

PSİKIYATRİ

Editörler

Prof. Dr. Işın B. KULAKSIZOĞLU
Prof. Dr. Raşit TÜKEL
Prof. Dr. Alp ÜÇOK
Prof. Dr. İlhan YARGIÇ
Prof. Dr. Olcay YAZICI



İSTANBUL 2009



PSİKIYATRİ

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Işın B. KULAKSIZOĞLU

Prof. Dr. Raşit TÜKEL

Prof. Dr. Alp ÜÇOK

Prof. Dr. İlhan YARGIÇ

Prof. Dr. Olcay YAZICI

ISBN: xx

İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4888

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 2009/1

Baskı Tarihi: Temmuz 2009

Tasarım ve Uygulama: Galenos Yayınevi

Molla Gürani Cad. 22/2 34093 Fındıkzade/İstanbul-Türkiye

Tel.: 0212 621 99 25

Faks: 0212 621 99 27

E-posta: info@galenos.com.tr

Baskı: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi-İstanbul

İçindekiler

Bölüm 1	Genel Tıpta Hekim-Hasta İletişimi.....	1
Bölüm 2	Semiyoloji.....	19
Bölüm 3	Psikanalitik Açıdan Psikopatoloji.....	34
Bölüm 4	Ruhsal Gelişim	48
Bölüm 5	Anksiyete Bozuklukları	58
Bölüm 6	Travmatik Deneyimler ve Ruh Sağlığı.....	92
Bölüm 7	Duygudurum Bozuklukları	106
Bölüm 8	Şizofreni ve Benzeri Psikozlar	130
Bölüm 9	Hezeyanlı (Sanrısız) Bozukluk.....	149
Bölüm 10	Dissosiyatif Bozukluklar	156
Bölüm 11	Somatoform Bozukluklar	175
Bölüm 12	Yeme Bozuklukları.....	189
Bölüm 13	Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	196
Bölüm 14	Akut Konfüzyonel Durum (Deliryum).....	224
Bölüm 15	Acil Psikiyatri	230
Bölüm 16	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp.....	254
Bölüm 17	Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	299
Bölüm 18	Farklı Cinsel Kimlikler.....	317
Bölüm 19	Kişilik Bozuklukları	326
Bölüm 20	Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi	347
Bölüm 21	Biyolojik Tedaviler.....	359
Bölüm 22	Psikoterapi	380
Bölüm 23	Psikiyatride Etik	394
Bölüm 24	Adli Psikiyatri.....	405
Dizin	419

Önsöz

Sevgili Öğrencilerimiz,

Bilim dünyasında bilgi artık çok hızla değiştiğinden, kitapların bilgi vericilik değeri ve ömrü oldukça kısalmıştır. Ana bilgi kaynaklarını, son geniş çaplı araştırmalar ve belli bir konudaki tüm geçerli çalışmaları derleyip yorumlayan gözden geçirmeler oluşturmakta, sonuçtaki bilgi ise sürekli değişmekte ve genişlemektedir.

Bu durum, yazılan kitapların bir iki yılda bir yenilenmesi zorunluğunu doğurmaktadır. Bu gerçek ise, yazarları ‘en son’ bilgileri de katabilmek için, kitap yazmayı ertelemeye iter.

Bunlara karşılık, sizlerin elinde olabildiğince güncel bilgileri içeren bir kitap bulunmaması da ciddi bir eksiklikti. Sizleri muhtemelen eksik ya da yanlış bilgileri de kapsayan bazı not teksirleriyle başbaşa bırakmak ya da dersleri dinlemekten çok, not alma çabasına girişmekten kurtarmak gerektiğini düşündük. Bu nedenle de, bu çalışmayı yaparken, derste anlatılanların temel alındığı sınırlı bir ‘ders notları’ kitabı oluşturulmasını amaçladık.

Sonuçta ortaya çıkan kitap, öngördüğümüz kapsamdan daha geniş olsa da, esas olarak derste işlenenlere odaklanan ve meraklı öğrenciler için bunlar dışında verilmiş bilgileri de içeren bir çalışma oldu. Önerimiz, ilgili konuları daha geniş şekliyle kitaptan okuyarak, derslerde etkin katılıma yönelmenizdir.

Umarız sever ve yararlanırsınız. Sevgi ve başarı dileklerimizle,

Yayın Kurulu
Mart 2009

1 Genel Tıpta Hekim-Hasta İletişimi

GÜLER BAHADIR

“İletişim becerisi, insanlara doğuştan verilen bir yetenek değildir. Öğrenilebilir ve geliştirilebilir becerilerdendir”

Hekimliğin ilk ve temel ilkesi olan *"PRIMUM NON NOCERE"* yani, *"HER ŞEYDEN ÖNCE ZARAR VERME"* hekim-hasta ilişkisinde birinci koşuldur. Hasta, hekime başvurduğunda hasta-hekim iletişimi başlar. Hasta hekimden hem hastalığına tanı koyup, tedavi etmesini; hem de kendisine güç, güven ve huzur vermesini bekler.

Hekim ve hasta aynı amaç için birlikte çalışır. Tanı ve tedavi sürecinde, fiziksel, ruhsal, davranışsal, sosyal açıdan hastanın tam bir iyilik halinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artması amaçlanır. Bu nedenle, hekim ve hasta, aynı amaç için birlikte çalışan bir ekibin bütünleyici iki üyesidir. Dolayısıyla, tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınması ve uygulanması, hekimin olduğu kadar hastanın da sorumluluğundadır. Hekim-hasta ilişkisi tıbbi uygulamaların temelini oluşturur. Tedavi başarısında bu ilişkinin kalitesi önemli bir etkidir. Hekim-hasta ilişkisini etkileyen öğeler şunlardır: biyopsikososyal (bütüncül) yaklaşım, tıbbi etik (hasta ve hekim hakları), hekim-hasta arasında kurulan ilişki modeli ve hekimin iletişim becerisi. Bu temel öğelerin yanı sıra; güven, hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri; hekimden, hastadan, hastalıktan ve sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar; bilimsel ve teknik gelişim de hekim-hasta ilişkisini etkiler.

Hastayı Biyo-Psiko-Sosyal Bir Bütün Olarak Ele Almak

Çağdaş sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri, insana biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşmaktır. İnsanı sağlık ve hastalık durumunda ele almak zorunda olan hekimin tutumu, insanı bütünüyle tanımaya yönelik olmalıdır. İnsanın biyolojik, ruhsal ve toplumsal yanı birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir. Örneğin, hastanın fiziksel rahatsızlığına tanı koyma ve tedavi etme sürecinde, hastalığa bağlı olarak oluşan ruhsal ve sosyal sorunları algılayan hekim hastasıyla daha etkili iletişim kurabilir. Koruyucu hekimlikte ve klinik uygulamalarda bütüncül yaklaşım, hastanın tedaviye uyumunda hastanın fiziksel durumu kadar hastanın kişiliğinin, duygularının, hastalığa ilişkin tutumunun, sosyo-kültürel konumunun da bilinmesini gerektirir. Hastanın sosyo-kültürel durumunun değerlendirilmesi, hekimin hastadan doğru öykü almasında ve inceleme, tanı ve tedavi ile ilgili bilgilendirmelerin nasıl yapılacağı konusunda yol göstericidir.

Hastalık Durumunda Ortaya Çıkan Ruhsal Tepkiler

Her hastalık sürecinde fizyolojik ve psikolojik tepkiler vardır. Fiziksel belirtilere herkesin duygusal tepkisi farklıdır. Bu nedenle, ne tür ruhsal tepkilerin ortaya çıktığı ve hastayı nasıl etkilediğinin sorgulanması önemlidir. Hekim, hastanın ruhsal tepkilerine dikkat etmelidir. Hastanın ruhsal durumu hem tedaviye uyumunu, hem de hastalığın seyrini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir.

Hastalık durumunda en sık ortaya çıkan ruhsal tepkiler şunlardır: Kaygı (tetkiklerle, tanıyla, tedaviyle ilgili...), ümit-ümitsizlik, güven-güvensizlik, suçluluk-suçlama-düşmanlık, gerginlik-sinirlilik-öfke, merak, endişe, çaresizlik-yetersizlik, pişmanlık, utangaçlık-çekingenlik, karamsarlık-üzüntü-keder-mutsuzluk hali, ilgi beklentisi içinde olma, kendine acıma-kendini cezalandırma, gerileme, inkar, vb. ego savunma mekanizmaları, korku (acıdan, muhtaç olmaktan, ölümden...).

Kaygı (Anksiyete)

Neredeyse evrensel bir duygu olarak, hastalık durumunda kaygı oluşur. Kişi için hastalığın anlamı, fiziksel ve zihinsel işlev ve güç kaybıdır. Bu nedenle, hastalık hemen hemen her zaman "tehlikeli bir durum" olarak algılanır. Kişinin erken çocukluk döneminde tehlikeli durumlara verdiği tepkiler, hastalık durumunda verdiği tepkileri de önemli ölçüde belirler.

Yadsıma (İnkâr, Denial)

Yadsıma bir ego savunma mekanizmasıdır. Kişi, bir sorunla karşılaştığında, bu durum onda kaygı yaratıyorsa, bilinç dışında işleyen bir süreçle kişi bu durumu yok sayar. Kaygıdan korunmaya çalışan hasta algısını reddeder. Başlangıç tepkisi olarak yadsıma işe yarayabilir. Ancak daha sonra da sürerse, hastanın gerçeği değerlendirmesini bozarak, tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkiler.

Gerileme (Regression)

Özellikle hastaneye yatırılmış hastalarda daha sık gerileme tepkisi görülür. Kişinin ego-su, hastalık durumuyla ilişkili olarak artan kaygıyla başa çıkmakta zorlandığı için, yaşamın daha erken dönemindeki çocuksu diye tanımlanabilecek davranışlar ortaya çıkmaya başlar. Böyle hastalar bağımlılık ve edilgenlik geliştirirler.

Bilgilenerek Denetlemeyi Sağlamak

Yadsımanın tersi bir tepkidir. Kişi, hastalığı ve tedavisine ilişkin her şeyi bilmek ister. Bu gerçekleşmediğinde, kaygısı ve korkusu artar. Neler olabileceğini bilen böyle bir hasta, bilgilendiği konular gerçekleştiğinde korkmaz ve kaygılanmaz. Tam tersine hekime olan güveni daha da artar. Bazı kişiler ise, hastalıkları ve tedavisi konusunda hiçbir şey bilmek istemezler. Sadece doktorlarına güvenmek onlar için yeterlidir. Hastanın kişiliğine göre tepkisi değişir.

Hastalarda Görülen Ruhsal Tepkiler Bazı Etkenlere Bağlıdır. Bunlar:

* Fiziksel hastalığın ne olduğu ve ciddiyeti. Örneğin, komada ya da anestezi altında olan bir hasta bilinci yerine gelmeden ruhsal tepki gösteremez.

* Hasta için hastalığın ve hastanede yatmanın anlamı.

* Hastanın kişilik özellikleri ve kullandığı başa çıkma yöntemleri.

* Hastanın hastalıklarla, hekimlerle ve yatarak tedavi olmakla ilgili geçmiş yaşantıları.

* Hastanın aile üyelerinin ve arkadaşlarının deneyimleri.

* Hekim, hemşire ve diğer tıp personelinin hastaya olan davranışları.

* Tedavi olanakları ve olasılıkları.

* Hastalığın sakat bırakma ya da ölüme götürme riskinin ne olduğu.

* Hastanın sosyal yaşamını etkileyişi.

Bütün bu etkenlerin etkileşimi, hastalanan kişinin hastalık sırasındaki davranışlarını belirler.

Belirlenen tanı ne olursa olsun, hastalık sırasında kişiler çeşitli davranışlar gösterebilirler:

* Bazı hastalar, hastalık tanısı konunca sert, huysuz, bencil, kırıcı davranışlar gösterirler.

* Bazı hastalar soğukkanlı, gerçekçi, tedaviye yardımcı olacak şekilde davranırlar.

* Bazı hastalar, içe dönük, depresif davranışlar içine girebilirler.

* Bazı hastalar, tanı konunca paniğe kapılır ve şaşkın, ne yapacağını bilmez bir tutuma girebilirler.

* Bazı hastalar ise, kendilerine tanı konunca ruhsal bir rahatlama içine girebilirler. Böylece, günlük yaşamın kendileri üzerindeki zorlayıcı etkilerinden ve sorumluluklarından kurtulurlar.

Strain, hastalık durumunda ortaya çıkan korku tepkilerini yedi gruba ayırarak incelemiştir:

* Temel bütünlüğün bozulacağı korkusu

- * Yabancılardan korkma
- * Sevdiklerinden ayrı kalma korkusu
- * Sevdiği insanların sevgi ve onayını kaybetme korkusu
- * Bedenlerin bir kısmının zarar göreceği ya da kaybedebileceği korkusu
- * Suçluluk ve utanç duygularının ortaya çıkacağı korkusu
- * Gelişimsel olarak kazanılan işlevleri kaybetme korkusu

Kahana ve Bibring, hastalık karşısında ortaya çıkan ruhsal tepkileri kişilik tiplerine göre ayırmıştır. Bunlar: *aşırı talepkar, bağımlı kişilik; düzenli, denetleyen, kompulsif kişilik; histrionik kişilik; uzun süredir hasta olan, mazoşistik kişilik; kuşkucu, paranoid kişilik; superior, grandiose, narsisistik kişilik; utangaç, mesafeli şizoid kişilik;*

Kahana ve Bibring'in bu sınıflamasına birkaç kişilik tipi daha eklenebilir:

* *Hekimini İdealize Eden Hasta:* Hekimi idealize ederek, sahip olmadığı güç ve becerileri atfeder. Hastanın beklentileri aşırı ve mantıksız bir hale gelebilir. Bu beklentiler karşılanmadığında, uğradığı hayal kırıklığının etkisinde hekime büyük kızgınlıklar duyabilir.

* *Uyumlu, İşbirliği Yapan Hasta:* Hasta hekime güvenir. Hekimin istediği gibi davranarak, tedaviyi kolaylaştırır.

Hastalanan ya da danışma amacıyla hekime başvuran insanların kişilik tipleri ve hastalık durumunda ortaya çıkan davranışları ne olursa olsun, daima hatırd tutulması gerekir ki:

“Hastalık değil, hasta vardır”

“Diyabet değil, diyabeti olan bir hasta (insan) tedavi edilir”

Hekimlik Ahlakının Gerektirdiği Gibi Davranmak

Bilimsel tıbbın öncüsü Hipokrat (Hippocrates) (M.Ö.460-377) "Hipokrat Andında" yer alan kuralları koymuş ve hekimlik ahlakının temellerini atmıştır. Hipokrat, iyi hekimde kişilik, ahlak, erdem ve bilimin birbirini tamamlayan öğeler olduğunu belirtmiştir. Hekimin karakteri, giyinişi, durumu, tutumu, davranışı, görgüsü, eğitimi gibi özelliklerine ilişkin Hipokrat'ın önerilerinin bazıları şunlardır:

- * Hekimin görünümü sağlıklı ve temiz olmalıdır.
- * İyi ahlaklı olmalıdır.
- * Hastayla, hasta yakınlarıyla ve çevresiyle ilişkilerinde görgü, saygı kurallarına uygun davranmalıdır.
- * Hastaya ve çevresine ilişkin sırları saklamasını bilmelidir.
- * Çağrıldığı hastaya söz verdiği zaman gitmeli, hastayı ve çevresini bekletmemelidir.
- * Bencil davranmamalı, kimseyi küçük görmemeli, kötü insanlarla ilişki kurmamalı, hastaya ve öteki hekimlere dürüst davranmalıdır.
- * Kazanca, paraya, üne düşkün olmamalıdır. Ancak geçimi için de kimseye muhtaç olmamalıdır.
- * Devamlı bilgisini artırmalı, yeni ilaçları ve teknikleri öğrenmelidir.
- * İyi bilgi edinmeden yeni bir ilacı uygulamamalı, verilecek ilacı kendi hazırlamamalıdır.

Hekimin acemilik, bilgisizlik, ihmal, ilgisizlik nedeniyle yaptığı hatalar yüzünden kusurlu sayılması görüşü 14. yüzyıldan sonra, önce Almanya'da sonra tüm Avrupa'da etkinlik kazanmıştır. Hipokrat'tan beri hekimlik ahlakı ilkeleri sürekli gelişerek, günümüzdeki hasta hakları kavramının oluşumunda özellikle etkili olmuştur. Dünya Tabipler Birliğinin 1981 yılında Lizbon'daki 34. Kurultayında oybirliği ile kabul edilen hasta hakları, 1994 tarihinde Amsterdam Bildirgesi ve 2002 yılında Roma'da yapılan toplantıda sağlık hizmetlerinden yararlanma, bilgilendirme, onay, gizlilik ve özel hayatın korunması, bakım ve tedaviye ilişkin hasta hakları kavramları ve ilkeleri geliştirilmiştir.

Lizbon Bildirgesi

Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1981 yılında yayınlanan bu bildirme ile hasta haklarına ilişkin şu esaslar kabul edilmiştir:

- * Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
- * Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan, özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
- * Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra, önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir.
- * Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
- * Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
- * Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

Hasta Hakları Yönetmeliği

1 Ağustos 1998 tarihinde kabul edilen bu yönetmelik ile ulusal hukukumuzda ilk kez hasta haklarına ilişkin bir düzenleme getirilmiş olmaktadır.

Bu yönetmelikte yer alan düzenlemeye göre kabul edilen hasta hakları şunlardır:

- * Sağlık hizmetinden faydalanma, tıbbi bakım hakkı
- * Eşitlik içinde sağlık hizmetine ulaşma
- * Bilgi isteme ve bilgi alma
- * Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme
- * Personeli tanıma, seçme ve değiştirme
- * Gizlilik ve özel yaşama saygı, tıbbi kayıtların saklanması
- * Aydınlatılmış onam
- * Güvenlik
- * Dinin gerekliliklerini yerine getirme
- * İnsani değerlere saygı gösterilmesi
- * Ziyaretçi kabul etme

Hekim Hakları

Hekimin ödev ve sorumlulukları çağımızda genişlemiştir. Ancak daha önce söz edilmeyen hekim hakları kavramı da hasta hakları kavramı ile birlikte gelişmiştir. Aynı amaç için birlikte hareket etmesi gereken hekim ve hastanın hakları birbirine karşıt olarak değil, bir bütünü tamamlamaya yönelik olarak ele alınmalıdır. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Türk Tabipler Birliği 47. Genel Kurulunda kabul edilmiştir (10-11 Ekim 1998).

Hekim Hakları şu şekilde özetlenebilir:

- * Çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama hakkı
- * Mesleğini uygularken etik ilkelere bağlı olma hakkı
- * Hekimin baskı altında olmadan mesleğini uygulama hakkı
- * Hekimin kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı
- * Hekimin sağlığını koruma hakkı
- * Hekimin yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı
- * Hekimin hastayı reddetme hakkı
- * Hekimin yönetsel süreçlere katılma hakkı
- * Hekimin danışma hakkı
- * İyileşme garantisi vermeme hakkı
- * Yeterli zaman ayırma hakkı
- * Tanıklıktan çekilme hakkı
- * Tedavi yöntemini seçme hakkı

Hekim-Hasta Arasında Kurulan İlişki Modelleri

İlkçağlardan günümüze dek, hekimin etkin hastanın ise edilgen olduğu ilişki modeli söz konusuydu. Bu geleneksel modelde, hekim her zaman hastanın yararına yönelik hareket eden bir “baba” figürü konumundaydı. Ancak 20. ve 21.yüzyılla birlikte sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalara neden oldu. Günümüzde tıpta giderek daha çok teknoloji kullanımı söz konusudur ve “sağlık hakkı” kavramı önemlidir. Hasta tıbbi kararlarda daha fazla söz sahibi olmaya başlamıştır. Bu durum, hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasında çatışmaya neden olmuştur. Bu da farklı bir ilişki modeline doğru değişimi gerektirmiştir. Günümüzde ideal olarak tanımlanan hekim-hasta ilişkisi modeli, hasta katılımına dayalı, hastanın etkin olduğu ve hekim sorumluluğu kadar hastanın da tedavisinde sorumluluk aldığı bir ilişki modelidir.

Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisinde üç tür ilişki şekli tanımlamıştır:

1. Etkinlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki

Anne-baba-çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir. Ataerkil (babacıl, paternalistik) tutum ve davranışları içeren ilişki biçimi olarak da adlandırılır. Hekim, “teknokrat” yaklaşım içerisinde. Bu ilişki türünde, hekimin hasta adına ve hastanın

onamı olmaksızın eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayımı vardır. Bu ilişki, komada ya da genel anesteziadaki gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumdaki hasta ile hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır.

2. Yol Gösterme-İşbirliği Etme Temeline Dayanan İlişki

Sağlığını kazanmak için işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul edip, bunları uygulayan hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki ilişkiyi tanımlar. Bu ilişkide hasta bir ölçüde etkindir. Ancak, tanı ve tedavi sorumluluğu tümüyle hekimin üzerindedir. Bu ilişkide hekim, hastanın değerleri doğrultusunda “yol gösterici”, “yorumlayıcı” bir yaklaşımdadır. Bu ilişki, akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır.

3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki

Hekimin hastanın kendisine yararlı olmasında yardımcı olduğu durumlardaki hekim-hasta ilişkisini tanımlar. Bu ilişkide, tanının konmasından tedavinin seçimine kadar yapılan tüm uygulamalarda hekim ve hasta birlikte karar verirler. Bu ilişki, kronik hastalıkların tedavisi ve psikoterapideki hekim-hasta ilişkisine uymaktadır.

Elçin ve arkadaşları, Emanuel ve arkadaşlarının ileri sürdüğü dört çeşit hekim-hasta iletişimi modelini özetlemiştir:

Paternalistik (Ataerkil)

Bu model, hekim-hasta iletişiminde, hekimin hasta için her zaman en doğru ve en iyiyi bildiği düşüncesine dayanır. Bu amaçla hekim, hastanın sağlık durumunu, hastalığın hangi aşamada olduğunu ve hastayı sağlığına kavuşturacak ya da acısını azaltacak inceleme ve tedavi yöntemlerini belirlemede tüm becerilerini kullanır. Ardından uygulayacağı tedavinin en iyi müdahale şekli olduğu konusunda hastayı ikna etmek için gerekli bilgileri verir. Modelde otorite hekimdedir. Bu ilişki modeli hekim merkezlidir.

Bilgilendirici Model

Bu modelde, hekim-hasta iletişiminin amacı, hekim açısından hastaya gerekli tüm bilgileri sağlamak, hasta için ise hangi tıbbi müdahaleyi seçeceğine karar vermektir. Böylece hekim seçilen müdahaleyi uygulayacaktır. Bu amaçla hekim, hastalığın durumu, olası tanı ve tedavi müdahaleleri, bu müdahalelerin risk ve yarar olasılıkları, bilginin belirsizliği konusunda hastayı bilgilendirir. Modelin en gelişmiş seklinde, hastalar hastalıklarıyla ilgili tüm tıbbi bilgiyi ve mevcut müdahaleleri bilme ve bu müdahalelerden kendi değerleriyle en iyi örtüşenini seçme hakkına sahiptir.

Yorumlayıcı Model

Hekim-hasta etkileşiminin amacı; hastanın değerlerini ve hastanın gerçekte ne istediğini aydınlatma ve hastanın bu değerlerle en iyi şekilde örtüşecek mevcut tıbbi müdahaleleri seçmesine yardım etmektir. Bilgilendirici hekim gibi; yorumlayıcı hekim de hastaya, duruma ve olası müdahalelerin risk ve yararlarına dair bilgi verir. Ancak bunun da ötesinde yorumlayıcı hekim; hasta için hastanın değerlerini yorumlamaya da yardım ederek, hastanın kendi değerlerini ifade etmesinde ve bu değerlere en uygun müdahaleleri belirlemede yol gösterici bir rol üstlenir.

Uzlaşmacı Model

Hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın söz konusu klinik durumda sağlıkla ilgili ulaşılabilecek en iyi değerleri belirlemesi ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla; hekim hastanın klinik durumuyla ilgili bilgiyi sunmalı ve mevcut seçeneklerin içerdiği değer türlerinin anlaşılmasına yardımcı olmalıdır. Hekimin amaçları; neden bazı sağlık değerlerinin daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini önermeyi içerir.

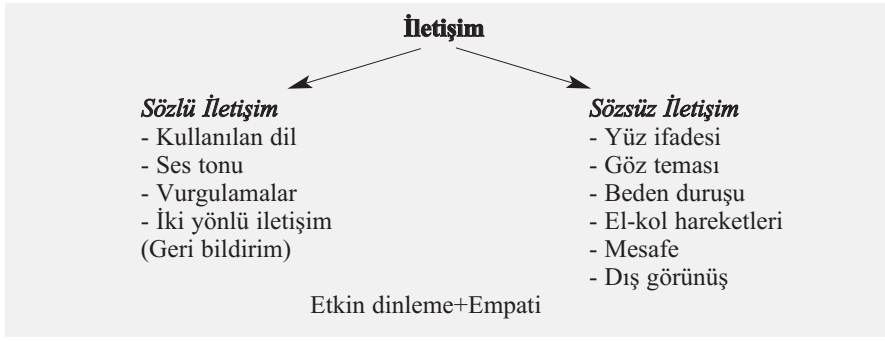
Özetle, hekim-hasta ilişkisi modelleri hekim merkezli ve hasta merkezli olmak üzere iki ana başlığa indirgenebilir. Hekim merkezli model, ataerkil (paternalistik) modele karşılık gelmektedir. Hekim merkezli modelde, tanı ve tedavi sürecinde etkin olan, yönlendirici, hatta belirleyici olan hekimdir. Bu ilişki tarzında, soruları hekim sorar ve kararları da tek başına o verir. Genellikle “Şuraya geç!” “Sırtını aç!” “Bu tetkikleri yaptır!” gibi ifadelerle emirler vererek konuşur ya da pek fazla konuşmaz. Hastasından mutlak bir itaat bekler. Hastanın soru sormasını bile, mesleğine müdahale ve otoritesine başkaldırı gibi algılar. Hastanın bu emirlere karşı isteksiz davranması durumunda, hekim sinirlenebilir ya da hastasına olumsuz davranışlar gösterir. Hasta, tamamen edilgen bir konumdadır ve hekimle karşılaştığı andan itibaren bütün insiyatifi hekime verir.

Hasta merkezli modelde ise, hasta hekim otoritesinin baskısı altında değildir. Hekim, hastaya sorunlarını rahatça ifade edebilmesi için yeterli süre verir ve soru sorması için cesaretlendirir. Hastaya, yakınmaları ve sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Hekim bir taraftan hastalığın ne olduğunu anlamaya çalışırken; diğer taraftan hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını ve hastanın yaşamında ne tür değişiklikler oluşturduğunu öğrenmeye çalışır. *Hasta merkezli modelde, hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir.* Bu modelde, tanı ve tedavi sürecinde kararları hasta verir. Hekim hastanın doğru kararı verebilmesi için onu bilgilendirir, farklı seçeneklerin yarar ve zararlarını, risklerini açıklayarak hastanın en doğru kararı almasında kolaylaştırıcı rolünü üstlenir.

“Bir hastayla ilgilenir görünmenin en iyi yolu, onunla ilgilenmektir”

Tıpta İletişim Becerileri

İletişimle eş anlamlı olarak dilimize Fransızca söylenişi ile yerleşen “komünikasyon” Latince’deki “communicate” sözcüğünün karşılığıdır. Kökenindeki “communis” kavramı birçok kişiye ya da nesneye ait olan ve ortaklaşa yapılan anlamlarını taşımaktadır. İletişimin onlarca tanımı yapılmıştır. En yalın anlamıyla “iletişim bir kaynakla bir alıcı (iki birey, iki grup) arasında bilgi, görüş, duygu, haber ve tutum yani mesaj alış-veriştir”. Alış-veriş sözcüğünden de anlaşılacağı üzere, iletişimde, bilgi akışının iki yönlü olması uygundur. Aslında iletişim yalın bir ileti alış-verişinden çok, toplumsal nitelikli bir etkileşim, değiş tokuş ve paylaşımı içerir.



Bunları Biliyor musunuz?

- *Tüm hastaların yaklaşık %70’inde tanının sadece görüşme ile konabildiğini;
- * İletişim becerilerini geliştirmiş hekimlerin hastaları tarafından daha az dava edildiğini;
- * Tüm kaygılarını hekime anlatmayı başaran hastaların memnuniyetinin daha yüksek olduğunu;
- * Görüşmelerin %69’unda, hastanın sözünün ortalama ilk 18 saniyede kesildiğini ve hastaların sadece %2’sinin konuşmaya devam edebildiğini;
- * Görüşmelerin yarısında hasta ve doktorun asıl sorun hakkında hemfikir olmadığını;
- * Hekimlerin, hastaların ilk belirttikleri sorunun asıl sorun olduğunu düşündüğünü;
- * Doktorunun ofisinden henüz çıkmış hastaların sadece %50’sinin hastalığı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu;
- * Yaklaşık %50 hastanın kullanacağı ilaçları bilmediğini;
- * Etkili iletişim kurulmadığında %22-70 hastanın doktorlarının önerilerine uymadığını biliyor musunuz?

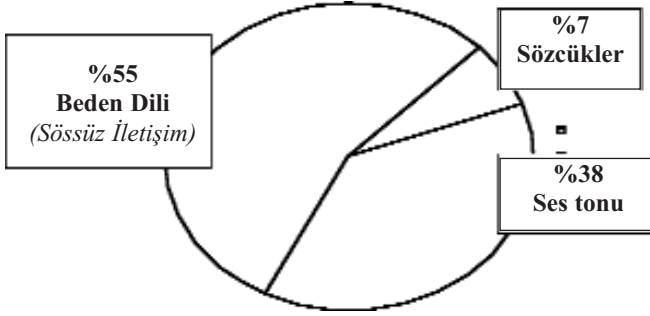
İletişim Ne Zaman Yanlış Gitmeye Başlar?

- * Acelemiz varsa,
- * Rahatsız edildiğimiz zaman,
- * Yanlış anlaşılmalarda,
- * Birden fazla kişi ile aynı anda görüşüldüğü zaman,
- * Biz ya da karşımızdaki gergin ve sinirliyse.

Bugüne kadar yapılmış olan pek çok çalışmada, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin sağlık personeliyle ilişkilerinden hoşnutsuzluklarının yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. Günümüzde, başvuran, hasta ve hasta yakınları, hekimlerinin etkili iletişim kurmasını istemektedir. Hasta merkezli iletişim yaklaşımı yaygınlaşmaktadır. Hasta merkezli iletişim, hasta memnuniyetine, hekime ve tedaviye daha fazla uyum sağlamasına ve daha iyi sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Hastanın kişiliğine, duygularına ve görüşlerine önem verilmemesi yetersiz klinik öykü alımına; hastanın hekimine ve tedavisine uyumunda azalmaya yol açarak olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Geçmişteki edilgen, hekimin önerilerini ve kararlarını sorgulamaktan çekinen 'iyi hasta' kavramı değişmektedir. Günümüzde ve gelecekteki 'iyi hasta' tanımı, çekinmeden kafasındaki soruları sorabilen, sorularına anlayabileceği dille yanıt bekleyen, kendi sağlık bakımı ile ilgili kararlarda söz sahibi olan, tüm sağlık kayıtlarını görmek ve paylaşmak isteyen, gerektiğinde tedavi sürecini olumsuz olarak etkilemeden ikinci bir hekim görüşüne başvurabilen, konsültasyonlar dışında da hekimi ile iletişime girebilen kişi olarak değişmektedir. Değişen hekim-hasta ilişkisi modeli, hasta merkezlidir ve katılımcı iletişimi zorunlu kılmaktadır.

Hasta ile Etkili İletişim Kurmanın Yararları

- * Hasta ve hekim arasında güven duygusu oluşur;
- * Hasta memnuniyeti artar;
- * Karar verme sürecinde hasta daha etkin olur;
- * Hasta daha gerçekçi beklentiler oluşturur;
- * Hata riski azalır.



Sözlü İletişim

Mehrebian'ın çalışmasına göre, yüz yüze etkili iletişimle yaklaşık %7'si sözlerden ve %38'i ses tonundan oluşurken, beden dili ise iletişimin %55'ini oluşturur. Sözlü iletişimde dikkatli bir hekim, söylenenler kadar hastanın söylemediklerini de dikkate alır. Dil sürçmelerinden, ses titremelerinden, duraksamalarından birçok ipucu elde eder. Bazı hastalar ise, kendi sorunlarını, bir arkadaşının ya da akrabasının sorunu gibi dolaylı yoldan sunarak bilgi edinmeye çalışırlar.

Hasta ile görüşme yaparken, öykü alırken hekim “hasta bunu bana neden söyledi?” diye düşünmelidir. İlgisiz gibi gözükken bazı sözler çok önemli bir konuya işaret edebilir. Örneğin,

“Bu arada bir arkadaşımın yol yürüdüğü zaman göğsünde ağrısı oluyor. Sizce bu ciddi bir durum mudur?” diye soran bir hasta, aslında kendisinin yüzleşemediği bir problemini dolaylı yoldan açıklamaya çalışıyor olabilir. Bu tür küçük ipuçlarına karşı duyarlı olan bir hekim hastanın gerçek rahatsızlık ya da hastalığına ulaşabilir. Hastayla konuşurken seçilen sözcükler hastanın sosyokültürel düzeyine uygun olmalı ve tıbbi terminoloji kullanılmamalı. Hastanın ses tonu da doktor için önemli bilgi kaynağıdır. Konuşmanın hızı, konuşmanın belli yerinde ses tonunun değişmesi, yükselip alçalması, anlık duraklamalar önemli ipuçlarıdır. Bazen hastanın iç çekmeleri, kendi kendine mırıldanması bile tanıya götürücü olabilir.

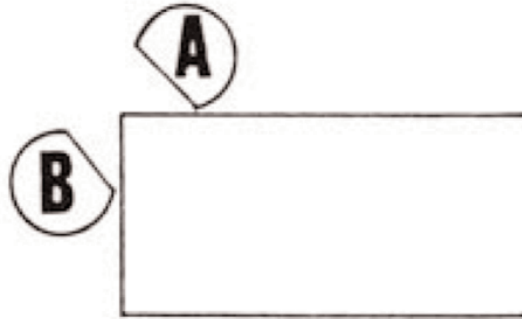
Sözsüz İletişim

Etkili iletişimde %55 beden dili baskın olduğuna göre, sözsüz iletişim fırsatını etkin kullanan bir hekimin hem tıbbi başarısı yüksek olacaktır, hem de hasta memnuniyeti. Bakışlarını kaçırarak bir hasta, tokalaşırken hissedilen terli bir avuç, nereye konacağı bilinmeyen eller hastanın görüşmeye gelirken hissetmiş olabileceği heyecan ya da kaygıyı hekime bildiren ilk sözsüz ipuçları olabilir.

