütün karşılanması ve tekrarlayan intihar girişimi öyküsü ile desteklenmektedir. Bay Carlin, depresyonun madde kullanımı öncesinde başladığını ve madde kullanmadığı zamanlarda varlığını sürdürdüğünü söylemektedir. Uzun süreli depresif belirtiler, eşlik eden distimi olasılığını güçlendirmektedir.

Psikoz. Bay Carlin, DSM-5'e göre şizofreni tanısının A belirtileri için yeterli ölçütleri taşımamaktadır ve işitsel varsanılarla ilgili kanıtlar yeterli ölçüde değildir. Hastanın belirtileri, psikotik özellikli majör depresyon tanısının duygudurum özellikleriyle yeterince örtüşmemektedir. Yakın zamandaki madde kullanım düzeyi, madde kullanımıyla artan psikotik bozukluk tanısı için yetersizdir. Yine de ileride ortaya çıkabilecek psikoz belirtileri için dikkatli bir biçimde takip edilmelidir.

Madde kullanımı. Her ne kadar bu görüşme ile hastanın madde kullanım boyutu netlik kazanmamış olsa da bunun pek bir önemi yoktur. Kokain ve eroin kullanımın hastanın hayatına etki ettiği açıktır ve mevcut depresyonunun altında yatan faktörlerden biri olabilir.

Kaygı bozukluğu. Hasta birkaç farklı kaygı bozukluğu belirtisi olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte net bir tanı koymak için yeterli bilgi yoktur ve sorulara verdiği yanıtlar aslında görüşme sürecine fazlasıyla uyum sağladığını gösteriyor olabilir.

Kişilik bozukluğu. Bu hastanın görüşme sorularına aşırı uyumlu tepkiler vermesi ve uzun süreli madde bağımlığı bir ölçüde kişilik bozukluğu tanısına destek olabilir. Ancak olası tanı, yukarıdaki majör tanı olasılıklarının ışığı altında şimdilik ertelenmiştir.

En İyi Tanı

Şu anki bulguların işaret ettiği en baskın tanı, kokain ve eroin kötüye kullanımının eşlik ettiği, majör depresif bozukluk tanısıdır.

Katkı Sağlayan Faktörler

Aile geçmişi (baba, erkek kardeş) Bay Carlin'in madde kullanımında güçlü bir etkendir. Hastanın küçüklüğünde ebeveynlerin boşanması, duygudurum bozukluğuna olumsuz bir katkı yapmış olabilir. Madde kullanımı ve depresyon birbirini alevlendiriyor olabilir.

İhtiyaç Duyulan Ek Bilgi

Eski tıbbi kayıtlara ve diğer doktorların izlenimlerine ek olarak, hasta ile yapılacak görüşmeler Bay Carlin'in depresyon ve madde kullanım sorunun boyutlarını daha iyi anlamaya ve olası kaygı bozukluğu (bozuklukları) ve psikoz tanısı için yanıtlar bulmaya yardımcı olabilir. İzleyen görüşmelerde, edinilmiş bilgiler yinelenmeden, var olan destek kaynakları, dinî geçmişi ve askerlik hizmeti dâhil olmak üzere incelenmemiş alanlar ele alınmalıdır.

Tedavi Planı

Antidepresan ilaçlar konusunda yeni girişimler
Depresyonun duygulara yönelik psikoterapi (belki bilişsel-davranışçı terapi)
Madde kullanımı için On İki Adım programı
Barınma ve iş bulma konusunda destek yönlendirmesi

Prognoz

Majör depresyon tanısı doğru bir tanıysa ve hasta ilaç tedavisi ve bilişsel-davranışçı terapiye yanıt verirse, hastanın madde kullanımını düzeltmeyi başaracak bir ortam oluşturmak mümkün olabilecektir. Diğer taraftan ise, hastanın madde kullanımı kontrol altına alınamazsa depresyonunu iyileştirmek son derece güç olabilir. Prognoz, kişilik bozukluğu olasılığı ile karmaşık hâle gelmektedir.

EK D

Yarı Yapılandırılmış Görüşme

Klinisyenler yıllardır sağlık alanından bilgi toplarken yapılandırılmış ya da yarı- yapılandırılmış görüşmeleri kullanmaktadır. Bu araçlar hem temel tanıyı hem de ikincil tanıyı ortaya çıkarmada geleneksel ve yapılandırılmamış görüşmelere göre daha etkilidir. Örneğin bir çalışmada DSM için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'nin (SCID) hastanın çizelgesindekinden 5 kat daha iyi klinik tanı belirlediği bulunmuştur. Ek olarak yapılandırılmış görüşmeler, temeli sağlam olmayan klinik tanıları elemekte faydalı olabilir; evsiz hastalarla yapılan bir çalışmada geleneksel klinik yöntemlerle yapılan değerlendirmeye kıyasla yapılandırılmış görüşmelerle daha az antisosyal kişilik bozukluğu vakası belirlenmiştir.

Bu ek, sizin yetişkin klinik görüşmelerinizin yerini alması için değil, görüşmenizin tanı için gerekli olan bilgileri kapsayıp, kapsamadığından emin olmanız için yazılmıştır. Sorular tanı koymanız için gereken materyali size sağlasa da kendi kendilerini puanlamayacaklardır. Örneğin, depresif hastanızın majör depresyonu mu, bipolar depresif epizodu mu, distimisi mi -eğer ilk ikisinden birisi ise de, belirleyici bir özelliği olup olmadığını (*kaygılı, melankolik özellikli* ya da *mevsimsel duygudurum örüntülü*)- sizin değerlendirmeniz gerekecektir. Birçok noktada ayrıntıları ortaya çıkarmanız gerekecektir; bir teknisyenin uygulaması için yapılandırılmış olan bir görüşmede ise bunlar sizin için yapılmış olacaktır. Bu kılavuz, ruh sağlığı alanında çalışan ve ruhsal bozukluklar hakkında belli bir temeli olan uzmanlar için hazırlanmıştır.

Tarama soruları (**kalın siyah harflerle** yazılanlar) iki kere yazılmıştır: hemen aşağıda ve her tanı setinin başında (Bütün başlangıç sorularını başta sormanın, kişi olumlu cevapların daha fazla sorgulamaya yol açtığını fark ettikten sonra "hayır" şeklinde cevap verme eğilimini azaltmaya neden olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır.). Bir tarama setine olumsuz yanıtlar almışsanız, devamındaki takip sorularını geçip devam edebilirsiniz.

Son iki bölüm tarama içermemektedir fakat oraları pas geçmeyiniz. O bilgiler size hastanızın geçmişi, kişiliği, duyguları ve genel davranışları hakkında ihtiyaç duyduğunuz muazzam bir bilgi olduğunu hatırlatacaktır.

Bununla birlikte, bölümlerdeki bazı sorular son tanı el kitabı revizyonları ile tam olarak aynı bölümlerde yer almamaktadır. Örneğin, ben kumar oynamayı madde kullanımı ile değil, diğer dürtü kontrol bozuklukları ile birlikte gruplandırdım. Çünkü tanı el kitapları, bozuklukları bilimsel olarak ilişkili gruplara yerleştirmeye çalışır ve bu da her zaman bizim klinik olarak gördüğümüz belirtilerle aynı şekilde gruplanmaz. Uygulamayı kolaylaştırmak adına biz daha geleneksel gruplandırmaya bağlı kalırız.

TÜM TARAMALAR

A1. Hiç günün çoğu zamanında kendinizi normalden daha keyifsiz, depresif ya da üzgün hissettiğiniz bir dönem oldu mu?

A2. Hiç genellikle günlük aktivitelerin tadını çıkaramadığınız ya da keyif almadığınız bir dönem yaşadığınız oldu mu?

B1. Hiç depresif durumun tam tersini - nedensizce mutlu, öforik "bulutların üstünde" –yaşadığınız bir dönem oldu mu?

B2. Hiç olağandan farklı bir şekilde kızgın, huysuz ve asabi olduğunuzu fark ettiğiniz (ya da başkalarının fark ettiği) bir döneminiz oldu mu?

B3. Sizin için normal olana göre çok daha aktif olduğunuz bir döneminiz oldu mu?

C1. Hiç aniden kaygılı, korkulu ya da son derece huzursuz hissettiğiniz bir atak ya da nöbet geçirdiniz mi?

C2. Bayılacakmış veya nefes alamayacakmış gibi hissettiğinizde ya da kalbiniz çok hızlı attığında hiç atak ya da nöbet geçirdiniz mi?

D1. Herhangi bir şeyle ilgili korkularınız ya da fobileriniz var mı? Örneğin: hayvanlar (örümcekler, köpekler, yılanlar); kan, iğne ya da enjeksiyon; yükseklik, uçak yolculuğu; kapalı kalma, gök gürültüsü; kızarma; toplum içinde yemek yeme; konuşma, izleyici önünde şarkı söyleme ya da bir müzik aleti çalma.

D2. Hiç herhangi bir ortamda ya da durumda olmakla ilgili kaygınız oldu mu (bir mağaza ya da sinema)? - kaçmakta zorlanacağınız bir alan ya da panik atak geçirdiğinizde yardım bulamayacağınız bir alan?

E1. Hiç sürekli aklınıza gelip duran fikir ya da düşünceleriniz oldu mu – kurtulmayı denediğiniz fakat karşı koyamadığınız?

E2. Hiç üst üste yapmak zorunda hissettiğiniz; örneğin el yıkama, sobayı kontrol etme ya da bir şeyleri sayma gibi fiziksel davranışlarınız oldu mu?

F1. Kurtulmaya çalıştığınız ya da kaçındığınız travmatik ya da stresli deneyiminiz oldu mu?

G1. Zamanın çoğunda endişelenir misiniz?

G2. Neler hakkında endişelenirsiniz?

H1. Hiç başkalarının görmediği görüntüler görmek ya da başkalarının duymadığı sesler duymak gibi deneyimleriniz oldu mu?

H2. Hiç başkalarının tatmadığı tatlar aldığınız ya da kokular duyduğunuz ya da teninizde veya vücudunuzda başkalarının hissetmediği bir şeyler hissettiğiniz oldu mu?

J1. Hiç başkalarının sizi gözetlediğini, arkanızdan konuştuğunu ya da başka bir şekilde size karşı çalıştığını hissettiniz mi?

J2. Hiç hayatta özel bir misyonunuz –belki yüce bir amaç ya da çağrı– olduğunu hissettiğiniz oldu mu?

James Morrison'un *İlk Görüşme (Dördüncü Basım)* adlı kitabından. Copyright, 2014, The Guilford Press. Bu malzemenin fotokopi izni ancak kitabı satın almış olan kişilere, kişisel kullanım amacıyla verilmiştir (daha fazla bilgi için copyright sayfasına bakınız). Kitabı satın alan kişiler bu malzemenin daha büyük bir sürümünü www.guilford.com/morrison-forms adresinden indirebilirler.

J3. Hiç açıklayamayacağınız başka bir garip deneyim yaşadınız mı?

K1. Hiç alkol ya da madde kullandığınız mı?

K2. Hiç reçeteli ya da reçetesiz bir ilacı tavsiye edilenden ya da reçeteden farklı bir şekilde kullandığınız oldu mu?

K3. Hiç ilaçları aşırı miktarlarda içtiğiniz ya da kullandığınız oldu mu?

K4. Başka insanlar hiç içme davranışınız ya da madde kullanımınız ile ilgili kaygılarını dile getirdiler mi?

L1. Belleğiniz nasıldır? Eğer sorun olmazsa test etmek isterim.

L2. Hayatınızda hiç sonradan hatırlayamadığınız bir dönem oldu mu?

L3. Hiç kendinizi oraya nasıl gittiğinizi hatırlamadığınız garip bir yerde bulduğunuz mu?

M1. Genel sağlığınız hep iyi mi olmuştur?

M2. Farklı durumlar için fazlaca tıbbi yardım aldığınız oldu mu?

N1. İnsanlar fazla zayıf olduğunuzu söylerken sizin şişman hissettiğiniz bir zaman oldu mu?

N2. Hiç çok doymuş hissettiğiniz için kendinizi kusturdunuz mu?

N3. Hiç tıkınırcasına aşırı yemeleriniz, normalden çok daha fazla ve hızlı yediğiniz oldu mu?

P1. Hiç fiziksel olarak sizde ters giden bir şeyler – doktorların tanımlayamadığı ciddi bir hastalık - olduğunu hissettiğiniz ya da bundan korktuğunuz oldu mu?

Q1. Hiç vücudunuzla ya da görünüşünüzle ilgili ters giden–diğer insanların fark etmediği, bir şeyler olduğunu hissettiniz mi?

R1. Çabuk sinirlenir misiniz?

S1. Hiç dürtüsel davrandığınız olur mu?

S2. Hiç saç tellerinizi kopartmak ya da yıkıcı bir şekilde saldırganlık, marketlerden çalma ya da yangın çıkarma gibi şeyler yaptınız mı?[Belirtiler arasında cevap için duraklayınız.]

T1. Kumar oynar mısınız?

U1. Hiç, bir akrabanızda – aileden biri, kardeş, büyükanne ya da büyükbaba, çocuk, hala, amca, kuzen ya da yeğen, sizinkine benzer belirtiler var mı?

U2. Bu akrabalardan biri, hiç depresyon... mani... psikoz... şizofreni... asabiyet...aşırı kaygı... zihinsel bir durumdan ötürü hastaneye yatma... intihar vakası ya da intihar denemesi...madde kötüye kullanımı ya da alkolizm... gibi zihinsel bir hastalık geçirdi mi ya da suç öyküsü var mı? [Hastalıklar arasında cevap için bekleyin.]

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

A1. Hiç günün çoğu zamanında kendinizi normalden daha keyifsiz, depresif ya da üzgün hissettiğiniz bir dönem oldu mu?

A2. Hiç genellikle günlük aktivitelerin tadını çıkaramadığınız ya da keyif almadığınız bir dönem yaşadığınız mı?

Eğer herhangi birine cevap evet ise:

Günlerin çoğunda böyle mi hissettiniz?

Bu dönem ne kadar sürdü?

Bu türden kaç döneminiz oldu?

Şu an böyle hissediyor musunuz?

Bu tür bir üzüntü döneminden sonra hiç tamamen iyileştiğiniz oldu mu?

Den eyiminiz ne kadar şiddetli(ydi)- işinizi, ev hayatınızı ya da sosyal hayatınızı etkiledi mi?

Hiç depresyon tedavisi gördünüz mü? Eğer gördüyseniz, ayrıntıları nelerdir?

Hastaneye yatırıldınız mı?

Tipik bir depresyon döneminde:

İştahınız kaçıyor mu?

Kilo kaybediyor musunuz? Eğer öyleyse ne kadar?

Uyku düzeniniz değişiyor mu? Değişiyorsa uykunuz azalıyor mu, artıyor mu? Bu sizi çoğu günler etkiliyor mu?

Sabahları çok erken uyanma ve sonrasında tekrar uykuya dalamama sıkıntınız oluyor mu?

Sabahları ya da akşamları daha iyi hissettiğiniz oluyor mu, yoksa sabah ve akşam arasında herhangi bir fark yok mu?

Kendinizi yavaşlamış ya da hızlanmış hissediyor musunuz? Eğer öyleyse, bu değişim insanların fark edebileceği düzeyde mi?

Genellikle yorgun ve enerjisiz misiniz? Eğer öyleyse bu durum çoğu günler için geçerli mi?

Kendinizi değersiz ya da suçlu hissediyor musunuz? Eğer öyleyse bu durum çoğu günler için geçerli mi?

Kararsız mısınız ya da konsantre olmakta güçlük yaşıyor musunuz? Eğer öyleyse bu durum çoğu günler için geçerli mi?

Ölüm hakkında düşünüyor musunuz?

Eğer öyleyse bu düşünce ne sıklıkla aklınıza geliyor?

İntiharı düşünüyor musunuz?

Eğer öyleyse bundan biraz bahseder misiniz?

Hiç intihar girişiminiz oldu mu?

Eğer öyleyse, ne zaman? Nasıl?

Fiziksel / tıbbi ciddiyeti?

Psikolojik ciddiyeti?

Depresif olduğunuzda kol ve bacaklarınız daha ağırmış gibi hisseder misiniz?

Depresif olduğunuzda başka insanların görmediği şeyleri gördüğünüz ya da duymadığı şeyleri duyduğunuz için çok kötü hisseder misiniz? Eğer öyleyse bu durumun ayrıntıları nelerdir?

Depresif olduğunuzda böyle kötü hissetmeyi hak ettiğinizi düşünür müsünüz? Ya da diğer insanların size zarar vermeye çalıştığını ya da bir şekilde sizin aleyhinize çalıştıklarını düşünür müsünüz? Eğer öyleyse, ayrıntıları nelerdir?

Depresif olduğunuzda her şeyin umutsuz olduğunu ya da boş olduğunu hisseder misiniz?

Depresif olduğunuzda, iyi bir şey olsa kendinizi daha iyi hisseder misiniz (örneğin arkadaşlarınızlayken ya da bir terfi aldığınızda)?

Depresif olduğunuzda, varsayalım ki size yakın biri vefat ettiğinde normalde hissedeceğinizden farklı mı hissedersiniz?

Depresif olduğunuzda, hemen hemen her şeyden zevk alma hissini kaybettiğiniz olur mu?

Yılın belli bir döneminde daha depresif olma eğiliminiz var mı? Eğer öyleyse ayrıntıları nelerdir.

Genellikle reddedilmeye karşı aşırı hassas (sadece depresifken değil) bir insan mısınız?

B1. Hiç depresif durumun tam tersini - nedensizce mutlu, öforik "bulutların üstünde" -yaşadığınız bir dönem oldu mu?

B2. Hiç olağandan farklı bir şekilde kızgın, huysuz ve asabi olduğunuzu fark ettiğiniz (ya da başkalarının fark ettiği) bir döneminiz oldu mu?

B3. Sizin için normal olana göre çok daha aktif olduğunuz bir döneminiz oldu mu?

Eğer yukarıdaki üç sorudan herhangi birine cevap "evet" ise:

Bu dönem ne kadar sürdü?

Bu türden kaç döneminiz oldu?

Şu an böyle hissediyor musunuz?

Bu tür bir mutluluk döneminden sonra hiç tamamen iyileştiğiniz oldu mu?

Deneyimizin ne kadar şiddetli(ydi)- işinizi, ev hayatınızı ya da sosyal hayatınızı etkiledi mi? Eğer etkilediyse hangi yönlerden?

Hiç bu tür bir döneminiz için herhangi bir tedavi gördünüz mü? Eğer gördüyseniz, ayrıntıları nelerdir?

Hastaneye yatırıldınız mı?

Bu dönemlerde:

Başkalarının sahip olmadığı özel güçleriniz olduğunu (mesela telepati yapabilmek ya da akıl okuyabilmek gibi) ya da özel, yüce bir kişi (Hz. İsa ya da bir film yıldızı) gibi hissettiğiniz oldu mu? Eğer öyleyse ayrıntıları nelerdir?

Bu tür dönemlerde uykunuz nasıldır? Ayrıntıları?

Eğer bu tür dönemlerde uykunuz normalden daha azsa: Normalden daha az uykuya ihtiyacınız olduğunu hissediyor musunuz?

Bu tür dönemlerde, normalden daha fazla konuşur musunuz ya da diğerleri öyle söyler mi?

Bu tür dönemlerde, düşünceleriniz birbiriyle yarışıyor gibi olur mu?

Bu tür dönemlerde dikkatinizin normalden daha kolay dağılabilir olduğunu fark ettiğiniz ya da başkalarının bu durumu fark ettiği oldu mu?
Bu tür dönemlerde, hareket miktarınızın arttığını hissettiniz mi ya da başkalarının böyle bir durumu fark ettiği oldu mu?
Bu tür dönemlerde, normalde yapacağınızdan daha çok plan yapar mısınız?
Bu tür dönemlerde, cinsellik dürtünüz nasıldır?
Bu tür dönemlerde yargılamanız nasıldır- herhangi bir şekilde bozulduğunu hissettiğiniz olur mu? Yani:
Sonradan pişman olduğunuz para harcamalarınız olur mu?
Yasal olarak zor durumlara girdiğiniz olur mu?
Sizin için normal olmayan cinsellik ilişkilerinin içine girdiğiniz olur mu?
Diğerlerinin göremediği şeyler gördüğünüzü ya da duyamadığı şeyler duyduğunuzu düşünür müsünüz? Eğer öyleyse ayrıntıları nelerdir?
Gözetlendiğinizi, insanların size karşı bilendiğini ya da diğer kişilerin size zarar vermeye çalıştığını ya da başka yollarla aleyhinize çalıştıklarını hissettiğiniz olur mu? Eğer öyleyse ayrıntıları nelerdir?

KAYGI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR*

C1. Hiç aniden kaygılı, korkulu ya da son derece huzursuz hissettiğiniz bir atak ya da nöbet geçirdiniz mi?
C2. Bayılacakmış veya nefes alamayacakmış gibi hissettiğinizde ya da kalbiniz çok hızlı attığında hiç atak ya da nöbet geçirdiniz mi?
Eğer herhangi birine cevap "evet" ise:
Bu türden kaç atağınız oldu?
Bu ataklar yaklaşık olarak ne sıklıkla meydana geliyor?
Bu ataklar ne kadar sürüyor?
Deneyiminiz ne kadar şiddetli(ydi)- işinizi, ev hayatınızı ya da sosyal hayatınızı etkiledi mi?
Hiç bu tür bir dönem için tedavi gördünüz mü? Eğer gördüyseniz, ayrıntıları nelerdir?
Hastaneye yatırıldınız mı?
Bu ataklarınız sırasında, aşağıdaki duyumlardan herhangi birini yaşadınız mı?
Göğüs ağrısı ya da göğüs sıkışması?
Ürperme ya da sıcak basması?
Boğulma hissi?
Etrafınızdakiler gerçek değilmiş hissi ya da benliğinizden kopmuşluk hissi?
Sersem, bayılacak ya da düşecek gibi hissetmek?
Ölüyor olduğunuz korkusu?
Kontrolü kaybetme ya da delirme korkusu?