Sözsüz İletişimin Temel Bileşenleri

- * Fiziksel özellikler (doktor, hasta ve bulunulan ortama ait),
- * Dil özellikleri (sesin yüksekliği, konuşmanın hızı gibi),
- * Beden dili (jestler, mimikler, göz teması),
- * Kişiyeye ait özellikler (yaşı, cilt rengi ve sağlık durumu gibi),
- * Dokunma, tokalaşma,
- * Dış görünüm (giysiler, aksesuarlar),
- * Çevresel faktörler (eşyalar, eşyaların yerleşimi, dekor vb).

Sözsüz iletişim sinyalleri bilincin denetiminden daha uzak oldukları için, gerçeğe daha yakındırlar.



Şekil 1: Rekabeti ortadan kaldıran, işbirliğini arttıran oturma düzeni

Sözsüz İletişimde Kurallar

Sözsüz iletişimin başarısı için önerilen davranış kuralları İngilizcede S-O-F-T-E-N akronimi ile özetlenmektedir.

S (smile): Gülümsemek,

O (open posture): Ulaşılabilir biçimde oturmak (el, kol ve bacakları çaprazlamamak),

F (forward lean): Öne eğilerek karşısındaki kişiyi dinlediğini göstermek,

T (touch): Dokunmak, sıcak bir el sıkışma vb.

E (eye contact): Göz teması kurmak,

N (nod): Baş hareketiyle karşısındakini dinlediğini ve anladığını göstermek (onaylama değil).

Etkili iletişimde, hekim kendisinin ve karşısındaki kişinin iç ve dış dünyasının farkında olmalıdır. Ne söylendiği, duygusal anlamını nasıl söylendiğinden alır. İçeriğin duygusal anlamı ilişkiye bağlıdır. Bu noktada empati ve etkin dinleme yapma kavramları devreye girer.

Empati, bir insanın, kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamasıdır. Empati sayesinde insan ilişkileri gelişir ve insanlar arasındaki kavgalar azalır, zamanla yok olur. “Komşun hakkında hüküm vermeden önce, iki ay onun makosenleriyle yürü!” diyen bir Kızılderili atasözü vardır. Empatinin tam olarak gerçekleşmesinin üç kuralı vardır:

* Bir insanın kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısıyla bakması,

* Karşıdakinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve hissetmesi,

* O kişiyi anladığını ona ifade etmesi.

Empati karşımızdaki ile özdeşleşmek, ona benzemek, sempati duymak değil; onun bakış tarzını yakalamaya çalışma ve hissettiklerini anlama çabasıdır. Hastaların gönderdiği her mesaj duygu içermez. Sadece bilgi içeren mesajlar da gönderilir.

Hastalar özellikle korku, hayal kırıklığı, kaygı, çaresizlik, üzüntü, bezginlik gibi duygular içeren mesaj gönderdiklerinde empati ile geri bildirim verilmelidir. Klinik uygulamalarda esas beceri gerektiren konu, hastanın duygu ve düşüncelerini anlamaktır.

*“Hekimlikte sadece bir kural vardır:
kendinizi hastanın yerine koyunuz”*

(Joseph Lister)

Etkin dinleme, iletişimi sağlamada en önemli etkenlerden biridir. Sadece etkin dinlenen hasta, hekimin kendisini anladığını duyumsar. Böylece hastanın endişeleri azalır ve hasta hekimin önerilerine uymaya daha yatkın ve istekli olur.

Etkin dinlemenin kanıtlanmış yararları:

* Üzücü duygulardan kurtulmayı kolaylaştırır.

* Sorun çözmeyi kolaylaştırır.

* Korkuyu azaltır, olumsuz duygular etkisini yitirir.

* Sorunun sorumluluğunu hastada bırakır.

* Değişime yardımcı olur.

* Yanlış tedavileri önler.

Hastanızla Görüşürken Nasıl Etkin Dinleme Yaparsınız?

- * Karşınızdakinin açıkça anlaşılmayan bir mesajı olduğunda, soru sorarak konuyu netleştirin.
- * Mesajı aynı kelimelerle veya farklı kelimelerle yeniden ifade edin.
- * Hastanızın duygularını yansıtın veya tekrar ifade edin.
- * Konuştuğunuz kişi ile göz teması kurun.
- * Söylenenleri doğru anlayıp anlamadığınızı kontrol edin.
- * Sıranızı bekleyin, anladığınızı düşündüğünüzün hemen üstüne atlamayın.
- * Özetleyin.

Hasta Görüşmesinin Aşamaları

Hastayla iletişimde öykü alma birinci ve en önemli aşamadır. Bir hasta görüşmesinde beş temel aşama tanımlanabilir:

1. Görüşmeyi Başlatmak

Hastayı selamlamak, kendini tanıtmak, hastayı rahatlatmak, hastanın yakınmasını sorgulayan açık uçlu soruyla başlamak, hastanın ilk sözlerini bölmeden ve ilgi göstererek dinlemek, aktarılan sorunu tanımlamak, gereksinimleri ortaya koymak.

2. Bilgi Toplamak

Hastanın anlatımıyla yakınmasını dinlemek, açık uçlu ve yönlendirici olmayan sorular sormak, hastanın anlatımına ilgi göstermek, hastayı yakınmasını aktarma konusunda yöreklendirmek, vurgulanması gereken noktaları açıkla(t)mak, hastanın anlayacağı bir dil kullanmak, hastanın problemi algılama biçimini, problemden etkilenişini, beklentilerini ve düşüncelerini anlamak, edinilen bilgileri ve zamanlamasını kendi içinde özetlemek.

3. İlişkiyi Kurmak

Karşılıklı anlayışı geliştiren beden dilini (göz teması, yüz ifadesi, duruş, ses tonu) sergilemek, konuşmayı bölmeden notlar almak, hastanın duygu ve görüşlerini dikkate almak, empati geliştirmek, destek vermek, kendi düşüncelerini hastayla paylaşmak, muayene ve yapılacak işlemlerin gerekçelerini açıklamak, hastanın onamını almak.

4. Açıklama ve Plan Yapmak

Hastaya uygun, kapsamlı ve hastanın gereksinimlerini karşılayan bilgileri vermek, aktarılan bilgilerin hasta tarafından doğru ve yeterli anlaşıldığını görmek, karar verme süreçlerine hastayı da katmak ve ulaşılan çözümlerin ortak varılan noktalar olduğunu hissettirmek, içinde bulunulan durum ve önerilen çözümlerin hasta tarafından kabul edilebilir bulunduğundan ve uygulanacağından emin olmak.

5. Görüşmeyi Bitirmek

Tedavi planını özetlemek, sonraki aşamalar için hastayla sözleşmek, beklenmeyen durumlar ve yapılacakları açıklamak, hastadan son bir değerlendirme almak.

Bu aşamalardan geçilerek tamamlanan bir hasta görüşmesi doğru, verimli ve destekleyici olma amaçlarını güden etkili bir görüşme olacaktır.

Özel Yaklaşımları Gerektiren Durumlarda İletişim

Hastanın yaşından, cinsiyetinden bağımsız olarak hekimi kızdıran, şaşırtan ya da nasıl davranacağını bilemediği bazı davranışlar vardır. Bu durumlarla başa çıkmaya yönelik temel ipuçları aşağıda verilmiştir. Bu yaklaşımları kullanırken, hastayı dinlemenin, onun var olan sorununu belirlemenin ve etkili iletişim kurmanın temel amaç olduğu hatırlanmalıdır.

Sessizlik

Sessizliğin çok anlamı ve kullanışı vardır. Meslek hayatının başında olan hekimler bu durumdan huzursuz olabilirler. Hastalar şimdiki hastalığını anlatırken sıklıkla sessiz kalarak ayrıntıları hatırlamaya ve düşüncelerini toplamaya çalışabilir. Bu arada hekime ne kadar anlatacağı, ne kadar güveneceği konusunda da karar verir. Hekimin katılımcı duruşu ve cesaretlendirici birkaç sözü görüşmeyi yönlendirir. Ancak bu sessizlik anlarında hastanın sözel olmayan davranışlarına dikkat edilmelidir.

Konuşmayı Seven Hasta

Tartışmacı, meraklı ve çok konuşan hastalar da sessiz hastalar kadar zorluk verebilir. Zaman sınırı olan ve bir an önce hastanın öyküsünü almak isteyen hekim sabırsız davranabilir. Görüşmenin başlangıcında hastaya konuşması için biraz zaman vermek ve konuşma şeklini gözlemek, ardından hastayı asıl sorununu anlatması yönünde ilgili davranarak, sorular sorarak cesaretlendirmek, yönlendirmek yardımcı olabilir.

Çeşitli Semptomları Olan Hastalar

Bazı hastalar sorduğumuz her belirti varmış gibi görünürler. Bu hastalarda multipl hastalık olasılığı yanı sıra somatizasyon olasılığı da vardır. Sistemlerinin basitçe ve hızlıca gözden geçirilmesi zaman kazandırır.

Saldırgan, Sarhoş Hasta

Kızgın, kavgacı ve kontrolsüz hasta ile kendiniz için gerekli güvenliği sağladıktan sonra sakin görünmek önemli bir avantaj sağlar. Saldırgan hastanın sesini kesmeye çalışmayın, size ve personele küfretmesini durdurmaya çalışmayın. Ancak ne dediğini dikkatle dinleyin, anlamaya çalışın ve sakin olun.

Ağlamak

Hasta ağlamanın eşiğinde ise anlayışlı bir yaklaşım onun ağlamasını başlatabilir. Sakin olmak, bir mendil önerip, sakinleşmesini beklemek destekleyici ve kolaylaştırıcı bir yoldur. Çoğunlukla hasta kısa sürede toparlayıp görüşmeye devam edebilecek hale gelecektir.

Kafa Karıştırıcı Davranışlar ve Hikâyeler

Bazen soruları çok netleştirdiğiniz halde açık cevaplar alamıyor görünebilirsiniz. Hikayesi belirsiz, anlaşılması güç olabilir. Mental durumu ile ilgili sorunlar olabileceğini de aklınızdan çıkarmayın.

Sınırlı Zekası Olan Hastalar

Ortalama sınırlı zekası olan hastalar genelde yeterli cevaplar verebilir. Aslında zekalarını küçümseyerek genelde hekimler hata yapar. Bu tür hastalarla iletişimde ilk önce hastanın kendisiyle ilgilenin. Küçümser tarzda olmadan göz teması ile basit ve kolay bir konuşmaya başlanmalıdır.

Okuması Sınırlı veya Hiç Olmayanlar

Yazılı tarifler verilmeden önce hastanın okur-yazar olduğunu ya da görme güçlüğü olup olmadığını kontrol edin.

Sağır ve Duyma Güçlüğü Olan Hastalar

Sağır hastalarla iletişim farklı kültürden biriyle iletişime benzer. Hastanın tercih ettiği iletişim biçimini (yazılı sorular, işaret dili bilen bir çevirmen, dudak okuma...) seçin.

Kör Hasta

Öncelikle elini sıkın ve kim olduğunuzu ve neden orada olduğunuzu açıklayın. Bulunulan odayı ve içinde başkaları varsa tanıttın. Bu hastalara sesli cevap vermeyi unutmayın. Sessiz iletişim çok fazla işe yaramayacaktır.

Dil Problemi Olan Hastalar

Hastayla aynı dili konuşmuyorsak bir çevirmen bulma yoluna gidilmelidir. Bu çevirmen tercihen aile fertlerinden olmamalı ve çevirmene en başta her şeyi istediğinizi, yorumlamadan özetlemeden aktarması gerektiğini belirtin. Sizin de sorularınız kısa ve açık olsun.

Hastanın Ailesi ve Arkadaşları ile Konuşma

Bazı hastalar kendi hikayelerini yaşa, demansa ve diğer sınırlayıcı nedenlere bağlı olarak veremeyebilirler. O zaman bilgi almak için ikinci bir kişiye, hastanın aile-

sinden arkadaşlarından kişilere ihtiyacınız vardır. Bazı koşullarda bunun hastanın onayladığı bir kişi olması da gerekebilir. Böyle görüşmeleri ikiye ayırmak mümkündür. Hastayla yalnız, hasta ve ikinci kişiyle görüşme yapmak gibi.

Hastanın Sorularını Yanıtlama

Hastaların soruları çok basit gerçeklere odaklanabileceği gibi duygu ve kaygıları da içerebilir. Bu duyguları fark etmek yanlış cevaplar vermekten kaçınmanızı da kolaylaştırır. Çoğu zaman sorunu hakkında konuşma fırsatını vermeniz her türlü yanıttan daha değerli olabilir. Örneğin,

Hasta: Bu tansiyon ilacının etkileri nelerdir?

Hekim: Birkaç etkisi var. Niçin soruyorsunuz?

Hasta: (duraksama) Geçen gün gazetede okudum iktidarsızlık yapabilirmiş...

Kötü Haber Verme

Bir araştırmada doktorların %42 oranında kötü haber verme üzerine bir eğitim almadıkları ve %47 oranında kendilerini bu konuda yetersiz hissettikleri saptanmıştır. Hekim-hasta ilişkisinde, kötü haber vermek gerektiğinde, hekimlerin hasta ile görüşme öncesi stresi çok artmakta ve bu stres görüşme sırasında tepe noktaya ulaşmaktadır. Buckman, kişinin geleceğine bakışını olumsuz yönde değiştiren herhangi bir bilgiyi kötü haber olarak tanımlamıştır. Kanser, HIV, kronik bir hastalık (diyabet, vb), çocuk sahibi olamayacağı, bir duyu, organ ya da yetisini yitireceği gibi haberler kişiler için kötü haberdır. Günümüzde, hastaların çoğu tanı ve tedavinin ne olduğunu bilmek istiyor. Buckman 1992'de altı adımlık kötü haber verme protokolü hazırlamıştır. Benzer adımlardan oluşan Baile ve arkadaşlarının 2000 yılında hazırladıkları SPIKES ve Vandekieft'in 2001'de hazırladığı ABCDE protokolleri kötü haber vermede yol göstericidir. Bu protokollerde, öncelikle tüm laboratuvar incelemeleri tamamlandığında, sakin, sessiz bir ortamda, tanıyı koyan hekim tarafından kötü haberin verilmesi önerilmektedir. Haberi iletmeden önce hastanın neyi, ne kadar bildiği ve ne kadar öğrenmek istediği saptanmalıdır. Kötü haber verilirken hastaya tedavi seçenekleri sunulmalıdır. Bilgiyi kısa, anlaşılır cümlelerle vermek gerekir. Haberi verdikten sonra, hasta duygularını ifade etmesi için desteklenir.

Hastalarla Etkili İletişim Kurabilmenin Püf Noktaları;

- * Hastanızı güler yüzle karşılayın
- * İçten ve gerçek bir ilgiyle dinleyin
- * Göz teması kurun ve sürdürün
- * Empati ile hastanızın duygularını anlamaya çalışın
- * Karşınızdaki insanı konuşması için cesaretlendirin
- * Hastanızın yüz ifadesini, mimiklerini ve beden dilini dikkatle izleyin ve anlamaya çalışın

- * Tıbbi terimlerden uzak durun, hastanızla onun anlayabileceği bir dilden konuşun
- * Ağırıklı olarak açık uçlu soruları tercih edin
- * Gerektiğinde sessiz kalmayı bilin
- * Ses tonunuzu düzgün kullanın
- * Uzlaşma içinde olun
- * Yargılayıcı ve suçlayıcı olmayın
- * Mümkün olduğunca dakik olun

Kaynaklar

- Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisi kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;33:45-50.
- Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;33:91-6.
- Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Konya: Kazancı Hukuk Yayınları;1991.
- Bickley, LS. Bate's Fizik Muayene Rehberi. Çev. editörleri: Özsüt H, Tetikkurt C, Vatansver S. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
- Elçin M, Odabaşı O, Sayek İ. İyi hekimlik uygulamaları. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:179-81.
- Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. The Lancet 2004;363:312-19.
- Gordon T, Edwards S. Doktor-Hasta İşbirliği. Ankara: Sistem Yayıncılık; 1999.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002; 325: 697-700.
- Pease A. Beden Dili. Çev.Özben Y. İstanbul:Rota Yayınları;1997.
- Tate P. Doktorun İletişim El Kitabı. çev. editörleri: Köseoğlu S, Belendir G. İstanbul: Beyaz Yayınları; 1998.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık; 2004.

2 Semiyoloji

DOĞAN ŞAHİN

Psikiyatride tanı ve değerlendirme, diğer disiplinlerden daha fazla belirti ve bulgulara dayanır. Dolayısıyla belirti ve bulguların iyi öğrenilmesi psikiyatrik bozuklukları kavramak için bir zorunluluktur.

Psikiyatrik belirti ve bulguları muayene Şeması doğrultusunda ele alarak inceleyeceğiz:

PSİKİYATRİK MUAYENE ŞEMASI

I- BİLİŞSEL İŞLEVLER

- 1) Bilinç
- 2) Yönelim
- 3) Bellek
- 4) Dikkat
- 5) Algı
- 6) Düşünce
- 7) Yargılama
- 8) Soyut Düşünce
- 9) Gerçeği Değerlendirme
- 10) İçgörü
- 11) Zeka

II- DUYGULANIM

III- MOTOR AKTİVİTE VE HAREKET

IV- BEDENSEL İŞLEVLER

- 1) Uyku
- 2) İŞtah
- 3) Libido
- 4) Defekasyon, miksiyon

V- SOSYAL VE MESLEKİ İŞLEVSELLİK

Bilişsel İşlevler

Bilinç

Kişinin kendisi ve çevresinin farkında olması ve haberdarlık derecesidir. Bilinç beynin genel bir fonksiyonudur ve bilinçlilik beynin kanlanması, oksijenlenmesinde ve metabolizmasında önemli bir değişiklik olduğunda bozulur. Bilinçte meydana gelen bozukluklar her zaman beyin hücrelerinin çalışmasını engelleyen bir soruna bağlıdır. Bilinçte meydana gelen bozukluklar ağırlık derecesine göre şöyle adlandırılırlar:

Somnolans

Kişinin uyarıcı olmadığında bilincinin kapanması, uyarıcıyla bilincinin açılması durumudur.

Stupor

Bilinçliliğin azaldığı, hareketlerin yavaşladığı, hastanın dış objeleri izleyebildiği halde konuşmadığı durumdur.

Prekoma

Hastanın yönelimi bozulmuştur. Kendiliğinden kooperasyon kurulamaz. Hasta ancak şiddetli uyarılara yanıt verir

Yarı Koma

Çevreyle bilinçli ilişki kaybolmuştur. Hasta ancak ağırlı uyarılara bedensel tepki verir.

Koma

Kişinin dış dünyayla bağı tamamen kopmuştur, ağırlı uyarılara bile yanıt alınmaz.

Yönelim

Kişinin çevreyle ilgili haberdarlık durumu yönelim (oryantasyon) olarak adlandırılır. Yönelimin üç bileşeni vardır. 1) Zaman, 2) Yer, 3) Kişi.

Zaman yönelimi için -/+ 2 günlük bir yanılma için tarihi bilmesi, hangi yıl, hangi mevsim, hangi ayda bulunduğunu bilmesi ölçütleri kullanılır.

Yer yönelimi için bulunduğu yeri tanıma, bir adresi doğru tarif edebilme gibi ölçütlere bakılır.

Kişi yöneliminin belirlenmesi için çevresindekilerin kim olduğunu bilme ve yakınlarını tanıma durumuna göre yapılır.

Yönelim, yukarıdaki sıraya göre bozulur. Yani kişi önce zaman oryantasyonunu, sonra yer oryantasyonunu ve en son kişi oryantasyonunu kaybeder.

Yönelim bozukluğu çoğunlukla organik bir etkenin varlığını gösterir. En sık de-

liryumda görülür. Deliryum yönelim bozukluğu yanında bilinçte dalgalanma ile seyrederek. Özellikle görsel halüsinasyonlar ve perseküsyon hezeyanları tabloya eşlik edebilir. Deliryum acil ve ölümcül olabilen bir tablodur, dolayısıyla deliryuma neden olan etkenin bir an önce bulunup tedavi edilmesi gerekir.

Dissosiyatif füğ ve diğer dissosiyatif bozukluklarda da yönelim bozukluğu görülebilir.

Bellek

Yakın ve uzak geçmişe ait olayları kaydetme, depolayabilme ve anımsayabilme yeteneğidir. Bellek, sürelerine göre üç kısma ayrılabilir:

Tespit (Kayıt: Registration) Belleği

Öğretilen bir şeyin anında tekrarlanabilmesidir. Belleğin algılananları kayıt edip etmemesi ile ilgilidir. Muayenesinde, hastadan 3- 5 farklı nesne ismini veya 5 rakamlı bir sayıyı tekrarlaması istenir.

Kısa Süreli (Recall) Bellek

5 dakika ile birkaç saate kadar olan bellektir. Kayıt belleği muayenesinde söylenen şeyleri 5 dakika sonra hatırlaması istenir. Ayrıca, aynı gün içindeki birkaç saat önce olmuş olaylar da sorulabilir.

Uzun Süreli Bellek

Birkaç günden birkaç aya kadar olan bölümüne yakın bellek, birkaç aydan, yıllara uzanan bölümüne de uzak bellek denir. Muayenesinde hastanın yaşamına ait eski olayların tarihleri sorulabilir. Ancak sorulan soruların yanıtlarının biliniyor olması gerekir. Sözelimi kişiye askerlik hizmetini nerede yaptığını sorarsak ya yanıtı biliyor ya da başkalarına doğrulatabiliyor olmamız gerekir.

Bellek Bozuklukları

Amnezi

Geçmişe ait yaşantıları anımsama kusurudur.

Anterograd Amnezi

Bellek bozukluğuna neden olan hastalık ya da durumdan sonra, kişinin yeni bilgileri öğrenmekte ve hatırlamakta sorun yaşamasıdır. Anterograd amnezi kısa süreli bellekten, uzun süreli belleğe bilgi aktarılamamasına bağlıdır. Yani kişinin belleği birkaç saat ile sınırlıdır. Anterograd amnezi, Wernicke- Korsakoff Sendromu'nun kronik döneminin tipik bulgusudur. Ancak, tabloya retrograd amnezi de eşlik eder. Wernicke-Korsakoff Sendromu yerleşmeden önce hastalık Wernicke Ensefalopatisi olarak adlandırılan akut bir dönemden geçer. Wernicke Ensefalopatisi deliryum ile birlikte konjuge bakış oftalmoplejisi, diplopi, dizartri, serebellar ataksi ve nistagmusla seyrederek.

Retrograd Amnezi

Bellek bozukluğuna neden olan hastalık ya da durumdan önceki bilgilerin anımsanmasındaki zorluktur. Retrograd amnezi en sık demansta görülür. Demansta bellek tipik olarak geriye doğru yıkılır; önce en yakın olaylar anımsanmaz, giderek kişi geçmişinin eski olaylarını da anımsamakta güçlük çeker. Demansta belleğin geriye doğru yıkılmasına “Ribot Kanunu” denir.

Füg

Kişinin kendisini nasıl gittiğini bilmeksizin bir yerde bulması durumudur. Dissosiyatif bozukluklarda görülür. Temporal parsiyel epilepsiye bağlı olarak da gelişebilir.

Hiperemnezi

Bazı olayları hatırlanması güç ayrıntılarıyla anımsamak. Manide, organik mental sendromlarda (febril deliryum, uyarıcı entoksikasyonları vb.) ve nadiren de şizofrenide görülür.

Deja Entandu

Bir şeyi daha önce işittiğini sanmak

Deja Fait

Bir şeyi daha önce de yaptığını sanmak

Deja Pense

Bir şeyi daha önce de düşünmüş olduğunu sanmak

Deja Vu

Bir şeyi ya da kimseyi daha önce görmüş olduğunu sanmak

Jamais Vu

Bildiği ve gördüğü bir şeyi ya da kimseyi hiç görmemiş olduğunu sanmak

Konfabülasyon

Anımsanamayan olaylar yerine hikayeler uydurmak. Daha çok demanslılarda görülür.

Dikkat ve Konsantrasyon

Zihnin bu işlevi kişinin birçok değişik ilgi ve düşüncelerini belli bir noktaya yönlendirebilmesi ve sınırlandırabilmesi ile ilgilidir. Dikkat zihnin belli bir alana çekilmesi, konsantrasyon ise bunun sürdürülebilmesi olarak tanımlanabilir.

Depresyonda dikkat ve konsantrasyonun özellikle zihnin kederli düşüncelere dalmış olması nedeniyle dış dünyaya yöneltilmesinde zorluk çekilir. Özellikle kişi

kendini meşgul eden bu düşünceler nedeniyle herhangi bir şeye konsantrasyonunu sürdüremez. Kitap okurken, ders çalışırken ya da bir film izlerken dakikalar geçmesine karşın bir şey anlamadığını fark eder ya da zaten konsantre olamadığını fark edip bu tür aktivitelerden uzaklaşır.

Distraktibilite

Dikkat kolaylıkla dış uyaranlara kayar. Kişi bir konuda konuşurken birden çevreden gelen bir uyaranla o konudan bahsetmeye başlar. Mesela hastalık öyküsünü anlatırken birden hekimin gömleğinin renginden, ya da dışarıdan gelen bir araba sesinden hareketle arabalardan vb bahseder. En sık manide görülür.

Hipervijilans

Dikkat kesilme olarak tanımlanabilir. Kişi özellikle dışarıdan gelen bir tehlike beklentisine karşı her şeye dikkat etmeye çalışır. Daha çok travma sonrası stres bozukluğunda ve sanrısız bozuklukta görülür. Travma sonrası stres bozukluğunda tablo depresyondan sonra gelişmişse kişi her türlü tıkırtı ve sallanmaya karşı tetikte olur ve en ufak bir sese kolayca irkilir. İşkenceye bağlı gelişen bir travma sonrası stres bozukluğu vakası ise sürekli etrafta polisler, sivil polisler, polis arabaları var mı diye dikkat eder.

Trans

Vecd hali. Dikkatin dış uyaranlardan tamamen iç dünyaya yöneltilmesi durumudur. Kişinin kendi çabasıyla bir takım yöntemler uygulamasıyla oluşabileceği gibi çeşitli ayinlerde ve dini törenlerde kendiliğinden ortaya çıkabilir.

Algı

İçsel ya da dışsal uyaranların, önceki deneyimler ışığında bir bilgiye dönüştürülmesi sürecidir.

Halüsinasyonlar

Dış bir uyaran olmaksızın ortaya çıkan algılamadır. 5 duyunun her biriyle ilgili olabilir: Görme, işitme, tad, koku, dokunma.

Halüsinasyonlar psikiyatrinin önde gelen belirtilerinden biridir ve organik bir etkene bağlı değilse çoğunlukla psikoza işaret eder. Ancak bazı halüsinasyonlar normal ya da psikotik olmayan insanlarda da görülür.

Kişinin, isminin seslenildiğini duyması, kapı veya telefon çaldı zannetmek ya da bir fare geçtiğini sanmak gibi tek bir duyuya ait kısa süreli halüsinasyonlar, elementer ya da basit halüsinasyon olarak adlandırılır ve normal popülasyonda rastlanabilir. Ayrıca, uykuya dalarken (hipnagogik) veya uyanırken (hipnopompik) ortaya çıkan halüsinasyonlar uzun ve birden fazla duyu ile ilgili (karmaşık, kompleks) olsalar da psikotik kabul edilmezler.

Bunlar dışında karmaşık halüsinasyonlar çoğunlukla bir psikotik bozukluğa işaret eder ve önemlidirler. Psikozlarda en fazla işitsel halüsinasyonlara rastlanır, bunu görsel halüsinasyonlar takip eder. Koku ve tad halüsinasyonları, organik bir rahatsızlığa, özellikle temporal epilepsi ya da temporal yer kaplayıcı lezyonlara bağlı olabileceğinden organiste açısından araştırılmalıdır.

K. Schneider tarafından tanımlanmış şu halüsinasyonlar şizofreni için karakteristik kabul edilir.

Birbiriyle Konuşan/Tartışan Sesler: Genellikle kendisi hakkında bir tarafın olumlu, diğer tarafın olumsuz şeyler söylediği konuşma ve tartışmalar duyar. Ancak bu konuşmaların hastayla ilgili olma zorunluluğu yoktur.

Düşüncelerin Duyulabilmesi: Düşüncelerinin söylendiğini ve bunları duyduğunu ifade eder, bazen de bu seslerin yankılandığını yaşantılar.

Yorum Yapan Sesler: Hastanın davranışları ya da düşünceleri hakkında çoğunlukla eş zamanlı yorum yapan sesler duymasındır. Bu yorumlar daha çok aşağılayıcı ve eleştirel niteliktedir.

Diğer bazı halüsinasyonlar şunlardır:

Somatik Halüsinasyonlar: Kişinin bedeniyle ilgili gerçek dışı duyumlarının olmasıdır.

Ekstrakampin Halüsinasyonlar: Duyusal alanın dışındaki nesnelere algılanmasıdır.

Hallüsinozis: Kronik alkol kötüye kullanımı sırasında ve bilincin açık olduğu bir sırada ortaya çıkan, çok uzun süreli çoğunlukla işitsel halüsinasyonlardır. Hasta algılarının gerçek olmadığının farkındadır.

Otoskopik Halüsinasyon: Kişinin kendisini dışarıdan görmesi tarzındaki halüsinasyon

İlüzyonlar

Uyaranların yanlış yorumlanmasıdır. Mezarlıktan geçerken bir karartıyı hayalete benzetmek ya da birini beklerken buzdolabı sesini zile benzetmek gibi olumlu ya da olumsuz beklentilerle ilgili olarak normal popülasyonda da ortaya çıkabilmektedir. İlüzyonlar psikozların prodromal döneminde artış gösterir ve genellikle kaygı eşlik eder.

Depersonalizasyon

Kişinin kendisini değişmiş ya da yabancı hissetmesidir.

Derealizasyon

Dış dünyaya ilişkin yabancılık duygusudur. Kişi her zamanki çevresini ve çevresindeki kişileri değişmiş ya da yabancılanmış gibi hisseder.

Depersonalizasyon ve derealizasyon bazen tek tek bazen de ikisi birlikte görülebilir. En sık olarak travmatik stres durumlarında ortaya çıkar. Ayrıca, ağır kişilik bozukluklarında, psikozların prodromal dönemlerinde, temporal epilepsilerde, toksik psikozlarda görülebilir. Dissosiyatif bozukluklardan biri olan depersonalizasyon bozukluğunda ise kronik veya çok sık bir biçimde depersonalizasyon vardır. Bu bozukluk hemen her zaman ağır çocukluk çağı travmalarına ya da ağır ihmale bağlı gelişir.

Sinestezi

Bir duyuusal uyarının başka bir duyu biçiminde algılanmasıdır. Işığın sesini duymak ya da sesi görmek gibi. Daha çok LSD gibi uyarıcı entoksikasyonlarında görülür.

Diğer Bazı Algı Bozuklukları

Makropsi: Nesnelere olduğundan büyük görünmek.

Mikropsi: Nesnelere olduğundan küçük görünmek.

Negatif Halüsinasyon: Bir halüsinasyon değildir, var olan şeyleri görmemeye denir.

Negatif Otoskopi: Kişinin kendisini görememesidir.

Düşünce

1. Düşünce Akışındaki Değişiklikler

Çağrışım: Davranışlar, düşünceler ve kavramlar arasında yer ve zaman birliğinin etkisiyle kurulan bağlantılar sonucu, bilinç alanına bunlardan birisi girdiğinde ötekini de bilince çekmesi çağrışım olarak adlandırılır.

a) Çağrışım Artması

Basınçlı konuşma: Araya girerek soru sormaya, görüş bildirmeye olanak vermeyecek ölçüde hızla ve çok konuşmaktır.

Ayrıntıcı Konuşma: Daha çok obsesif karakterlerde görülür. Anlattıkları konuyu gereksiz ayrıntılarına girer ancak konuyu sürdürebilirler.

Lögore: Konuşmanın miktarının artmasıdır. Konuşma tutarlı ve mantıklıdır ancak miktarı ve hızı artmıştır.

b) Çağrışım Azalması

Çağrışım Yavaşlaması: Konuşma hızının yavaşlaması daha çok depresyonda görülür.

Blokaj: Hasta bir şeyi anlatırken birden durur ve konuşmayı keser. Uyarıldığında ise konuştuğuna geri dönemez.

c) Çağrışım Sapmaları

Neolojizm: Yeni kelimeler uydurmaktır.

Perseverasyon: Aynı düşüncenin ısrarlı ve uygunsuz bir biçimde yinelenmesidir.

Verbigerasyon: Özel bir kelime ya da ifadenin anlamsız bir şekilde yinelenmesidir.

Klang Çağrışım: Cümleler arasındaki bağlantı ses çağrışimleri ile kurulur. Cümleler anlamlı bir bütünlük oluşturmazlar. Genellikle bir cümlenin sonundaki kelimeyle ses çağrışımı yapan yeni bir kelimeye başlanır.

Kelime Salatası: Anlamlı bir cümle yoktur. Konuşma, yan yana sıralanmış kelimelerden ibarettir.

Yandan Konuşma: Sorulara yanıt vermek yerine konuyla bağlantılı ancak, sorunun

yanıtı olmayan ifadelerle cevap verilir. Sözelimi hangi liseye gittiği sorulduğunda, eğitimin öneminden söz eder.

Disprosodi: Sesteki melodinin ve ahengin kaybolmasıdır. Şizofrenide görülebilir.

Çelinebilir Konuşma: Konuşmanın dış uyaranlara göre sürekli içeriğinin değişmesidir. Sözelimi, şikayetlerinden bahsediyorken, birden odada gördüğü bir resimden konuşmaya oradan da dışarıdan gelen bir sesle ilgili konuşmaya geçer.

Ekolali: Başkalarının söylediği şeyin tekrar edilmesidir. Şizofrenlerde görülebilir.