* DSM-5'in obsesif- kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve travma- stres yaratıcı ilişkili bozukluklar kategorisini kapsamaktadır.

Kalp sıkışması, kalbin çok hızlı atması ya da kalbin duraksaması?
Mide bulantısı ya da diğer mide rahatsızlıkları?
Uyuşma ya da karıncalanma?
Terleme?
Nefes darlığı ya da boğulma hissi?
Titreme?

D1. Herhangi bir şeyle ilgili korkularınız ya da fobileriniz var mı? Örneğin: hayvanlar (örümcekler, köpekler, yılanlar); kan, iğne ya da enjeksiyon; yükseklik, uçak yolculuğu; kapalı kalma, gök gürültüsü; kızarma; toplum içinde yemek yeme; konuşma, izleyici önünde şarkı söyleme ya da bir müzik aleti çalma.

Eğer cevap "evet" ise her bir korku için aşağıdaki soruları sorunuz:
Bu korkunuz ne sıklıkla oluşur?
Şimdiye kadar bu türden kaç deneyiminiz oldu?
Bu tür bir korku size mantıksız ya da orantısız geliyor mu?
Bu korku sizin durumdan kaçınmanıza sebep oluyor mu?
Bu durum sizin normal rutininize, sosyal, iş ya da kişisel işlevlerinize etki ediyor mu?
Bu durum için hiç tedavi gördünüz mü?

D2. Hiç herhangi bir ortamda ya da durumda olmakla ilgili kaygınız oldu mu (bir mağaza ya da sinema)? - kaçmakta zorlanacağınız bir alan ya da panik atak geçirdiğinizde yardım bulamayacağınız bir alan?

Eğer cevap "evet" ise:
Bu yüzden mağazalardan ya da sinemalardan (ya da herhangi başka yerlerden) kaçındığınız olur mu?
Bu durumlardan birinde bulunsanız, orada bulunduğunuzda kaygılı hisseder misiniz?
Panik atak geçirme durumunuz olursa, size yardımcı olabilmesi için bir arkadaşınızı sizinle bir yere gelmesi için çağırır mısınız?

E1. Hiç sürekli aklınıza gelip duran fikir ya da düşünceleriniz oldu mu – kurtulmayı denediğiniz fakat karşı koyamadığınız?

Eğer cevap "evet" ise:
Bu fikirler ne sıklıkla oluşuyor?
Bu fikirlere/düşüncelere direnmeye ya da bu fikir ve düşünceleri baskılamaya çalışıyor musunuz?
Bu fikirler sizin zihninizden mi geliyor, yoksa size dışarıdan bir yerden empoze ediliyor gibi mi geliyor?

E2. Hiç üst üste yapmak zorunda hissettiğiniz örneğin el yıkama, sobayı kontrol etme ya da bir şeyleri sayma gibi fiziksel davranışlarınız oldu mu?

Eğer cevap "evet" ise:
Bu davranışlar az önce tartıştığımız gibi, karşı koyamadığınız bir düşünceye ya da fikre karşılık olarak mı ortaya çıkıyor?
Bu davranışları sergilerken belli kuralları takip etmek zorunda hissediyor musunuz?
Bu davranışlar kötü bir şeylerin olmasını engelliyor mu?

Bu davranışlar sizin stres düzeyinizi azaltıyor mu?
Bu davranışlar yoğun strese sebep oluyor mu?
Bu davranışlar ne kadar zamanınızı alıyor?
Bu davranışlar normal rutininize, sosyal, iş ya da kişisel işlevlerinize etki ediyor mu? Eğer öyleyse ayrıntıları nelerdir?

F1. Kurtulmaya çalıştığınız ya da kaçındığınız travmatik ya da stresli deneyiminiz oldu mu?

Eğer cevap "evet" ise:
Olay neydi?
Olay ne zaman oldu?
Aşırı korku, dehşet ya da çaresizlik hissine sebep oldu mu?
Hiç bu yaşantının sizde yarattığı rahatsızlıktan kurtulmanızı sağlayan bir deneyiminiz oldu mu?
Girici düşünceler ya da imajlar?
Olay tekrar oluyormuş gibi geçmişi gösteren sahneler (flashbacks), varsanılar, ilüzyonlar ya da hisler?
Sizde belirli bir strese neden olan olayı sembolize eden ya da olaya benzer işaretler?
Bu işaretler karşısında fiziksel belirtiler (hızlı kalp atışı, kan basıncında artış)?

Size travmayı hatırlatan uyarandan düzenli olarak kaçınıyor musunuz? Eğer öyleyse, hangi yollarla:
Size olayı hatırlatan duygulardan, düşüncelerden ya da konuşmalardan kaçınmaya çalışır mısınız?
Size olayı hatırlatan aktivitelerden, insanlardan ya da mekânlardan kaçınmaya çalışır mısınız?
Olayın önemli parçalarından birini hatırlayamadığınız oldu mu?
Eğer öyleyse, hangi kısmı?
Sizin için önemli olan aktivitelere ilginizi kaybettiniz mi?
Eğer öyleyse, hangileri?
Hangi ölçüde?
Diğer insanlardan izole olmuş gibi hissettiniz mi?
Sevgi ya da diğer güçlü duyguları hissetme yeteneğinizi kaybetmiş gibi hissettiniz mi?
Hayatınızın kısa ya da mutsuz geçeceğini hissettiğiniz oldu mu- evliliğin, işin ya da çocukların olmadığı?

Olaydan önce yaşamadığınız aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı?
Uykusuzluk?
Huzursuzluk?
Odaklanma güçlüğü?
Aşırı tetikte olma (örneğin sürekli etrafta tehlike işaretleri aramak gibi)?
Artmış irkilme tepkisi?

G1. Zamanın çoğunda endişelenir misiniz?
G2. Neler hakkında endişelenirsiniz?
Eğer hasta üç ya da daha fazla endişe listelemişse:
Bu endişeleri kontrol etmekte sıkıntı yaşar mısınız?
Bir ayda kaç gün bu konularla ilgili endişelenirsiniz?
Bunun gibi endişelere ne zamandır sahipsiniz?
Bunlar iş, aile ya da kişisel hayatınızda zorluklara sebep oluyor mu?
Endişelendiğinizde:
Rahatsız, gergin ya da diken üstünde gibi hisseder misiniz?
Kolaylıkla yorulur musunuz?
Konsantre olmakta güçlük yaşar mısınız?
Huzursuz hisseder misiniz?
Kas gerginliğiniz artar mı?
Uyumakta güçlük yaşar mısınız?

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

H1. Hiç başkalarının görmediği görüntüler görmek ya da başkalarının duymadığı sesler duymak gibi deneyimleriniz oldu mu?
H2. Hiç başkalarının tatmadığı tatlar aldığınız ya da kokular duyduğunuz ya da teninizde veya vücudunuzda başkalarının hissetmediği bir şeyler hissettiğiniz oldu mu?
Eğer seslere cevap evet ise:
Bu sesler ne kadar canlı gibi? Benim sesim gibi gerçek mi geliyorlar?
Bu sesler kafanızın içinden mi, yoksa dışarıdan bir yerlerden geliyor gibi mi?
Bu sesleri ne zaman duymaya başladınız?
Bu sesler kadın sesi mi, erkek sesi mi?
Bu sesler kimin sesi?
Kaç farklı ses duyuyorsunuz?
Eğer birden fazlaysa, bu sesler birbiriyle de konuşuyor mu?
Bu sesler hiç, birbiriyle sizin hakkınızda konuşuyor mu?
Bu sesler ne sıklıkla ortaya çıkıyor?
Eğer her günse, her gün ne sıklıkla çıkıyor?
Bu sesler size ne yapacağınızı söylüyor mu?
Hiç bu seslerin emirlerini takip ettiniz mi?
Eğer görüntülere cevap "evet" ise:
Bu görüntüleri şu anda beni gördüğünüz kadar net görebiliyor musunuz?
Bu görüntüleri ne zaman görüyorsunuz?
Eğer her günse, ne sıklıkla?
Bu görüntüleri görmeye ne zaman başladınız?
Eğer tat, koku ya da dokunsal duyumlara cevap "evet" ise:
Bunları ne sıklıkla deneyimliyorsunuz?

Eğer her günse, gün içinde ne sıklıkla?
Bunları deneyimlediğinizde ne yapıyorsunuz?
Bunlar ne zaman başladı?
Tüm varsanılar için:
Sizce bu deneyimlerin oluşmasına ne sebep oluyor?
Bu deneyimlerle madde ya da alkol kullanımı arasında herhangi bir ilişki olabilir mi?
Hiç bu deneyimlerden sorumlu olabilecek fiziksel bir hastalık geçirdiniz mi?

J1. Hiç başkalarının sizi gözetlediğini, arkanızdan konuştuğunu ya da başka bir şekilde size karşı çalıştığını hissettiniz mi?

J2. Hiç hayatta özel bir misyonunuz- belki yüce bir amaç ya da çağrı- olduğunu hissettiğiniz oldu mu?

J3. Hiç açıklayamayacağınız başka bir garip deneyim yaşadınız mı?

[Eğer hasta ek bilgiye ihtiyaç duyuyorsa: Aşağıda ne kastettiğimize dair örnekler yer almakta:]
Hiç insanlar düşüncelerinizi duyuyormuş gibi ya da aklınızı okuyorlarmış gibi hissettiğiniz oldu mu?
Hiç televizyonda ya da radyoda birisinin size özel mesajlar gönderdiğini hissettiğiniz oldu mu?
Hiç dışarıdan birisinin kafanızın içine düşünceler koyabileceğini ya da bazı düşünceleri kafanızdan çıkarabileceğini düşündüğünüz oldu mu?
Hiç çok kötü bir şey yaptığınız için cezalandırılmayı hak ettiğinizi hissettiğiniz oldu mu?
Hiç ünlü birisi olduğunuzu ya da diğer insanların sahip olmadığı yetenek ve güçlere sahip olduğunuzu hissettiniz mi?]

Eğer yukarıdaki üç sorudan herhangi birine cevap "evet" ise:
Özgül olarak ne fark ettiniz?
Ne kadar süredir bu deneyimlere sahipsiniz?
Bu olaylardan kimlerin ya da nelerin sorumlu olduğunu düşünüyorsunuz?
Bunlarla nasıl savaşmayı denediniz?
Size yakın başka biri de benzer deneyimlere sahip mi?
Bu deneyimlerle madde ya da alkol kullanımı arasında herhangi bir ilişki olabilir mi?

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI

K1. Hiç alkol ya da madde kullandığınız oldu mu?

K2. Hiç reçeteli ya da reçetesiz bir ilacı tavsiye edilenden ya da reçeteden farklı bir şekilde kullandığınız oldu mu?

K3. Hiç ilaçları aşırı miktarlarda içtiğiniz ya da kullandığınız oldu mu?

K4. Başka insanlar hiç içme davranışınız ya da madde kullanımınız ile ilgili kaygılarını dile getirdiler mi?

Eğer bunlardan birine cevap "evet" ise:

Hangi maddeleri kullandınız?

Bunları ne kadar süre kullandınız?

Şu an da kullanıyor musunuz?

Bir maddeyi bırakırken hiç yoksunluk belirtileri yaşadınız mı?

Alkol/yatıştırıcılar/hipnotikler/ kaygı gidericiler: terleme, hızlı kalp atışı, titreme, uykusuzluk, baş dönmesi, kusma, kısa halüsinasyonlar ya da ilüzyonlar, hızlanmış aktivite, ciddi krizler, kaygı?

Kokain/amfetamin: üzgün ya da çökkün duygudurum, yorgunluk, canlı kötü rüyalar, uykuda artma ya da azalma, iştahta artma, aktivitede artma ya da azalma?

Opiodler: Üzgün ya da çökkün mod, baş dönmesi, kusma, kas ağrısı, ağlama, burun akması, genişlemiş göz bebekleri, saçların dikilmesi, terleme, ishal, esneme, ateş, uykusuzluk?

Aynı etkiyi yaşamak için madde alımını arttırmak zorunda kaldığınız oldu mu?

Hiç niyetinizden daha fazla madde kullandığınız oldu mu?

Hiç madde kullanımınızı kontrol etmeye çalışıp yapamadığınız oldu mu?

Madde kullanımınız fazla zamanınızı alıyor mu – elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak?

Madde kullanımının sizi ev hayatı, arkadaşlarla buluşmak gibi iş, sosyal ya da boş zaman aktivitelerinden alıkoyduğu oldu mu?

Madde kullanımınız sizde strese ya da işlevlerde aksamaya neden oldu mu? Eğer olduysa nasıl?

Madde kullanımının sizde fiziksel ya da psikolojik sorunlara sebep olduğunu fark etmenize rağmen hâlâ kullanmaya devam ediyor musunuz?

Hiç madde kullanımının sizi okula gitmek, işe gitmek ya da çocuklarla ilgilenmek gibi temel sorumluluklarınızı yerine getirmekten alıkoyduğu oldu mu?

Hiç fiziksel olarak tehlikeli olacağı zamanlarda da –araç kullanmak gibi- madde kullandığınız oldu mu?

Hiç madde kullanımı nedeniyle yasal sorun yaşadınız mı? Eğer yaşadıysanız, kaç kere ve nasıl?

Hiç madde kullanımı nedeniyle sosyal ya da kişilerarası sorun yaşadınız mı? Eğer öyleyse, yine de madde kullanımına devam ettiniz mi?

Hiç maddeye aş erdiğiniz oldu mu?

DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ (BİLİŞSEL BOZUKLUKLAR)

L1. Belleğiniz nasıldır? Eğer sorun olmazsa test etmek isterim.
Dediklerimi tekrarlayın (bir isim, bir renk, bir sokak adresi)
Bugün günlerden nedir?
Şimdiki başkan kimdir [başbakan]? Hemen önceki başkanın ismi neydi? Ve o kişiden üç kişi öncesi.
Lütfen 100'den 7 çıkartın. Şimdi de sonuçtan 7 çıkartın.
Güzel, 60'ın altında bir sayı elde edene kadar devam edin.

L2. Hayatınızda hiç sonradan hatırlayamadığınız bir dönem oldu mu?
Eğer olduysa, lütfen bana o konuyla ilgili bilgi verin.
Ne sıklıkla oldu?

L3. Hiç kendinizi oraya nasıl gittiğinizi hatırlamadığınız garip bir yerde buldunuz mu?
Eğer olduysa, lütfen bana o konuyla ilgili bilgi verin.
Ne kadar sıklıkla oldu?

Birkaç dakika önce sizden tekrarlamanızı istediğim üç şey neydi?

FİZİKSEL YAKINMALAR

M1. Genel sağlığınız hep iyi mi olmuştur?

M2. Farklı durumlar için fazlaca tıbbi yardım aldığınız oldu mu?
[Ekranlardaki cevaplara bakılmaksızın:]
Hangi hastalıklarınız vardı? Ayrıntıları?
Diğer tıbbı koşullar var mıydı?
İlaç kullanımınız?
M1 "hayır" ya da M2'ye "evet" dendiyse.
Şimdi size insanların bazen yaşadığı bazı belirtiler hakkında sorular sormak istiyorum. Aşağıdakilerden biri hiç oldu mu?
Bu gibi *ağrı belirtileri:*
Başta ağrı (baş ağrısı dışında)?
Karın ağrısı?
Sırt ağrısı?
Eklem ağrıları?
Kollarınızda ya da bacaklarınızda ağrı?
Göğüs ağrısı?
Rektumda ağrı?

---

*Sayabilmek için her bir belirti (1) genel bir tıbbi durum ya da madde kullanımı tarafından tam olarak açıklanmamalı *ve* (2) bozukluğa ya da hastanın tedavi aramasına neden olmalı *ve* (3) ilişkili olabilecek herhangi bir tıbbi durum için beklenenden fazla bozulma ya da rahatsızlık yaratmalı.

Mensturasyon ağrısı?
Cinsel ilişkide ağrı?
İdrar sırasında ağrı (acı)?

Bu gibi *gastrointestinal* belirtiler:
Bulantı?
Karında şişkinlik?
Kusma (gebelik dışında)?
İshal?
Çeşitli gıdalara karşı duyarlılık?

Bu gibi *cinsel ya da üreme-boşaltım yollarıyla* ilgili belirtiler:*
Cinsel soğukluk (kayıtsızlık)?
Erekte olma ya da boşalma zorluğu?
Düzensiz regl olma?
Aşırı adet kanaması?
Gebeliğin tüm 9 ayı boyunca kusma?

Bu gibi *nörolojik* belirtiler:
Bozulmuş denge ya da konsantrasyon?
Zayıf veya felç olmuş kaslar?
Boğazda yumru?
Yutma sorunu?
Ses kaybı?
İdrar tutma?
Halüsinasyonlar?
Hissizlik (dokunma veya ağrı için)?
Çift görme?
Körlük?
Sağırlık?
Nöbetler?
Amnezi?
Diğer dissosiyatif belirtiler?
Bilinç kaybı (bayılma dışında)?

N1. İnsanlar fazla zayıf olduğunuzu söylerken sizin şişman hissettiğiniz bir zaman oldu mu?

N2. Hiç çok doymuş hissettiğiniz için kendinizi kusturdunuz mu?

İkisine de "evet" derse:
Ne zamandı?
Bu hâlâ böyle midir?
O zaman kaç kiloydunuz?
O zaman boyunuz kaçtı?
Kilo almaktan korkuyor muydunuz?
Kilo vermek için birçok egzersiz yaptınız mı?

Kilo vermek için hiç müshil (laksatif) kullandınız mı?
O zaman vücudunuz size nasıl görünüyordu? Zayıf, kilolu ya da neredeyse uygun?
Vücut ağırlığınız ya da vücut şekliniz sizin için ne kadar önemliydi?

N3. Hiç tıkanırcasına aşırı yemeleriniz, normalden çok daha fazla ve hızlı yediğiniz oldu mu?

"Evet" ise:
Bu durum ne sıklıkla meydana gelmekte?
Bu zamanlarda yeme kontrolünü kaybettiğinizi hissediyor musunuz?
Kilo alımını engellemek için hiç müshil ilacı kullandığınız oldu mu? İdrar sökücü kullandınız mı? Kusmak? Hızlı hareket etmek? Fazla egzersiz?

P1. Hiç fiziksel olarak sizde ters giden bir şeyler –doktorların tanımlayamadığı ciddi bir hastalık- olduğunu hissettiğiniz ya da bundan korktuğunuz oldu mu?

"Evet" ise:
Belirtilerinizi tarif ediniz.
Ne kadar sürdü?
Korktuğunuz hastalık veya durum nedir?

Q1. Hiç vücudunuzla ya da görünüşünüzle ilgili ters giden- diğer insanların fark etmediği, bir şeyler olduğunu hissettiniz mi?

"Evet" ise:
Bu sorunu düşünüyorken ya da bu sorunla başa çıkmaya çalışırken çok fazla zaman harcıyor musunuz?
Bunu düzeltmek için hangi adımları attınız?

DÜRTÜ KONTROLÜ BOZUKLUKLARI

R1. Çabuk sinirlenir misiniz?

"Evet" ise:
Ne tür durumlarda bu kadar sinirli olursunuz?
Kontrolünüzü kaybedecek düzeyde sinirli olur musunuz?
Sonuç olarak, hiçbir mülkiyete zarar verir misiniz? Eğer öyleyse, ne sıklıkla?
Sonuç olarak, başka bir kişiye hiç saldırdınız mı? Eğer öyleyse, ne sıklıkla?

S1. Hiç dürtüsel davrandığınız olur mu?

S2. Hiç saç tellerinizi kopartmak ya da yıkıcı bir şekilde saldırganlık, marketlerden çalma ya da yangın çıkarma gibi şeyler yaptınız mı? [Belirtiler arasında cevap için duraklayınız.]

Herhangi birine "evet" denirse:
Bu aktivitelerden herhangi birini gerçekleştirmeden hemen önce bir tür gerginlik hissediyor musunuz?
Bu aktiviteler sırasında ya da sonrasında, haz, zevk duyma ya da rahatlama hissediyor musunuz?

T1. Kumar oynar mısınız?

"Evet" ise:

Ne kadar sıklıkla?

Kontrolünüzün dışında haddinden fazla kumar oynadığınızı hiç hissettiniz mi?

Kumarın sizi meşgul ettiğini düşünür müsünüz –kumardan nasıl para kazanacağınızı bulmak, geçmiş kumar deneyimlerini tekrar yaşamak ya da yeni kumar girişimlerine zaman harcamak gibi?

Aynı heyecana ulaşmak için kumar oynarken, hiç daha fazla para yatırma ihtiyacı duydunuz mu?

Kumar oynamanızı kontrol etmeye çalışıp kontrol edemediğiniz oldu mu? Eğer öyleyse, nasıl?

Kaç kere denediniz?

Kumar oynamanızı kontrol etmeye çalışırken huzursuz ya da sinirli hissettiniz mi?

Depresif ya da kaygılı duygudurumunuzla başa çıkmak için ya da sorunlarınızdan uzaklaşmak için kumar oynar mısınız?