Konuşmanın Fakirleşmesi: Konuşmanın miktarı azalmıştır. Sorulara bir veya birkaç kelimeyle yanıt verilir. Depresyonda daha sık görülür ancak psikozlarda da görülebilir.

Konuşma İçeriğinde Fakirleşme: Konuşma miktarca yeterli olmakla birlikte, içeriğindeki belirsizlik, boşluk ya da anlamsız yinelemeler dolayısıyla bilgi aktarabilme özelliğini kaybetmiştir. Sıklıkla şizofreninin ileri dönemlerinde görülür.

Enkoherans: Hastanın konuşması, cümleler düzeyinde anlamlılık içerse de konuşmasının bütününden bir anlam çıkarılamaz. Konuşma, birbiriyle bağlantısız cümleler biçimindedir.

Koprolali: Küfürlü ya da uygunsuz kelimelerin kullanılmasıdır.

2. Düşünce İçeriği

a) Hezeyanlar (Sanrı)

Gerçek olmayan şeylere ve gerçek dışı düşüncelere inanmak demektir.

Bizar Hezeyan: Gerçekleşmesi mümkün olmayan hezeyanlardır.

Duyguduruma Uygun Hezeyan: Hezeyanın, kişinin duygudurumuyla uyumlu olmasıdır. Sözelimi depresyondaki bir kişinin, suçluluk hezeyanları duyması gibi.

Duyguduruma Uygun Olmayan Hezeyan: Kişinin duygudurumuyla uyumsuzdur. Sözelimi depresyondaki bir kişinin kendisinin çok önemli bir kişi olduğunu iddia etmesi gibi.

Erotomanik Hezeyan: Genellikle sosyo-ekonomik açıdan üst düzeydeki birinin kendisine aşık olduğuna inanma (Clerambault-Kandisky Kompleksi).

Grandiyöz Hezeyan: Büyüklük hezeyanları, önemli biri olduğuna, dünyayı kurtaracağına vs. inanma.

Hipokondriak Hezeyan: Bir hastalığı olduğuna inanma.

Mignon Hezeyan: Anne babasının başka biri olduğuna inanma.

Nihilistik Hezeyan: Ölmüş, yok olmuş olduğuna inanma.

Perseküsyon Hezeyanı: Başkalarından kötülük göreceğine inanma.

Paylaşılmış Hezeyan: Bir kişinin hezeyanlarının başka biri veya birileri tarafından da paylaşılması.

Referans Hezeyanları: Kişinin kendisiyle ilgisiz olaylardan anlam çıkarması ve bunlara inanma.

Kıskançlık Hezeyanı: Eşinin ya da cinsel partnerinin kendisini aldattığına inanma.

Somatik Hezeyan: Bedensel bir hastalığı ya da bir anormalliği olduğuna inanma.

Suçluluk veya Günahkârlık Hezeyanı: Yaptıkları ya da olduklarını düşündükleri şeyler için tanrı veya insanlar tarafından cezalandırılacaklarına ya da kendileri yüzünden felaketler olacağına inanma.

Yoksulluk Hezeyanı: Hiçbir şeylerinin olmadığına ya da her şeylerini kaybedeceklerine inanma. Suçluluk ve yoksulluk hezeyanları, daha çok psikotik depresyonda görülürler.

Schneider Hezeyanları: Aşağıdaki hezeyanlar bu gruptandır ve daha çok şizofrenide görülürler.

Düşüncelerin Çekilmesi: Düşüncelerinin başkaları ya da bir takım güçler tarafından zihninden çekilip alındığına inanma.

Düşüncelerin Okunması: İnsanların, düşüncelerini ve zihninden geçenleri anladığına inanma.

Düşünce Sokulması: Bazı düşüncelerin başkaları tarafından zihnine sokulduğuna inanma.

Düşüncelerin Yayılması/Yayınlanması: Düşüncelerinin başkaları tarafından duyulacak şekilde yayınlandığına inanma.

Edilgen Duygular: Duygularının başkaları tarafından oluşturulduğuna ya da yönlendirildiğine inanma.

Edilgen Dürtüler: Başka insan ya da güçlerin kendisini bir şey yapmak zorunda olması için yüklediğine inanma

Edilgen Eylemler: Davranışlarının başkaları veya güçler tarafından yaptırıldığına inanma.

Kontrol Edilme Hezeyanları: Düşünce, duygu ya da dürtülerinin başka insanlar ya da güçler tarafından kontrol edildiğine inanma.

b) Obsesyonlar

Kişiye saçma ya da anlamsız gelmesine karşın, durduramadığı, zihninden atamadığı, tekrarlayıcı düşünce veya dürtülerdir. Bu düşünceleri gidermek için yapılan eylemlere ise kompulsiyon denir. Kişinin sık sık ellerinin kirlenmiş olabileceğini düşünmesi bir obsesyon, rahatlamak için gidip ellerini yıkaması ise bir kompulsiyondur.

Kirlilik Obsesyonları: Ellerin ya da bedeninin kirli olabileceğine ilişkin takıntılı düşünceler.

Zarar Verme Obsesyonları: Birilerine zarar verebileceği ya da onların zarar göreceğine ilişkin takıntılı düşünceler.

Sayı Sayma Obsesyonları: Zihninden takıntılı bir biçimde sayı sayma. Bazen mesela kalorifer dilimlerini, perde kıvrımlarını vb sayma biçiminde görülür.

Cinsel Obsesyonlar: Başkalarının cinsel organlarına bakarsam ya da bakıyor muyum; birine cinsel bir eylemde bulunursam, biri bana cinsel tacizde bulunursa gibi obsesyonlardır.

c) Fobiler

Somut bir tehdit olmamasına karşın görülen yersiz, aşırı korkulardır. Korku duyulan durum ya da nesne ile karşılaşıldığında, kişi kendisine de aşırı gelse bile aşırı

bir korku, anksiyete ve panik yaşar. 100'den fazla korku tablosu tanımlanmıştır. Sık görülen fobilerden bazıları şunlardır:

Özgül Fobiler: Belirli bir nesne ya da durumla sınırlı fobilerdir.

Hayvan Tipi: Kedi, köpek, böcek, yılan vb.

Doğal Olaylar: Gök gürültüsü, fırtına, yıldırım, sel vb.

Kan, enjeksiyon, yara tipi durum fobileri: Taşıta binmek, uçak, asansör, köprü, yükseklik.

Diğer Özgül Fobiler: Hastalık bulaşması, boğulma, ağrı, yüz kızarması (eritro-fobi), yabancılar.

Agorafobi: Kelime anlamı açık alan, meydan korkusudur. Klinikte daha çok panik bozukluğu ile birlikte görülür. Hasta panik nöbeti geçirmekten ve bu sırada bulunduğu yerden çıkamayacağı veya bir hastaneye gidemeyeceği için, özellikle yalnız başına dışarı çıkmaktan, toplu taşıma araçlarına binmekten, kapalı yerlere, sinema, tiyatro gibi mekanlara girmekten kaçınır.

Sosyal Fobi: Başka insanların yanında yapacağı kimi etkinliklerin küçümsenmesine ya da beğenilmemesine yol açabileceğini düşündüğü için, toplum içinde yemek yemek, konuşmak, dans etmek gibi çeşitli etkinliklerden bir veya birkaçından ya da hepsinden sıkıntı duyma ve kaçınma durumudur.

Eritrofobi: Yüz kızarması korkusu.

Klostrofobi: Kapalı ve dar alanlara girme korkusu.

Yargılama

Kişinin verileri mantıklı bir neden- sonuç veya ilgililik ilişkisi içinde bir araya getirebilme yeteneğidir. Yargılama yeteneğinin muayenesi için günlük hayata ilişkin, “yolda 4-5 yaşlarında ağlayan bir çocuk görseniz ne yaparsınız?” veya “bir cüzdan bulsanız ne yaparsınız?” gibi basit bir problem sorulabilir.

Soyut Düşünce

Sınıflandırma, benzerlikleri ve farklılıkları ayırt edebilme gibi soyutlama yetenekleri, bir atasözünün anlamını sorma, ya da 5 nesneden farklı olanı ayırt edecek sorularla muayene edilir. Soyutlama yeteneği, psikozlarda özellikle kronikleşmiş ve yıkımı olan psikotik hastalarda bozulur.

Gerçeği Değerlendirme

Kişinin içsel ve dışsal uyarınları ayırt edebilme yeteneğidir. Psikozlarda gerçeği değerlendirme yetisi bozulur. Dolayısıyla da kendi düşüncelerini, dış gerçekler olarak algırlar.

İçgörü

İki ayrı anlamda kullanılır, birincisi, kişinin hareketlerinin ardındaki bilinçdışı motivasyonlarından haberdarlık derecesidir. Bu anlamıyla hiç kimsede tam bir iç gö-

rüden söz edilemez. Çünkü kimse tüm bilinçdışı güdülenmelerinin farkında olamaz. Ancak iç görüşü daha az veya daha çok insanlardan söz edebiliriz. İkinci anlamı ise, kişinin rahatsız olduğunun farkında olup olmamasıdır. Sözgelimi bazı obsesif kompulsif hastalar semptomlarını bir rahatsızlık olarak görebilirlerken bazıları bu semptomları doğal ve doğru bulur, aynı şekilde bazı psikotik hastalar halüsinasyonlarının hastalıktan kaynaklandıklarını bilebilirler.

Zekâ

Zihnin anlama, akıl yürütme, problem çözme, soyutlama kapasitesi ve hızıdır. Zeka genellikle zeka bölümü (intelligence quotient) olarak ölçülür. $IQ = (\text{mental yaş} / \text{biyolojik yaş}) \times 100$

Normal zeka 100 olarak kabul edilir. 80'in altı normalden düşük, 120'nin üstü ise üstün zeka olarak kabul edilir.

71-80: Sınır zeka

50-70: Hafif zeka geriliği

35-50: Orta zeka geriliği

20-35: Ağır zeka geriliği

20'den az derin zeka geriliği

Duygulanım

Duygudurum (Mood)

Kişinin yaygın ve sürekli olarak, belli bir zaman dilimi içinde kendisini hissettiği durumdur.

Ötimi

Duygudurumda çökme ya da yükselmenin olmadığını ifade eder.

Yükselmiş Duygudurum

Alışılmışın dışında bir neşe haliyle birlikte, kişinin kendine güveni de artmıştır.

Çökkün Duygudurum

Ümitsizlik, keder, elemlilik duygusu ön plandadır ve kişinin kendisine verdiği değer ve güveni azalmıştır.

“İrritabl” Duygudurum

Çabuk sinirlenme, engellenmeye karşı öfkelenmeye hazır bir duygudurum söz konusudur.

Afekt

Kişinin yaşadıklarına, düşündüklerine eşlik eden ve dışarıdan gözlenebilen anlık duygulanımdır. Neşe, elem, endişelilik, gerginlik vs. gibi

Uygun Afekt

Kişinin düşünce ya da konuşma içeriği ile dışa vuran duygulanımının arasında uyum olması. Komik bir şeyi anlatırken gülmek ya da hüzünlü bir şeyi anlatırken hüzünlenmek gibi.

Uygunsuz Afekt

Konuşma içeriği ya da yaşanan durum ile duygulanım arasında uygunsuzluk olması halidir. Sevdiği birini kaybettiği ile ilgili bir şey anlatırken gülmesi gibi.

Değişken Afekt

Dış uyaranlardan bağımsız olarak, afekte ani ve belirgin değişiklikler olmasıdır.

Aleksitimi

Kişinin kendi duygularının farkına varmasında ve tanımlamasında güçlük çekmesidir.

Anksiyete

Genellikle içsel nitelikli bir tehlike beklentisinden kaynaklanan sıkıntılı olma halidir. Belirli bir düşünce ya da endişe ile bağlantısız olarak yaşandığında serbest dalgalanan anksiyete denir.

Ajitasyon

Motor huzursuzluğun eşlik ettiği anksiyete halidir. Bacaklarını sallamak, saçlarıyla oynamak, parmaklarını masaya vurmak gibi.

Ambivalans

Kişinin aynı anda aynı konuyla ilgili zıt yönelimli iki duygulanımı birlikte hissetmesidir. Bir şeyi hem isteyip hem istememek gibi.

Motor Aktivite ve Hareket

Retardasyon

Motor aktivitelerin azalmasıdır. Temel olarak depresyonda görülür.

Eksitasyon

Motor aktivitenin çoğunlukla saldırganlığı da içeren bir biçimde aşırı artmasıdır.

Katatoni

Hastanın garip ve uygun olmayan bir durumda uzun süre kalmasıdır.

Katalepsi

Kişinin uzun süre hareketsiz olarak kalmasıdır.

Katatonik Stupor

Hareketlerde neredeyse durma noktasına varan bir yavaşlama vardır. Çevresinin farkında olmadığı izlenimini verir.

Mutizm

Hastanın istemli olarak konuşmamasıdır. Katatonik şizofreni, ağır depresyonlar ve stupor tablolarında görülebilir.

Katapleksi

Heyecan, ani korku gibi durumlarca tetiklenen, kas tonusunun geçici olarak kaybolması durumudur. Hasta cansız bir şekilde yere yığılabılır ya da sadece belli bir kas grubunda ortaya çıkar ve mesela kişinin başı düşer, çenesi aşağı sarkar.

Diskinezi

İstemsiz hareketlerdir.

Distoni

Belli bir kas grubunun istemsiz olarak kasılmasıdır.

Manyerizm

Kişide alışkanlık halini almış, istemsiz hareketlerdir.

Ekopraksi

Kişinin başkalarının hareketini taklit etmesidir.

Akatizi

Genellikle antipsikotiklerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan; huzursuzluk, gerginlik hissi ile birlikte hastanın yerinde duramaması ve hareket etme zorunluluğu hissetmesidir.

Bedensel İşlevler

Uyku

Depresyonda uykuda artma veya azalma olur. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük yanında sabahları vaktinden önce uyanıp uyuyamama görülür. Bazen da aksine vaktinin büyük bölümünü uyuyarak geçirme ortaya çıkar. Aşırı uyku ile giden depresyonların atipik olma özelliği vardır. Manide de uyku azalmıştır ancak hasta az uyumasına karşılık yorgunluk hissetmez.

İştah

Depresyonda iştahta artma veya azalma gözlemlenir. Daha yaygın olanı iştahın azalmasıdır. İştah artması daha çok atipik depresyonlarda görülür.

Libido

Manide cinsel istekte artma ve rastgele cinsel ilişki kurma görülür.

Dışkılama

Depresyonda kabızlık görülebilir.

İdrar Yapma

Psikojenik polidipsiye bağlı idrar miktarında artış olabilir.

Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Düzeyi

Hastanın sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyinin belirlenmesi, hastalığın kişinin işlevlerini etkileme derecesinin ve tedavi seyrinin takibi açısından önemlidir. Sosyal ve mesleki işlevsellik, DSM-IV'te işlevselliğin durumuna göre puanlanmıştır.

Kaynaklar

Psikiyatri Temel Kitabı. Ed: E Köroğlu, C Güleç. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007.

Klinik Psikiyatri. Ed: HI Kaplan, BJ Sadock. Çeviri Ed: E Abay. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2004.

Genel ve Klinik Psikiyatri. Ö Köknel. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1989.

Ruh Sağlığı ve Bozuklukları MO Öztürk, Nuro! Matbaacılık, Ankara, 1988.

Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar. O Arkonaç, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1987.

3 Psikanalitik Açısından Psikopatoloji

RAŞİT TÜKEL

Klasik psikanalitik kuram, Freud'un görüşleri temelinde, farklı, ancak birbirinin içine geçmiş çeşitli varsayım ya da bakış açılarını içerir. Her bir varsayım, insan ruhsal aygıtının organizasyonunu ve işlevini anlamak ve açıklamak için bir girişimi temsil etmektedir. Her biri normal ve nevrotik düşünce ve davranışları açıklayabilmek için ortaya atılan, ancak ayrı ayrı bir bütünlük oluşturmayan ve gerçekte birbirini tamamladığı düşünülen bu kavramlar, anlamlarını bir arada ele alındıklarında bulmaktadırlar.

Bu bölümde, nevrozların etiyoloji ve psikopatolojisini anlamaya yönelik olarak, Freud tarafından farklı dönemlerde geliştirilmiş ve psikanalitik kurama temel olan görüşler, belli bir bütünlük gözetilerek ele alınmıştır.

Topoğrafik Kuram ve Bilinçdışı

İki Temel Varsayım

Psikanalitik kuram, iki temel varsayım üzerine kurulmuştur. Bunların ilki, 'ruhsal gerekircilik' varsayımdır. Bu varsayıma göre, davranışları, duyguları, düşünceleri ve eylemleri içeren tüm ruhsal olaylar, rastgele değil, nedensel olarak önceki olayların sonucunda oluşmaktadır. Diğer bir ifadeyle, her ruhsal olay kendinin öncülü olan bir başka olay tarafından belirlenmektedir. İkinci varsayım ise, bilinçdışının ruhsal süreçlerdeki yeri ve anlamıyla ilgilidir. Buna göre, ruhsal süreçler büyük bir sıklıkta ve önemde bilinçdışında seyretmektedir. İki varsayım birbirini tamamlar niteliktedir. Ruhsal olayların tümüyle bilinçte yer aldığını düşündüğümüzde ve onları sadece bilinçliliğe ilişkin verilerle açıklamaya çalıştığımızda, ruhsal süreçleri anlamamız mümkün olamamaktadır.

Bilinçdışının Varlığı

Bilinçdışı ruhsal süreçleri doğrudan gözlemleyebilmenin bir yolu yoktur. Bu tür süreçlerin varlığına ilişkin kanıtlar, ilk kez, bir tedavi yöntemi olarak hipnozun kulla-

nilması sırasında elde edilmiştir. Hipnoz altındaki kişiden uyandıktan sonra belli bir eylemi yapması istendiğinde, uyandırıldığında istenilene yaptığı gözlenir. Bu sırada bilincinde olduğu sadece o eylemin yapılmasıdır. Eylemle ilgili düşünceler, emri verenin etkisi, hipnotik durumla ilgili anıların tümü bilinçdışıdır. Bilinçdışı materyalin doğasına ilişkin en önemli ipuçları ise, psikanalizin temel kuralı olan, hastanın aklına gelen düşünceleri geldiği şekliyle ifade ettiği 'serbest çağrışım tekniği'nin kullanılmaya başlanmasıyla elde edilmiştir.

Normal ruhsal olayların içinde, bilinçdışı süreçlerin en açık görülerek incelenebileceği ürünler rüyalarlardır. Psikanaliz, her rüyanın ardında etkin bilinçdışı düşünce ve isteklerin bulunduğunu göstermiştir.

Bilinçdışı işleyişin bilinçli davranışa etkileri; dil sürçmeleri, okuma ve yazma yanlışları, kazalar, yanlış anımsama ve unutmalar gibi olaylar sırasında da görülür. Dil sürçmesi, bilinçdışı bir düşünce ya da isteğin tümüyle bastırılmaması sonucunda oluşur. Böyle bir durumda kişi bilinçdışı olarak istediği şeyi, saklama çabasına rağmen ortaya koymaktadır. Benzer şekilde espride de, bilinçdışı eğilimlerin ortaya çıkması ve birincil süreçlerin rolü söz konusudur.

Birincil ve İkincil Süreçler

Birincil süreç, ruhsal aygıtın birincil ve özgün işleyiş biçimidir. Çocukluğun erken dönemlerine özeldir ve aynı zamanda da bilinçdışının zihinsel işleyiş biçimidir. Rüyalarda da ön planda olan birincil süreç düşünce biçimidir. Birincil sürecin temel amacı, isteklerin gerçekleştirilmesi ve dürtüsel boşalımdır. Birincil sürecin egemen olduğu bir işleyişte şu tür özellikler dikkati çeker: Mantıksal bağlantılar dikkate alınmaz. Zıtlıkların eşzamanlı birlikteliğine izin verilir. Bir düşünceye yatırılmış enerji bir diğerine kayabilir (yer değiştirme). Birçok düşüncenin enerjisi biraraya toplanabilir (yoğunlaştırma). Bütünü, parçalarından biri temsil edebilir. Bu süreçte zaman kavramı; geçmiş, şimdi, gelecek ayrımı yoktur. Gerçeklik ilkesi yerine haz ilkesi geçerlidir. Yoğunlukla çocukluk dönemine ait bilinçdışı dürtü ve istekler, haz ilkesine bağlı olarak boşalım ve doyum arayışı içindedirler.

İkincil süreç ise, büyük ölçüde gerçeklik ilkesinin kurallarıyla yönetilir. Yetişkin insanın düşünce biçimidir. İkincil süreçte, dış gerçeklik ve kişinin ahlaki değerleriyle uyumlu bir biçimde, dürtüsel boşalımın geciktirilmesi ya da ertelenmesi amaçlanır. İkincil süreç, aşağıda anlatılacak olan bilinç ve önbilinçteki zihinsel işleyiş biçimidir.

Haz İlkesi ve Gerçeklik İlkesi

Haz ilkesi, organizmanın, enerji boşaltımı yoluyla gerginliği azaltarak acıdan kaçınma ve haz arama eğilimi olarak tanımlanabilir. Ancak, gerginliğin boşaltılması her zaman mümkün olmaz. Gerçeklik ilkesi, haz ilkesini dış gerçekliğin taleplerini karşılayacak biçimde değiştirir. Böylece, gerçekliğin talepleri, gerginliğin hemen o an giderilmesini geciktirebilecek ya da erteleyebilecek bir kapasiteyi gerekli kılar. Bu yolla ayrıca, uygun koşullar altında daha fazla hazın elde edilmesi amaçlanır.

Gerçeklik ilkesi, organizmanın, gerçekliğin dayattığı koşullar nedeniyle engellenmeleri (frustration) ve buna ilişkin deneyimleri sonucunda oluşur. Bu durum, benliğin (ego) gelişim süreciyle yakından ilgilidir.

Topoğrafik Model

Freud, topoğrafik modelinde, aralarında geçişlerin olduğu kabul edilen üç zihinsel sistem tanımlamıştır: Bilinç, önbilinç ve bilinçdışı.

Etkin olarak bilinçlilikten ayrı tutulan süreç ve içeriğe ‘bilinçdışı’ adı verilmiştir. Bilinçdışı sistemi, enerji yüklerini boşaltma arayışındaki dürtü temsilcilerini içerir. Diğer bir ifadeyle, bilinçdışının içeriğini, gerçekleştirilme peşinde olan istekler oluşturmaktadır. Bilinçdışı içerik, bilinçli davranış ve düşünce süreçlerinden kesin bir farklılık göstererek, haz ilkesi ve birincil sürecin kuralları doğrultusunda yönetilmekte ve karşıt bir güçle bilinçten uzak tutulmaktadır. Bilinçdışında yer alan bir eylemin, bilinç alanına geçebilmesi ancak karşıt gücü (sansür sistemini) aşmasıyla mümkündür.

Belli bir dikkat ve çabayla bilince getirilebilenler, ‘önbilinç’ oluşturmaktadır. Önbilinçte yer alan herhangi bir ruhsal etkinlik, henüz bilinçli değildir; ancak bilinçli olma kapasitesine sahiptir. Bilinçli farkındalık içinde oluşan ruhsal olaylar ise, ‘bilinç’ sistemine ait kabul edilirler. Bilinç ve bilinçdışı sistemleri birbirleriyle yakından ilişkilidir. Bilinç sistemine ait olan bir düşünce, dikkatin üzerinden çekilmesiyle, önbilinç sistemine dahil olacaktır.

Topografik kuram, 1923’de, Freud tarafından ruhsal aygıtın yapısal modelinin ortaya konulmasıyla önemini yitirmiştir. Ancak yapısal model, topoğrafik olanın yerine geçen bir model olarak düşünülmemelidir. Gerçekte, her iki modelin birbirini tamamladığı söylenebilir. Yapısal kuram ilerdeki bölümlerde anlatılmıştır.

Dürtüler ve Çocukluk Cinselliği

Dürtü ve İçgüdü Kavramları

Dürtü ve içgüdü kavramları, çok kez yanlış olarak birbirinin yerine kullanılmaktadır. İçgüdü, tıpkı bir refleks gibi, bir uyarıcı, önceden belirlenmiş bir yolun izlenmesi ve belli bir motor tepkiden oluşur. Dürtü kavramında ise, sadece uyarıcı ve merkezi uyarılma durumu var olup, motor yanıt yoktur. Motor yanıt için, daha sonra anlatılacak olan benlik dediğimiz zihnin farklılaşmış bir bölümünün aracılığı gerekmektedir. Benlik, dürtüleri oluşturan merkezi uyarılma durumuna, içgüdülerde olduğu gibi önceden belirlenmiş bir yanıt yerine, deneyim ve düşünce ile değiştirelebilen tepkiler verilebilmesini sağlar.

Dürtünün Özellikleri

Freud’a göre dürtülerin dört temel özelliği bulunmaktadır: Kaynağı, gücü, amacı ve nesnesi. Dürtünün kaynağı, ortaya çıktığı organ ya da beden bölgesidir. Dürtünün gücü, onun eylem yönünü temsil eder; ruhsal enerji miktarı olarak yoğunluğudur. Dürtü-

nün amacı, her koşulda gerginliği boşaltmak ya da doyumuna ulaşmaktır. Dürtünün nesnesi ise, amacına ulaşabilmesi için gerekli, canlı ya da cansız olabilen bir şeydir.

Freud, dürtünün en değişken özelliğinin nesnesi olduğunu belirtmiştir. Nesnenin dışsal kökenli olması şart değildir; çocukluk masturbasyonunda olduğu gibi, kişinin kendi bedeni dürtünün nesnesi olarak (oto-erotik) işlev görebilir.

Psikanalitik kuramda iki dürtü ayırt edilir: cinsel dürtü ve saldırgan (agresive) dürtü. Ayrıca bu iki dürtüye bağlı iki ayrı ruhsal enerji bulunmaktadır. Cinsel dürtüye bağlı ruhsal enerjiye 'libido' adı verilir. Her iki dürtü birlikte ve işbirliği içindedir. İki dürtünün amaç birliğinden kopması ya da aralarındaki işbirliğinin bozulması, psikolojik sorunların varlığına işaret eder.

Çocukluk Cinselliği

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde, erotik duyumlar, çoğunlukla belirli bir beden bölgesinin ya da organın mukozasından kaynaklanır. Özellikle, yaşamın erken dönemlerinde, ağızın, anüsün ya da dış genitalerin müköz membranları, çocuğun erotik yaşantısının odağını oluşturur. İlgi duyulan odak, psikososyal gelişimin hangi evresinde olduğuna bağlı olarak değişebilmektedir. Yaşamın ilk bir, bir buçuk yılında ağız, dil ve dudaklar bebeğin başlıca cinsel organlarıdır. Bu yaştaki bebeklerde, emme, ağza götürme ve ısırılmaktan alınan zevk, doyumların daha çok ağız yoluyla olduğunu gösterir. Birbuçuk yaşın sonuna doğru, anüs cinsel gerginlik ve doyumun yerleştiği en önemli yer konumuna gelir. Üçüncü yaşın sonuna doğru da, cinsel haz kaynağı olarak genital organlar ön plana geçer. Genital organlar, diğer erotojen bölgelere üstünlük sağladığında ve bütün cinsel uyarımlar sonunda genital bir yönelim aldığında, genital öncelikten söz edilir.

Normal erişkinlerde, cinsel etkinlik bölgenin hakimiyeti altındadır. Bununla birlikte, oral ve anal bölgelerin pregenital erotojenik etkinlikleri de cinsel eylemde belli bir yere sahiptir. Bu bölgelerin uyarılmasıyla ortaya çıkan doyum, cinsel birleşmeye hazırlık teşkil eder.

Takılma ve Gerileme

Psikoseksüel gelişim sürecinde değişimler aşamalı olarak gerçekleşir; eski nesne ve doyum tarzları, yeni nesne ve doyum tarzları ortaya çıkmaya başladıktan sonra, bir süre daha baskın rollerini sürdürürler. Bu süreçte libido, psikoseksüel gelişime koştur bir biçimde, bir nesneden diğerine, bir doyum tarzından bir diğer doyum tarzına geçmektedir. Ancak, her gelişim dönemi doğal olarak aynı başarıyla geçilememekte, libidinal enerjinin bir bölümü devamlı olarak geride bırakılan dönemlerde tutulmaktadır. 'Takılma' (fixation) olarak adlandırılan ve psikoseksüel gelişim içinde normal kabul edilen bu durum, aşırı miktarda olduğunda patolojik sonuçlar doğurmaktadır. Ulaşılmış olan daha ileri düzeylerden, önceki dönemlere ait doyum nesnelere ya da tarzlarına dönülmesi ise 'gerileme' (regression) olarak adlandırılmıştır. Dürtüsel gerileme, genellikle takılmanın olduğu bir nesne ya da doyum tarzına dönülme şeklinde olduğu için, her iki kavram birbiriyle yakından ilişkilidir.

Gerileme ve takılma arasındaki ilişki, Freud tarafından yapılan “savaş sırasında ilerleyen ve bütün önemli noktalarda birliklerini bırakan ordu” benzetmesiyle daha iyi açıklanabilir. Geride bıraktığı birlikler çoğaldıkça, ilerleyişine devam eden ordu zayıflar. İlerde güçlü bir düşmanla karşılaştığında ise, evvelce en fazla sayıda birliğini bıraktığı noktalara doğru geri çekilir. Takılma ne kadar güçlüyse, zorlanma karşısında gerileme de o derecede kolay gerçekleşmektedir. Gerileme, savunma mekanizmaları içinde ayrıca anlatılmıştır.

Psikoseksüel Gelişim Evreleri

Oral Dönem

Oral dönem, bebeğin ihtiyaçlarının, algılarının ve ifade biçiminin, öncelikle oral bölgeyle ilgili organlar (ağız, dudaklar, dil vb.) aracılığıyla gerçekleştiği, gelişimin erken evresidir. Oral bölge, ruhsal aygıtın organizasyonundaki baskın rolünü, yaklaşık 12-18 aya kadar sürdürür. Libidinal doyum ihtiyaçları (oral erotizm), oral evrenin erken dönemlerinde baskındır. Daha sonra, ısırma, çiğneme, yutma ile ifade bulan saldırgan dürtülerin daha baskın olduğu bir dönem (oral sadizm) gelmektedir.

Annenin memesini emme, tüm cinsel yaşantının başlangıç noktası, sonraki cinsel doyumların da bir prototipidir. Emme eylemi, annenin memesini cinsel dürtünün ilk nesnesi haline getirir. Bu ilk nesne seçiminin sonraki nesne seçimlerinde çok önemli bir rolü vardır. Daha sonra çocuk, emme eyleminde nesneden vazgeçer ve onu vücudunun bir parçasıyla değiştirir; baş parmağını ya da dilini emmeye başlar. Bu yolla haz alma konusunda dış dünyadan bağımsız hale gelir.

Aşırı oral doyum ya da yoksunluk, bu döneme libidinal takılmaya neden olur ve oral karakter özellikleri ortaya çıkar. Oral karakter özellikleri olan kişiler, sürekli başkalarının vermesini, ilgi göstermesini talep ederler. Aşırı iyimser (ya da kötümser) olabilirler. Gerçekçi olmayan beklentileri nedeniyle çabuk hayal kırıklığına uğrarlar. Bağımlılık gereksinimleri içindedirler.

Anal Dönem

Psikoseksüel gelişimin, sfinkterler (özellikle de anal sfinkterler) üzerinde nöromuskuler denetimin sağlanabildiği, dolayısıyla dışkıının püskürtülmesi ya da tutulması üzerinde daha fazla denetimin mümkün olduğu evresidir. Bu evre, yaklaşık olarak, 1 yaşından 3 yaşına kadar sürer. Bu evrede saldırgan dürtülerde bir yoğunlaşma dikkati çeker. İradî sfinkter kontrolünün kazanılmasıyla birlikte edilginlikten, etkinliğe geçilir.

Dışkılama işlevi sırasındaki cinsel haz olarak ifade edebileceğimiz ‘anal erotizm’, değerli sayılan dışkıının tutulması ve dışkıının ebeveyne verilen değerli bir hediye olarak görülmesiyle ilgilidir. ‘Anal sadizm’ ise, güçlü ve yok edici silah olarak görülen dışkıının boşaltılması sırasında kendini gösterir ve bu yönüyle saldırgan isteklerin bir ifadesidir.

Beslenme ile bağlantılı doyum, dışkılama olayında tekrarlanmaktadır. Çocukların dışkılama işlevleri haz vericidir. Bu süreçte çocuk, haz arayışlarına engelleyici bir güç olarak karşı çıkan dış dünya ile ilk kez karşı karşıya gelir. Çocuk kendi seçtiği zamanda dışkısını yapmamalı, diğer kişilerin kararlarına uymalıdır. Bu haz kaynağından vazgeçmesi için bu işlevlerin uygunsuz, yakışsız olduğu ve gizli kalması gerektiği söylenir. Burada çocuk, ilk kez sosyal saygınlık için hazdan vazgeçmeye zorlanmaktadır. Başlangıçtan itibaren çocuğun kendi dışkısına yaklaşımı çok farklıdır; ondan iğrenmez, ona vücudunun bir parçası gibi değer verir, 'ilk hediyesi' olarak kendisi için değerli kişilere sunar. Çocuk eğitimle bu eğilimlerden kısmen vazgeçse de, dışkıya değer verme, 'hediyeler' ve 'para'ya değer vermeye döner.

Anal denetim üzerindeki çatışmalar, tuvalet eğitimi sırasında dışkının bırakılması ya da tutulması üzerinden ebeveynle yaşanan mücadeleyle belirginleşen 'ambivalans', bu dönemin önde gelen bir özelliğidir. Bu evreye bir takılmadan kaynaklanan anal karakter; titizlik, düzenlilik, inatçılık, tutumluluk, temizliğe düşkünlük gibi özellikleri içerir.

Ödipal (Fallik) Dönem

Psikoseksüel gelişimin bu evresi, 3. yıl içinde başlar ve yaklaşık 5 yaşın sonuna kadar devam eder. Ödipal evrede, cinsel ilgi ve uyarılma genital bölgenin üzerindedir. Penis, her iki cinsiyetin de temel olarak ilgisini yönelttiği bir organ konumunda olduğu için, bu döneme 'fallik dönem' de denmektedir.