Kayıplarınızı telafi etmeye çalışmak için hiç kumar oynadınız mı?

Kumarda ne kadar kaybettiğinizi gizlemek için hiç yalan söylediğiniz oldu mu?

Kumar borçlarınızı kapatmak için hiç diğer insanlara güvendiğiniz oldu mu?

Hiç size ait olmayan bir parayla kumar oynadınız mı?

Kumar; iş, önemli bir ilişki, kariyeriniz ya da eğitim şansınıza bir tehlike oluşturdu mu hiç?

AİLE ÖYKÜSÜ

U1. Hiç bir akrabanızda – aileden biri, kardeş, büyükanne ya da büyükbaba, çocuk, hala, amca, kuzen ya da yeğen, sizinkine benzer belirtiler var mı?

U2. Bu akrabalardan biri hiç depresyon... mani... psikoz... şizofreni... asabiyet... aşırı kaygı... zihinsel bir durumdan ötürü hastaneye yatma... intihar vakası ya da intihar denemesi... madde kötüye kullanımı ya da alkolizm... gibi zihinsel bir hastalık geçirdi mi ya da suç öyküsü var mı? [Hastalıklar arasında cevap için bekleyin.]

Herhangi bir olumlu yanıt için:

Bu kişinin belirtileri nelerdi?

Hasta o zaman kaç yaşındaydı?

Hastaya nasıl bir tedavi uygulandığını biliyor musunuz?

Bu kişiye ne oldu? [Olasılıklar şunları içerebilir: Hastalıktan kurtuldu, hastalığı devam ediyor ama sosyal işlevselliği var, işe gitmede yetersiz, tekrarlayan ya da kronik hastaneye yatışı var.]

ÇOCUKLUKTAN YETİŞKİNLİK YAŞAMINA

Çocukluk

Nerede doğdunuz?
Kaç tane kız kardeşiniz ve erkek kardeşiniz vardır?
Siz en büyüğü mü, en küçüğü müsünüz? Kaçıncı çocuksunuz?
Her iki ebeveyniniz tarafından mı yetiştirildiniz?
Ebeveynlerinizin birbiriyle geçimi nasıldı?
  Kavga ederlerse bu ne hakkında olurdu?
  Boşanmış veya ayrılmış ise, o zaman kaç yaşındaydınız?
Kiminle yaşadınız?
Eğer evlatlık olarak alındıysanız bu olduğunda kaç yaşındaydınız?
  Evlatlık olarak verilmenizin arkasındaki koşullar neydi, biliyor musunuz?
Çocukluğunuzda sağlığınız nasıldı?
Ne kadar uzaklıkta okula gittiniz?
  Okuldan hiç uzaklaştırma aldınız mı?
  Okulda herhangi bir davranış ya da disiplin sorunları oldu mu?
  Herhangi bir devamsızlık?
  Hiç ara verdiniz mi veya kovuldunuz mu?
Çocukken çok arkadaşınız var mıydı?
Çocukken nasıl ilgileriniz ve uğraşılarınız vardı?
Okul dışında, yasal ya da disiplin sorunlarınız var mıydı? Eğer varsa hiç, bir şeyler çaldınız mı?
  Yangın çıkarmak?
  Kasten başkalarının malına zarar vermek?
  İnsanlara ya da hayvanlara karşı zalimce davranmak?
  Gece evden kaçtınız mı?

Yetişkin Yaşamı

Evli misiniz?
  Eğer evliyseniz ne kadar süredir evlisiniz ve her ikinizin de yaşları kaçtır?
  Önceki evlilikler nasıl sonlandı–boşandınız, eşiniz öldü?
Şimdi kiminle yaşıyorsunuz?
Kaç çocuk var, yaşları?
Herhangi bir üvey çocuğunuz var mıdır?
  Eğer varsa, kaç tane?
  Onlarla ilişkileriniz nasıldır?
Şu andaki işiniz nedir?
Yaşam boyunca kaç işiniz oldu?
  İş değiştirmenizin nedenleri?
  Hiç kovuldunuz mu? Niçin?
Şu an çalışmıyorsanız, mevcut destek kaynağınız nedir?

Herhangi bir askerlik hizmeti?
- Eğer öyleyse, hangi şubede?
- Kaç yıl?
- Elde edilen en yüksek rütbe?
- Savaş deneyimi?
- Ordudaki disiplin sorunları?

Din sizin için şimdi ne kadar önemlidir?
- Mevcut dinî bağlılığınız nedir?
- Çocukluğunuzdaki dinî görüşten farklı mıdır?
- Öyleyse, değiştiren ne oldu?

Şimdiki boş zamanlarınızdaki etkinlikler nelerdir?
- Kulüpler, organizasyonlar?
- Hobiler, ilgi alanları?

Cinsellikle ilgili ilk ne zaman bir şeyler öğrendiniz?
Koşullar nelerdi?
Flört etmeye başladığınızda kaç yaşınızdaydınız?
İlk cinsel ilişkinizi yaşadığınızda kaç yaşınızdaydınız?
- Doğası nasıldı?
- Bu deneyimle ilgili ne hissettiniz?

Mevcut cinsel ilgilerinizden bahseder misiniz?
Hiç sizi rahatsız eden cinsel paylaşımlar ya da cinsel deneyimler yaşadınız mı?
Çocukluğunuzda hiç istismara uğradınız mı?
- Cinsel olarak?
- Fiziksel olarak?

Bir yetişkin olarak, hiç tecavüze ya da cinsel istismara uğradınız mı? Eğer "evet" ise, ayrıntıları?

SOSYAL VE KİŞİLİK SORUNLARI

İlerleyen sorular hastaların kendilerini nasıl gördüklerini ve diğerleriyle nasıl etkileşimde olduklarını ortaya çıkaracaktır. Çoğu durumda cevaplar kesin tanı koymanız için yeterli olmayacaktır; diğer kaynaklardan daha fazla bilgi elde etmenize ihtiyacınız olacaktır.

Nasıl biri olduğunuzu düşünüyorsunuz?
Kendinizle ilgili en çok neyi seviyorsunuz?
Kendinizle ilgili en az neyi seviyorsunuz?
Çok arkadaşınız var mıdır ya da daha çok yalnız mısınız?
[Karınızla/kocanızla/partnerinizle] ne kadar iyi anlaşırsınız?
Ailenizdeki kişilerle anlaşırken sorunlarınız var mıdır?
Anlaşmanın zorluklarından dolayı herhangi bir yakınınızdan kaçınıyor musunuz?
Arkadaşlarınızla ilgili herhangi bir zorluk?

İş yerinizde herhangi bir kişilerarası sorununuz oldu mu?
İnsanların güdülerinden şüphe duyma eğiliminde misinizdir, yoksa insanlara daha çok güvenir misiniz?
İlgi merkezinde olmayı mı seversiniz, yoksa arka planda kalmak daha rahat mı gelir?
Kendi kendinizle olmaktan genellikle rahat mısınızdır, yoksa diğer insanların varlığına ihtiyaç duyar mısınız?
Hiç kötü bir karar olduğunu sonradan anladığınız bir şey yaptınız mı? Evetse, bunlar neydi?
Hiç bazı yasal zorluklarınız oldu mu? Evetse ayrıntıları?
Hiç tutuklandığınız oldu mu? Cezaevinde yattınız mı? Evetse, ayrıntılandırın.
Sizi yasal güçlükler içine sokabilecek ama sizin asla öğrenmediğiniz bir şey yaptınız mı?
Bu davranışları uyguladıktan sonra, üzgün hissetme eğiliminiz oluyor mu?
Başka insanların sizi aldatabileceğini, istismar edebileceğini ya da size zarar verebileceğini hisseder misiniz? Evetse, örneklendirin.
Arkadaşlarınızın ya da yakınlarınızın size karşı sadakatsiz olabileceğini hisseder misiniz? Evetse, örneklendirin.
Kin tutma eğiliminde misinizdir? Evetse, örneklendirin.
Bir şeyleri kendi kendinize yapmayı mı tercih edersiniz? Evetse, örneklendirin.
Eleştiri ya da övgü sizi çok etkiler mi? Evetse, örneklendirin.
Batıl inançları olan birisi misiniz? Evetse, örneklendirin.
Telepati, kara büyü, akıl okuma gibi doğaüstü durumlara inanır mısınız? Evetse, örneklendirin.
Diğer insanlarla olan ilişkileriniz genellikle uzun süreli midir? Evetse, örneklendirin.
Duygudurumunuz dengeli midir, yoksa daha çok inişli çıkışlı bir kişi misinizdir? Evetse, örneklendirin.
Kendinizi "boş" hissediyorum gibi tanımlama eğiliminde misiniz?
Çoğunlukla sinirli hissettiğiniz ya da öfkeden kendinizi kaybettiğiniz veya kavgalara karıştığınız oluyor mu?
İlgi odağında olmayı sever misiniz? Evetse örneklendirin.
Diğer insanların görüşlerden kolayca etkilendiğinizi hissediyor musunuz? Evetse, örneklendirin.
Kendinizle ilgili büyük bir başarı, ideal bir aşk, güç, zekâ, gibi sık sık fantezi kurar mısınız? Evetse, örneklendirin.
Sık sık, özel bir tedaviyi ve özeni hak ettiğinizi hisseder misiniz? Evetse, örneklendirin.
Diğer insanların duygularını tanımlamak sizin için zor mudur? Evetse, örneklendirin.
Diğer insanlarla yeni aktivitelere girmekten ya da onlarla etkileşime geçmekten kaçınacak kadar çok utanç ya da onaylanmama korkusu yaşar mısınız? Evetse, örneklendirin.

Yeni ilişkilerde sık sık yetersiz hisseder misiniz? Evetse, örneklendirin.
Günlük kararlar verirken çok sayıda öneri ve güvenceye ihtiyaç hisseder misiniz? Evetse, örneklendirin.
Başkalarının desteğini kaybedeceğinize yönelik korkunuz onların fikirlerine katılmamanızı zorlaştırır mı? Evetse, örneklendirin.
Zaman zaman yaptığınız şeyin amacını gözden kaçırdığınız, ayrıntılar ile çok meşgul olduğunuz olur mu? Evetse, örneklendirin.
Kendinizi özellikle inatçı biri olarak görür müsünüz? Evetse, örneklendirin.
Mükemmeliyetçi biri olduğunuzu söyler misiniz? Evetse, örneklendirin.

EK E

Görüşmenizi Değerlendirmek

Bütün hastalar ve hâliyle bütün görüşmeciler farklıdır. Eğitmenler de ilk görüşmenin farklı yönlerine verdikleri önemle farklılaşmaktadır. Ancak tipik bir görüşme için çok önemli olan ve klinisyenlerin pek çoğunun üzerinde anlaştığı çok sayıda alan vardır. Bu alanlar gerçeklere dayalı malzeme ve bilgi alma sürecine katkı sağlayabilecek ögeleri içerir. Bunlar, her birine kabataslak sayısal değerler verilerek bu ek içerisinde listelenmiştir.

Kendi görüşmenizi ses ya da görüntü kaydını kullanarak puanlayabilirsiniz ya da bir meslektaşınız siz görüşmeyi yaparken bunu sizin için yapabilir. Genel puanınız ve alt bölümlerden aldığınız puanlar, hangi alanlara yoğunlaşmanız gerektiğini planlamanız konusunda size yardımcı olacaktır. Puanlama sistemi Maguire ve arkadaşlarının (bk., Ek F) makalelerine dayanarak ve bunu genişleterek hazırlanmıştır.

Bu değerlendirmenin her bir bölümünde puanlanacak davranış ya da öge hiç gözlemlenmemiş ya da hiçbir şekilde kapsanmamışsa "0" olarak puanlayın. Öge tamamen kapsanmışsa ya da istenen davranış tutarlı olarak mevcutsa, en yüksek puan ile puanlayın (vakanın dosyasındaki notları değerlendirin). Kısmi yanıt ya da davranışlara bununla orantılı bir puan verin.

Alınabilecek en yüksek puan 200'dür. Yeni başlayanlar için 140'ın üzerindeki herhangi bir puan kabul edilebilir olarak değerlendirilir ancak ileri seviye görüşmecilerin daha yüksek bir puan alması gerekir.

Bu kendini değerlendirme formuna, ilk görüşmenin sadece tarihsel ve etkileşimli kısmını değerlendiren zihinsel durum verisi dâhil edilmemiştir.

1. *Görüşmeyi başlatma* (10 puan)

Görüşmeci	Evet	Hayır
a. Hastayı karşılar	0	1
b. El sıkışır	0	1
c. Hastanın adını belirtir	0	1
d. Kendi adını belirtir	0	1
e. Durumu açıklar (eğitim vs.)	0	1
f. Nereye oturulacağını gösterir	0	1
g. Görüşmenin amacını açıklar	0	1
h. Görüşmenin süresini belirtir	0	1
i. Not alacağını belirtir	0	1
j. Hastanın rahat olup olmadığını sorar	0	1

2. *Mevcut Hastalığın tarihçesi* (58 puan)

Görüşmeci şunlar hakkında sorar...	Hayır								Evet
a. Temel yakınma(lar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
b. Sorunların başlangıcı	0		1		2		3		4
c. Stresörler	0		1		2		3		4
d. Hastalık süresince ortaya çıkan önemli olaylar	0		1		2		3		4
e. Mevcut ilaç tedavisi									
1. Adları ya da betimlemeleri	0				1				2
2. Doz	0				1				2
3. Elde edilen istendik etkiler	0				1				2
4. Fark edilen yan etkiler	0				1				2
5. Etkilerin süresi	0				1				2
f. Önceki epizodların tarihçesi									
1. Türü	0		1		2		3		4
2. Şimdiki epizodla olan benzerlik	0		1		2		3		4

James Morrison'un İlk Görüşme (Dördüncü Basım) adlı kitabından. Copyright, 2014, The Guilford Press. Bu malzemenin fotokopi izni ancak kitabı satın almış olan kişilere, kişisel kullanım amacıyla verilmiştir (daha fazla bilgi için copyright sayfasına bakınız). Kitabı satın alan kişiler bu malzemenin daha büyük bir sürümünü www.guilford.com/morrison-forms adresinden indirebilirler.

3. Önceki tedavi	0	1	2	3	4
4. Tedavi sonucu	0	1	2	3	4
g. Hastalığın iş yaşamına etkisi	0	1	2	3	4
h. Hastalığın aile yaşamına etkisi	0	1	2	3	4
i. Hastanın sorunlara ilişkin duyguları	0	1	2	3	4

3. *Tıbbi tarihçe* (10 puan)

Görüşmeci şunlar hakkında sorar...	Hayır		Evet
a. İlişkili olabilecek fiziksel Hastalık verileri	0	1	2
b. İlaç alerjileri	0	1	2
c. Ameliyatlar	0	1	2
d. Önceki Hastaneye yatma deneyimleri	0	1	2
e. İlişkili olabilecek vücut sistemlerinin gözden geçirilmesi	0	1	2

4. *Kişisel ve soysal tarihçe* (20 puan)

Görüşmeci şunlar hakkında sorar...	Hayır		Evet
a. Aile kökenine ilişkin ayrıntılar	0	1	2
b. Eğitim	0	1	2
c. Evlilik tarihçesi	0	1	2
d. Askerlik tarihçesi	0	1	2
e. İş tarihçesi	0	1	2
f. Cinsel tercih ve uyum	0	1	2
g. Yasal sorunlar	0	1	2
h. Mevcut yaşam durumu	0	1	2
i. Boş zaman etkinlikleri	0	1	2
j. Destek kaynağı	0	1	2

5. *Ailedeki ruhsal bozukluk tarihçesi* (6 puan)

Görüşmeci şunlar hakkında sorar...	Hayır		Evet
a. Tanı koyabilmek için belirtiler	0	1	2
b. Tedaviye verilen yanıt	0	1	2
c. Tüm birinci derece akrabalar	0	1	2

6. *Tarama Soruları* (26 Puan)

Görüşmeci şunlar hakkında sorar...	Hayır				Evet
a. Depresyon	0		1		2
b. Panik ataklar	0		1		2
c. Fobiler	0		1		2
d. Obsesyonlar ve kompülsiyonlar	0		1		2
e. Mani	0		1		2
f. Psikoz	0		1		2
g. Çocukluk dönemi istismarı	0		1		2
h. Madde kötüye kullanımı (ilaçlar dâhil)	0	1	2	3	4
i. İntihar düşünceleri/girişimleri	0	1	2	3	4
j. Şiddet tarihçesi	0	1	2	3	4

7. *İlişkinin kurulması* (18 puan)

Görüşmeci	Hayır				Evet
a. Uygun zamanlarda gülümser ve kafasını sallar	0	1	2	3	4
b. Hastanın anlayacağı bir dil kullanır	0	1	2	3	4
c. Duygularla tepki verir, empati gösterir	0	1	2	3	4
d. Göz temasını sürdürür	0		1		2
e. Uygun (fiziksel) mesafeyi kurur	0		1		2
f. Kendine güvenli ve rahat görünür	0		1		2

8. *Görüşme tekniklerinin kullanımı* (44 puan)

Görüşmeci	Kötü				İyi
a. Yeni malzemeye ilişkin sözel ipuçlarını araştırır	0	1	2	3	4
b. Hastanın tepkilerine izin verirken görüşmenin akışını kontrol eder	0	1	2	3	4
c. Tam bilgi alabilmek için belirsizlikleri açığa kavuşturur	0	1	2	3	4
d. Doğal geçişler yapar; eğer beklenmedik geçişler olursa bunu ifade eder	0	1	2	3	4
e. Jargon kullanımından kaçınır	0	1	2	3	4

f. Soruları kısadır ve aynı anda tek bir soru sorar	0	1	2	3	4
g. Sorduğu soruları tekrarlamaz	0	1	2	3	4
h. Açık uçlu, yönlendirici olmayan sorular sorar	0	1	2	3	4
i. Hastanın sözel ya da sözel olmayan yanıtlar vermesini kolaylaştırır	0	1	2	3	4
j. Kesin yanıtlar verilmesini teşvik eder (tarihler, uygun olduğu zaman sayılar)	0	1	2	3	4
k. Duygu içerikli malzemeyi bulur ve bunu hassas bir şekilde ele alır	0	1	2	3	4

9. *Görüşmenin sonlandırılması* (8 puan)

Görüşmeci	Hayır		Evet
a. Görüşmenin bitmek üzere olduğu konusunda uyarır	0	1	2
b. Kısa ve kesin bir özet yapar	0	1	2
c. Hastadan gelecek soruları teşvik eder	0	1	2
d. Şükran ve ilgi belirten bir sonuç ifadesi kullanır	0	1	2

EK F

Bibliyografya ve Önerilen Okumalar

KİTAPLAR

Kitabı basıma hazırladığımız aşamada, ulaşılması mümkün olan en son basımlar buraya dâhil edilmiştir. O zamandan sonra bazıları yeniden gözden geçirilmiş olabilir.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. [Şu andaki tanısal düşünmenin kutsal kitabıdır.]

American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders.* Arlington, VA: Author. [Yetişkinler için *psikiyatrik değerlendirme*yi içermektedir (2. basım).]

Bradburn, N. M., Sudman, S., & Wansink, B. (2004). *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Cannell, C. E., & Kahn, R. L. (1968). Interviewing. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (2nd ed., pp. 526–595). Reading, MA: Addison-Wesley.

Carlat, D. J. (2012). *The psychiatric interview: A practical guide* (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Cormier, L. S., Nurius, P. S., & Osborn, C. J. (2013). *Interviewing and change strategies for helpers* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole. [Ruh sağlığı uzmanları için ayrıntılı, koca bir ders kitabıdır fakat özellikle psikologlar ve sosyal çalışmacılara odaklanmıştır. Farklı türdeki terapilerle ilgili malzeme ve görüşme stratejileri.]

Ekman, P. (2009). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage* (4th ed.). New York: Norton. [Yalan söyleme ve bunun tespiti ile ilgili çok fazla bilgi içermektedir.]

Gill, M., Newman, R., & Redlich, F. C. (1954). *The initial interview in psychiatric practice.* New York: International Universities Press. [Hastanın gereksinimlerine ve becerilerine odaklanan görüşme tarzının klasik bir betimlemesi.]

Leon, R. L. (1989). *Psychiatric interviewing: A primer* (2nd ed.). New York: Elsevier. [İlk Görüşme'nin kapsadığı malzemenin neredeyse aynısını kapsamaktadır. Yazar bilgi toplamak için, açık bir şekilde yönlendirici olmayan yaklaşımdan yanadır.]

MacKinnon, R. A., & Yudofsky, S. C. (1986). *The psychiatric evaluation in clinical practice.* Philadelphia: Lippincott. [Kitabın sadece ilk üçte birlik kısmı klinik görüşme ile ilgilidir. Denge, klinik laboratuvar testleri, kişilik testleri ve derecelendirme ölçekleriyle verilmiştir. Psikodinamik vaka formülasyonu üzerine olan bölüm başka bir yerde kolayca bulunamayacak bilgileri içermektedir.]

Morrison, J. (2014). *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis.* New York: Guilford Press. [Giderek daha karmaşık ve fazlasıyla uzun bir hâl alan *ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabını* öğrenmek isteyenler için bir rehber.]

Morrison, J. (2014). *Diagnosis made easier* (2nd ed.). New York: Guilford Press.[Bu kitap, görüşme malzemesinden anlam çıkarabilmesi için okuyucuya adım adım yardım etmektedir. DSM-5'teki değişiklikleri yansıtacak şekilde yakın zamanda yeniden gözden geçirildi.]