Bu döneme adını veren ödipus karmaşası, erken çocukluk cinselliğinin en önemli fenomenidir. Bu karmaşa, erkek çocukta basitçe şöyle gelişmektedir: Küçük erkek çocuğu, çok erken bir yaşta, anne memesiyle ilişkili olarak annesine libidinal yatırım geliştirir. Babasıyla da, onunla özdeşim kurmak yoluyla ilişkiye geçer. Bir süre iki ilişki yanyana gelişir. Bu durum, ödipal dönemde çocuğun annesine yönelik cinsel arzuları çok yoğun oluncaya kadar sürer. Babası bu dönemde çocuk için bir engel olarak algılanmaya başlanır. Burdan ödipus karmaşası gelişir. Çocuğun babasıyla olan özdeşimleri, bundan böyle düşmanca bir renk alır ve annesinin yanında babasının yerini almak için babasından kurtulma arzusunun dönüşür. Bu tür arzular, bir misilleme olarak baba tarafından cezalandırılma beklentisininin doğmasına neden olur.

Erkek çocuk ilgisini genitallerine döndürdüğünü, genitalleri ile oynayarak ortaya koyar. Ardından erişkinlerin bu davranışını onaylamadığını farkeder. Kendisinin çok değer verdiği bu parçasının kendisinden alınacağı tehditi belirginleşmeye başlar. Erkek çocuğun kastrasyona inanmaması, kadın genitallerinin görünüşüne ait gözlem ile kırılır. Bu gözlem ile birlikte, kendi penisinin kaybı tasavvur edilebilir olur ve kastrasyon tehditi etkisini gösterir. Baba tarafından cezalandırılma beklentisi de, bir kastrasyon tehditi olarak yaşanmaktadır.

Kastrasyon olasılığının kabulü, ödipal karmaşanın sonunu getirir. Erkek çocuğun annesine yönelik libidinal yatırımının sürdürülmesi, baba tarafından cezalandırılma-

sının bir sonucu olarak penisinin kaybını gerektirmektedir. Bu süreçte, normal olarak erkek çocuğun annesine yönelik libidinal yatırımı terkedilmek zorunda kalır. Yeri iki şeyden biriyle, ya annesiyle olan ya da babasıyla olan özdeşimin yoğunlaşması ile doldurulabilir. İkinci sonuç daha normal kabul edilmektedir. Bu yolla ödipus karmaşasının çözülmesi, erkek çocuğun karakterinde masküliniteyi yoğunlaştırır.

Küçük kız çocuğunun klitorisi başlangıçta penise eşdeğer bir önemdedir. Ancak kız çocuğu, diğer cinsiyetten oyun arkadaşı ile bir kıyaslama yaptığında, kusurlu olarak yaratıldığını algılar. Kız çocuğu bir cinsiyet özelliği olarak penisten yoksun olduğunu anlayamaz. Bu durumu, daha önceki bir tarihte aynı büyüklükte bir organa sahip olduğu ve sonradan bunu kastrasyon ile kaybettiğini farzederek açıklar. Bu tür bir algı, kız çocuklardaki küçüklük duygularının temelini oluşturur. Psikanalitik literatürde bu durum, ‘penise imrenme’ olarak ifade edilmiştir.

Kız çocuğunda ödipal karmaşa; babaya karşı feminin bir tutumu benimseme ve annenin yerini almayı isteme biçimindedir. Ödipal dönemin sonunu getirecek olan da, kız çocuğunun, babaya olan cinsel ilgisi ve annenin yerini almak istemesinden dolayı yaşadığı annenin sevgisini kaybetme korkusudur. Kız çocukta ödipal evre başlıca iki biçimde sonuçlanabilir: Bunlardan ilki, kız çocuğun, babasına yönelik libidinal ilgisini terkederek, annesiyle özdeşim kurmasıdır. Bu durumda kız çocuğunun feminin karakteri yerleşecektir. Diğer bir sonuç, kız çocuğunun, babasını sevgi nesnesi olarak terketmek zorunda kalmasından sonra, onunla özdeşim kurması biçimindedir. Bu durumda, karakterinde maskülin özellikler belirgin hale gelecektir.

Bu döneme özgü karakter özelliklerinin ortaya çıkışında ağırlıklı rolü, erkeklerde ‘kastasyon anksiyetesi’, kadınlarda ise ‘penise imrenme’nin oynadığı söylenebilir.

Latent Dönem ve Puberte

Latent dönem, ödipal karmaşanın çözülümünden (5-6 yaşlar), puberteye (11-13 yaşlar) kadar süren, cinsel dürtünün etkinliğinin azaldığı, önceki dönemlere ilişkin cinsel ilgi ve isteklerin yatıştığı bir dönemdir. Bu dönemde, erkek ve kız çocuklar, ruhsal enerjilerini, öğrenme, oynama, çevreyi keşfetme, çevresindeki insanlarla sosyal ilişkiler geliştirme gibi, cinsellik dışı ve toplumsal olarak onaylanan amaçlara yöneltirler. İleride, savunma mekanizmaları içinde anlatılmış olan bu duruma ‘yüceltme’ (sublimation) denir.

Pubertede genital ve hormonal sistemlerin fizyolojik matürasyonu, özellikle libidinal dürtüler olmak üzere, dürtülerin yoğunlaşmasına yol açar. Biyolojik bir şiddetlenmenin görüldüğü dürtüler, isteklerini olanca güçleriyle ortaya koyarlar ve psikoseksüel gelişiminin ilk dönemlerindeki çatışmalar tekrar gündeme gelir. Puberte döneminde benlik, dürtülerle çatışmaya girdiğinde, durum artık çocuklukta-kinde farklıdır. Normal bir gelişim söz konusu olduğunda, benliğin bu tür çatışmalarla başa çıkabilecek bir gücü vardır. Pubertenin sonunda kişi, yeniden canlanmış olan önceki dönemlere ilişkin çatışmaların çözülmesi ve başarılı bir biçimde yeniden bütünlenmesiyle, erişkin kimliğini kazanır.

Yapısal Kuram

Daha önce anlatılmış olan ‘topoğrafik kuram’, psikanalizin gelişim sürecinde bir geçiş modeli olarak düşünülebilir. Bu model, dürtü kuramının gelişimi açısından da uygun bir altyapı oluşturmuştur. Ancak, zamanla daha sistematik bir ruhsal yapı kavramına ihtiyaç duyulmuştur. Freud, 1923’te, ruhsal içerik ve süreçlere uyguladığı bilinçlilik ve etkin olarak bilinçdışında bırakılıştan daha farklı ölçütler kullanarak, ‘yapısal kuram’ı geliştirmiştir.

Bu yeni kuramda, işleyişleri açısından birbirleri ile bağıntılı üç ruhsal yapı ayrırt edilerek, bunlara ‘altbenlik (id)’, ‘benlik’, ‘üstbenlik (süperego)’ adları verilmiştir. Bu kurama göre, altbenlik başlangıçta ruhsal aygıtın tümünü içine alırken, gelişme sürecinde benlik ve üstbenlik ayrı işlevsel birimler olarak altbenlikten ayrılmaktadır.

Altbenlik

Altbenlik, dürtülerin ruhsal temsilcilerini kapsamaktadır. Ruhsal aygıtın bu bileşeni, daha önce dürtüler bölümünde anlatıldığı gibi, birincil sürece bağlı olarak ve gerçekliğe ait taleplerin oluşturduğu sınırlamaları dikkate almadan, haz ilkesinin kurallarına göre işlev görür. Yaşamın başlangıcında ruhsal aygıtın tümünü, doyum arayan dürtülerle birlikte olan altbenliğin kapsadığını söyleyebiliriz. Bebeğin dürtülerini geciktirme, denetleme ya da engelleme yeteneği henüz gelişmemiştir. Gelişim sürecinde altbenlikten ilk olarak benlik, daha sonra da üstbenlik gelişir.

Benlik

Benlik, altbenliğin özel olarak ayrılaşmış, örgütlü bir parçasıdır. Motor denetim, duyuşsal algılamalar, bellek, duygular, düşünme benliğin işlevleri arasında yer alır. Benlik, uyaranları ve dürtüleri gözleyebilme, seçebilme ve düzenleyebilmesini sağlayan yeteneklere sahiptir. Ayrıca, bu amaç için hazır tutulan enerji miktarlarını kullanarak, reddedilmiş dürtüleri eyleme geçmekten alıkoyma yöntemleri geliştirir.

Benlik, altbenlik ve dış dünya arasında aracı rolü oynar. Dürtülerden kaynak alan istekler ve bizzat dürtüler üzerinde bir dereceye kadar denetim ve hakimiyet kurmaya çalışmakta, bir yandan da dış dünya ile uyumu gözetmektedir. Benlik, dış dünyanın talepleriyle uyumlu biçimde dürtülerin boşalmasına karşı çıkarak ya da boşalmasını düzenleyerek, acı ve hoşnutsuzluktan kaçınır. Çevreden gelen düşmanca isteklere karşı korunmayı, kısıtlayıcı bir dış dünyaya karşı da organizmanın doyumunu sağlar.

Benlik ile altbenlik arasındaki tek ilişki, çatışma değildir. Bir yandan da benlik, dürtüler için yerine getirici, uygulayıcı bir işlev görür. Ancak ikisi arasında bir çatışma mevcutsa, birini diğerinden ayırmak mümkün olabilmektedir. Böyle bir çatışma durumunda, benlik, dürtüleri denetim altına almaya, engellemeye çalışırken, en büyük yardımcısı üstbenliktir.

Benlik, gelişimine koşut bir biçimde gerçeklikle ilişkilerini düzenler. Benliğin gelişim sürecinde ilk olarak gerçeklik duygusu yerleşmeye başlar. Bebek, ilk olarak kendi beden duyularını farkına varır. İlerleyen süreçte, dış dünyayı, kendi be-

deninden ayırt etme kapasitesi gelişir. Dış dünyayı nesnel olarak değerlendirme ve yargılama kapasitesi olan gerçeği değerlendirme yetisinin gelişmesi, haz ilkesinden gerçeklik ilkesine geçiş ile mümkün olur. Bunun ardından gelişecek olan benlik işlevi, gerçekliğe uyumun sağlanmasıdır.

Benliğin savunma işlevleri, aşağıda ayrıca anlatılmıştır.

Üstbenlik

Ruhsal aygıtın üçüncü yapısı olan üstbenlik, içselleştirilmiş ahlaki değerleri, yasakları ve ebeveynlerin oluşturduğu standartları içerir. Üstbenliğin başlangıcının ödipal dönem öncesinde olduğu kabul edilir. Anne-babanın ya da anne-baba yerine geçen kişilerin ahlaki istekleri ve yasakları, çocuğun ruhsal yaşamına erken dönemlerden itibaren etki eder. Beş altı yaş dolayında ahlak daha kişisel bir nitelik kazanmaya başlar; dokuz on yaşlarında da bütün yaşam boyunca sürekli olacak biçimde kökleşir. Bu süreci ortaya çıkartan olay, ödipal karmaşanın çözülmesiyle birlikte, anne-babaya karşı cinsel yönelimli nesne ilişkilerinin, yerini anne-babayla özdeşimlere bırakmasıdır. Üstbenliği oluşturan da, benlikte ortaya çıkan bu özdeşimlerdir.

Üstbenlik içeriklerinin büyük bir kısmı bilinçlidir. Buna karşın, benlik ve üstbenlik birbirleriyle uyum içinde olduklarında, üstbenliği farkına varmayız. Benlik ve üstbenlik arasındaki gerginlik, suçluluk duygusu olarak kendini gösterir. Üstbenlik ancak, benlikte suçluluk duyguları ortaya çıktığında ayırt edilir.

Benliğin Savunma Mekanizmaları

Dürtüler, altbenlikten benliğe geçtiklerinde, benlikte düşüncelerin birbirleriyle ilişkilerinde ikincil süreç egemen olduğu için, dolaysızca doyum yoluna gidemezler. Onlardan gerçekliğin gereklerini ve bunun ötesinde üstbenlikten kaynaklanan ahlaki yasaları göz önünde bulundurmaları istenir. Sonuçta dürtüler, beğenilmemek tehlikesiyle karşılaşır, eleştiriye uğrar, reddedilir ve üzerlerinde yapılacak her türlü değişikliğe boyun eğerler. Benliğin bu durumda amacı, sınırlarının korunmasını sağlayacak uygun savunma önlemleriyle dürtüleri sürekli olarak felce uğratmaktır. Benlik savunması başarıya ulaştığı takdirde, altbenliğin saldırısı son bulur ve ruhsal ateşkes yeniden kurulmuş olur.

Aşağıda psikonevrozlarda yaygın olarak kullanılan savunma mekanizmaları anlatılmıştır.

Bastırma

Nevrozların temel savunma mekanizması olan bastırma (repression), basitçe, bir şeyin bilinçten uzaklaştırılması ve uzakta tutulması esasına dayanmaktadır. Bir dürtünün bastırmaya uğramasının nedeni, dürtünün amacına ulaşmasının, haz yerine hoşnutsuzluk yaratacak olmasıdır. Bastırma, dürtü temsilcisinin; bilinç dışında varlığını sürdürmesine, türevler ve bağlantılar oluşturmasına engel olmaz, sadece bir ruhsal sistemle, yani bilinçle ilişkisini keser.

Bastırma işlemi, bir kerede olup biten bir şey olarak alınmamalıdır. Bastırılmış olan bilince doğru sürekli bir baskı yapar. Bu baskı sürekli bir karşı baskıyla dengelenmek zorundadır. Böylece, bastırmanın sürdürülmesi kesintisiz bir güç harcanmasını gerektirirken, kaldırılması da ekonomik açıdan tasarruf sağlar.

Gerileme

Gerileme, zorlanma durumlarında, ruhsal gelişimin vardığı noktadan, daha önceki dönemlere geri dönülmesidir. Dürtü geriletildiğinde, bastırmada uğradığından daha fazla değişikliğe uğramakta, zarar görmekte ve tanınmaz hale gelmektedir. Libidonun sadistik-anal organizasyon evrelerine gerilemesi, obsesyonel nevrozların oluşum mekanizmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Birbirinden ayrı düşünülemeyen gerileme ve takılma arasındaki ilişki daha önce anlatılmıştı.

Yapma-Bozma

Bastırmanın işlevini yerine getirmekte güçlükle karşılaştığı durumlarda, yardımcı ve yerine geçici olarak devreye giren ve obsesyonel nevrozlar için tipik olan iki mekanizma vardır: yapma-bozma (undoing) ve yalıtma (isolation). Yapma-bozma mekanizmasını, obsesyonel nevrozlardaki iki aşamalı semptomlarda görmekteyiz. Bu tür semptomlarda, bir eylem bir ikinciyle bozulmakta, böylece sanki hiçbir eylem yapılmamış gibi olmaktadır. Tekrarlama kompulsiyonları, bunlara örnek olarak verilebilir.

Yalıtma

Yalıtma (isolation), düşüncelerin, onlara eşlik eden duygulardan yalıtıldığı, obsesyonel nevrozlar için tipik olan bir mekanizmadır. Örneğin, “annem bir kaza geçirecek” şeklindeki obsesyonel bir düşüncenin bilince ulaşması, eşlik ettiği duygulardan yalıtılmasıyla mümkün olabilir. Kişi, duygunun eşlik etmediği bu tür bir düşünceyi, kendine yabancı görür; isteği dışında aklına zorla girdiği biçiminde yaşar.

Karşıt Tepki Oluşturma

Ambivalansa bağlı çatışmaların sık olduğu obsesyonel nevrozlarda, iki çatışan duygudan biri fazlaca yoğunlaşırken, diğeri kaybolmaktadır. Duygunun abartılı derecesi, mevcut olanın sadece kendisi olmadığını ve diğer zıt duygunun baskı altında tutulmaya çalışıldığını ortaya koyar. Bu sürece, karşıt tepki oluşturma (reaction formation) denir. Dürtüsel kirlilik ve düzensizlik isteklerine karşı koyan obsesyonel nevrozların, katı bir tarzda temiz ve düzenli olma yönündeki çabaları bunun örnekleridir.

Yer Değiştirme

Yer değiştirme (displacement), bir düşüncenin önem ve yoğunluğunun, bu düşünceden ayrılıp orijinal olarak düşük yoğunlukta, ancak ilk düşünceyle çağrışım bağlantı-

sı içindeki bir başka düşünceye geçmesidir. Yer değiştirme, rüyaların incelenmesinde başta olmak üzere, nevrotik semptomların oluşumunda, genel olarak da bütün bilinçdışı süreçlerde gözlenebilir. Fobilerin oluşumunda savunma işlevi görmektedir.

Düşünselleştirme

Özellikle ergenlerin kullandığı bir mekanizma olan düşünselleştirmede (intellectualization), dürtüye yönelik artmış, ancak sadece düşüncelerde kalan entellektüel bir ilgi söz konusudur. Ergenin soyut düşünsel konuşmalarında ortaya koydukları, dürtüsel süreçlerin düşünce düzeyinde dile getirilmesi olup, aslında dürtüyü kontrol etmeyi amaçlamaktadır.

Ussallaştırma

Ussallaştırma (rationalization), kişinin, gerçek motiflerini algılamadığı tutum, eylem, düşünce ve duyguları için, mantıksal olarak tutarlı ya da etik olarak kabul edilebilir bir açıklama getirme girişimini ifade eden bir işlemdir.

Baskılama

Baskılama (suppression), rahatsızlık veren ya da istenmeyen düşünce ya da duyguları bilinç alanından uzaklaştırmayı amaçlayan bir işlemdir. Bastırmadan farkı, baskılamanın bilinç düzeyinde bir işlem olmasıdır. Baskılanan içerik, bilinçdışına değil, sadece önbilince geçer.

Yüceltme

Yüceltme, dürtülerin amacı ve/veya nesnelere değiştirilerek, cinsel doyumundan çok, bu doyumdan uzakta olan ve toplumsal olarak onaylanan bir amaca doğru yönelmesini içerir. Cinsel dürtünün orijinal gücü ve yüceltmeye uygun olan oranı her bireyde değişmektedir. Doğuştan getirilen bir takım özellikler, deneyimler ve çeşitli entellektüel etkenler, yüceltme üzerinde etkili olmaktadır.

Anksiyete Kuramı ve Semptom Oluşumu

Anksiyetenin Kaynağı

Freud tarafından 1926 yılında ortaya atılan anksiyete kuramı iki bölümde ele alınabilir. İlk bölüm, 'otomatik anksiyete' ile ilişkilidir. Buna göre, ruhsal yapının hakim olunamayacak ya da boşaltılamayacak kadar büyük bir uyarıcı dalgası ile kaplanması durumlarında anksiyete gelişmektedir. Bu uyarıcılar iç ya da dış kaynaklı olabilir de, daha sıklıkla altbenlikten yani dürtülerden kaynaklanırlar. Anksiyetenin otomatik olarak geliştiği durumlara 'travmatik durumlar' denmiş ve bunların ilk örneğinin doğum olduğu belirtilmiştir. Otomatik anksiyete benliğin güçsüz ve olgunlaşmamış olduğu erken çocukluk döneminin bir özelliğidir. Bu tür bir anksiyete erişkinlerde 'güncel (actual) anksiyete nevrozu' denilen durumlarda görülür.

Anksiyete kuramının ikinci bölümünde Freud, bir tehlike durumu tehditi doğduğunda ya da tehlikeli bir durumun önceden sezilmesiyle ortaya çıkan ‘sinyal anksiyetesi’ni açıklar. Freud, erken ve daha geç çocukluk döneminde birbiri ardı sıra ortaya çıkması beklenen ‘tehlike durumları’ olduğunu belirtmiştir. Önemi kişiden kişiye değişmekle birlikte, az ya da çok yaşam boyunca bilinçdışı olarak devam eden bu tehlike durumları kronolojik olarak şu şekilde sıralanabilir:

- 1) Çocuk için bir doyum kaynağı olan önemli bir kişiden ayrılma (sevgi nesnesinin kaybı),
- 2) Çocuğun doyum için zorunlu olarak bağımlı bulunduğu bir kişinin sevgisini kaybetme (nesne sevgisinin kaybı),
- 3) Erkek çocuk için penisin kaybı (kastrasyon), kız çocuk için cinsel organların yaranlanması,
- 4) Üstbenlik tarafından beğenilmeme, onaylanmama ya da cezalandırılma.

Tehlike durumları karşısında ortaya çıkan ve sinyal işlevi gören bu tür bir anksiyete gerçek anksiyetenin zayıflatılmış bir şekli olup, normal gelişimde önemli bir rol oynar. Psikonevrozların karakteristiği olan anksiyete de böyle bir anksiyetedir. Anksiyete, kaynaklandığı döneme ve tehlike olarak ortaya çıkması beklenen duruma göre; altbenlik ya da dürtü anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, kastrasyon anksiyetesi, üstbenlik anksiyetesi gibi isimler alabilmektedir.

Anksiyete ve Psikonevrotik Semptom Oluşumu

Anksiyetenin ortaya çıkışı, iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun bir işareti olarak kabul edilebilir. Yukarıda da belirtildiği gibi, psikanalitik açıdan anksiyete, kabul edilemeyen bir dürtü bilinç düzeyinde temsil edilme ve boşalım yolu bulabilmek için bastırıldığında, söz konusu durumu karşılama ya da ondan kaçınmak üzere, benliğin emrindeki güçleri harekete geçirmesine hizmet eden bir sinyaldir. Bu sinyalle birlikte benlik, içerden gelen baskıya karşı savunma önlemlerine başvurur. Savunmaların başarılı olması durumunda, anksiyetenin savuşturulması ya da güvenli bir şekilde denetim altına alınmasıyla psikolojik denge yeniden kurulur. Kullanılan savunmaların doğasına bağlı olarak da kişi, çeşitli psikonevrotik semptomlar geliştirebilir.

‘Bastırma’, dürtüleri ve onlara eşlik eden duygu ve imgeleri bilinçli hale gelmelerine engel olarak denetim altına aldığı için, ideal olarak, bastırmanın tek başına kullanılması ve etkili olması durumunda, psikolojik dengenin semptom oluşmadan kurulması beklenir. Semptom oluşumuna yol açmamış da olsa, yapılan her bastırma, benliğin enerji depolarından daha fazla enerji gerektireceği için benliği kısıtlar ve olduğundan daha etkisiz kılar.

Bastırmanın tümüyle etkili olamadığı durumlarda, ‘konversiyon’, ‘yer değiştirme’, ‘gerileme’ gibi yardımcı savunmaların devreye girmesi gerekecek ve dürtüler, kullanılan savunmalara bağlı olarak histeri, fobik anksiyete ya da obsesif kompulsif semptomlar içinde kılık değiştirmiş olarak, kısmi düzeyde ifadeyi edilmeyi başaracaklardır. Anksiyetenin diğer nevrotik semptomlarla sık olarak birlikte bulunmasından da anlaşılacağı üzere, yardımcı savunmaların tümüyle etkili olmaları söz konusu değildir. Bastırma işlevini yeteri kadar göremez ve diğer savunmalar da devreye giremez ise, anksiyete tek semptom olarak var olacak ve bir nedenle sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıktığında ise yaygın anksiyete ya da panik nöbetine dönüşebilecektir.

Altbenlik ve Benlik Açısından Semptomun Anlamı

Altbenlik ve benlik arasındaki çatışmadan doğan psikonevrotik semptom, altbenlik açısından bastırılmış isteklerin yedek doyumudur. Reddedilen dürtüsel istekler, bazı çarpıtmalara uğradıkları dolambaçlı yollardan geçerek amaçlarına ulaşırlar. Bu dolambaçlı yollar semptom oluşumu yollarıdır. Benlik açısından ise, semptom, doyumunu ancak kısmen durdurulabilen ya da önlenebilen tehlikeli isteklerin bilince çıkmasıdır. Bu çarpıtılmış olarak bilince çıkış, isteklerin orijinal biçimleriyle ortaya çıkmalarına tercih edilir ve daha az hoşnutsuzluk yaratır. Bu yönüyle, psikonevrotik semptomların, benlik ve altbenlik arasındaki 'uzlaşma oluşumları' oldukları söylenebilir. Uzlaşmaya giren benliğin, belli bir dürtü istemine karşı belli bir savunma yöntemini kullanmasıyla semptom ortaya çıkmaktadır.

Birincil ve İkincil Kazançlar

Birincil kazanç, semptomla gerginliğin azaltılmasıdır. Semptomun, kendisi rahatsız edici olsa da, amacı, kişinin daha rahatsız edici çatışmalardan kurtulmasını sağlamaktır. İkincil kazanç, semptomların oluşmasından elde edilen avantajlardır. İkincil kazançlar arasında, hasta olarak ilgi görmek, bazı ayrıcalıklara sahip olmak, sorumluluk duygusunun ortadan kalkması sayılabilir. Birincil kazanç semptom oluşumuna katılırken, ikincil kazanç hastalığın yerleşmesinde ve tedaviye direnç konusunda etkili olur.

Kaynaklar

- Akvardar Y, Çalpak E, Etaner U, Hürol C, Sunat H, Tükel R, Üçok A, Yücel B. *Psikanalitik Kurama Giriş*. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2000.
- Fenichel O. *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. İngilizce'den çeviren: S.Tuncer. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 1974.
- Freud A. *Ego ve Savunma Mekanizmaları*, 1936. Almanca'dan çeviren Y.Erim. İstanbul: Bağlam Yayınları, 1989.
- Brenner C. *Psikanalizin Temelleri*, 1973. İngilizce'den çevirenler I.Savaşır, Y.Savaşır. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1993.
- Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*, 1905. Standart Edition, Vol. VI-I. London: Hogarth Press, 1986.
- Freud S. *The Unconscious*, 1915. Standard Edition, Vol. XIV. London: Hogarth Press, 1986.
- Freud S. *Instincts and their Vicissitudes*, 1915. Standart Edition, Volume XIV. London: Hogarth Press, 1986.
- Freud S. *Repression*, 1915. Standart Edition, Vol. XIV. London: Hogarth Press, 1986.
- Freud S. *The Ego and the Id*, 1923. Standart Edition, Volume XIX. London: Hogarth Press, 1986.
- Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, 1926. Standart Edition, Volume 20. London: Hogarth Press, 1960.

4 Ruhsal Gelişim

VEDAT ŞAR

Kişi çevreyle etkileşim içerisinde yaşamı boyunca büyür. Büyüyen insan yavrusu annenin silik görüntüsünden tüm insanlığa dek genişleyen bir toplumsal çevre ile ilişki kurar. Bu süreçte farklı bir birey ve özne olarak var olma ve kendini gerçekleştirme potansiyelini taşır. Bunda kuşaklararası etkileşimin önemi olduğu gibi bireyin ruhsal gelişimi ile toplumsal kurumların evrimleşmesi arasında da ilişki vardır.

Beş Temel İlke

1. Gelişimin Yaşam Boyu Sürmesi

Gençlik yıllarından sonra beden yaşlanma ve yavaş da olsa yıkım sürecine girer. Oysa ruhsal gelişim yaşam boyu devam eder. Her yaş dönemi belirli gelişimsel ödevlerin yerine getirilmesini gerektirir. Bunun yapılamayışı psikososyal işlevselliği azaltır ve krizlerin olumlu yönde çözümünü zorlaştırır.

2. Temel Dönemlerin Olması

Erik H. Erikson bireyin ruhsal gelişim açısından sekiz çağdan geçtiğini öne sürmüştür. Bu epigenetik (biri üzerine bina olan) gelişim şeması her insan yaşamı için geçerli bir taban plandır. Her bir dönemin dengeye ulaşması gereken temel kriz ve gelişme alanları şöyledir: Temel güven karşısında temel güvensizlik (0-1 yaş), özerklik karşısında utanç ve kuşku (2-3 yaş), girişkenlik karşısında durağanlık (3-6 yaş), işyapıcılık karşısında aşağılık duygusu (7-12 yaş), kimlik geliştirme karşısında kimlik çözülmesi (13-20), yakınlık kurma karşısında yalıtılma (20-40 yaş), üretkenlik karşısında duraklama (40-60 yaş) ve ruhsal bütünleşme karşısında umutsuzluk (60 üstü). Her dönemde bu kazanımları amaçlayan bir gelişimsel kriz içinden geçilir, çevre ile etkileşim halinde bu krizin olumlu biçimde çözülmesi ilerleme getirir. Olumlu yönde çözümlenemeyen krizler psikososyal sorunlara ve hatta psikopatolojiye yol açar.

3. Bireyleşme, Özne Olma ve Kendini Gerçekleştirme

İnsanlığın gelişimi, potansiyelini tam olarak gerçekleştiren ve özne olma niteliği kazanan bireyi yaratma amacını güder. Fakat çeşitli psikososyal etkenler buna ancak bir dereceye kadar izin verir. Ruh hekimi kendisinden yardım isteyen bireye karşı sorumludur. Sağlıklı gelişim için bireyin büyümesinin ve özne niteliğini kazanarak korumasının desteklenmesi esastır. Özne, içinde yaşadığı sistem (aile, toplum, ekonomik düzen, gelenekler vb.) karşısında kendi duruşunu koruyabilen bir bireydir.

4. Gelişimin Kuşaklararası Niteliği

Kuşaklar birbirine ruhsal bir miras bırakır. Aile bu mirasın taşıyıcısıdır. Bu miras yeni yetişen bireylerin gelişimini destekleme yönünde olabileceği gibi, onları travmatize ederek,özne olma niteliğine saygı göstermeyerek sağlıklı büyümeden alıkoynabilir.

5. Toplumsal Kurumlarla Bireyin Gelişiminin Birlikte Evrimleşmesi

Birey ile toplumsal kurumlar birlikte gelişirler. Bir toplumun kurumları bireyin gelişimini desteklemek durumundadır. Gelişmiş bireylerden oluşan bir toplum ise kendisini ileri götüren kurumlar oluşturur. Bireyin gelişiminde önemli yeri olan aile de uygulayacağı tarzı toplumsal kurumlarla etkileşim halinde düzenler.

Nesne İlişkilerinin Üç Düzeyi

Burada nesne ile eşyalar değil bireyler, gruplar, kurumlar, fikirler gibi kişinin, yani öznenin ilişkisi olabilecek soyut ve somut her şey kastedilmektedir. Kişi bu anlamda nesnelere kendisinin ulaştığı bireyleşme düzeyine göre ilişki kurar ve böylelikle bir özne niteliğini taşır ya da taşıyamaz. İlişkinin üç düzeyi vardır. İdeal olan serbest seçim düzeyinde ilişki kurabilmektir:

1. Füzyon Düzeyi

Kişinin ilk kez karşılaştığı bir nesneyi tanıyabilmesi ve onunla ilişki kurabilmesi için kendini o nesneyi kapsayacak biçimde genişletmesi, başka bir deyişle o nesneyi, geçici de olsa bir anlamda “benimsemesi”, onu kendisinin bir parçası olarak görmesi gerekmektedir. Bu ilişki füzyon olarak adlandırılan taban ilişkidir, yaşamdaki ilk örneği anne ile bebek arasında gerçekleşir. Füzyon ilkel özellik taşır, kişi farketmeden kendiliğinden meydana gelir. Yersiz ve ayarsız füzyon eğilimi ise psikososyal sorunlara yol açar.

2. Aktif Ruhsal Performanslar

Füzyon üzerindeki düzlemde özdeşleşme, yansıtma, yalıtma, karşıt tepki kurma gibi aktif ruhsal performanslar yer alır. Bu etkinlikler ruhsal savunma olarak da kullanılabilirler. Ancak bu düzlemde nesnelere sorunsuz ilişkiler de yaşanabilir.

Bu performanslar içerisinde en ilkel olanı yansıtıcı özdeşimdir (projektif identifikasyon). Füzyon düzeyine yakın olması nedeniyle diğerlerinden ayrı tutulması gerekir. Bu etkinlikte kişi kabullenemediği, genellikle saldırgan özellikler taşıyan bir parçasını bir nesneye yansıtır, yansıttığı parça ile özdeşleşir, özdeşleştiği parçanın sözümona saldırgan eğilimini “anlar”, bu kez nesnenin saldırısına uğrayacağı korkusuyla ondan uzaklaşır ya da kendisi nesneye karşı saldırganca davranır (saldırma-kaçma). Benzeri “saldırgan” nesnelere korunma amacı ile, güçlü bulunduğu bu nesneyle birlik de olabilir; ancak bu korunma kendi ortamına zarar vermesine neden olur (kendi yuvasına pisleyen kuş). Sonuçta bu etkinliği kullanan kişi ilişki kurduğu nesneden bağımsız davranmamaktadır.

3. Serbest Seçim

Üçüncü ve en üst düzey, serbest seçim düzlemidir. Bu düzeyde kişi nesneden bağımsız ve böylelikle bir özne gibi davranabilmektedir. Nesne ilişkilerinde serbest seçim düzeyine gelinebilmesi toplumsal yaşam içerisinde demokrasi için de bir tehlike oluşturur. Yücelttikleri kendiliklerini teşhir eden liderler kendileri ile füzyon ilişkisine giren narsistik bireyleri peşlerinden sürüklerler. Füzyon eğiliminin az ya da çok normal olarak her insanda bulunması, bu eğilim aktive olduğunda geniş kitlelerin ya da toplulukların böyle liderlerce mantık dışı tutumlara sürüklenbilmesinin başlıca nedenidir. Füzyon eğiliminin travmatize olmuş toplumlarda ve kriz dönemlerinde arttığı bilinmektedir. Buna karşı profilaksi yapılmalı ve insanlara topluluk içerisinde özne olma niteliğini yitirmemenin önemi anlatılmalıdır. Başkalarınınkine uymayan fikirleri olan bireylerin bunları ifade etmelerinin değeri bilinmeli ve insanlar böyle davranmaya özendirilmelidir.

Dıştan Yönetilen Birey

Bireyin toplum içerisindeki konumu son yüzyılda ekonomik, sosyal, bilimsel, teknolojik ve politik gelişmelere bağlı olarak değişmiştir. Bugünün bireyi, örneğin 19. yüzyıl insanına göre çok daha fazla dıştan yönetilen bir varlığa dönüşmüştür. Bu durum bireyin bir özne olma niteliğini tehdit etmektedir. Kentleşme ve kitle iletişim araçlarının gelişimi bireyin üzerinde çevrenin etkisini artırırken otomasyon ve bilgisayarlaşma insanı kolayca izlenebilen, kaydedilebilen, kodlanabilen bir varlık durumuna indirgemmiştir. Bu ise bireyin sadece özerkliğini ve güvenlik hissini değil, bir varlık olarak değerini de tartışmalı hale getirmiştir. Ülkeler arasındaki ve aynı ülkenin farklı bölgeleri arasındaki ekonomik eşitsizlikler, istismarcı politik sistemler ve dünya nüfusunun artışı sonucu barışçı bir gelecek umudunu körelmesi ve milyonlarca kişinin teknolojik gücün giderek daha fazla kullanıldığı savaşlarda öldürülmeye devam etmesi de bu gelişmeyi hızlandırmıştır.

Kişilerarası ilişkilerde bu duruma koşut olarak birey her hangi bir ilişkide daha kolay reddedilebilir, terk edilebilir ya da tercih edilebilir bir duruma geldi. Yakın ilişkilerde her bir taraf diğerinin gözünde değerini daha hızlı bir biçimde yitirebilir

oldu. Artık bir eşi, dini, mesleği, politik görüşü vb. terketmek ve bir diğerini sahiplenmek eskiye göre daha kolay hale gelirken değer ve anlam kaybı kişilerarası ilişkilerde sınır aşımını kolaylaştırdı.

Bireyin bu dönemde ayakta kalabilmesi giderek politik bir yaratık olmasına bağlı oldu. Açıklığın yerini örtülülük aldı. Kişinin gerektiğinde gerçeği saklamak ve “stratejik” bilgiyi bir sır olarak tutabilir olması gerekti. İlişkilerinde kimseye hemen güvenmemeli, gerektiğinde tutumunu baştan aşağı değiştirebilmeliydi. Bu tip kişiler kolayca saldırgan tutumları benimseyebilir ve karşıt kutuplara sıçrayabilir karakterler olarak ortaya çıktılar. Giderek daha sık olarak “dönebilen” insan tiplerine rastlanır oldu. Bireyin sosyolojik yönleri ile kişisel özellikleri arasındaki bağlantılar karşılıklılığını yitirdi. Sosyolojik kendilik ile psikolojik kendilik arasındaki işbirliği bozuldu ve iki sistem birbirinden ayrı çalışmaya başladı. Birey hem iç hem de dış pusulalarını yitirdi.

Bir başka gerçek de gerek dünyada, gerekse giderek “pazar” olma niteliği yükselen Türkiye’de bulunduğumuz sosyoekonomik düzenin tüketimi kısırtan yapısıdır. Bu durum ticari alana sınırlı kalmamakta ve artık daha fazlasını istemek, hayattan mutlaka daha fazla haz almanın gerekliliği bireyi iç dünyasına da şekil veren ilkeler durumuna gelmektedir. Artık günümüzün insanının “üst benliği” kişinin isteklerini sınırlandırmak ve onu aşırılıklarından ötürü suçlamak yerine ona daha fazlasını isteme ve haz alma emrini vermekte, bunu yerine getiremeyen kendini “suçlu” hissetmektedir.

Kendiliğin İşlevsel Bölünmesi

Bireye toplum tarafından ilk öğretilen şey kendinin bazı yönlerini inkar etmektir. Toplumsal çevre psikolojik kendilikle daima çatışma halindedir. Çünkü psikolojik kendilik psikolojik gerçeklikle ilgili iken sosyolojik kendiliğin ilintili olduğu sosyolojik gerçeklik bundan farklıdır. Bu birey için bir çift çıkmaz (dilemma) durumudur. Sosyolojik kendilik sosyalizasyon süreci içerisinde gelişir ve başkaları tarafından oluşturulur. Psikolojik kendilikten uzak kalmak kişiyi yabancılaştırır ve sosyolojik kendiliğin genişlemesine yol açar. Sosyolojik kendiliğin genişlemesi ise psikolojik kendiliğin gelişimini kısıtlar.

Sosyolojik ve psikolojik kendiliklerin arasındaki işbirliği sağlıklı uyuma götürür ve bağımsız bir özne olmaya yardımcı olur. Gelişim döneminde istismar ve ihmal (çocukluk çağı ruhsal travmaları ya da travmatik çocuk yetiştirme tarzı) sosyolojik kendiliğin genişlemesine yol açar. Sosyolojik kendilik istismar etme ve edilmeye eğilimlidir. Tek odaklı sosyolojik kendilik ileri derecede genişlese dahi (bu onu destrüktif yapar) psikolojik kendilik ve psikolojik gerçeklikler rudimanter biçimde canlı tutulur (saklı kendilik). Bu korunmuş bir hazinedir. Bu iki alan birbirine karışmaz, kodlanma biçimleri, parola ve şifreleri farklıdır. En ileri biçiminde sosyolojik kendiliğin baskınlığı sosyal bakımdan tehlikeli ve yıkıcı bir tarza yol açar, bu da günümüzde “dönebilen” (reversible) olarak nitelediğimiz insan tipini yaratır. Bu, gündelik yaşamın dissosiyasyonu ile klinik dissosiyatif bozukluk ara-

sında bir durumdur. Bunun alternatifi ise kişinin kendini bir başkasıyla (kişi, grup, kurum, düşünce vb.) füzyon ilişkisi içersine girmesi ve kendini yitirerek onun bir parçası haline gelmesidir.

Tablo 1. Sosyolojik ve Psikolojik Kendiliğin Bazı Özellikleri (Şar&Öztürk, 2007)

SOSYOLOJİK KENDİLİK	PSİKOLOJİK KENDİLİK
Taklit, model alma, kopyalama	Yaratıcılık
Dogmatizm	Olasılıkları kabul etme
İstismar etme ve edilme	Sınırları tanıma
Kırılganlık	Dayanıklılık
Olanı muhafaza etme	Yeni ilişkiler kurma
Çarpıtma	Olduğu gibi kabul etme
Metaforlar, semboller	İşaretler
Tek odaklı farkındalık	Çok odaklı farkındalık, uyanıklık
Kutuplaşma	Sentez
Saldırganlık	Meşru müdafaa
Pazarlık yapma	Seçme
Eklektisizm	Otantiklik
Kollektivizm, klik oluşturma	Birey olabilme
Takılma	İlerleme
Uyma	Yenilik arayışı
Dönüşlülük	Devamlılık
Acımasızlık	Merhamet
Rekabet	Kendini ortaya koyma
İmaj yaratma	Karizma sahibi olma

Sosyolojik kendilik kültür ve tarihsel dönemle ilişkilidir. Uzun süreli deneyimler ve koşullanmalar, gelenekler ve birçok başka etken sosyolojik kendiliğin gelişiminde rol oynar. Sosyolojik kendiliğin iki yönü vardır: 1) Birey ile kültür arasında uzlaşma ve uyum 2) Bireyin toplum tarafından (dışardan) kontrol edilmesi (yönetilmesi). Bireyin travmatize olması toplum tarafından kontrol edilmesini, yönetilmesini kolaylaştırır ve onu bir özne olarak yaşamaktan alakoyar.

Travmatik yaşantıların etkisi ile her iki kendilik de parçalanabilir. Travma kendilikler arasındaki işbirliğini bozar. Sarsıcı yaşantıyı travma olarak algılayan daha çok sosyolojik kendiliktir ve ortaya çıkan yapısal değişiklik psikolojik kendiliği korumaya yöneliktir. Parçalanmış sosyolojik kendilik travmanın etkilerini azaltmak için çok sayıda cephede birden savaşır. Dissosiyatif bozukluklarda ortaya çıkan kimlik değişimleri (alterasyonları) sosyolojik kendilikte cereyan eder ve psikolojik kendiliğin korunmasına yöneliktir. Sosyolojik kendilik travma dışındaki toplumsal etkenlerle de parçalanabilir. Travmanın etkisini azaltmada sosyolojik kendiliğin parçalanması yeterli olmazsa psikolojik kendilik de parçalanabilir, fakat bu durum görece ender ve daha ağır bir tablodur.

Sosyolojik kendilik sosyolojik bir kavram olmayıp tarafımızdan yeni tanımlanmış bir psikolojik yapıdır. Usulüne uygun olarak yürütülen psikoterapi, travma kökenli psikopatolojik durumlarda sosyolojik kendiliğin daraltılması ve psikolojik kendiliğe doğru kayma (kendileşme) sonucunu yaratır ve kişinin kendini yeniden bağımsız bir özne olarak hissetmesini sağlar.

Ruhsal Travma, Sosyolojik Kendilik ve Görünürde Normal Aile

Her insan çocukluk döneminde az ya da çok stres verici etkenlerle ya da kimi arzularının doyurulamaması gibi gerçeklerle karşılaşır ve bu yaşantılar normal koşullar altında bir travmaya dönüşmez. Ancak gerek yaşanan stres verici olayın şiddeti, gerekse cereyan ettiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu, bu gibi yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilir. Bu ise bütün bir yaşamı etkileyecek psikolojik sonuçlar doğurabilir.

Her travma ve ihmal kişiyi kendinden biraz daha uzaklaştırır. Kendinden uzaklaşan insan giderek daha fazla çevrenin esiri durumuna gelir. Herkesçe kabul gören davranışlara mutlaka uyum sağlama çabası, gereksiz amaçları gözünde büyütme ve onları gerçekleştiremeyince büyük kırılmalar yaşama gibi kişinin kendi özülle ilişkisi olmayan, kendi özüne yabancı bir kendilik geliştirilir. Bu gibi kişiler tipik olarak sosyolojik kendilik özellikleri gösterirler. Günümüzde psikoterapi için gelen birçok kişi, gençler dahil, ileri derecede sosyolojik kendilik özellikleri göstermekte ve psikoterapi süreci içerisinde bundan arınabilmektedirler. Sosyolojik kendilik çok yaygın ve aşırı olduğunda bu toplum için de zararlıdır.

Çocukluk çağında karşılaşılabilecek olağandışı stres verici olaylar arasında doğal afetler, ölüm, tıbbi hastalıklar gibi insanlardan bağımsız olgular yer alabileceği gibi dövülme, eleştirilme, ihmal, cinsel taciz gibi insan eliyle yapılan kötü muamele sayılabilir. Öte yandan, görünüşte stres verici bir olay gibi durmasa da öyle durumlar vardır ki, bunlar da travma etkisi yapar: Model çocuk olarak yetiştirilme, yaratıcılığın kısıtlanması ve tek odaklı düşünmeye alıştırılma, duygu ve paylaşımından yoksun aile ortamı, anne ya da babanın aldatıcı davranışları vb.

Sosyolojik kendiliğin kışkırtılarak genişlemesinde sadece özgül travmatik yaşantıların değil, ailenin de çocuk yetiştirme tarzının önemli yeri vardır. Bu nedenle bazı ailelerde açıkça tanımlanmış özgül bir travmatik etken göze çarpmasa da sosyolojik kendiliğin kışkırtılmasına bağlı önemli psikopatolojiler ortaya çıkabilir. Ruhsal bakımdan sorunlu bir üyesi olan ailelerin bir çoğu ilk bakışta problemsiz gibi görünür ve 'hasta' konumuna giren bireyin yaşadığı kimi olumsuzluklardaki paylarını anlamak güçtür. "Görünürde Normal Aile" bu durumu tanımlamak üzere ortaya atılmış bir kavramdır.

Çocuk eğitimi için en önemli etken ailedir. Bütün diğer etkenler aile unsurunun süzgeçinden geçtikten sonra etkilerini gösterirler. Çocuğun başına ne gelirse gelsin, ailenin bunu tamponlama ya da etkisini şiddetlendirme gücü vardır. Genel olarak, ailede sosyolojik kendilik düzleminde davranışların egemen olması aile dışı stres

verici olayların hazmedilmesini güçleştirir. Ancak birçok aile bu özelliğinin farkında olmadığı için ana ya da baba kendisinin hangi davranışlarının bu olumsuz etkiyi yaptığını anlayamaz ve bunları düzeltemez. Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının kuşaktan kuşağa aktarılma özelliği vardır.

Çocuk Yetiştirme Tarzı, Ruhsal Travma ve Toplum

İnsan ruhu ve toplum birlikte evrimleşmiştir. Bu evrimleşmede birey ile toplum arasındaki köprüyü kuran olgu toplumun ve onun bir uzantısı olarak anababaların çocuklarını yetiştirme tarzıdır. Çocuk yetiştirme tarzı aile tarafından uygulanır, kuşaktan kuşağa ve öncelikle anneden kıza geçer. Bu nedenle bir kadınların ve özellikle kız çocuklarının ne muamele gördükleri o toplumun geleceğinde etkili olur.

Çocuk yetiştirme tarzı psikososyal bir evrimden geçmekte ve insanlığın ilk dönemlerinden bugüne yavaş da olsa iyiye gitmektedir (Tablo 2). En gelişmiş çocuk yetiştirme tarzı kişiye birey ve kendisi olma hakkını tanıyan ve onu büyüme doğrultusunda destekleyendir. Ancak bu konuda toplumlar arasında ve aynı toplumun değişik kesimleri arasında aynı zaman diliminde yaşasalar da farklar bulunur.

Çocuk yetiştirme tarzı ve çocukluk çağı travmaları açısından insanlık tarihi bir kabusu andırmaktadır. Hemen hemen 18. yüzyıla dek erişkinlerin çocuklarının sorumluluklarını yeterince aldıkları söylenememektedir. Önceki dönemlerde çocukların çok yaygın olarak kötü muamele gördükleri, olağan koşullarda hemen hepsinin bugünün ölçüleri içerisinde istismar ve ihmal sayılması gereken muamelelere uğradıkları bilinen bir gerçektir. Nesiller boyunca, travmatize edilen çocukların erişkinlik yaşlarına geldiklerinde toplumların davranışlarını nasıl etkilemiş olduklarını düşünmek güç değildir. Bu nedenle 'tarih tekrür eder' sözü aslında tarih boyunca travmaların tekrür ettiği biçiminde anlaşılmalıdır. Tekrür eden kimi tarihsel olayların (örneğin savaşlar) altında, başka etkenler yanısıra, çözülmemiş çocukluk çağı travmalarının etkilerinin birleşerek toplumsal hareketlere dönüşmesi yatar.

Tablo 2. Tarih Boyunca Çocuk Yetiştirme Tarzları (DeMause, 2002)

Çocuk Yetiştirme Tarzı	Kişilik	Anne	Kurban
Tribal: Erken infantisidal	Şizoid	Çocuğu baştan çıkarır, tüketir, terkeder.	Hayvan türü alter ruhlara
Antik: Geç infantisidal	Narsist	Kötü diye nitelediği çocuğu öldürür, cezalandırır.	İnsan türü alter tanrılara
İlkçağ: Terketme	Mazoşist	Yaralı çocuğu affeder.	Kendine işkence
Ortaçağ: Ambivalan	Borderline	Adanmış çocuğu ezer, döver.	Kullanma
Rönesans: İntruzif	Depressif	İtaatkar çocuğu disipline eder.	İtaat
Modern: Sosyalize edici	Nevrotik	Çocuğu manipüle eder.	Tamamlanmamış ayrılma
Gelecek: Yardım edici	Bireyleşmiş	Çocuğu sever, ona güvenir.	Gerçek kendilik kurban edilmez

Birçok toplumsal lider, yönettikleri kitlelerin bu yönünü bilerek ya da bilmeyerek harekete geçirdikleri, hatta istismar ettikleri için yönetici konumunda kalırlar. Kitleler bu eğilimleri nedeniyle sosyal transa girerler, birçok politikacı ve başka toplumsal liderlerin konuşmalarında kitlelerde trans yaratan unsurlara yer verdiği dikkati çeker (monotonluk, duygusal gösteriler, mistik temalar, vb.). Anlattıkları içersinde pek de dış dokunur bir içerik bulunmadığı dikkati çeken kimi liderlerin, tam da tersine, şu ya da bu tavırlarıyla kitleleri etkileyebilmeleri ve sürükleyebilmeleri bundandır.

Bu bağlantıyı travma ve dissosiyasyon açısından en iyi anlatan yaklaşım psiko-tarih alanının ustalarından Lloyd de Mause'un geliştirdiği sosyal alter kavramıdır. Bu kavrama göre, bireylerin travmatik geçmişleri nedeniyle dissosiyasyon ettikleri duygular o bireyin kişiliği içersinde dissosiyasyon olmuş bir sosyal alter oluşturmaktadır. Kişilerin sosyal alterleri grup ya da kitle ortamlarında birleşmekte ve bireylerden bağımsız davranan, onları peşinden sürükleyen, yöneten bir toplumsal kişiliğe dönüşmektedir. Kitlelerin siyasal davranışlarında onları yönlendiren en önemli etkenlerden biri hangi çocuk yetiştirme tarzını benimsedikleridir. Birçok erişkin oyunu kendi ait olduğu sosyal sınıfı temsil eden değil savunduğu çocuk yetiştirme tarzını benimseyen siyasal partiye vermektedir.

Sosyal alterlerin birleşmesiyle oluşan grupların günah keçisi yaratma, kendi travmatik (kötü çocuk diye nitelediği) geçmişini yok etme çabası içersinde tüm (sözümona) 'kötü' (travmatize) çocuklara karşı saldırganlık, onları kurban etme (savaşlarda kadın ve çocukların yok yere kitle halinde öldürülmeleri, sivil hayatta linç girişimleri) gibi kendine özgü davranış biçimleri vardır. Sosyal alter ile çocukluk çağı travması ve buna bağlı dissosiyasyon arasındaki ilişki çocuk yetiştirme tarzı ile ilgili sorunların daha demokratik ve özgür bir dünya için bir engel oluşturduğunu düşündürmektedir. Her ne kadar tarihsel gelişmelerin ardında pek çok sosyo-ekonomik etken bulunsun da psikolojinin buradaki öneminin hemen tümüyle inkar edilmesi ve günümüzde yaygın olarak bilinen psikolojik modellerin bu ilişkiyi ele almaktan uzak olmaları daha bilinçli bir insanlık için engeldir.

Kaynaklar

- Battegay, R. (1987). *Narzisstische Störungen im Lichte der modernen Psychoanalyse* (Narcissistic disorders in the light of modern psychoanalysis). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 138, 45-59.
- DeMause, L. (1998). The history of child abuse. *Journal of Psychohistory*, 25(3), 216-236.
- DeMause, L. (2002). The evolution of the psyche and society. In L. de Mause, *The emotional life of nations* (pp.381-432). New York: Institute of Psychohistory.
- Erikson E.H.(1950/1963): *Childhood and Society*. Norton Company, New York.
- Öztürk, E. & Şar, V. (2005). 'Apparently normal' family: a contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice* 4 (3-4), 287-303. (Ayrıca: *Trauma and Dissociation in International Perspective*. Not

- Just a North American Phenomenon. Eds: G.Rhoades & V.Sar, New York: Haworth Press).
- Riesman D (1950): *The Lonely Crowd*. Yale University Press, New Haven.
- Şar V & Öztürk E (2005): What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practice* 4(1/2): 7-20. (Ayrıca: *Trauma and Dissociation in International Perspective*. Not Just a North American Phenomenon. Eds: G.Rhoades & V. Sar, New York: Haworth Press).
- Şar V, & Öztürk, E (2007). Functional dissociation of the self: a sociocognitive approach to trauma and dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation* 8 (4): 69-89.
- Zizek, S. (1992). From the Oedipal journey to the 'pathological narcissist'. In: *Looking awry: An introduction to Jacques Lacan through popular culture*. Massachusetts: MIT Press, S:100-104.

5 Anksiyete Bozuklukları

RAŞİT TÜKEL

Panik Bozukluğu

Ani ve patlamalar tarzında bir başlangıç gösteren ve anksiyetenin özel bir türü olan panik atakları, başta panik bozukluğu olmak üzere, birçok psikiyatrik hastalıkta ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğunda görülen panik atakları tipik olarak yineleyici bir özellik gösterir ve beklenmedik bir anda ortaya çıkar. Sıklıkla tabloya yeni bir atak geçirme korkusu eşlik etmektedir.

Epidemiyoloji

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1.5-2.5 olduğunu ortaya koymuştur. Panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur.

Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedir. Vestibuler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin, kardiyo-loji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir.

Panik bozukluğu, en sık olarak geç ergenlik ile 30'lu yaşlar arasındaki dönemde başlamaktadır. Klinik örneklemede, başlangıç yaşı ortalaması 25 civarındadır. Panik bozukluğu, daha düşük oranlarda olmakla birlikte, çocuklukta ya da 40 yaşın üzerinde de başlayabilmektedir. Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak 20'li yaşların başında, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha fazla sıklıkla 20'li yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir.

Panik bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğü, çeşitli epidemiyolojik ve klinik çalışmaların ortak bir bulgusudur. Kadınların erkeklere oranı yaklaşık 3/1'dir. Özellikle agorafobisi olan panik bozukluğu hastalarında, kadın erkek oranı kadınların lehine artmaktadır.

Etiyoloji

Psikanalitik Görüş

Günümüzde kullanılan panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanılarına karşılık gelen bir sendrom, ilk kez Freud tarafından 'anksiyete nevrozu' adı altında tanımlanmıştır. Freud'a göre anksiyete, anksiyete nevrozlarının önde gelen bir belirtisidir ve diğer belirtiler açısından merkezi bir konuma sahiptir. Psikanalitik görüş açısından anksiyete, 'Psikanalitik Açısından Psikopatoloji' bölümü içinde anlatılmıştır.

Bilişsel Model

Bu modelde, panik ataklarının bazı bedensel duyuların felaketleştirerek yanlış yorumlanmasından kaynaklandığı varsayılmaktadır. Yanlış yorumlanan duyular esas olarak, normal anksiyete durumlarında ortaya çıkan baş dönmesi, çarpıntı, nefes alma güçlüğü gibi bedensel belirtileri içermektedir. Felaketleştirerek yanlış yorumlama, çarpıntılarının olması muhtemel bir kalp krizinin, soluk alma güçlüğüne soluksuz kalıp ölmenin bir habercisi olarak görmek gibi, bedensel duyuların gerçekte olduğundan daha tehlikeli algılanması olarak ifade edilmektedir. Bu görüşe göre, duyuların ortaya çıkışından her zaman da anksiyete sorumlu olmamakta, örneğin çok kahve içilmesi ya da basitçe heyecanlanma gibi durumlarda, kişi, kendi fizyolojik uyarılmasını yanlış olarak içsel bir tehlikenin işareti şeklinde yorumlayarak panik atağı yaşayabilmektedir.

Biyolojik Etkenler

Biyokimyasal Mekanizmalar

Merkezi Noradrenerjik Sistem: Bu konudaki çalışmalar, panik ataklarıyla lokus seruleus'taki noradrenalin içeren nöronların aşırı uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerine odaklanmıştır. Önde gelen inhibitör mekanizmalardan olan presinaptik alfa-2 otoresptörlerinin panik atakları olan hastalarda yetersiz işlev gördüğü ileri sürülmektedir. Çeşitli araştırmalarda, panik bozukluğunda lokus seruleusun aşırı etkin olduğunu gösterilmiş; merkezi noradrenerjik sistemin işlev bozukluğunun panik ataklarının ortaya çıkışından sorumlu olduğunu destekleyen sonuçlar alınmıştır.

Serotonerjik Sistem: Panik ataklarının tedavisinde, serotonerjik gerialım inhibisyonu yapan antidepressan ilaçların etkili bulunması, merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozukluğun atakların ortaya çıkışıyla ilişkili olabileceğini gündeme getirmiştir. Bu konu üzerine olan araştırmalarda, serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT) sentezindeki bozukluk nedeniyle sinaptik aralıktaki serotonin miktarında azalma olduğu ileri sürülmüştür. Bunu destekler tarzda, panik bozukluğu hastalarında beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan reseptör bağlanma çalışmalarından 5-HT nörotransmisyonunda azalmaya ilişkin sonuçlar elde edilmiştir.

GABA Sistemi: Çok sayıda klinik öncesi çalışmada, gamma-aminobutirik asitin (GABA) anksiyetenin düzenlenmesinde yer alan en önemli nörokimyasal sistemlerden biri olduğu ortaya konmuştur. Panik bozukluğu hastalarında, benzodiazepin-GABA sisteminin işlevlerinde azalma olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir.

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçlarına göre, panik bozukluğu hastalarında, laktat infüzyonu ve karbondioksit inhalasyonu ile panik provakasyonu sırasında, özellikle prefrontal korteks olmak üzere kortikal bölgelerde yaygın olarak etkinlik azalması saptanmıştır.

Panik bozukluğunda nörobiyolojik çalışmalarının sonuçları, nöroinhibitör mekanizmaların rolüne dikkati çekmektedir. Hayvan çalışmalarında ortaya konan ve amigdalanın merkezde yer aldığı 'koru döngüsü' modeli ve panik bozukluğu hastalarında beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, panik bozukluğunda frontal korteksten limbik bölgelere giden inhibitör girdilerin, amigdala etkinliğinin kontrol dışı kalmasına ve anksiyetede bir artmaya neden olacak şekilde kesintiye uğrayabileceği görüşünün ağırlık kazandığı görülüyor.

Panik Provokasyon Çalışmaları

Tehlike ile karşılaştığında bedenin tepkilerinden biri de hiperventilasyondur. Bu refleksin arkasındaki uyuma yönelik nedenlerden biri, dışarı karbondioksit vererek solunumsal alkaloz oluşturmak ve laktat düzeyinin yükselmesiyle oluşan metabolik asidozu dengelemektir. Klinik çalışmalar, bu durumun laktat verilerek ya da hiperventilasyon yapılarak uyarılmasının, anksiyete hastalarında panik ortaya çıkartıcı etki gösterdiğini ortaya koymuştur. CO₂ inhale eden hastalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Hem CO₂ hem de laktat, anksiyete belirtilerini ortaya çıkartmak için kullanılır ve panik bozukluğunu diğer anksiyete bozukluklarından, özellikle de YAB'den ayırmada önemli rol oynar.

Genetik

Panik bozukluğunun birinci derece akrabalar arasında, normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. İkiz çalışmaları da panik bozukluğunun gelişiminde genetik etkenlerin katkısını desteklemektedir. Olgu sayısının az olması, bu konuda kesin bir sonuca varılmasını engellemektedir. Aile ve ikiz çalışmalarından, panik ataklarıyla giden şiddetli anksiyete bozukluklarında, hafif olanlara göre daha büyük bir oranda genetik yüklülük olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir.

Klinik Özellikler

Panik Atakları

Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, beklenmedik, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik ataklarının görülmesidir. Panik atakları tipik olarak,

yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik atağı sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca, anksiyetenin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir.

Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler. Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler.

Panik Atağı, DSM-IV'te şu Ölçütlerle Tanımlanır

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

- (1) çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- (2) terleme
- (3) titreme ya da sarsılma
- (4) nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
- (5) soluğun kesilmesi
- (6) göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- (7) bulantı ya da karın ağrısı
- (8) baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- (9) derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- (10) kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- (11) ölüm korkusu
- (12) parezteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- (13) üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Not: DSM-IV'e göre, Panik Atağına ayrı bir bozukluk tanısı konulmaz. Ortaya çıktığı durumlarda tanı, özgül psikiyatrik bozukluk için belirlenen ölçütlere göre konur.

Panik atağı genellikle on-onbeş dakika içinde yatışmakla birlikte, birkaç saate kadar da uzayabilmektedir. Panik atağının yatışmasının ardından, sıklıkla yeni bir atak geçirme korkusu (beklenti anksiyetesi) gelişmektedir.

Önemli sayıda panik bozukluğu hastası, gündüz ortaya çıkan panik ataklarının yanında, ara sıra gece gelen (nocturnal) panik atakları yaşamaktadır. Gece gelen panik atakları, belirgin bir tetikleyici etken olmadan uykudan ani olarak panik hissiyle uyanma şeklinde ortaya çıkar. Gece gelen panik atakları non-REM uykuda, daha çok 2. evreden 3. evreye geçerken görülür.

Agorafobi

Hastaların bir kısmı, panik atağı geçirmesi halinde kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir atak geçirme kor-

kusuyla, tek başına ev dışında, kalabalıkta, köprü üzerinde olmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçındığı bu durum ‘agorafobi’ olarak adlandırılır.

Agorafobi, toplu bulunulan yerlerde olmaktan, kalabalıklara girmekten ve psikolojik güvenlik sağlayan çevre ve insanlardan uzakta olmaktan korkuyu kapsamaktadır. Agorafobiklerin kolayca ‘güvenlikli bölgelere’ (ev, alışık olunan çevre vb.) çekilmelerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir. Birçoğu, yalnız olduklarında daha çok korku yaşamakta, özellikle de kendilerini güven içinde hissettikleri bölgelerin dışına çıktıklarında, sıklıkla yanlarında birisinin varlığına gereksinim duymaktadırlar.

Agorafobik durumların birçoğunun ortak özelliği, ani bir sıkıntı olduğunda bir çıkış olanağının bulunamayacağı durumlar olmasıdır. Agorafobiklerin korku duydukları durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Büyük bir mağaza ya da alışveriş yerinde olma
- Otobüs, tren, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçlarıyla yolculuk etme
- Toplu olarak bulunulan ortamlarda, kalabalık içinde, işlek caddelerde olma
- Özellikle trafiğin sıkışık olduğu yerlerde arabayla yolculuk etme
- Köprüden geçme
- Kuyrukta bekleme

Agorafobiklerin bu tür ortamlardan kaçınmaları temel özellikleridir. Yaşanılan korkunun şiddeti kaçınmalarının derecesini de belirler. Hastalığın hafif seyrettiği bir durumda, gerektiğinde bu tür ortamlarda bulunmaya sıkıntı çekerek de olsa katlanabilir ve görece olağan bir yaşam biçimini sürdürebilirler. Korkunun şiddeti arttıkça kaçınma davranışı belirginleşir ve kısıtlı bir yaşam biçimi ortaya çıkar. Hastalığın en ağır durumunda ise, kişi eve kapanır ve eşlik eden bir kimse olmadıkça evden dışarı çıkamaz. Korkunun şiddeti ve kaçınma davranışının derecesi değişebilmekle birlikte, agorafobi günlük işlevleri önemli ölçüde aksatır.

Tanı Ölçütleri

DSM-IV'te Panik Bozukluğu, agorafobinin mevcut olup olmamasına göre iki farklı tanı olarak yer almıştır:

1. Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
2. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu

Agorafobi DSM-IV’te ayrı bir bozukluk olarak yer almaz. DSM-IV’e göre agorafobi, panik atakları ya da panik benzeri belirtiler geliştirme korkusunda odaklanmış bir kaçınma durumudur.

DSM-IV’te agorafobinin mevcut olduğu iki farklı bozukluk tanımlanmıştır:

1. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu
2. Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi

Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi tanı ölçütleri ile Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu tanı ölçütleri arasında agorafobinin konumu açısından en önemli fark, ilkinde agorafobinin panik ataklarıyla değil, panik benzeri belirtilerle (örn. baş dönmesi ya da diyare) ilişkili olarak ortaya çıkmasıdır.

DSM-IV'te Yer Alan Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu ve Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu Tanı Ölçütleri Şunlardır

- A) Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:
 (1) yineleyen beklenmedik panik atakları
 (2) ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası izler:
 (a) başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı
 (b) atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrol kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma
 (c) ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği göstermek
- B) Agorafobinin mevcut olması ya da olmaması (diğer ölçütlerin karşılanması durumunda, agorafobi mevcutsa Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu, mevcut değilse Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu tanısı konulur).
- C) Panik atakları bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D) Panik atakları, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma), Özgül Fobi (örn. özgül fobik bir durumla karşılaşma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ya da pislikle karşılaşması) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Agorafobi, DSM-IV'te Şu Ölçütlerle Tanımlanmıştır

- A) Panik atağı ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı duyulabilecek) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma.
- B) Bu durumlardan kaçınılır ya da panik atağı / panik benzeri belirtiler ortaya çıkacağı anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.
- C) Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanma korkusu nedeniyle toplumsal durumlardan kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyon nedeniyle kir ve pislikten kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Ayırıcı Tanı

Panik bozukluğunda fiziksel hastalık olduğu inancı ve bedensel uğraşlar, daha sık olarak atakların olduğu dönemle sınırlıdır. Bu özelliği ile, ciddi bir hastalığı olduğu korkusunun ve bu yöndeki inancını tıbbi olarak onaylatma eğiliminin sürekli olduğu hipokondriyazisten ayrılır.

Hipoglisemi, hipertiroidi, hipoparatiroidi, Cushing hastalığı, feokromasitoma gibi fiziksel hastalıklarda panik bozukluğunda görülenlere benzer belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğu tanısı, belirtiler organik bir etken tarafından başlatılmadığı ve sürdürülmediği durumlarda konulmalıdır.

Benzer şekilde, barbiturat gibi maddelerden yoksunluk, kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyon durumlarında panik atakları görülebilir. Bu gibi durumlarda panik bozukluğu tanısı konulmamalıdır.

Eştanı

Panik bozukluğu sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ve depresyonla birlikte bulunur. Panik bozukluğu hastalarının %35-90'ında major depresyon görülmektedir. Panik bozukluğu ve depresyonun birlikte görüldüğü hastaların 1/3'ünde depresyonun panik bozukluğundan önce başladığı, 2/3'ünde depresyonun panik bozukluğu ile birlikte ya da ondan sonra başladığı bildirilmiştir.

Panik bozukluğu hastalarında, %20 gibi düşük olmayan oranlarda, ciddi bir hastalığı olduğu korkusunun ve bu yöndeki inancı tıbbi olarak onaylatma eğiliminin süreklilik gösterdiği hipokondriyazis görülebilmektedir. Hipokondriyak korkular, en sık kardiyak ya da nörolojik bir hastalık geçirmekle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır.

Alkol kötüye kullanımı, panik bozukluğu hastaları için ciddi bir risk etkenidir. Panik bozukluğu hastaları başlangıçta beklenti anksiyetelerini azaltmak için alkol içmeye başlamakta, ancak zamanla alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilmektedir.

Panik bozukluğu hastalarında önemli bir diğer risk etkeni, intihar düşünceleri ve girişimleridir. Panik bozukluğu hastalarında intihar girişimlerinin sıklıkla, eşlik eden psikopatoloji, özellikle de major depresif bozukluk ve alkol/madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

Panik bozukluğunda erken dönem yaşam olaylarının araştırıldığı çalışmalarda, hastaların 1/4-1/2'sinde çocukluk döneminde uzun süreli ebeveynlerden ayrılma saptanmıştır. Çocuklukta yaşanan ayrılıkların özellikle de agorafobi gelişimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yine bu dönemde, ebeveynin ölümü, ebeveynlerden uzun süreli ayrı kalma gibi travmatik yaşam olaylarının panik atakları olan agorafobiklerde sağlıklı kişilere göre daha sık yaşandığı görülmüştür. Erken dönemde cinsel ya da fiziksel kötü davranıma maruz kalma, panik bozukluğu hastalarında araştırılan bir diğer konudur. Bir çalışmada, panik bozukluğu olgularının %8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı belirlenmiştir.