Othmer, E., & Othmer, S. C. (2002). *The clinical interview using DSM-IV-TR.* Washington, DC: American Psychiatric Press. [Kapsamıyla ansiklopedik olan bu kitap, resmî DSM formatına sıkıca bağlıdır.]

Oyebode, F. (2008). *Sims' symptoms in the mind.* Edinburgh/New York: Saunders Elsevier. [Bu İngiliz metni, gördüklerim arasında en çok ruh sağlığı terminolojisi ve tanımlaması içerendir.]

Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders. [Çok uzun olsa da ilişkili olan pek çok malzemeyi sunmaktadır.]

Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview.* New York: Norton. [İlk görüşmenin nasıl yapılacağının eski ve klasik bir tanımı.]

MAKALELER

Aşağıdaki makaleler, yorumlama amacıyla yazar isimlerine göre alfabetik olarak değil, yazar grupları içerisinde kronolojik olarak sıralanmıştır.

Sandifer, M. G., Hordern, A., & Green, L. (1970). The psychiatric interview: The impact of the first three minutes. *American Journal of Psychiatry, 126,* 968–973. [Bu çalışmadaki görüşmecilerin gözlemlerinin yarısı deneysel görüşmenin ilk üç dakikası içerisinde yapılmıştır. Erken dönemde elde edilen bu veri bazen tanı kararına etki etmektedir.]

Maguire, C. P., & Rutter, D. R. (1976). History-taking for medical students. 1: Deficiencies in performance. *Lancet, ii,* 556–560. [Son sınıf tıp öğrencileri öykü alırken anlamlı derecede yetersizlik göstermiştir. Bu, kişisel meselelerden kaçınmayı, jargon kullanımını, kesinlikten yoksunluğu, ipuçlarını yakalamada başarısızlığı, gereksiz tekrarı, zayıf açıklamayı, kontrol etmede başarısızlığı, yetersiz basitleştirmeyi, uygun olmayan soru tarzını (yönlendirici ya da karmaşık sorular) içermektedir.]

Maguire, P., Roe, P., Goldberg, D., Jones, S., Hyde, C., & O'Dowd, T. (1978). The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychological Medicine, 8,* 695–704. [Seçkisizleştirilmiş çalışmada geri bildirim (görüntü, ses ya da görüşme uygulamalarının puanlanması) ilişkili ve doğru bilgileri alma becerisini arttırmıştır. Sadece görüntü ve ses gruplarını teknik becerilerde artış gösterdi.]

Maguire, P., Fairbairn, S., & Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors. I: Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *British Medical Journal, 292,* 1573–1576. [Görüntü ile geri bildirim eğitimi ya da geleneksel görüşme becerileri öğretim teknikleri kullanılarak eğitilen genç hekimler 5 yıl boyunca takip edilmiştir. Her iki grup da mezuniyetleri sonrasında gelişim göstermiş ancak "geri bildirim eğitimi alanların doğru tanı becerileri konusundaki üstünlüklerini korumuştur." Yazarlar, geri bildirim eğitiminin tüm öğrencilere verilmesi gerektiği sonucunu çıkarmışlardır.]

Platt, F. W., & McMath, J. C. (1979). Clinical hypocompetence: The interview. *Annals of Internal Medicine, 91,* 898–902. [Dahiliye stajyerlerinin ilk görüşme ile ilgili sorunları vardır. Zayıf ilişki, uygun olmayan veri tabanı, hipotezleri formüle etmede başarısızlık, görüşmenin aşırı derecede kontrol edilmesi (Hastalar dinlenmediklerinden yakınmıştır) ve ilk belirti verilerindense laboratuvar verisi ve yorumlarıyla ilgili hastanın, diğer sağlık çalışanlarının söylediğini rapor ettiği şeyleri kabul etme gibi şeyler buna dâhildir. Örnekler verilmiştir.]

Rutter, M., & Cox, A. (1981). Psychiatric interviewing techniques: I. Methods and measures. *British Journal of Psychiatry, 138,* 273–282. [Bu serinin tanıtım makalesidir. Bu yazarlar tarafından yazılmış yedi makalelik seri, görüşme teknikleri çalışmaları açısından bir dönüm noktasıdır. Bu çalışmalar psikiyatri hastası olan çocukların anneleriyle olan görüşmelere dayanmaktadır ve uzmanlar tarafından önerilen dört görüşme tarzını karşılaştırmaktadır. Her ne kadar rapor edilen araştırma tekrar edilmediyse de bulguların çok mantıklı ve yöntemin kusursuz olmasıyla okuyucuya gerçekleri okuduğunu sarsıcı bir şekilde hissettirmektedir. Bu makaleler bu yönergenin temeline çokça katkı sağlamıştır.]

Cox, A., Hopkinson, K., & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: II. Naturalistic study: Eliciting factual material. *British Journal of Psychiatry, 138,* 283–291. [Bu makale, "belli başlatıcılar ve tanımlama ile ilgili talepleri içeren yönlendirici bir tarzın" serbest bir tarza göre daha kaliteli gerçekler üretebileceğini göstermiştir. Görüşmeciler daha az konuştuklarında ve açık uçlu soruları kullandıklarında görüşme yapılan kişiler daha fazla konuşmuştur. İkili sorular kafa karışıklığına neden olmuş fakat çoktan seçmeli sorular bazen yardımcı olmuştur.]

Hopkinson, K., Cox, A., & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: III. Naturalistic study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry, 138,* 406–415. [Birçok tekniğin duygu ifadesini kolaylaştırdığı bulunmuştur. Bunlar arasında, "görüşmecinin, hastayı daha az bölerek daha az konuşması, açık uçlu soruların kapalı olanlara göre daha fazla kullanılması, duygulara yönelik doğrudan soru sorulması, sempatinin yorumlanması ve ifade edilmesi" bulunmaktadır.]

Rutter, M., Cox, A., Egert, S., Holbrook, D., & Everitt, B. (1981). Psychiatric interviewing techniques: IV. Experimental study: Four contrasting styles. *British Journal of Psychiatry, 138,* 456–465. [Yazarlar iki görüşmeciye belirtilen dört görüşme tarzından herhangi birini kullanmalarını öğretmiştir: (1) En az düzeyde etkinlik olan "ses yansıtıcı" tarzı; (2) duyguları keşfetmeyi deneyen ve duygusal bağları ve anlamları ortaya çıkarmaya çalışan "aktif psikoterapi"; (3) aktif çapraz sorgulamayı kullanan "yapılandırılmış" tarz; (4) gerçek ve duygu yönelimli tekniklerinin birleşiminin yüksek oranda kullanıldığı "sistematik araştırma" tarzı.]

Cox, A., Rutter, M., & Holbrook, D. (1981). Psychiatric interviewing techniques: V. Experimental study: Eliciting factual material. *British Journal of Psychiatry, 139,* 29–37. [Bu yayın yukarıda açıklanan çalışmanın verileri rapor etmektedir. Yazarlar "klinik tanı görüşmesine, ayrıntılı inceleme yapmak ve bilgi verenlerin kendi endişelerini kendi tarzlarında ifade etmelerine imkân sağlamak amacıyla epey uzun bir süre çok az şey yapmanın tercih

edildiği" sonucuna varmışlardır. Sistematik sorgulama iyi kalitede olgulara ulaşmak için esastır. "Görüşmeciler hassas, olaylarla ilgili ipuçlarına duyarlı ve incelemelerini bakım verici şekilde yaptıklarında daha iyi veri sağlanabilmiştir."]

Cox, A., Holbrook, D., & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: VI. Experimental study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry, 139,* 144–152.[Hastaların duygularını açığa çıkarabilmek için çok çeşitli görüşme tarzları kullanılabilir. Olaylarla ilgili iyi bilgi elde etmek tamamen duyguları açığa çıkarmaya bağlıdır.]

Cox, A., Rutter, M., & Holbrook, D. (1988). Psychiatric interviewing techniques: A second experimental study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry, 152,* 64–72. [Görüşmeciler yorum, duyguların yansıtılması ve sempatinin ifade edilmesi gibi "aktif" teknikleri kullandıklarında duyguların ifade edilmesi en üst seviyeye çıkmaktadır. Eğer bilgi verenin "duygu ifadesi hâlihazırda görece azsa" bu daha da doğru olmaktadır.]

BU KİTAP HAZIRLANIRKEN KULLANILAN DİĞER KAYNAKLAR

Black, A. E., & Church, M. (1998). Assessing medical student effectiveness from the psychiatric patient's perspective: The Medical Student Interviewing Performance Questionnaire. *Medical Education, 32,* 472–478.

Booth, T., & Booth, W. (1994). The use of depth interviewing with vulnerable subjects. *Social Science and Medicine, 39,* 415–423.

Bradburn, N., Sudman, S., & Wansink, B. (2004). *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design—for market research, political polls, and social and health questionnaires* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Britten, N. (2006). Psychiatry, stigma, and resistance. *British Medical Journal, 317,* 963–964.

Budd, E. C., Winer, J. L., Schoenrock, C. J., & Martin, P. W. (1982). Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency, 86,* 511–518.

Eisenthal, S., Koopman, C., & Lazare, A. (1983). Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the initial interview. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171,* 49–53.

Eisenthal, S., & Lazare, A. (1977). Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease, 164,* 30–35

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review, 62,* 255–299.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research 12,* 189–198.

Fowler, J. C., & Perry, J. C. (2005). Clinical tasks of the dynamic interview. *Psychiatry, 68,* 316–336.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences.* New York: Basic Books.

Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107,* 403–409.

Harrington, R., Hill, J., Rutter, M., John, K., Fudge, H., Zoccolillo, M., et al. (1988). The assessment of lifetime psychopathology: A comparison of two interviewing styles. *Psychological Medicine, 18,* 487–493.

Jellinek, M. (1978). Referrals from a psychiatric emergency room: Relationship of compliance to demographic and interview variables. *American Journal of Psychiatry, 135,* 209–212.

Jensen, P. S., Watanabe, H. K., & Richters, J. E. (1999). Who's up first?: Testing for order effects in structured interviews using a counterbalanced experimental design. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27,* 439–445.

Kendler, K. S., Silberg, J. L., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1991). The family history method: Whose psychiatric history is measured? *American Journal of Psychiatry, 148,* 1501–1504.

Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., & Hauser, M. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgments. *Nature, 446,* 908–911.

Lovett, L. M., Cox, A., & Abou-Saleh, M. (1990). Teaching psychiatric interview skills to medical students. *Medical Education, 24,* 243–250. Meyers, J., & Stein, S. (2000). The psychiatric interview in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America, 18,* 173–183.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Pollock, D. C., Shanley, D. E., & Byrne, P. N. (1985). Psychiatric interviewing and clinical skills. *Canadian Journal of Psychiatry, 30,* 64–68.

Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV diagnoses: The clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment, 81,* 220–225.

Rosenthal, M. J. (1989). Towards selective and improved performance of the mental status examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80,* 207–215.

Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor–patient interview?: A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine, 19,* 167–175.