Panik bozukluğunun gelişiminin öncesinde stresli yaşam olayları görülebilmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, olguların yaklaşık 2/3'ünde, hastalığın başlamasından önceki 6 ay içinde stresli yaşam olaylarının mevcut olduğu belirlenmiştir. Bu olaylar görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır: Sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehdidi yaşama, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık.

Süreğen bir hastalık olan panik bozukluğunun gidişi kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. 1-2 yıllık izlem sonuçları panik bozukluğunda iyi bir prognoza işaret ederken, uzun süreli izlem çalışmalarından elde edilen sonuçlar bu derece yüz güldürücü değildir. 4-6 yıllık tedavi sonrası izlem çalışmasında, olguların %30'unun iyileştiği, %40-50'sinin belirtileri tam kaybolmadan düzeldiği, %20-30'unun belirtilerinin aynı kaldığı ya da daha kötüleştiği görülmüştür.

İlaç Tedavisi

Panik bozukluğunun ilaçla tedavisinde ilk seçenek ilaçlar seçici serotonin gerialım inhibitörleridir (SSGİ). Paroksetin, sertralin, fluvoksamin, fluoksetin, sitalopram ve essitalopram, çift-kör plasebo kontrollü ve karşılaştırmalı çalışmalarda etkili bulunmuştur.

Panik bozukluğunda çift-kör plasebo kontrollü çalışmalarda etkili olduğu gösterilmiş ilaçlar arasında serotonin noradrenalin gerialım inhibitörü (SNGİ) olan venlafaksin, seçici noradrenalin gerialım inhibitörü olan reboksetin de yer almaktadır.

Trisiklik antidepresanlardan imipramin ve klomipraminin panik bozukluğunda etkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olsa da, bu ilaçların antikolinerjik ve kardiyovasküler yan etkileri hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir.

Yüksek potanslı benzodiazepinlerin panik belirtileri üzerine etkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ancak, benzodiazepinlerin uzun süreli kullanıldığı durumlarda ortaya çıkan bağımlılık riski ve ilaç kesilmesinde yaşanan sorunlar, bu ilaçlar kullanılırken göz önüne alınmalıdır. Panik bozukluğu hastalarında en fazla araştırılmış benzodiazepin olan alprazolam, çeşitli çalışmalarda plaseboya üstün bulunmuştur.

Antidepresan ile tedaviye ilaçların yan etkileri ve panik bozukluğu hastalarının bedensel duyumlarına aşırı duyarlılıkları da dikkate alınarak düşük dozda başlanır. Genel olarak 1 aydan önce tedavi yanıtının ortaya çıkmadığı kabul edilmektedir. Tedavi yanıtının yeterli olmadığı durumda doz yavaş ve kademeli olarak artırılır. Kullanılan ilacın etkili olup olmadığının değerlendirilebilmesi için tedavinin 10-12 haftaya kadar sürdürülmesi gerekir; bu süre içinde tedavi edici etki ortaya çıkmadıysa ilaç değişikliğine gidilir. 12 haftalık tedaviden yanıt alınır, tedavi en az 6 ay daha sürdürülür. Tedavinin kesilme aşamasında, ilaç, en az 3 aylık bir sürede, dozu kademeli olarak azaltılarak kesilir.

Psikoterapi

Bilişsel-davranışçı terapinin kullanıldığı hastalarda nüksetme oranları azalmakta, uzun süreli tedavi sonuçları tek başına ilaç tedavisinin kullanıldığı hastalara göre daha iyi olmaktadır. Panik bozukluğunun psikoterapisinde, bilişsel-davranışçı açıdan iki farklı strateji uygulanmaktadır. Bunlardan ilki panik ataklarıyla ikincisi agorafobik kaçınma davranışlarıyla başa çıkmanın öğretilmesidir.

Korkulan durumun üstüne gidilerek kaçınma davranışının ortadan kaldırılmasının hedeflendiği 'gerçek yaşamda alıştırma'nın (exposure in vivo), agorafobinin tedavisinde en etkili yöntem olduğu kabul edilmektedir. Bu tedavi yöntemi 'Fobik Bozuklukların Psikoterapisi' bölümünde anlatılmıştır.

Bilişsel-Davranışçı Terapi

Panik bozukluğunda bilişsel-davranışçı terapi, panik ataklarının bedensel duyumların felaketleştirerek yorumlanmasından kaynaklandığını varsayan bilişsel model ve hiperventilasyonun atakların oluşumunda rol oynadığı görüşü birlikte ele alınarak geliştirilmiştir.

Panik bozukluğunda bilişsel terapi, hastanın, bedensel belirtilerini, zararsız ve denetlenebilir bir duruma bilişsel olarak yeniden atfetmesi (cognitive reattribution) sağlanarak bilişsel yanlış yorumlamaların düzeltilmesi esasına dayanır. Solunumun denetlenmesinin temel alındığı davranışçı terapide ise, aşırı soluma egzersizleri yaptırılarak, hastada panik atağındakilere benzer belirtilerin ortaya çıkması ve ardından solunumun düzenlenmesi ile bu belirtilerin kaybolması sağlanır. Burada, panik atağı sırasında ortaya çıkan bedensel belirtilerin, kalp krizi geçirme gibi felaketleştirilen durumlardan kaynaklanmadığı, basitçe hiperventilasyonun bir sonucu olduğu yorumu verilmektedir. Bir sonraki adım ise, panik ataklarının başlayacağını hissedildiği anda kullanılmak üzere, bir başa çıkma tekniği olarak solunum denetiminin öğretilmesidir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YAB'de, anksiyete yaygın ve süregelen bir özellik gösterir. Yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkan, kısa süreli anksiyete durumları bu tanım içinde yer almaz. Bu tür bozukluğu olan kişi, nedeni belirsiz bir endişe, kötü bir şeyler olacağı korku ve beklentisi içindedir. Yaşanan sıkıntı ve huzursuzluk duygusu dış etkenlerle açıklanamamakta, sıradan gündelik olaylar karşısında bile yoğun bir anksiyete yaşanmaktadır. Anksiyetenin ısrarlı olması ve yoğunluğu, işlevselliği olumsuz etkileyerek önemli oranda bir yeti yitimine neden olabilmektedir.

Epidemiyoloji

YAB'nin diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırıcı tanısını yapmanın her zaman kolay olmaması, bu hastalığın sıklık ve yaygınlığının saptanmasını da güçleştirebilmektedir. YAB'nin yaşam boyu yaygınlığı genel popülasyonda yaklaşık olarak %5-6'dır.

YAB, diğer anksiyete bozukluklarına göre daha ileri yaşta başlar. Çoğu olguda 35-45 yaş arasında ortaya çıktığı, yaşlı popülasyonda da (55-85 yaş) en sık görüldüğü bildirilmiştir.

Epidemiyolojik araştırmalarda, erkek/kadın oranı yaklaşık 2/3 olarak bildirilmiştir.

Etiyoloji

Psikanalitik Görüş

Psikanalitik kurama göre anksiyetenin ortaya çıkışı, iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun bir işareti olarak kabul edilir. İçerden gelen bir tehlike karşısında,

söz konusu durumu karşılama ya da ondan kaçınmak üzere, benliği (ego), savunma önlemlerine başvurması yönünde uyarıcı bir anksiyete ortaya çıkmaktadır. Savunmaların başarılı olması durumunda, tehlikeli durumun savuşturulması ya da güvenli bir şekilde denetim altına alınmasıyla, psikolojik denge yeniden kurulur. Kullanılan savunmaların yapısına bağlı olarak da, çeşitli psikonevrotik belirtiler gelişebilmektedir. Savunma mekanizmaları devreye girmediğinde ya da yeteri kadar etkili olmadığında ise, anksiyete, sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıkarak, yaygın anksiyete ya da panik atakları biçimini alabilmektedir. (Daha fazla bilgi için ‘Psikanalitik Açısından Psikopatoloji’ bölümüne bakılabilir.)

Bilişsel-Davranışçı Görüş

YAB’de bilişsel kuram endişe üzerine kuruludur. YAB’yi açıklamak üzere farklı bilişsel modeller ortaya atılmıştır. Bu modellerden ilkinde, endişe, gelecekteki tehlike sorununun çözülmesine yönelik bilişsel bir girişim olarak tanımlanır ve endişenin kötü olayların olmasından kaçınma işlevi gördüğü belirtilir.

İkinci bilişsel modelde Tip 1 ve Tip 2 olarak iki farklı tipte endişe tanımlanmıştır. Tip 1 endişe, dış olaylar ve fiziksel belirtiler gibi bilişsel olmayan iç olaylara gönderme yaparken, Tip 2 endişe, kişinin kendi bilişsel olayları ve süreci hakkında endişelerini ve bunları olumsuz olarak değerlendirmesini içerir.

YAB’nin bir diğer bilişsel modeli “belirsizliğe tahammülsüzlük” üzerine kurulmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük, bu modelde, bir kişinin bilgiyi belirsiz bir durumda algılaması ve bu bilgiye bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepki dizisiyle yanıt vermesi olarak tanımlanmıştır.

Biyolojik Etkenler

YAB üzerine yapılan biyolojik araştırmalar, GABA, noradrenalin ve serotonin nörotransmitter sistemleri üzerinde yoğunlaşmıştır.

GABA Sistemi: YAB’de, GABA işlevinde azalma olduğu ileri sürülmektedir. Bu tür bir işlev azalmasına bağlı olarak, GABA’nın noradrenalin üzerindeki inhibitör etkisinin kalkması ve bunun sonucunda ortaya çıkan noradrenerjik aşırı etkinliğin anksiyete oluşumundan sorumlu olabileceği üzerinde durulmaktadır. Çalışmalar, YAB hastalarında azalmış GABA düzeyleri ve azalmış GABA-A-benzodiazepin-reseptör bağlanmasını göstermektedir. Bu bulguları destekler şekilde, YAB hastalarında beyin görüntüleme çalışmalarında GABA sisteminde işlev bozukluğu saptanmıştır.

Noradrenerjik Sistem: Norepinefrin sempatik sinir sistemi üzerinden etki gösteren, stres ve anksiyete dönemleri sırasında belirgin olarak daha etkin hale gelen bir nörotransmitterdir. Norepinefrin üzerine yapılan çalışmalardan bazı çelişkili sonuçlar alınmış olsa da, ağırlıklı olan görüş YAB’nin norepinefrindeki artmayla ilişkili olduğu yönündedir. Ancak, bu bulgu, anormal norepinefrin işlevinin YAB’ye yol açtığının bir göstergesi olmaktan çok, YAB’nin bir sonucu olduğu yönünde de yorumlanabilir.

Serotonerjik Sistem: YAB'nin etiolojisinde etkisi olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter serotoninidir. Çeşitli çalışmalarda, düşük 5-HT düzeyleri ile anksiyete, agresyon ve impulsivite arasında ilişki bulunsa da, YAB'de 5-HT anormalliklerini belirlemek için yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir.

Klinik Özellikler

Yaygın anksiyete belirtileri çok sayıda ve çeşitlidir. Hastalar huzursuz ve gergin bir görünüme sahiptir. Sık olarak sinirlilik, tedirginlik içinde olma, yerinde duramama halinden yakınır. Belirli bir neden yokken, olabilecek şeyler hakkında endişe ve üzüntü duyarlar. Kas gerginliğinden kaynaklanan titremeler, seğirmeler, kas ağrıları görülebilir. Kas gerginliği, özellikle baş, boyun ve sırtta ağrılara yol açar. Sıkışma ve baskı tarzındaki baş ağrıları tipiktir. El becerilerini bozacak bir düzeye varabilen el titremeleri görülebilmektedir. Güçsüzlük, kolay yorulma kas gerginliğinin diğer belirtileri olarak mevcut olabilir.

YAB olgularının çoğu bedensel belirtilerden yakınmaktadır. Özellikle avuç içlerinde belirgin olan terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, boğazda düğümlenme hissi görülebilir. Soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, bulantı, diyare, çeşitli abdominal rahatsızlıklar, sık idrara çıkma yaygın olarak görülen diğer belirtilerdir. Ayrıca, kulak çınlaması, görmeye bulanıklık, baş dönmesi, uyuşmalar ortaya çıkabilmektedir. Sindirim, solunum, kardiyovasküler, genitouriner ve merkezi sinir sistemlerine ilişkin birçok belirtinin, yaygın anksiyetenin bedensel belirtileri olarak ortaya çıkabilmesi, fiziksel hastalıklarla ayırıcı tanı açısından önem taşır.

YAB'nin diğer bir belirtisi, aşırı uyarılma halinin görülmesidir. Sıklıkla kendilerini diken üstünde hissederler, tepkileri aşırıdır. Düşüncelerini yoğunlaştırma zorlukları olabilir. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekebilirler.

Tanı Ölçütleri

DSM-IV'te Yer alan YAB Tanı Ölçütleri Şunlardır:

- A) En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş ya da okul başarısı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklenti) duyma.
- B) Kişi, üzüntüsünü kontrol etmede zorlanır.
- C) Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı belirtiden üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca çoğu zaman en azından bazı belirtiler bulunur).
 - (1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da sabırsızlık
 - (2) kolay yorulma
 - (3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması
 - (4) sinirlilik

- (5) kas gerginliği
 (6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte zorluk çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)
 D) Anksiyete ve üzüntü başka bir psikiyatrik bozukluğun özellikleri ile sınırlı değildir. Örneğin, anksiyete ya da üzüntü, panik nöbeti geçirileceği (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), topluluk içinde utanç duyulacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık bulaşması (Obsesif Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi) ile ilgili değildir.
 E) Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar, klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki ya da işlevsellik açısından önemli diğer alanlarda bozulmaya neden olur.
 F) Bu bozukluk bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Ayırıcı Tanı

Anksiyete belirtilerinin hemen tüm psikiyatrik hastalıklarda görülebilmesi, YAB'nin ayırıcı tanısını güçleştirmektedir.

Panik bozukluğu olan hastalarda, ataklar halinde gelenler dışında, yeni bir atak geleceği tehdidine dayanan bir anksiyete mevcuttur. YAB'de ise, hasta anksiyetesinin nedenini açıklayamaz; olası yaşam olayları konusunda abartılı bir endişe hali ve düşünceler mevcuttur.

Anksiyete depresif bozukluklarda sık görülen bir belirtidir. Ayrıca, YAB'de de depresif belirtilere rastlanmaktadır. YAB'de geleceğe ilişkin endişe ön plana çıkarırken, depresyonda umutsuzluk ve karamsarlıkla birlikte olan sıkıntı mevcuttur. Şizofrenide, psikotik bulgularla birlikte ya da bu tür bulguların ortaya çıkmasının öncesinde yaygın bir anksiyetenin mevcut olabileceği unutulmamalıdır.

Hipertiroidizm, hiperparatiroidizm, Cushing gibi fiziksel hastalıklar yaygın anksiyete belirtileri ile birlikte olabilir. YAB tanısı, belirtiler biyolojik bir etken tarafından başlatılmadığı ya da sürdürülmediği durumlarda konulmamalıdır.

Kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyonlarda, sedatif, hipnotik ve anksiyolitik ilaçların ve alkolün uzun süre kullanıldıktan sonra kesilmesine bağlı yoksunluklarda yaygın anksiyete belirtileri görülebilmektedir. Anksiyete bu tür durumlara bağlı olduğunda YAB tanısı konulmaz.

Eştanı

YAB'si olan hastalarda depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları sık görülür. YAB hastalarının %40'ında eştanlı major depresyon görülmektedir. YAB hastalarında major depresyon yoksa, 1-2 yıl içinde gelişmesi riski %50 olarak belirlenmiştir. YAB major depresyon ile birlikte olduğunda, daha şiddetli ve uzun bir gidiş, daha fazla işlev bozukluğu ortaya çıkmaktadır.

Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

Genellikle sinsi bir başlangıç, süregelen, ancak dalgalanan bir seyir gösteren YAB’de, stresli durumlar yakınmaların başlatıcısı olabilir. Tedavi için başvuran birçok kişinin kendisini bildi bileli anksiyeteli ve sinirli olarak tarif etmesi, hastalığın hazırlayıcısı olan etkenlerin belirlenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca, birçok hasta, yakınmalarının başlamasından, ailevi sorunlar, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükler, mesleki zorlanmalar gibi yaşam olaylarını sorumlu tutsalar da, söz konusu yaşam olaylarının anksiyetenin nedeninden çok, anksiyeteli olmanın bir sonucu olabileceği unutulmamalıdır.

YAB’nin panik bozukluğu ve major depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görülmesi, hastalığın gidişini önemli ölçüde etkilemektedir.

İlaç Tedavisi

YAB’nin ilaçla tedavisinde ilk seçenek ilaçlar, etkinlikleri rastgele plasebo-kontrollü çalışmalarda gösterilmiş olan SSGİ’lerden paroksetin, essitalopram ve sertalin, SNGİ’lerden venlafaksin ve duloksetindir. Daha iyi bir yanıt için, SSGİ ve SNGİ’lerin yüksek dozlarına çıkılması gerekebilir. Tedavinin etkinliğini değerlendirmek için, bu ilaçlar 12 haftaya kadar giden bir süre kullanılmalıdır.

8-12 haftalık optimal dozdaki birinci basamak tedaviye yeterli yanıt vermeyen hastalarda ya da tedavinin tolere edilemediği durumlarda, ikinci basamak tedavilere geçmeden önce, ilk basamaktan bir başka ilaç kullanılır. Başlangıçta bir SSGİ seçildiyse ve optimal doza çıkıldıktan sonra etkisiz bulduysa, ikinci bir SSGİ’ye ya da farklı bir etki mekanizmasına sahip olan venlafaksin ya da duloksetine geçilmesi akılcı bir seçim olacaktır. İlaç tedavisi ve bilişsel-davranışçı terapi’nin (BDT) birlikte uygulanması bir diğer seçenektir.

YAB’de SSGİ ve SNGİ’lerden yanıt alınmadığında, ikinci basamak tedavilere geçilir. İkinci basamak tedaviler arasında; pregabalın, benzodiazepinler (alprazolam, bromazepam, lorazepam ve diazepam), buspiron ve imipramin yer almaktadır.

YAB’de, benzodiazepinler, etkili bir grup olmasına karşın, anksiyete ya da ajitasyonun şiddetli olduğu durumlarda, kısa süreli olarak kullanılmalıdırlar. Benzodiazepinler, anksiyete belirtilerinde başlangıçta hızlı bir azalma ortaya çıkarsa da, 4-6 hafta sonra etkilerinin plasebodan farklı olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca, benzodiazepinler, YAB’deki çekirdek ruhsal belirtilerden (endişe) çok, bedensel belirtileri yatıştırmaktadır. Benzodiazepinlerin, bilişsel bozulma, ataksi, bağımlılık ve keşilme yan etkilerine neden olabildikleri de göz önüne alınmalıdır.

Psikoterapi

Bilişsel-Davranışçı Terapi

Bu terapi yöntemi, anksiyetenin bireye özgü tehlike ve tehdit ağırlıklı biliş ve varsayımlardan kaynaklandığı üzerine kurulmuştur. Tedavi sırasında öncelikle, tehlikenin

gerçekdışı yorumlanması şeklindeki anksiyeteye ilintili bilişlerin tanınması ve yeniden yapılandırılması hedeflenir. Bu tür tedavi programları, bilişsel yeniden yapılandırma dışında, kişinin tehlikeli olarak algıladığı ortama uyumunun sağlanmasına yardımcı olmak üzere, duygusal ve davranışsal değişiklikleri de içerirler.

Destekleyici Yaklaşım

Hastanın sorunları empatik bir yaklaşımla ele alınıp tartışılır ve uygun çözümler, rahatlatıcı yollar bulunmasında yardımcı olunur.

Gevşeme Yöntemleri

Hastaya kaslarını gevşetme, düzenli ve rahat soluma, düşüncelerini rahatlatıcı konulara yönelme egzersizleri yaptırılır. Bireylere, kendilerine özgü kaygı belirtilerini tanımları ve günlük yaşamlarında gevşeme yoluyla bu belirtileri ortadan kaldırmaları öğretilerek, gevşeme yönteminin etkin bir başa çıkma becerisi olarak kullanımı mümkün olabilmektedir.

Psikanaliz ve Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi

Derinliğine araştırmacı bir tedavi yöntemidir. ‘Psikoterapi’ bölümünde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal fobi terimi ilk kez diğer insanların yanında yeme, içme, titreme, kızarma, konuşma, yazma ya da kusma korkusu olarak tanımlanmış ve temel özelliğinin başkalarının gözünde gülünç duruma düşme korkusu olduğu vurgulanmıştır. Son yıllarda sosyal fobi yerine daha sıklıkla sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) terimi kullanılmaktadır. SAB, günümüzde, kişinin küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağı gerekçesiyle, başkalarının dikkatli bakışlarıyla karşılaştığı, sosyal ya da belli bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli bir korku duyması olarak tanımlanmaktadır.

Epidemiyoloji

Epidemiyolojik ve toplum temelli çalışmalarda SAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.4-13 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. ABD’de yapılan Ulusal Eşitlik Taramasında, sosyal fobinin, %13'lük yaygınlık oranı ile, major depresif epizod (%17) ve alkol bağımlılığından (%14) sonra en sık rastlanan üçüncü psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Yaygınlık oranlarının farklı oluşu, araştırmalarda kullanılan tanı ölçütleri ve yöntem farklılıklarına bağlanmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmalarda, SAB’si olanların, SAB’si olmayanlara göre, daha fazla sıklıkla kadın, bekar ve de düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kişiler ol-

dukuları ortaya konmuştur. Klinik örneklemede ise, SAB'nin kadın ve erkekler arasında eşit bir dağılımının olduğu görülmektedir.

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda, SAB'nin ortalama başlangıç yaşının 10'lu yaşların ortaları ile 20'li yaşların başları olduğu, SAB'nin 25 yaşından sonra başlamasının nadir görüldüğü bildirilmiştir.

Etiyoloji

Bilişsel Görüş

SAB'li hastaların olumsuz inançları, başka insanların yanıtlarını gözlemekten değil, nasıl göründüklerine ilişkin başkalarına verdikleri izlenimlerden kaynaklanmaktadır. SAB hastaları, gerçekte ne olup bittiğine bakmamakta, korkulan durumun ortaya çıkardığı kendi duygularına odaklanmaktadır. Bu durumun, SAB ile utangaçlık arasındaki temel farklılık olduğu varsayılmıştır. Utangaç olan kişiler, SAB'lilerde görülen benzer beklentilerle sosyal durumlara girebilirken, diğer insanların tepkilerini dikkate alırlar; örneğin sıkıcı olmadıklarını, kabul edildiklerini farketmeleri, olumsuz düşünceleri ve anksiyetelerinin sona ermesine yol açar. SAB'si olanlar ise, böyle bir değerlendirmeyi yapamazlar. Başkalarının kendilerini nasıl gördüğüne ilişkin bilgilenmeye yönelmezler; çünkü bu durum, olumsuz değerlendirilme riskini artıracığı için, tehdit edici olarak algılanır.

Bilişsel modele göre, sosyal fobiklerin sosyal durumları tehdit edici olarak yorumlama eğilimleri, kendileri ve sosyal durumlardaki davranma biçimleriyle ilgili bir dizi işlevi bozuk inançtan (dysfunctional beliefs) kaynaklanmaktadır. Sosyal fobiklerde görülen işlevi bozuk inançlar üç kategoride ele alınabilir:

- 1) Sosyal performans için aşırı yüksek standartlar (herkesin onayını almalıyım, kimsenin anksiyeteli olduğumu anlamasına izin vermemeliyim vb.)
- 2) Sosyal değerlendirmeyle ilgili koşula bağlı inançlar (hata yaparsam reddedilirim; farklı bir düşünce ortaya koyarsam, aptal olduğumu düşünürler vb.)
- 3) Kendine ilişkin koşula bağlı olmayan inançlar (çekici değilim, yetersizim, farklıyım, sıkıcıyım, hoşlanılmayan bir insanım vb.)

Biyolojik Etkenler

Biyokimyasal Araştırmalar

Dopamin İşlevinde Bozukluk: SAB hastalarında yapılan tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmalarında, striatal dopamin gerilim bölgeleri yoğunluğunda azalma ve yaygın SAB'de striatumda düşük dopamin D2 reseptör bağlanması bulguları elde edilmiştir.

Azalmış Serotonin Transmisyonu: SAB hastalarında buspirona artmış prolaktin yanıtı, postsinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığını göstermiş ve azalmış serotonin nörotransmisyonunu telafi etmeye yönelik uyuma yönelik bir yanıt olarak değerlendirilmiştir. SAB hastalarında SSGİ tedavisine yanıtın, serotonerjik

nörotranmisyonunda artışa ikincil olarak gelişen postsinaptik serotonin reseptörlerinin duyarsızlaştırılması yoluyla ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

SAB hastalarında yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında, topluluk önünde konuşma ya da konuşma beklentisi sırasında amigdala artmış beyin kan akımı görüldüğü bildirilmiştir.

SAB hastalarında kızgın ve aşağılayıcı yüzler ile mutlu yüzlere yanıtların karşılaştırıldığı işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmasında, kızgın ve aşağılayıcı yüzler amigdala, unkus ve parahipokampal girusta aktivite artışına neden olmuştur. Söz konusu bölgelerde görülen aşırı aktivasyonun, korkutucu yüzlerin artmış emosyonel işlenmesini yansıttığı düşünülmektedir. Korkutucu yüzlere beyin yanıtının araştırıldığı bir diğer işlevsel MRI çalışmasında ise, SAB hastalarında kontrollere göre, insuladaki kızgın yüz fotoğraflarına yanıtın nötr yüz fotoğraflarındakinden daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, bu bulguyu, SAB hastalarında sosyal olarak tehdit edici sinyallerin işlenmesinde insulanın önemli bir yeri olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

Klinik Özellikler

Birçok insan belirli sosyal durumlarda geçici olarak anksiyete yaşayabilmektedir. Toplumda sosyal anksiyetenin tarandığı bir çalışmada, kalabalık önünde konuşmanın (%55), en korkulan durum olduğu saptanmıştır. Bunu, tanıdık kişilerden oluşan küçük bir grup önünde konuşmak, otorite konumundaki kişilerle görüşmek, sosyal toplantılara katılmak, yabancılarla konuşmak ya da yeni insanlar tanımak, başkalarının önünde yemek yemek ya da yazı yazmak izlemiştir. Sosyal ortamlarda yaşanan huzursuzluk ile klinik düzeydeki sosyal anksiyete arasındaki ayrımı belirlemek her zaman kolay olmamaktadır. Bu gibi durumlarda yaşanan anksiyetenin şiddeti, sosyal etkinliklerde ortaya çıkan kısıtlanmalar ve sosyal yaşantının etkilenme düzeyi, SAB tanısı açısından dikkate alınması gerekli noktalaradır.

SAB, kişinin, dikkatlerin üzerinde toplanabileceği ve kendisini zor durumda bırakacak şekilde davranacağı gibi gerekçelerle belli sosyal ortamlarda bulunmaktan korkması durumudur. SAB'li kişi, bakışları üzerinde hissettiği ve eleştirilebileceğini düşündüğü bu tür ortamlarda aşırı bir anksiyete yaşamakta, bir yandan da anksiyete belirtilerinin başkaları tarafından farkedilmesinden ve bunun sonucunda rezil olmak ya da gülünç duruma düşmekten korkmaktadır. Titreme, kızarma, terleme gibi bedensel belirtilere bu gibi durumlarda sık rastlanır. Sosyal fobik durumlardan kaçınma hastalığın belirgin bir özelliğidir. Ancak, hastalar tüm kaçınma çabalarına karşın, bu tür ortamlara girmek durumunda kalabilirler. Böyle bir olasılık kişide beklenti anksiyetisine neden olur. Ayrıca, belli sosyal ortamlarda kızarma, terleme, titreme gibi istenmeyen bir belirtinin ortaya çıkması, kişinin o tür ortamlardaki performansını bozabilmekte, bir anlamda korkulanın başa gelmesiyle kısır bir döngüye girilebilmektedir.

SAB'li hastaların korktukları durumların başında, topluluk içinde yemek yemek ya da bir şeyler içmek gelir. Bu kişiler, ellerinin titremesi sonucu yediklerini ya da içtiklerini üzerlerine dökecekleri, lokmanın boğazlarına takılacağı korkusuyla restorana, kafeteryaya gitmekten, yemekli toplantılara katılmaktan kaçınabilirler. Başkalarının önünde konuşamama, sorulan soruları yanıtlayamama korkusu, topluluk içine girmekten kaçınmalarına neden olabilir. Yabancı bir kişiyle tanışmak ya da yakınlaşmak konusunda ciddi güçlükleri vardır. Başkalarının gözü önünde yazı yazarken, imza atarken ellerinin titreyeceği korkusunu yaşayabilirler. Terlemekten, yüzlerinin kızarmasından korktukları için topluluk içinde oturmaktan, konuşurken göz teması kurmaktan kaçınabilirler. Alışveriş sırasında satıcının kendilerine yönelik ilgisinden rahatsız olur, ısrarlı bir satıcıya karşı koymakta, satın aldıkları bir malı mağazaya geri götürmekte zorlanabilirler. Pek iyi tanımadıkları birisine aynı fikirde olmadıklarını ya da onu onaylamadıklarını söylemekte, otorite konumundaki kişilerle konuşmakta güçlük yaşarlar. İlgi odağı olabilecekleri, bakışları üzerinde hissedecekleri durumlardan uzak dururlar. Örneğin, bir odaya herkes oturup yerini aldıktan sonra girmek istemezler.

SAB'de korku ve kaçınmalar, yukarıda sayılan durumlardan herhangi biriyle sınırlı olabileceği gibi, yaygın bir özellik de gösterebilir. Yaygın sosyal fobi hastalarının, yaygın olmayan sosyal fobi hastalarına göre, daha sık olarak kişilerarası etkileşim korkuları yaşadıkları (sosyal etkinliklere katılmak, otorite konumundaki kişilerle görüşmek, tanımadıkları kişilerle konuşmak gibi) ortaya konmuştur. Araştırmalardan elde edilen bulgular, yaygın sosyal fobi ile çekingen kişilik bozukluğunun sıklıkla birlikte bulunduğunu göstermektedir.

Tanı Ölçütleri

DSM-IV'te Yer Alan Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi) Tanı Ölçütleri Şunlardır:

- A) Kişinin, tanımadığı insanlarla ya da başkalarının dikkatli bakışlarıyla karşılaştığı, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).
- B) Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da bir panik atağı biçimini alabilir.
- C) Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.
- D) Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E) Kaçınma, anksiyeteli beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda duyulan sıkıntı, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar.
- F) 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

- G) Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ya da başka bir mental bozuklukla (örn. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu) daha iyi açıklanamaz.
- H) Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile, A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkili değildir (örn. korku, kekemlikle, Parkinson Hastalığındaki titremeye ilişkili olmamalıdır). Sosyal fobide korkular toplumsal durumların çoğunu kapsıyorsa 'yaygın' tip belirtilir.

Ayırıcı Tanı ve Eştanı

Depresif hastalarda ilgi kaybı ve zevk alamamayla birlikte görülen dış dünyadaki etkinliklerden uzaklaşma, şizofrenik hastalarda içe kapanma, insanlardan uzaklaşma şeklinde görülen sosyal çekilme, SAB olarak değerlendirilmemelidir.

Birçok araştırmada, SAB'li hastaların çoğunda yaşamlarının herhangi bir evresinde başka bir anksiyete bozukluğu ya da depresif bozuklukların mevcut olduğu ortaya konmuştur. Epidemiyolojik bir çalışmada, SAB'si olanların yaklaşık %70'inde eştanılı yaşam boyu psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Olguların dörtte üçünde eştanılı bozukluklar SAB'den sonra başlamıştır. SAB'li hastaların yaklaşık yarısı, aynı zamanda diğer anksiyete bozukluklarından, özellikle de özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluğundan yakınmaktadır.

Klinik örneklemede ise, duygudurum bozukluklarının, özellikle de major depresyonun (%70) SAB'de en sık görülen eştanılı yaşam boyu hastalık olduğu bildirilmiştir.

SAB'de, özellikle de eştanılı durumlarda, yüksek bir oranda intihar girişimleri (%15) görülmektedir. Eştanılı SAB'si olanların, normal popülasyondan yaklaşık 5 misli fazla bir oranda intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir.

SAB'li hastaların, genel popülasyona göre iki misli daha fazla alkol sorunları olduğu, alkol sorunu olan kişilerde ise genel popülasyona göre dokuz misli daha fazla SAB görüldüğü bildirilmiştir. Aşırı alkol kullanan SAB'li hastalarının çoğunda, SAB alkol kötüye kullanımından önce başlamaktadır. Alkol kötüye kullanımı ile SAB arasındaki ilişki, alkolün gerginliği, tehdit edici uyarana stres yanıtını ve çatışmalı durumlarda kaçınmayı azaltmasına dayandırılmaktadır.

Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

SAB'li hastaların yarısından fazlasında fobinin travmatik bir yaşantının sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir. Sosyal ortamlarda anksiyeteli olan diğer insanları gözleme de, travmatik etki yaparak gözleyen kişide korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca, SAB'lilerin bir kısmında model alma fobi gelişimini hazırlayıcı etkenler arasında gösterilmiştir. Ebeveynlerin ve çocuklarının fobileri arasındaki benzerlik bu açıdan anlamlı bulunmuştur.

SAB'nin erken başlangıcı, psikolojik gelişim, ilişkilerin oluşturulması ve yaşam amaçlarının belirlenmesini olumsuz bir yönde etkilemektedir. Aynı zamanda da, diğer ciddi psikiyatrik bozuklukların ve komplikasyonların gelişimine zemin oluşturmaktadır.

SAB'nin neden olduğu yeti yitiminin önemli bir boyutta olduğuna ilişkin kanıtlar mevcuttur. SAB'de görülen yeti yitimi, anksiyete belirtilerinden, erken başlayan ve büyük ölçüde iyileşme olmadan seyreden bozukluğun süregelen yapısından, bozukluğa eşlik eden alkolizm, ilaç kötüye kullanımı, intihar düşüncesi ve girişimlerinden köken almaktadır.

SAB hastalarının %90'ı hastalıklarının mesleki etkinlikleri üzerinde bozucu bir etki gösterdiğini, %50'si kendilerini katılmaya zorladıkları sosyal durumlarda anksiyetelerini yatıştırmak için alkol ya da benzodiazepin kullandıklarını, %65'i ise, herhangi bir sosyal etkinliğe katılamadıklarını bildirmişlerdir.

İlaç Tedavisi

SAB'nin ilaçla tedavisinde ilk seçenek ilaçlar, SSGİ'lerden paroksetin, sertralin, esitalopram, fluvoksamin ve bir SNGİ olan venlafaksindir. Etkili olduğu gösterilen diğer ilaçlar arasında monoaminooksidaz inhibitörü (MAOI) olan fenelzin; geri dönüşümlü MAOI (RIMA) olan moklobemid; benzodiazepin grubundan klonazepam, alprazolam, bromazepam; antikonvülzanlardan gabapentin ve pregabalin yer alır.

Antidepresan ilaçlarla yapılan tedavide yanıt 6-8 haftadan sonra görülebilmektedir. İlaçların etkili olabilmesi için yüksek dozlara çıkmak gerekebilir. SAB'de ilaçların etkinliğini 12 haftanın sonunda değerlendirilir; bu sürenin sonunda yanıt yoksa, ilaç değiştirilir. Yanıt varsa, tedaviye etkili olan dozda ortalama 1-2 yıl devam edilir. İyileşme aylar boyunca artarak sürebilmektedir. İlaç kesiminden sonra nüksetmeler görülebilir.

Yaygın olmayan, performans tipi YAB'de beta-blokerler, performansın öncesinde kullanılabılırler. Bu ilaçlarla tedavinin semptomatik olduğu, kullanım sırasında hipotansif yan etkilerinin görülebileceği göz önüne alınmalıdır.

Psikoterapi

Bilişsel-Davranışçı Terapi

SAB'lilerde, özgül fobilerden ve agorafobiden farklı olarak, korkulan durumun üzerine gidilerek yapılan gerçek yaşamda alıştırma tedavilerinde bazı güçlüklerle karşılaşılır. Karşılaşılan güçlükler arasında, sosyal ortamların değişkenliği, bu ortamların tedaviye yönelik olarak önceden ayarlanmasının her zaman mümkün olamaması, üzerine gitme yönteminin hastanın kendisini beceriksiz ve yeteneksiz hissedebileceği olumsuz sonuçlara yol açabilmesi sayılabilir. Uygulamadaki bu tür güçlükler nedeniyle, SAB'lilerde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, yalnızca davranışçı olan yaklaşımlara tercih edilmelidir.

Tedavide öncelikle, SAB'li kişinin, eleştirilme, olumsuz değerlendirilme, dışlanma, aşağılanma, reddedilme gibi bilişsel düzeydeki endişeleri açığa çıkartılır. Sonraki aşamada ise, korkularının temelinde yer alan bu tür olumsuz düşüncelerin, hastayla birlikte ele alınarak, düzeltilmesi amaçlanır. Oluşturulan bilişsel değişiklikler, üstüne gitme gibi davranışçı uygulamalarla pekiştirilirken, düşüncenin yanı sıra davranış düzeyinde de değişikliğin olması sağlanır.

Özgül Fobiler

Özgül fobi, özgül bir nesne ya da durum karşısında ortaya çıkan aşırı bir korku ve bu korkuya ikincil olarak gelişen ısrarlı bir kaçınma davranışdır.

Özgül fobilerin belli başlı özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- a) Anksiyete, panik bozukluğunda olduğu gibi beklenmedik, YAB'de olduğu gibi serbest ve süregelen değil, özgül bir nesne ya da duruma bağlıdır.
- b) Korkunun boyutu, ortaya çıkışına neden olan uyaran ile açıklanamaz, gerçek durumla orantısızdır.
- c) Kişi, tepkisinin aşırı ve anlamsız olduğunun tümüyle farkındadır.

Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalarda, özgül fobilerin yaşam boyu yaygınlığı %8.8-%12.5 olarak bulunmuştur. Panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur.

Özgül fobilerin başlangıç yaşı ortalamasının 13-16 yaşlar arasında olduğu bulunmuştur. Ancak, çeşitli çalışmalarda, özgül fobilerin alt tiplerine göre başlangıç yaşının değişebildiği bildirilmiştir. Durumsal tip fobisi olanlarda başlangıç yaşı diğer fobilere göre daha geç olabilmektedir. Örneğin, klastrofobide başlangıç yaşı ortalamasının 20 olduğu bildirilmiştir. Hayvan ve kan-enjeksiyon-yaralanma tipi fobiler ise, çoğunlukla çocukluk döneminde (7-9 yaş) başlamaktadır.

Özgül fobilerin kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 misli daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bunun tek istisnası kan-enjeksiyon-yaralanma fobileridir; bu tip fobilerde kadın erkek oranı birbirine yakındır.

Etiyoloji

Psikanalitik Görüş

Psikanalitik görüşe göre fobiler, çözülmemiş ödipal çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tür bir bozukluğu olan olgularda, anksiyete gelişmesine neden olan tehlike durumu kastrasyon tehdididir. Sinyal işlevi gören anksiyete, benliği, ensest içerikli ödipal dürtülerin bilince çıkışını engellemek üzere 'bastırma' uygulaması için uyarır. Ancak, bastırma mekanizması bu işlevini yerine getirmede bütünüyle başarılı olamayınca, benliğin yardımcı savunmaları devreye sokması gerekli olur.

Fobik hastalarda birinci derecede kullanılan savunma mekanizması 'yer değiştirme'dir (displacement). Fobilerde yer değiştirme, tehlikeli bir dürtünün, dışarıda bu dürtüyü temsil eden özel bir duruma yansıtılması yoluyla gerçekleşmektedir. Fobik nesne ya da durum bir yandan çatışmanın birincil kaynağını temsil ederken,

diğer yandan ‘yer değiştirme’ ve yanı sıra devreye girebilen ‘karşıtına çevirme’ gibi mekanizmalar, dürtüsel çatışma ile bilinçdışı özel bir anlam taşıyan korkulan durumlar arasındaki bağlantıyı gizli hale getirir. Bu şekilde uygun bir fobinin gelişmesiyle, özgürlüğün belli derecelerde kısıtlanmasına karşın, dürtüsel tehlikenin bir dış tehlike haline dönüştürülmesi ve anksiyeteden uzak kalınabilmesi mümkün olabilmektedir.

Öğrenme Kuramları

Klasik Koşullama Modeli

1920’de Watson ve Rayner, korku ve fobilerin ortaya çıkışını, küçük bir çocuk üzerinde yaptıkları deneylerle açıklamaya çalışmışlardır. Bu deneysel çalışmalarda küçük Albert’in, gong sesiyle birlikte sıçanın varlığında, sıçanlara ve beyaz tüylü nesnelere karşı yoğun bir korku geliştirdiği bildirilmiştir. Bu ve benzeri çalışmalardan elde edilen bulgularla, birçok kişinin korku ve fobilerinin, koşullanmış korku yanıtlarının basit bir sonucu olduğu varsayımı ortaya atılmıştır. Daha sonra yapılan araştırmalarda ise, klasik olarak koşullanmış korkuların, korkuyu yaşayan kişi anksiyete yaratan durumun dışına alındığında söndüğü gözlenmiştir. Bu yönüyle klasik koşullama modeli, klinik olarak sönmeyen uzun yıllar süregelen fobileri açıklamakta yetersiz kalmıştır. Ayrıca, bu modele göre fobi oluşumu için gerekli olan travmatik yaşantılara birçok fobik hastada rastlanmamaktadır.

Mowrer’in İki-Evre Kuramı ve Kaçınma Öğrenme Modeli

Bu modelde, klasik olarak koşullanmış korku yanıtları ile deneysel olarak pekiştirilmiş kaçma ve kaçınma yanıtları arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir. Deney hayvanlarıyla yapılan çalışmalarda, ilk evrede klasik koşullama yoluyla anksiyete oluşturulmuş, ikinci evrede ise kaçınma yanıtları ile anksiyetenin azaltılması sağlanmıştır. Deneysel olarak tehlikeli uyarandan kaçınma ya da onu durdurma, ‘olumsuz pekiştirme’ye (anksiyetenin azaltılması) neden olmakta, böylece kaçınma davranışı güçlenerek sürmektedir. Koşullanmış kaçınma yanıtlarında sönmeye karşı görülen direnç ile gerçekte yaşamda fobilerin uzun süre değişmeden kalabiliyor olması arasındaki koşutluğa dikkati çeken araştırmaların etkisiyle, kaçınma öğrenme modeli klasik koşullama üzerinde üstünlük sağlamıştır. Bu modele göre, fobik kaçınma davranışları, hastayı fobik anksiyeteden koruma yönündeki etkilerinin bir sonucu olarak pekişmekte ve sabit bir belirti olarak kalabilmektedir.

Gözlemle Öğrenme

Uzun yıllardan beri bazı korku ve fobilerin gözlemle öğrenilebileceği ileri sürülmektedir. Bu görüşe göre, özgül durumlarda anksiyete yaşayan kişilerin gözlenmesi, gözleyen bu durumlardan korkmasına yol açabilmektedir. Ancak, bu varsayımı destekleyen kanıtlar oldukça yetersizdir.

Klinik Özellikler

Özgül nesne ya da durumlarla sınırlı fobilerdir. Bu tip bir bozuklukta kişi, belli bir nesne ya da durumun varlığında aşırı ve o duruma uygun olmayan bir anksiyete yaşar. Fobik uyarandan kaçınma eğilimi çok kuvvetlidir. Fobik nesne ya da durumla karşılaşma olasılığı beklenti anksiyetesine neden olur. Beklenti anksiyeteleri nedeniyle hastalar, fobik uyararla karşılaşabilecekleri ortamlara girmeden önce ayrıntılı bilgi edinme gereksinimi duyarlar. Yaşanan sorunun ciddiyeti ve kişinin hayatını etkileme düzeyi, fobik nesne ya da durumdan kaçınmanın kolay olup olmamasıyla ilgilidir.

Agorafobiklerde olandan farklı olarak, fobik durumdan kaçınma dalgalanma göstermez. Başka bir ifadeyle fobik uyararla her karşılaşma kaçınılmaz olarak ani bir anksiyete yanıtına neden olur. Bu durum kimi zaman panik atağı şeklini de alabilir.

Sık rastlanan özgül fobiler arasında, çeşitli hayvanlardan, yüksekten, gök gürültüsü ve şimşekten, karanlık ve kapalı alanlardan, uçak yolculuğundan, kan görmekten ve enjeksiyon gibi tıbbi girişimlerden korkma sayılabilir.

Bütün hayvan türleri, fobik nesne olma özelliğine sahip olsa da, fare, örümcek, yılan, kedi, köpek, at fobilerine daha sık rastlanır. Hayvan fobisi olan kişiler, korku duyulan hayvanla sık olarak karşılaşmadıkları ya da bu tür bir korkunun günlük yaşamlarını ileri derecede etkilemediği durumlarda, genellikle yardım için başvurmazlar. Uzun yıllardır sahip oldukları fobileriyle birlikte yaşamayı, aldıkları çeşitli önlemler, yaşamlarına koydukları kısıtlamalar pahasına öğrenmişlerdir. Korku duyulan hayvanın kendisiyle karşılaşma dışında, hayvanın bir resmi, görüntüsü, onu hatırlatan herhangi bir nesnenin bile anksiyete yanıtının ortaya çıkması için yeterli olabileceği unutulmamalıdır.

Klastrofobi olarak adlandırılan kapalı yerlerde kalma korkusu ve yüksekte olmaktan korku sık karşılaşılan özgül fobi çeşitleridir. Bu tür korkular, durumsal fobi olarak da adlandırılmaktadır. Klastrofobiyi ortaya çıkartan durumlara örnek olarak, asansörler, tüneller, banyo ve kapalı kabinler, havasız, dar ve basık odalar verilebilir.

Hayvan fobilerinde ve durumsal fobilerde, fobik uyararla karşılaşma sırasında, kalp atım sayısında artma, çarpıntı, ateş basması, bayılacak gibi olma gibi belirtiler anksiyete duygusuna eşlik eder. Bu belirtilerin kişi için gerçek bir tehlike oluşturduğu söylenemez. Kan ve fiziksel yaralanma fobilerinde ise, kalp atım sayısında ve kan basıncında düşme görülür ve bu durum bayılmayla sonuçlanabilir. Bu tür bir fobisi olan kişilerin bayılmaktan korkuları, diğer fobilerin tersine gerçektir ve kişide gerçek anlamda bir tehlike oluşturabilir. Kan görme fobisi olan bir hasta, denizde yüzerken ayağını kayaya çarpma sonrasında gördüğü kan nedeniyle bayıldığını ve çevredekiler tarafından son anda kurtarılarak ciddi bir boğulma tehlikesi atlattığını bildirmiştir.

Tanı Ölçütleri

DSM-IV'te Yer Alan Özgül Fobi Tanı Ölçütleri Şunlardır:

- A) Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşılacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız olan, belirgin ve sürekli korku.

- B) Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da bir panik atağı biçimini alabilir.
- C) Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.
- D) Fobik durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E) Kaçınma, anksiyeteli beklenti ya da korkulan durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar.
- F) 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
- G) Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete ya da fobik kaçınma, Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyon nedeniyle kir ve pislikten kaçınma), Sosyal Fobi (utanma korkusu nedeniyle toplumsal durumlardan kaçınma), Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu, Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-IV'te belirtilmesi istenen Özgül Fobi Tipleri Şunlardır:

Hayvan tipi: Korkuyu hayvanlar ya da böcekler başlatmaktadır.

Doğal çevre tipi: Korkuyu, fırtına, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki nesnelere başlatmaktadır.

Kan, enjeksiyon, yara tipi: Korkuyu kan, yara görme ya da enjeksiyon gibi tıbbi bir işlemin yapılması başlatmaktadır.

Durumsal tip: Korkuyu, toplu taşıma araçlarında bulunma, tüneller, köprüler, asansörler, uçakla uçuş, araba kullanma, kapalı yerler gibi özgül bir durum başlatmaktadır.

Diğer tip: Korkuyu diğer uyarılar başlatmaktadır. Bu uyarılar, soluğun kesilmesine, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan korku duyma ya da kaçınmayı içerebilirler.

Ayırıcı Tanı ve Eştanı

Özgül fobi ile panik bozukluğu arasındaki en önemli ayırıcı etken, panik bozukluğunda korkunun panik atağı geçirme üzerine odaklanmış olmasıdır.

SAB, özgül fobiden, korkunun sosyal durumlarda olumsuz değerlendirilme ağırlıklı olmasıyla ayrılır.

Genelde fobik tepki, dış bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu şeklinde olup fobik nesne ya da durumdan kaçınılırarak denetim altına alınır. Bu durum, sıklıkla başkalarına ya da kendine zarar verme korkusunun yaşandığı ve bu tür korkuların kompulsif eylemlerle denetim altına alınmaya çalışıldığı obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile zıtlık gösterir. Ancak, OKB hastalarının korktukları durumlarla başa çıkmak için kompulsiyonların yanı sıra, kaçınma davranışları geliştirebildikleri de unutulmamalıdır.

Özgül fobisi olan birçok hastada, en azından bir yaşam boyu psikiyatrik bozukluğu olduğu görülse de, eştanı görülme oranları diğer anksiyete bozukluklarına göre daha düşüktür. Özgül fobilerde daha sıklıkla görülen eştanılar, agorafobi, SAB ve diğer anksiyete bozukluklarıdır.

Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

Özgül fobisi olan hastaların ancak bir kısmı, fobilerinin başlangıcı ile ilintili bir olaydan söz ederler. Bir çalışmada, hayvan fobisi olan bireylerin sadece dörtte biri, korkularının başlangıcında travmatik bir olayı hatırladıklarını bildirmişlerdir. Ancak, hiçbirinde fiziksel bir zarar oluşmamıştır.

Fobiler genellikle süregelen bir seyir göstermekte ve tedavi edilmediğinde yaşam boyu sürebilmektedir. Özellikle erişkinlik dönemine uzanan fobilerde kendiliğinden iyileşme dönemleri nadiren görülmektedir.

Psikoterapi

Davranışçı Terapi

Davranışçı terapiler arasında, fobik bozukluklarda en etkili yöntem ‘gerçek yaşamda alıştırma’ (exposure in vivo) tedavisidir. Bu tedavi yönteminde, öncelikle kaçınılan nesne ya da durumlar açığa çıkartılmakta ve belirli bir sıralama içinde üzerine gidilecek hedefler hasta ile birlikte saptanmaktadır. Hastanın belirlenen hedefler doğrultusunda, kaçındığı nesne ya da durumların sistematik bir biçimde üstüne gitmesi tedavi programının özünü oluşturmaktadır. Alıştırma tedavisi ile, korku duyulan uyarının etkisine izin verilmekte, hatta bu etki, kişinin korkuyu çağırması şeklindeki ‘ters niyetleme’ (paradoxical intention) yöntemi ile arttırılmaktadır. Tedavi programı, korku duyulan uyarılara alışkanlık (habituation) gelişinceye kadar, aşamalı olarak sürdürülür.

Tedavi programına, terapist yardımı olarak başlanabilir. İlerleyen oturumlarda terapist etkin olarak katılmak yerine, gereksinim duyulduğu ölçüde devreye girebileceği bir konumu seçer ve hastanın kendi başına yürüttüğü bir alıştırma etkinliğine (self-exposure) fırsat verir. Hastaların kendi başlarına yürüttükleri alıştırma tedavileri, oturumlar arasında verilen ev ödevleri aracılığı ile gerçekleştirilir. Ev ödevleri, terapist varlığında kazanılan becerilerin pekiştirilmesi açısından da, tedavinin önemli bir parçasını oluşturur.

Klinik çalışmalarda, uzun süreli ve kısa aralıklarla yapılan oturumların tedavi sonucu üzerine daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, alıştırma tedavisi sırasında hem davranış, hem de düşünce olarak, korku duyulan uyarandan kaçma ve kaçınma sürekli olarak engellendiğinde (response prevention), tedavi etkinliği artmaktadır.

Gerçek yaşamda alıştırma (exposure in vivo), imgelemede alıştırmadan (exposure in imagination) daha etkilidir. Ancak, gök gürültüsü - şimşek fobileri gibi, korku duyulan uyarının kolay bulunabilir olmadığı durumlarda, imgelemede alıştırma ön plana geçer.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

OKB, yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Obsesyonlar, belirgin bir anksiyeteye neden olan yineleyici ve zorla gelen düşünce, dürtü ya da düşlemler, kompulsiyonlar ise, obsesyonlara yanıt olarak yapılan ve anksiyeteyi azaltmayı amaçlıyan, yineleyici törensel davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanmıştır.

Obsesif-kompulsif belirtiler, geleneksel olarak benliğe-yabancı olarak görülmede olup zarardan kaçınma ve riski azaltma, içgörü (belirtilerin saçma ve anlamsız olarak görülmesi), direnme (belirtileri baskılamak ya da onlara karşı direnmek için girişimlerde bulunulması), doyumun yokluğu (anksiyete ya da gerginliğin azalmasına karşın hazzın yaşanmaması) ile birliktedir. Klasik tanımına aykırı olarak, OKB'li hastaların belirli bir oranında obsesyonlar saçma olarak görülmemekte, obsesyonlara karşı gösterilen direnç değişkenlik gösterebilmektedir. Bu durumlarda, içgörünün az olduğu OKB'den söz edilir.

Epidemiyoloji

1980'li yıllara kadar OKB'nin nadir rastlanan bir hastalık olduğu düşünülürken, sonraki yıllarda, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olarak bulunmuştur. Ayrıca, obsesif-kompulsif belirtiler, tanı ölçütlerini karşılama da, eşik altı düzeyde birçok insanın yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir.

Çeşitli çalışmalarda, erişkin yaştaki OKB'li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiği bulunmuştur. Çocuk ve ergen OKB'li hastalar arasında ise, erkeklerin oranı kadınlara göre 1.5-2.5 kat daha fazladır.

OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte (20'li yaşların başlarında) başlamaktadır. OKB'li erişkin hastaların %30-50'si başlangıcın çocuklukta olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir. Birçok çalışmanın ortak bulgusu, erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığıdır.

Etiyoloji

Psikanalitik Görüş

Psikanalitik bakış açısından, obsesif-kompulsif nevrozun oluşumunda merkezi rol oynayan mekanizma 'gerileme'dir (regression). Gerileme, kişinin saplanmış olduğu nesne ya da doyum biçimlerine geri dönülmesidir. Bu hastalarda, ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin yarattığı ciddi çatışma durumlarında, bu istekler kısmen ya da tamamen bırakılarak anal dönemin istek ya da gereksinimlerine geri dönülmektedir. Bu şekilde, ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin neden olacağı anksiyeteden kaçınılırken, anal döneme ait çatışmalar ön plana çıkmaktadır.

Anal dönemin belirgin özelliklerinden biri, hemen hemen eşit düzeydeki birbirine zıt dürtüler arasında çatışmanın olmasıdır. Eşzamanlı olarak sevgi ve nefret duygularına sahip olan kişinin duygu ve davranışlarında ‘iki-değerlilik’ (ambivalence) mevcuttur. Bu özelliği nedeniyle de, her eyleminde sevgi ve nefret arasındaki karşıtlığı yaşar. Bu durum belirgin olarak, eyleme geçme aşamasında yaşanan tereddütlerde, kararsızlıklarda kendini gösterir.

Psikanalitik kurama göre, saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan anal döneme özgü üç temel savunma mekanizması tanımlanmıştır; ‘yalıtma’ (isolation), ‘yapma-bozma’ (undoing) ve ‘karşıt tepki oluşturma’ (reaction formation). Obsesif-kompulsif belirtilerin şekli ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır.

Yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde, dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinçdışına itilmektedir. Bu şekilde, hasta sadece, duygudan arındırılmış bir düşünceyi bilinç düzeyinde farkına varmaktadır.

Kompulsif eylemlerin, dürtünün denetimini ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olduğu kabul edilmektedir. Yapma-bozma mekanizmasıyla, bir eylem bir ikinciyi iptal edilmekte ve böylece sanki hiçbir eylem yapılmamış gibi olmaktadır. Hastalar bu tür eylemler yoluyla, korkutucu obsesif dürtü ya da düşüncelerden, akılcı olmayan bir biçimde bekledikleri zararı önlemeye ya da bozmaya çalışırlar. Benliğin tehlikeli bulunduğu bazı dürtülerin etkileri, bu tür bir mekanizmayla bozulmakta ya da başka bir ifadeyle yok sayılmaktadır.

Obsesif-kompulsif hastaların kullandığı bir diğer mekanizma, karşıt tepki oluşturmaktır. Bu mekanizmayı kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehditi karşısında, kişilik yapısını bu dürtüsel tehlike sürekli olarak varmışçasına değiştirerek, her an tehlikeye karşı hazırlıklı olunan bir tutumu benimser. Bu kişiler bilinç düzeyinde, alta yatan dürtünün tam tersi bir tutumu sergilerler. Örneğin, nefretin bilinçdışı kılınması, sevginin aşırı vurgulanması ile sağlanmaktadır. Böylece ortadan kaybolan tutumun bilinçdışı olarak sürmesine karşın, nefretin yerini sevgi, zalimliğin yerini nezaket, inatçılığın yerini itaatkarlık almaktadır. Dürtüsel pislik ve düzensizlik isteklerine karşı koyan bu kişilerin temizlik ve düzene olan düşkünlükleri de dikkat çekicidir. Temizlik ve düzen duygularının katılığı yanında, zaman zaman pislik ve düzensizlik eğiliminin patlak vermesi, bu tür bir kişilik özelliğinin tepkisel niteliğini ortaya koyar.

Öğrenme Kuramı

Mowrer’in, korkunun kazanılması ve sürdürülmesini açıklayan ve fobik bozuklukların etiyolojisi bölümünde anlatılmış olan ‘iki-evre kuramı’, fobik bozukluklara olduğu kadar, OKB’ye de uygulanabilmektedir. Bu kurama göre, ilk evrede, yansız nesne ya da düşüncelerin anksiyete yaratma yeteneğine sahip uyaranlarla koşullanmasıyla obsesyonlar (koşullu uyaran) ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin gelişiminin tamamlandığı ikinci evrede ise, anksiyete yaratan obsesyonel düşünceler, anksiyeyi ortadan kaldırmak üzere kaçınma yanıtlarını (kompulsif törenselleştirilmiş davranışlar)

harekete geçirmekte, anksiyetenin azaltılması da bu yanıtları pekiştirmektedir. Başka bir ifadeyle, bu kuram, obsesyonları anksiyete uyandıran koşullu yanıtlar, kompulsiyonları ise anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş davranışlar olarak ele alır.

Biyolojik Etkenler

Biyokimyasal Araştırmalar

Serotonerjik Sistem: OKB’de nörotransmitter düzeyinde bir bozukluk olabileceği varsayımından yola çıkılarak yapılan araştırmalarda, merkezi serotonerjik sistemdeki işlev bozukluğunun etiyolojide rol oynadığı ileri sürülmüştür. Serotonin gerialımını engelleyen klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin gibi ilaçların OKB’nin belirtilerini yatıştırması bu görüşü desteklemektedir.

Serotonerjik sistemde anormallik, özellikle de postsinaptik 5-HT reseptörlerinin aşırı duyarlılığı, OKB’de altta yatan patofizyolojiyi açıklamak üzere ortaya atılan bir varsayımdır. Serotonerjik varsayımı destekleyen kanıtlar, sadece antiobsesif etkinin açık olarak serotonin gerialım inhibisyonunun bir işlevi olduğunu gösteren ilaç tedavisi çalışmalarından elde edilmemiştir; biyolojik göstergelere ilişkin çalışmalarda bu alana ilişkin çeşitli kanıtlar ortaya konmuştur.

Serotonin varsayımı, OKB’nin patogenezinin açıklanması için gerekli ancak yeterli bulunmuştur. OKB patogenezinde serotoninin yanı sıra, dopamin nörotransmisyon sisteminin de rolünün olabileceğini destekleyen çeşitli bulgular mevcuttur.

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

OKB’de beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları, orbitofrontal korteks, anterior singulat girus ve bazal ganglionlarda yapısal ve işlevsel anormalliklerin olduğunu ortaya koymuştur.

Nöropsikolojik Çalışmalar

OKB’nin fronto-striatal döngüdeki işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu gösteren çeşitli kanıtlar, OKB hastalarında kurulumu (set) değiştirme, yanıt inhibisyonu, planlama gibi yüksek düzeydeki bilişsel işlevlere karşılık gelen yürütücü işlevlerin araştırılmasını gündeme getirmiştir. OKB’de nöropsikolojik çalışmalar, özellikle yanıt inhibisyonu, dikkatle ilişkili kurulumu değiştirme ve sözel olmayan bellekte bozulma görüldüğünü ortaya koymuştur.

Genetik

OKB’de genetik etkileri göstermek üzere ikiz gruplarında yapılan araştırmalarda, tek yumurta ikizlerinde OKB için eş-hastalanma oranı, çift yumurta ikizlerine göre oldukça yüksek bulunmuştur.

Aile ve ikiz çalışmalarından elde edilen olumlu sonuçlar ve özellikle de ayrışım analizlerinde üzerinde durulan tek gen bölgesi modeli, OKB riskini artırabilecek birçok aday gen üzerinde araştırma yapılmasına yol açmıştır. Nörotransmitter metabolizmasına ilişkin genler ile nörogelişimsel yollarla ilişkili genler ilişkilendirme (association) çalışmaları ile incelenmiştir.

Klinik Özellikler

Obsesyon, kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Kişi, obsesyonlarını zihninin bir ürünü olarak görür. Kompulsiyonlar, kişinin, obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Ancak, yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kişi, kompulsiyonlarını engellemeye çalıştığında yoğun bir anksiyete yaşar.

En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. şeylerin bulaşabileceği endişesi yaşanır. Bu tür obsesyonları olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilir; bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir. Temizleme kompulsiyonları, temizlendiğine ikna olmadan uzun süreli banyo yapma, evi, eşyaları temizleme, çamaşır yıkama vb. şeklinde görülebilir.

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Bu tür obsesyonu olan bir kişi, ütüyi prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle bir tehlike durumuna işaret ettiğinden, ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelir. Kontrol etme kompulsiyonlarına örnek olarak, hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığına ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığının yineleyici tarzda kontrol edilmesi verilebilir. Bu tür kompulsiyonlar evde yaşayanların hava gazından zehirlenmesi, evin havaya uçması ya da yangın çıkması gibi saldırganlık ve şiddet içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır.

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelerin ve olayların belirli bir düzen ve kumanda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar.

Saldırganlık teması obsesyonların içeriğinde ya da bunların ardında yatan çağrışımlarda sıkça yer almaktadır. Saldırganlık obsesyonları olarak tanımlanan bu tür obsesyonlarda, kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri görülür. Bu kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelere bulundurmaktan, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, ölüm haberleriyle karşılaşmamak için gazete okumak ya da televizyon seyretmekten kaçınabilirler.

Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilişkili olabilir. Cinsel obsesyonlara örnek olarak, eşcinsellik, enest ilişkilerle ilgili düşünceler verilebilir.

Günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaların yer aldığı dinsel obsesyonlar, ülkemizde, Batı toplumlarından farklı olarak, sık görülen bir obsesyon tipidir.

Bir diğer obsesyon tipi, hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkan bedensel obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, zührevi hastalıklara vb. yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder.

Gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği, gereksinim duyulmadığı halde satın alındığı kompulsiyon tipi biriktirme kompulsiyonlarıdır. Bu tür kompulsiyonlarda, kullanım değeri olmayan çeşitli nesnelere, atmaya ya da elden çıkarmaya yönelik yoğun bir korku vardır. Biriktirme davranışı, kişinin evdeki yaşam alanını önemli ölçüde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir.

Yineleme tüm kompulsiyonlarda görülen bir özellik olsa da, gündelik yaşama ilişkin bir davranışın tam olarak yapıldığından emin olunamayıp yapma-bozma tarzında sürekli yinelenen durumlarda yineleme kompulsiyonlarından söz edilir. Elektrik düğmesini açıp kapama, kapıdan girip çıkma, yazdıktan sonra silip tekrar yazma, bu tür kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir.

Yineleyici tarzda dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçler, zihinsel kompulsiyonlar olarak tanımlanır.

Obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada görülür. Obsesif düşünceler ve törenselle davranışlar, kişinin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamasına neden olur. ‘Obsesyonel yavaşlık’ olarak tanımlanan bu durum, bazen kişinin yaşantısını felç edecek bir aşırılıkta olabilmekte, sıradan işlerin bile tamamlanması saatler alabilmektedir.

Tanı Ölçütleri

DSM-IV’te Yer Alan Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri Şunlardır:

A) Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

- (1) Obsesyonlar, bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir.
- (2) Bu düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

- (3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirme çabası içindedir.
- (4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- (1) Kompulsiyonlar, kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoymadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
- (2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıklıktan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir. Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, etkisizleştirilmesi ya korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.
- B) Bu bozukluğun gidişi sırasında kişi, bir zaman, obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.
- C) Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan sosyal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.
- D) Başka bir psikiyatrik bozukluk varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bu bozuklukla sınırlı değildir (örn. Yeme Bozukluğu olması durumunda, yemek konusu üzerinde düşünüp durma).
- E) Bu bozukluk bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- DSM-IV'e göre, kişi, hastalık sırasında çoğunlukla obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa, iç görüsü az olan tip belirtilir.

Ayırıcı Tanı

Normal görünümlü bir kişinin, görünümünde hayali olarak kusur olduğunu düşünmesi ya da hafif bir bedensel kusuru olduğunda yoğun bir kaygı duyması ve bununla aşırı ilgilenmesi durumunda beden dismorfik bozukluğu (BDB) tanısı akla gelmelidir. BDB'yi OKB'den ayıran en önemli özellik, kişinin ilgi ve uğraşısının bedeninin kusurlu olduğu düşüncesi üzerinde odaklanmış olmasıdır. BDB ile OKB arasındaki farklılıklardan bir diğeri, BDB'nin zihinsel uğraşlarının genellikle anlamsız ya da saçma olarak görülmemesi ve sıklıkla zayıf bir içgörünün bulunmasıdır.

Kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesine sahip olması ve yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve tıbbi olarak güvence verilmesine karşın bu düşüncesinin sürmesi durumu hipokondriyazis olarak tanımlanır. Bedensel ya da mikropla ilgili bir obsesyonu, hipokondriyak bir uğraşından ayırmak kolay olmayabilir. Hastanın çeşitli obsesyon ve kompulsiyonlarının olması, ayırıcı tanıda yardımcı olur.

Tikler, ani başlangıçlı, hızlı, yineleyici, amaca yönelik olmayan, istemsiz motor hareketler ya da ses çıkarma davranışlarıdır. Kompulsiyonun tersine daha az karmaşık olan tikler, amaçsız ve istemsiz oluşları, gelecekte olmasından korkulan olayların önlenmesi ya da anksiyeteyi azaltma gibi amaçlarının olmamasıyla kompulsiyonlardan ayrılır.

Şizofreninin gelişim aşamasında ya da benzeri psikotik bozukluklarda, geçici ve değişebilen obsesif-kompulsif belirtiler görülebilmekte ve bu tür belirtiler psikotik tablo tam yerleştikten sonra da ara ara ortaya çıkabilmektedir.

Eştanı

OKB'de eştanılı durumlarını araştıran çalışmaların sonuçları, OKB'ye en az %50 oranında başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini ortaya koymuştur.

Çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının %40-60'ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı; OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluklarının panik bozukluğu, özgül fobi, SAB ve YAB olduğu bildirilmiştir.

OKB hastalarında en yüksek oranda görülen I. Eksen bozukluğunun majör depresif bozukluk olduğu, epidemiyolojik ve klinik birçok çalışmanın ortak bulgusudur. Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda, OKB hastalarında %30-45 oranlarında majör depresif bozukluk görüldüğünü; OKB'ye majör depresyonun eşlik etmesinin, obsesif-kompulsif belirtilerin süregelenliği, hastalık şiddeti, tedaviye kötü yanıt ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Epizodik OKB hastalarında OKB'ye görece yüksek oranda iki uçlu bozukluk eşlik edebilmektedir. OKB'ye eşlik edebilen bir diğer bozukluk şizofrenidir. OKB ve şizofreni tanılarının birlikte konulduğu hastaların çoğunda, şizofreni başlangıcının OKB'den daha önce olduğu bildirilmiştir. Çocukluk OKB'si olgularında Tourette bozukluğu görece yüksek oranda görülmektedir.