Torrey, E. F. (2006). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia Research, 88,* 3–4.

Wilson, I. C. (1967). Rapid Approximate Intelligence Test. *American Journal of Psychiatry, 123,* 1289–1290.

Wissow, S. L., Roter, D. L., & Wilson, M. E. H. (1994). Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics, 93,* 289–295.

Dizin

A

Açık uçlu soru 55
Adet öncesi sendrom 9, 286
Afazi 180
Agorafobi 145, 181, 182, 297, 325
Ağrı bozukluğu 185, 299
AIDS 9, 20, 84, 113, 286, 296
Aile öyküsü xiv, xvi, 87, 104, 265, 298, 341
Akademik sorunlar 49, 78, 174
Akatizi 86, 126
Akrofobi 145
Aktarım 200, 208, 277
Akut distoni 86
Aleksitimi 66, 129
Aliterasyon 133
Alkolik 107, 138, 141
Alkolizm 105, 154, 171, 188, 329, 341
Alkol kötüye kullanımı 24, 168, 173, 265, 269
Alkolün tetiklediği psikoz 240
Alkol zehirlenmesi 50, 214
Alzheimer 124, 153, 179, 180, 191, 241, 296
Alzheimer bozukluğu 296
Amfetamin 294, 337
Anhedoni 165, 166
Anlık bellek 152
Anoreksiya nevroza 87
Antisosyal Kişilik Bozukluğu 45, 74, 79, 171, 172, 191, 218, 241, 265, 300, 301, 327
Askerlik öyküsü 79
Aşırı konuşma 229, 290
Aşırı uyarılmışlık 125, 164, 298
Aşırı uyuma 24, 290
Aşırı uyumlu olma 175

B

Bağımlılık korkusu 215
Basınçlı konuşma 169
Bastırma 69, 70, 283
Beden dili 27, 38, 40, 66, 67, 103
Beden dismorfik bozukluk 184
Belirtilerin başlangıcı xiv
Bellek kaybı 153, 154, 179
Bilgi veren kişi 195, 295
Bilincin bulanması 125
Bilinç dışı 27, 30, 34, 69, 154, 198
Bilinç kaybı 9, 87, 286, 299, 339
Bilişsel bozukluklar xvi, 22, 24, 87, 168, 170, 338
Bipolar bozukluklar 80, 289, 290
Biseksüel 109
Bölme 69, 283
Bunama 191, 294, 295, 296
Büyüklenmeci 168, 169, 179

C

Cinsel gelişim 284
Cinsel istismar 9, 24, 49, 76, 115, 185, 207, 265
Cinsel tercih 9, 83, 109, 110, 284, 348
Cinsel yaşam xiv, 108
Çekirdek aile 80
Çocuk istismarı 249
Çoktan seçmeli 58, 118, 212, 234, 283, 353

D

Deja vu 41, 148
Deliryum 126, 144, 148, 162, 172, 178, 179, 294, 295
Depersonalizasyon 149
Derealizasyon 149
Destek grubu 49, 249
Dezorganize 291, 292
Dikkat dağınıklığı 168
Dirençle başa çıkmak xv
Disforik bozukluk 87, 165, 166
Disiplin sorunları 284, 342, 343
Disleksi 78
Disparöni 111
Distimi 165, 166, 174, 290, 325
Duyguları tanımlama 129, 204
Dürtüsellik 175, 179
Düşmanlığı yönetme 216
Düşünce akışı xiv, 9, 123, 131, 164, 167, 169, 173, 177, 180, 186, 266, 287
Düşünce bloklama 133
Düşünce içeriği xiv, 9, 124, 130, 137, 164, 167, 169, 173, 177, 180, 183, 186, 266, 287

E

Ekolali 133
Ekstrapiramidal yan etkiler 85, 86
Empati 28, 60, 93, 94, 174, 189, 216, 255, 258, 301, 302, 349
En iyi tanı 239, 269, 326
Entellektüalizasyon 69
Epizodik hastalık 166, 169
Erken boşalma 111
Erotomani 164
Eş istismarı 114, 228, 301
Evlilik sorunları 9, 158

F

Fantezi 31, 110, 112, 344
Farkındalık 29, 297
Fetişist bozukluk 112
Fikirlerin uçuşması 169
Fiziksel hastalıklar 184, 185
Fiziksel istismar 9, 184, 218
Fiziksel özellikler 124
Fiziksel yakınmalar xv, xvi, 22, 24, 281, 299

G

Gastrointestinal belirtiler 339
Geç boşalma 111
Genç hastalar 47, 223
Genel kaygı bozukluğu 325
Gizlilik 10, 40, 54, 101, 197, 224, 228
Görüşme ortamları xv
Görüşmeyi bitirme 8
Güvence sağlamak 235

H

Hareketlilik düzeyi 24, 283, 286
Hastalık öncesi kişilik 89, 246
Hastalık öyküsü 111, 262, 264
Hastane yatışı 147, 265, 269, 285, 290
Hastayla iş birliği 230
Histerik 31, 91
Huntington bozukluğu 296

I

İçgörü ve yargılama 9, 124, 167, 169, 173, 177, 180, 183, 186
İkincil kazanç 186
İktidarsızlık 47, 111
İntihar davranışı xiv, 98, 213
İntihar girişimi öyküsü 325
İşitsel varsanılar 142, 143, 144, 294
İştah bozulması 184
İş yaşamı 78

J

Jargon 221, 252, 278, 305, 349, 352

K

Kâbuslar 77, 180
Kaçıngan Kişilik Bozukluğu 303
Kafa travması 159, 169, 179, 269, 286
Kalıtsal 166, 245
Kapalı uçlu soru 283
Karşı aktarım 208
Karşıt tepki geliştirme 69
Katatonik duruş 164
Kaygı bozuklukları xvi, 145, 178, 183, 294
Ketleme 169, 242
Ketleme güçlüğü 169
Kişilik testleri 352
Kişisel ve sosyal geçmiş 324
Klinik görüşme 1, 327, 352
Klostrofobi 145
Kokain kullanımı 196, 325
Koku varsanıları 293
Konuyu değiştirmek 199, 216
Konversiyon 87, 231
Koşulsuz güven 41
Kötülük görme sanrısı 31
Kültürel bilgi 9, 154
Kültürel etki 278

M

Madde bağımlılığı 126
Madde ilişkili bozukluklar 181, 185, 296
Madde kötüye kullanımı xiv, 3, 24, 51, 80, 93, 170, 171, 184, 207, 285, 294, 298, 301, 325, 329, 341, 349
Majör depresif bozukluk 162, 166, 174, 288, 326
Manerizm 9
Mastürbasyon 56, 111
Mazoşizm 112
Melankoli 44, 164, 165, 166, 263, 289
Mevsimsel duygudurum bozukluğu 165
Mizah 30, 70, 176, 228
Multipl skleroz 130, 296
Mutizm 231

N

Narsisistik Kişilik Bozukluğu 302
Neolojizm 133
Nihilistik sanrılar 141
Not tutma 13, 313

O

Obezite 77, 268
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu 302
Obsesyonel fikirler 181, 183
Okul fobisi 78
Okul reddi 9, 78, 283
Oryantasyon 9, 287
Öforik 24, 168, 169, 290, 328, 331
Önceki epizod 51, 163, 282, 289
Önsezi 70, 87
Özgecilik 70

P

Panik ataklar 183, 297, 349
Panik bozukluğu 182, 297, 325
Parafili 112, 113
Paranoid şizofreni 240, 291
Parkinson bozukluğu 296
Pedofili 112
Pekiştireç 27, 137
Perseverasyon 133, 134
Prognoz 84, 157, 238, 244, 245, 246, 270, 326
Prosodi 127
Pseudoparkinsonizim 86
Psikomotor hızlanma 289
Psikomotor yavaşlama 134, 289
Psikoz xv, 22, 24, 31, 43, 85, 88, 94, 140, 142, 143, 153, 156, 161, 162, 163, 172, 178, 189, 190, 219, 220, 230, 231, 235, 237, 240, 258, 263, 267, 269, 275, 281, 285, 289, 292, 306, 317, 325, 326, 329, 341, 349

R

Raporlama xv, 262, 267
Referans sanrıları 142
Röntgencilik 113

S

Sadizm 113

Sanrı 138, 139, 140, 154, 208, 266
Sanrısal algı 163
Sanrısal bozukluk 162, 172, 174, 240, 293
Sanrısal kıskançlık 141
Savunma mekanizmaları xiv, 69, 70
Sedatifler 171
Serbest konuşma süresi 22
Sessizliği yönetmek 201
Sığ duygulanım 180
Sınırda Kişilik Bozukluğu 301
Siklotimi 168
Somatizasyon 69, 87, 113, 151, 171, 181, 185, 186, 230, 265, 278, 283, 286, 289, 298
Somatizasyon bozukluğu 87, 113, 151, 171, 181, 185, 186, 230, 289, 298
Sosyal ağ 81
Sosyal fobiler 145
Sosyal kaygı bozukluğu 145, 183, 325
Sosyal öykü 108, 263, 264
Sosyal sorunlar 22, 24, 170, 185, 281
Soyut düşünce 9, 155
Soyutlanma 166
Sözlü sunum xv, 271
Streotipler 164
Stupor 125, 286
Suç davranışları 35
Şimdiki epizod xiv, 42
Şizoid 94, 163, 174, 325
Şizotipal 94, 163, 174, 291, 300
Şizotipal Kişilik Bozukluğu 291, 300

T

Tardiv diskinezi 86, 126
Tecavüz 113, 114, 115, 228, 250, 285, 298
Tedavi için duyulan aciliyet 243
Tedavi katılımı 244, 246
Teşhircilik 112
Transvestik 113
Travma sonrası stres bozukluğu 44, 181, 297, 298
Tremor 173

U

Ulaşılabilir sosyal destek 246
Uyak çağrışımları 133
Uykusuzluk ya da aşırı uykulu olma 165
Uzun süreli bellek 179, 296

V

Vaka formülasyonu 352
Vejetatif belirtiler 43, 167, 282
Verbijerasyon 133

Y

Yakınlık korkusu 215
Yalan söyleme xv, 93, 175, 213, 214, 301, 351
Yan etki 85, 86, 286
Yansıtıcı dinleme 38
Yansıtma 69, 283
Yasal öykü 80
Yaşlı hastalar xv, 221, 222
Yaşlı istismarı 222, 249
Yazılı rapor iv, xv, xvi, 304
Yer değiştirme 69, 283
Yetişkin yaşamı 342
Yönlendirici sorular 59, 119
Yönlendirmesiz görüşme 16
Yüceltme 70
Yüz ifadeleri 127, 286
Yüzleştirme 60, 204, 214, 230, 255, 284

Z

Zihinsel durum değerlendirmesi iii, xiv, 7, 8, 9, 42, 123, 136, 137, 157, 159, 164, 169, 173, 176, 180, 183, 186, 208, 239, 266, 286
Zihinsel engellilik 233