OKB hastalarında, görece daha az sıklıkla görülen diğer eştanılı bozukluklar arasında yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriyazis sayılabilir.

Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

OKB'de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstermekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi yıllar alabilmektedir. Bununla birlikte, OKB'li hastaların belirli bir bölümünde belirtiler, gebelik ya da yakınıni kaybetme gibi nedenlerle ani bir başlangıç gösterebilir.

OKB'de obsesyon ve kompulsiyonlar süreç içinde şiddet ve biçim değiştirebilmektedir. OKB'li hastalarda bu tür dalgalanmalar sıkça bildirilmekle birlikte, uzunca bir süre belirtilerin tamamen düzelmesi ya da tam remisyonun görülmesinin nadir bir durum olduğu düşünülmüştür. OKB'nin gidiş özellikleri çeşitli yazarlar tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Kimi yazarlar, OKB hastalarını gidiş özelliğine göre, 'sürekli', 'kötüleşmeyle giden' ve 'epizodik' olarak üçe ayırmışlardır. Yaşanan stresli durumlar yakınlarda alevlenmelere yol açabilmektedir.

OKB belirtileri yoğun bir sıkıntı kaynağı olmalarının yanında, oldukça fazla bir zaman kaybına, kişinin günlük etkinliklerinde yaşamı aksatacak ölçüde bir yavaşlamaya neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak, kişinin mesleki ya da eğitimle ilgili işlevselliği, toplumsal etkinlikleri ya da çevresiyle ilişkileri bozulur. OKB'li hastaların yaklaşık %15'inde, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmanın süreç içinde giderek arttığı bildirilmiştir.

İlaç Tedavisi

OKB'de ilk basamak tedavileri, serotonin gerialim inhibitörleri (SGİ) ve bilişsel-davranışçı terapi uygulamalarından oluşur. OKB'de ilk seçenek olarak kullanılan ve çeşitli çalışmalarda etkinlikleri gösterilmiş olan SGİ'ler; klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram ve essitalopramı içerir.

OKB tedavisinde SGİ'ler için optimal doz, tam terapötik etkinin görüldüğü dozdur. Etki görülmediğinde ise, doz en yüksek doza kadar kademeli olarak artırılmaktadır. Tedaviye yanıtın olmadığından söz etmek için, SGİ tedavisi en az 10 hafta sürdürülmüş olmalıdır. SGİ tedavisi ile iyileşme görüldükten sonra, ilaç kesimini takiben ortaya çıkan yüksek orandaki nüksetmeler nedeniyle, tedavinin etkili dozda uzun bir süre (1-2 yıl) sürdürülmesi gerekmektedir.

Tablo 1. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta İlaç Tedavisi Dozları

İlaç	Başlangıç dozu (mg/gün)	Günlük en yüksek doz (mg/gün)
Klomipramin	75	250
Fluoksetin	20	80
Fluvoksamin	50-100	300
Sertralin	50	200
Paroksetin	20	60
Sitalopram	20	60
Essitalopram	10	30

İlk basamak tedavileri sonunda, hastaların %20-30'unda tedaviye yetersiz yanıt ya da yanıtızlık görülmektedir. İlk basamak tedavisine dirençli olan olgularda; güçlendirme (augmentation) tedavileri, alternatif tek ilaç tedavileri, damar içi SGİ uygulamaları ve ilaç dışı biyolojik tedavi uygulamaları gündeme gelmektedir. SGİ tedavisine eklenerek yapılan güçlendirme tedavilerinde, özellikle düşük dozlarda kullanılan atipik antipsikotiklerin ön plana çıktığı görülmektedir.

Psikoterapi

Bilişsel-Davranışçı Terapi

Alıştırma (exposure) ve tepki engellemeyi (response prevention) içeren davranışçı tedavide, hastayla birlikte üzerine gidilecek hedefler saptanarak zorluk sırasına gö-

re bir tedavi programı oluşturulur. Hastanın, oluşturulan program dahilinde, kademe- meli olarak sıkıntısını ve kompulsiyonlarını artıran durumların üstüne gitmesi sağ- lanmakta ve bir yandan da kompulsiyonları engellenmektedir. Kompulsiyonların etkin bir biçimde durdurulması ya da önlenmesiyle, hastaların korktukları durum- larla karşı karşıya kalmaları sağlanmış olur. Tedavi programı, rahatsızlık durumu ortadan kalkıncaya kadar aşamalı olarak sürdürülür.

Terapist eşliğinde yürütülen alıştırma oturumlarının yanısıra, hastalar terapistle birlikte belirledikleri ev ödevleriyle, kendi başlarına alıştırma etkinliklerini (self- exposure) yürütürler.

Davranışçı tedaviyle birlikte yapılan bilişsel tedaviler ise, OKB'li hastalarda risk ve sorumluluk gibi konulardaki mantıklı gibi görünen yanlış bilişlerin değışti- rilmesini hedefler.

Kaynaklar

- Adam E, Şar V, Tükel R, Üçok A, Yazıcı O (ed.). Psikiyatri Ders Kitabı. İstanbul; İstanbul Üniversitesi Yayınları, 1998.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), 1994. Köroğlu E (çev.). Ankara; Hekimler Yayın Birliği, 1994.
- Tükel R. (ed.) Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ankara; Türkiye Psikiyat- ri Derneği Yayınları, 2004.
- Tükel R, Alkın T. (ed.) Anksiyete Bozuklukları. Ankara; Türkiye Psikiyatri Derne- ği Yayınları, 2006.
- Nutt DJ, Ballenger JC (ed.) Anxiety Disorders. Massachusetts; Blacwell Science, 2003.
- Sadock BJ, Sadock VA (ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eighth Edition, Volume One. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Stein DJ, Hollander E (ed.) Textbook of Anxiety Disorders. Washington, DC; American Psychiatric Publishing, 2002.

6 Travmatik Deneyimler ve Ruh Sağlığı

ŞAHİKA YÜKSEL

Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kişinin ağır bir travmatik olay yaşaması veya tanık olması ruh sağlığını uzun veya kısa süreli olarak etkileyebilir. Büyük travmalar, yaşayan herkesi az çok etkiler ve bazılarında ruhsal sorunlara yol açar. Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler tek tip değildir. Travmatik deneyimlerin ardından, travma dışında farklı nedenlerle de görülebilen, depresyon, panik bozukluğu, alkol ve madde kullanımında artış, disosiyatif bozukluklar, uyum bozukluğu, somatoform bozukluklar gibi geniş bir yelpaze içinde değişebilen ruhsal hastalıklar gelişebilir.

Anksiyete bozuklukları arasında yer alan Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ise travma ardından gelişen hastalıklardır.

Potansiyel travmatik olayların cinsiyete bağlı riski konusunda yapılan meta-analiz çalışmalarına göre, TSSB'nin kadınlarda erkeklerden daha fazla gelişmesi beklenir. Kadınlar cinsel olmayan çatışma, kaza, yangın ve benzer travmaları erkeklerden daha seyrek; ama erişkin ve çocukluk devrelerindeki cinsel istismarları erkeklerden daha sık olarak yaşar. Kazaların ve aile içi şiddetin yaygın olduğu ve deprem kuşağında yer alan bir ülke olan Türkiye'de travmaya bağlı ruhsal sorunlar azımsanmayacak bir düzeydedir. Psikososyal travmalara neden olan temel etkenler üç gruba ayrılır. Deprem, sel gibi doğal afetler; kaza ve ihmaller; bir yakınının ani kaybı, savaş, işkence, fiziksel, cinsel şiddet gibi insan eli ile yapılan saldırılar. Bu olayların ortak özelliği beklenmedik oluşu, kişinin kontrolü dışında olması ve onda çaresizlik ve güçsüzlük duygularını yaşatmasıdır. Bu tür olaylar yaşandığında, olayı doğrudan yaşayan kişiler ve dolaylı olarak yaşayan yakınları ve kurtarma ekibine dahil olanlar da etkilenebilir.

Akut Stres Reaksiyonu (ASR) travmatik deneyimin hemen ardından yaşanır, en fazla bir ay sürer ve belirtiler söner. TSSB tanısı ise birinci aydan sonra konulabilir. Sorunlar altı aydan fazla sürerse süregen (kronik) TSSB tanısını alır. Gecikmiş başlangıçlı TSSB durumunda ise belirtiler travmatik olaydan en az altı ay sonra başlar.

DSM-IV-TR’de TSSB’nun Tanımı

Travmanın yeniden yaşandığı, kaçınma, donukluk ve aşırı uyarılma belirtileri olan ve bir travmatik olay ardından başlayan kaygı (anksiyete) bozukluğudur.

TSSB Belirtileri

ASR ve TSSB belirtileri benzer olup, üç gruba ayrılır.

Olayın Yeniden Yaşanması

Kişi istemediği halde, kontrolü dışında travma yaşantısı tekrar tekrar aklına gelir. Flashback de denilen yeniden yaşama sırasında kişi olayı yeniden yaşar gibi hissederek ve rahatsız olur. Geceleri kâbus görür.

Kaçınma

Olayı yaşamaktan, hatırlamaktan, benzer yerlere gitmekten kaçınır; unutkanlık, duygusal donukluk vardır. Daha önce sevdiği ve yaptığı etkinliklere ilgisini kaybeder, insanlardan uzaklaşır, sıkıntılıdır.

Aşırı Uyarılmışlık

Uykusuzluk, kolay uyanma, dikkatini toplama güçlüğü, kolay öfkelenme ve irkilme refleksi, gerginlik ve ağrı.

Bu bozukluk kişinin iş ve özel yaşamını etkiler ve işlevselliği bozulur.

TSSB’ye neden olan olayın özelliğine göre farklı belirtilere de rastlanır. Örneğin cinsel saldırı yaşayan kişilerde cinsel sorunlar tabloya eklenebilir. Göçük altında kalmış bir kişinin kapalı yerlerde kalma zorluğu olabilir.

Çocukluk çağı istismarı ve ihmali veya uzun süreli işkence gibi tekrarlayan travmalar yaşamış olan kişilerde, istismar ilişkisinden kurtulmanın olanaksız olduğu yaşantılanır. Bu grupla çalışan yazarlar, tanımlanan biçimi ile TSSB tanı ölçütlerini yetersiz bulmaktadır. Uzamış ve yineleyen travma mağdurları için “Karmaşık ve Uzamış TSSB” tanısını önermişlerdir. Travmatik deneyim yaşayan kişilerde sık görülebilecek diğer sorunlar arasında; panik atakları, ciddi kaçınma davranışları, intihar düşünceleri, madde kullanımı, ihanete uğramış olma ve güvensizlik duyguları, günlük yaşam işlevselliğinde belirgin aksama, garip düşünceler ve algılar sayılabilir. Özellikle insan eli ile yapılan travmaları yaşayan kişilerde sıklıkla ölç alma isteğine rastlanabilir.

Değerlendirme ve Müdahale

Türkiye’de felaket sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinde özellikle 1999 Marmara Depremi’nin ardından çarpıcı bir artış olmuştur. Felaket sonrası acil ruh sağlığı hizmetlerinin hızla ve doğru verilmesi uzun vadeli sorunların gelişmesinden koruyucu olabilir. Felaket sonrası yeniden yapılanma sürecinde psikososyal deste-

ğin sağlanması bir zorunluluktur. Bu amaçla, felaketin yaşayan kişi için anlamı, kısa ve uzun süreli etkileri ve risk gruplarının ivedilikle tanınması gerekir. Ruh sağlığı uzmanlarının sahip olduğu beceriler felakete hazırlık ve yaşanan olumsuz etkilerin düzeltilmesinde kullanılabilir.

Değerlendirme travma öncesi, travmatik deneyim ve travma sonrasını içerecek şekilde çok boyutlu olmalıdır: Travmanın varlığının bilinmesi, hastalık sınıflandırmalarında yer alan formal (resmi) tanı, ayırıcı tanı, kişinin işlevsel değerlendirilmesi ve adli tıp değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Bu Değerlendirmelerde Şu Noktalar Önem Taşır:

- Travma öncesi öykü, temel işlev düzeyi, kişinin daha önceki travmaları
- Travma öncesi yakın evredeki psikososyal durum
- Travmatik olay sırasında ve hemen sonrası çıkan başa çıkma yanıtları
- Travma sonrası psikososyal bağlam: aile yapısı, çevre ilişkisi
- Kişinin travmaya verdiği anlam
- Daha öncesindeki ve travma sonrasındaki duygusal ve maddi destek kaynakları

Tedavi İlişkisi

Travma mağdurları bir radar gibi etraftaki kişi ve olayları, uyarıları kontrol eder. Bu testlere doktorlar ve psikologlar da dahildir. Tedavi ilişkisinin anahtar ilkeleri; güvenli bir ilişki kurulması, bilgilendirme, etkin katılım ve bilişsel değerlendirmeyi kapsar. Güvenli bir ilişki kurulması bir tedavinin başlayabilmesi için vazgeçilmez ön koşuldur. Travma nedir sorusunun en basit tanımı bir kriz reaksiyonu olabilir. Yaşamın bir dengesi vardır. Günlük stressörler belirli bir denge içinde çıkar. Kişinin günlük stresle nasıl başa çıkacağına ilişkin bir dağarcığı vardır ve duygularımız bir sınır içinde oynar. Felaket-travma, kişinin günlük yaşamında alıştığı ve kullandığı bu dengeyi altüst ederek bozar. Tedavide bu dengenin yeniden kurulması gerekmektedir.

Kriz Devresi

Olayın hemen ardından ilk 72 saat içinde, olay yerindeki erken müdahaleler önem taşımaktadır. Bu devrede kişi kendisini ihmal edebilir. Temel fizyolojik gereksinimlerin ve kendine bakımın sağlanması önemlidir. Düzenli sıvı ve gıda alması, uyuması, alkol, sigara veya kahve gibi uyarıcıların sınırlandırılmasına dikkat çekilir.

Tedavi Seçenekleri

Felaketler kişinin bedenini, ruhsal yapısını ve sosyal ilişkilerini etkilediğine göre, tedavi de aynı alanlara yönelik, çok yönlü olmak durumundadır. Amaç, ağır stres altındaki kişilere duruma uyum sağlamaları ve zorluklara karşı ellerindeki kıt kaynakları kullanmanın yollarını açmaktır. Olağandışı durumlarda gelişen ruhsal sorunların tedavisinde; ilaç, psikoterapi veya bunların birlikte kullanımı seçilebilir.

Travma Odaklı Psikoterapiler

Kişinin felaketin/travmanın izlerini azaltıp iyileşebilmesi, olayın toplumsal ve politik bağlamından ayrılamaz. Kişinin kaçındığı olayları anımsaması, bu konuda konuşabilmesi ve olayla yüzleşmeye etkin katılımı desteklenir. Konu ile ilgili özellikle kendini sorumlu tutma-suçlama, artık güçsüz olup hiç iyileşemeyeceği gibi düşünceleri paylaşılır, tartılır, yeniden değerlendirilmelerine yardımcı olunur (bilişsel değerlendirme). Böylece, benlik duygusunun, kendine güvenin ve başa çıkma kapasitesinin yeniden geliştirilmesinin yolları açılır. Bunları yaparken aşırı koruma veya aşırı acıma dolayısıyla, onlar adına karar verme, sorumluluk alma veya aşırı mesafeli soğuk davranış ve tutumlar geliştirmemeleri için sağlık personeli ve özellikle terapistler dikkatli olmalıdır.

Eğitim ve Destekleyici Danışmanlık

Psikolojik bilgilendirme, daima tedavi paketine eklenmelidir. Kişi, yaşadığı zorlukların yaratacağı ve yarattığı sorunlarla ilgili olarak bilgilendirilmelidir. Problemi anlamak ve ne yapılacağına karar vermek, uzun zamandır yaşanıyor olsa bile, TSSB belirtileri üzerinde kontrol kazanmak için gereklidir. Felaketin hemen ardından şaşkınlık evresinde olan bir kişinin, anlama kapasitesi hesaba katılmalı ve detaylı bilgiler tekrar tekrar ve dikkatle verilmelidir. Böylece mağdurların sorulan veya sorulmayan sorularına yanıt verilir. Daha sonraki devrelerde ise, gerçekçi olmayan beklentilerin, gerçekçi yanıtlarla düzeltilerek, duruma uyumun yerleştirilmesi gerekir.

Kaygının Kontrolü

TSSB belirtilerinin etkilerinin azaltılması ve onlarla daha kolay başa çıkma amacı ile, aktif gevşeme eğitimi, nefes alma eğitimi gibi her ortamda uygulanabilir beceriler öğretilir.

Yüzleştirme Tedavisi

Yüzleştirme yöntemlerinin ortak özelliği, kaygısı yüksek olan kişiyi, korku ve kaygıyı giderek azaltmak için, korku-uyandıran uyaranlarla karşılaştırmaktır. Terapist ve travma mağduru, önce zorlanma yaratıcı alanları saptar. Kişi, kendisi için önemli ve anlamlı olan, eskiden yapabildiği ama şimdi yapmakta zorlandığı, gerçekçi olmayan, korkulan durumlar, anılar ve duygularla yüzleştirilir. Yöntemin uygulanması, karşılıklı anlaşma ve kişinin istekliliği ile bağlantılıdır.

Bilişsel Tedaviler

Burada amaç, mantıksız düşüncelerin düzeltilmesidir. Önce bu tür düşüncelerin tanınması, ardından onların değiştirilmesi üzerinde çalışılır. Düşüncelerdeki değiştirme daha dengeli bir duygusal durumu kazanmayı sağlayabilir.

Psikolojik bilgilendirme ve kaygının düzenlenmesi ruh sağlığı uzmanı olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir. Yüzleştirme ve bilişsel çalışmalar ise ilgili uzmanlar tarafından yapılabilir.

İlaç Tedavisi

3-6 aydan uzun süren TSSB vakalarında, işlevselliğin çok aksadığı, belirgin depresif belirtilerin veya intihar düşüncelerinin bulunduğu durumlarda, ilaç tedavisi düşünülmelidir. TSSB'nin tedavisinde antidepresanlar kullanılmaktadır. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSGİ) TSSB vakalarında yaygın olarak kullanılmıştır. Fluoksetin (20-60 mg/gün), sertralin (50-100 mg/gün), fluvoksamin (100 mg/gün) ve sitopram (20-40 mg/gün) ile yapılan çalışmalar, bu ilaçların TSSB'de etkin olduğunu göstermiştir. Benzodiazepinlerin yaygın anksiyete belirtilerine iyi geleceği düşünülmüş olmakla birlikte, TSSB'de etkili olduğu gösterilmemiştir. Ayrıca, bu tür ilaçlar bazen çok erken devrede gereksiz olarak verilebilmekte ve kesilmesi sırasında çıkan yoksunluk tabloları da atlanabilmektedir. Antidepresan tedavisine başlanırsa en az altı ay kullanılması ve hastanın mutlaka izlenmesi uygundur.

Yas

Sevilen bir kişinin kaybından sonra ortaya çıkacak olan yas normal ve doğal bir tepkidir. Tedavi gerekmez. Normal yasta kişilerde bir süre işlev yitimi olursa da, kendiliğinden düzelir.

Travmatik Yas

Bazı ölümlerin ardından travmatik yas gelişebilir. Ani, beklenmedik bir kayıp veya intihar, öldürülme veya vahşet içeren bir ölüm, bu doğal süreci, kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olması ile etkiler. Buradaki travmatik etki bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşması için bir risktir. Bu durumda profesyonel destek ve tedavi gerekir.

Travmatik Yas Tanısı

A ölçütleri, bir yakının ölümü ve ayrılık kaygısının belirtilerine ilişkindir.

1-Ani, beklenmedik, vahşet içeren şekilde bir yakının ölümü söz konusudur. Tanı koymak için ölümün objektif olarak travmatik olması gerekmemektedir. Yakınlık derecesi değişebilir, kişinin yakın olduğu, güvendiği, özdeşleştiği ve travmatik ayrılık yaşadığı biri olması yeterlidir.

2- Kişi, yitirdiği kişiyle ilgili uğraşlar içindedir. Tekrarlayıcı ve rahatsız edici olan bu belirtiler, zaman zaman arama, özleme, hasret çekme şeklinde olup, daima hayal kırıklığı ile sonlanmaktadır.

B ölçütleri, ölümle travmatizasyonun yasa özgün belirtilerine ilişkindir: Ölen kişi ile ilgili onbir temel belirtiden en az dördünün bulunması gerekir. Bu belirtiler belirgin olmalı ve süreklilik taşınmalıdır. Bu belirtilerde duygular ölenle ilgilidir. Bu belirtiler şöyle sıralanabilir: Geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlaşma hissi, ölümü kabulde güçlük, hayatın

anlamsız ve boş olduğu hissi, ölen olmadan da yaşamın anlamlı olabileceğini hayal edememe, bir parçasının yok olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğu, emniyette olmama ve güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiğine ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissi.

C ölçütü, süreye ilişkindir. Bu belirtilerin en az iki ay sürmesi gerekir.

D ölçütü, Psikososyal işlevlerdeki aksamaya ilişkindir. Sayılan belirtiler sosyal, mesleki ya da yaşamın diğer önemli alanlarında işlev bozukluğuna neden olmalıdır.

Travmatik yas olguları doğrudan ruh sağlığı tedavisi için seyrek başvurur. Sıklıkla bedensel yakınmalarla birinci basamak sağlık kuruluşlarına veya diğer tıp uzmanlık dallarına başvuran bu kişilerin, ruh sağlığı kiniklerine yönlendirilmesi gerekir. Travmatik kayıp durumları açısından yüklü bir ülke olan Türkiye’de bu tür yitim yaşantıları olanların öncelikli risk grubu olması, ruh sağlığı hizmetleri içinde gözardı edilmemelidir.

Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet (AİŞ) kadınlarda sakatlığa ve ölüme yol açabilen, bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle hükümetler ve sağlıktan sorumlu yetkililerin bu sorunu bir sağlık problemi olarak tanımlaması ve acil önlemler alması gerekmektedir. Türkiye’de de, AİŞ yaşayanların korunması ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır; ama bunların pratikte uygulanmaması ve mağdurlara güvenli yaşam alanlarının (sığınakların) sağlanmaması nedeni ile, çok sayıda kadın uzun süre kötü muamele ve şiddet yaşamaktadır. İlgili tedbirler alınmadığında, namus adına cinayetlerle kadınlar ölmekte, gençler katil olmaya zorlanmaktadır. Bireylerin kendilerini güvende hissedebilecekleri yer olarak tanımlanan ve bu rolü doldurması beklenen “aile” içinde, şiddetin yaygın ve sık olarak yaşandığını biliyoruz. Çocuklukta başlayan fizik ve cinsel istismar; evli kadınlarda duygusal, ekonomik, fiziksel ve cinsel istismar veya tecavüz şeklinde, yaşam boyu sürebilmektedir. Ailedeki şiddetin cinsiyeti vardır: Sıklıkla, uygulayan erkek, şiddete maruz kalan ise kadındır. Bu nedenle bu yazıda AİŞ denildiğinde, aile içindeki ve kadına yönelik olan şiddeti anlamalıyız. Şiddet, bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğü bozan, bir insan hakları ihhalidir; ve bu kadın, erkek, çocuk, herkes için geçerli bir durumdur.

Namus Cinayetleri

Türkiye’de ancak son yıllarda açıkça tartışılmaya ve mücadele edilmeye başlanan, önemli bir AİŞ biçimidir. Namus cinayetlerinde, kadınların öldürülme veya intihara zorlanma yoluyla, yaşam hakları yok edilmektedir. Klinik deneyimlerimiz arasında da görünmez konumda olan namus cinayetleri, konuya duyarlı kadın kuruluşları ve özellikle Merkezi Diyarbakır’da olan KA-MER’in çalışmalarıyla daha iyi tanınır olmuştur. Namus cinayetleri, uluslararası hukuk açısından da yargısız infaz olarak kabul edilmektedir. Engellemek için, farklı düzeylerde strateji geliştirilmelidir. İlk adım riskli durumların saptanması ve kadının korunmaya alınması olmalıdır.

Hamilelik ve Şiddet

Fiziksel şiddetin zaten süregeldiği evliliklerde/ilişkilerde gebeliğin, fiziksel şiddet riskini ikiye katladığı görülür. Farklı ülkelerde ve farklı sosyoekonomik gruptan kadınlarla yapılan çeşitli taramalar, gebelik döneminin aile içi şiddet açısından, %6-20 arasında değişen, riskli bir dönem olduğuna işaret etmektedir. Gebelikte şiddet hem anne hem fetüsü etkiler. Gebelik sırasındaki anne adayının şiddete maruz kalması erken doğum, doğum öncesi kanama, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlara sebep olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eşlerin uyguladığı şiddeti, yakın bir ilişkide fiziksel, psikolojik veya cinsel zarar veren her tür davranış olarak tanımlamıştır. Bunların içinde tokat atma, vurma, tekmeleme ve dövme gibi fiziksel saldırı fiilleri; sindirme, sürekli küçük düşürme ve aşağılama gibi psikolojik taciz; cinsel ilişkiye zorlama ve öteki cinsel zor kullanma biçimleri; söz konusu mağduru yakınlarından, ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaştırma, hareketlerini gözleme ve bilgi ya da yardıma ulaşmasını kısıtlama gibi çeşitli kontrol edici davranışlar yer almaktadır. Aynı raporda, 48 ülkede yapılan toplum araştırmasında kadınların %10-69'unun eşleri veya birlikte olduğu kişiler tarafından hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir.

Türkiye'de 1994'de ve 2007'de yapılan iki toplumsal taramada çok yakın oranlar bulunmuştur. Evli kadınların %29'u eşleri tarafından dövüldüklerini bildirmiştir. Yaygın kanının aksine, şiddet sadece alt-sosyo-ekonomik gruptan olan kadınlara değil, her sınıftan ve her gruptan kadına yönelebilmektedir. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfının 1990 - 1996 yılları arasında 1.259 kadın arasında yürüttüğü bir araştırma, kadınların %88'inin bir şiddet ortamında yaşadığını ve %68'inin eşleri tarafından dövüldüğünü göstermiştir. 2004 yılında yapılan, toplum temelli çalışmada, "eşiniz /partneriniz/yakın geçmişte birlikte olduğunuz birinin size vurduğu oldu mu" sorusuna "evet" yanıtı veren kadınların oranı %37 bulunmuştur. Şiddet gördüğünü belirten iki kadından birinin okur-yazar olmadığı da bildirilmiştir. Üniversite mezunları arasında bu oran düşmekle birlikte, hiç azımsanamayacak bir düzeyde olması da dikkat çekicidir.

Öğrenme kuramları, sosyal koşullanma, biyolojik kuramlar ve psikanaliz gibi farklı kuramlar her biri kendi bakışına göre genelde şiddetin kaynağına ilişkin açıklamalar önermektedir. Ama erkeklerin kadınlar üzerindeki iktidarlarının bir aracı olan sistematik şiddet konusunda, hiçbiri yeterli bir açıklama sunamamaktadır. Kadınların aleyhine işleyen bu eşitsizliğin çözümü, kadına verilen yerin ve onlara uygulanan cinsiyetçi-ayrımcı anlayışın değişmesi ile mümkün olacaktır. Bu konuda sağlıkçılara ve ruh sağlığı alanında çalışanlara, aile içi ve dışı şiddeti fark etme ve yönlendirme sorumluluğu düşmektedir.

Cinsel Travma

Cinsel travma, kişinin onayı olmaksızın veya onay verecek konumda olmadığı bir durumda karşılaştığı sözel, görsel ya da fiziksel olarak, cinsel içerikli her türlü uyarandır. Saldırgan ve saldırıya maruz kalan kişi arasında yakınlık derecesi değişebi-

lir. Birbirlerini tanımayan iki yabancı olabildikleri gibi; tanıdık, arkadaş veya aile üyesi olabilirler. Saldırganlar eylemlerini şiddet içerecek şekilde tehdit, zorlama, baskı ya da etkileyerek veya kandırarak, hile ile gerçekleştirebilir.

Cinsel şiddet, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin bir türüdür. Cinsel travmaların pek çoğu (9/10) erkeklerden kadınlara yönelik olur. Cinsel şiddet silahlı çatışma durumunda gerçekleştiğinde ise savaş hukukunun ciddi biçimde çiğnenmesidir. Cinsel şiddet; fiziksel, psikolojik ve duygusal açıdan zarara yol açabilecek olan cinsel nitelikli davranış veya tehdit niteliğinde, taciz ve suistimal içeren davranışlardır. Cinsel şiddet eylemlerinden tecavüz, cinsel tacizin en şiddetli biçimidir. Ayrıca istenmeyen gebelik ve HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) da yol açmaktadır. Ancak tecavüz, içinde damgalanmayı da barındırdığından, gerçek boyutunun çok altında belgelenebilmekte olup, nadiren cezalandırılmaktadır. Mağdurlar bireysel ve toplumsal farklı nedenlerle, cinsel saldırılarda yasal yollara başvurmazlar. Bu nedenler arasında utanma, kendilerine inanılmamasından veya daha fazla şiddete maruz kalmaktan korkmaya sıklıkla rastlanmaktadır.

Cinsel Saldırıların Sıklığı

Amerikan Adalet Bürosunun 2003 yılı verilerine göre, cinsel taciz veya tecavüz mağdurlarının 7/10'u tanıdıkları veya eşleri tarafından taciz edilmişler. 1991-1996 yılları arasındaki yasal başvuru sonuçlarında ise, yasal işlem yapılan cinsel taciz raporlarının %67'si 18 yaşından küçük gençlere aittir ve bu oranın %34'ünü 12 yaşından küçük mağdurların oluşturduğu bildirilmiştir. Türkiye'de Ağustos 2003'te cezaevlerindeki hükümlü-hükmen tutuklu ve tutukluların 4266'sını cinsel suçluların oluşturduğu saptanmıştır. 'Müslüman toplumlarda kadın ve cinsellik' konulu raporda, Türkiye'de kadınların %36'sının bazen, %16'sının ise sıklıkla aile içi tecavüze uğradığı bildirilmiştir. Cinsel taciz, istenmeyen her çeşit cinsel temas veya tehdit, tecavüz ya da tecavüz girişimi şeklinde olabilir. Cinsel davranış biçimleri cinsel birleşmeye zorlama (tejavüz), tecavüz girişimi, çocuk cinsel tacizi, ensest, oral veya anal cinsel eylem ya da okşama şeklinde ortaya çıkabilir.

Farklı travma türleri içinde en az bildirileni, yani travmadan sonra destek tedavi imkanı olmayan grup cinsel saldırılar olup, tecavüzün bir ruhsal hastalık oluşturma riski yüksektir. Cinsel travmatik deneyimler kişinin yakınlarından gizlendiği gibi çoğu kez doktora da açıklanmaz. Cinsel saldırılar veya istenmeden zorunlu olarak tekrarlayan cinsel ilişkiler cinsel sorunlara da neden olur. Cinsel travma öyküsü olan kadınlar travma öykülerini gizler, açıklayamaz, hatta travmasını açıklamadan veya hatırlamadan, cinsel sorunu için destek isteyebilir. Cinsel travma öyküsü olan kişilerin seks tedavilerinde bu durumun dikkate alınması ve önce travma konusunda çalışılması gerekir.

Cinsel Taciz

Taraflardan birinin rızası dışında uygulanan her çeşit cinsel davranıştır. Çocuklar söz konusu olduğunda rızaya bakılmaz. 18 yaşından küçük kimseye uygulanan her çeşit cinsel davranış taciz olarak değerlendirilir.

Tecavüz

Fizik zorlama ile zarar verme, yaralama, öldürme tehdidi ile veya ruhsal hastalık, zihinsel gerilik veya ilaç-madde etkisi ile, yargılama yetisinin olmadığı durumda bir çocuğa, ergene veya yetişkine cinsel girişim anlamındadır. Bu tanım vaginal, anal, oral giriş ve giriş girişimlerini kapsar.

Eş-Partner Şiddeti (Intimate Partner Violence)

Kadınların eşleri, eski eşleri, sevgilileri ve eski sevgililerinden gelen cinsel şiddeti kapsar.

Randevu Tecavüzü (Date Rape)

Eski sevgilinin ya da boşanmakta olan eşin zorlaması ile gerçekleşen tecavüzlerdir. Üniversite kampüslerinde görülen tecavüzlerin %80'inin tanıtık biri veya randevulaşanlar tarafından yapıldığı bildirilmiştir. Bu tür kişilerden gelen tecavüzlerin bir travma olarak tanımlanması daha zordur; bu nedenle kişi kendini daha çok suçlar, sorumlu tutar, daha da az bildirir ve sonuçtaki ruhsal bozukluk daha ağır olabilir.

İşyerinde Cinsel Taciz

İşyerindeki işverenin veya amir konumundaki kişilerin yönelttiği taciz, işyeri dışında gerçekleşen cinsel tacizlere benzerlik göstermekle birlikte; aynı zamanda bir çalışma koşulu haline gelerek, mağdurun çalışma hak ve özgürlüğünü ihlal ettiği ve dolayısıyla ekonomik özgürlüğünü ve özerkliğini tehdit ettiği için, işyeri dışında gerçekleşen cinsel tacizden ayrılmaktadır. Bu nedenle bu duruma "Ekonomik Tecavüz" diyen yazarlar da vardır.

Ensest

Ana-baba otoritesine sahip bir erişkin ile, bir çocuk veya ergen arasındaki her çeşit cinsel ilişkidir. Önemli olan, istismar eden kişinin çocuğun bakımından ve gelişiminden sorumlu olmasıdır. Baba, ağabey, amca, kuzen gibi kan bağı olan kişiler yanında, enişte, üvey baba, öğretmen, bakıcı, evlat edinmiş olan kişiler gibi kan bağı olmayan yakınlar da bu kapsama girer. Cinsel ilişkiden kast edilen de, gizli tutulmaya çalışılan bütün cinsel içerikli temaslardır. Türkiye'de kadın kuruluşlarına ve sağlık hizmetlere gelen ensest olguları, bize aile içi cinsel istismardan hiçbir sosyo-ekonomik grubun muaf olmadığını göstermektedir. Bu durumdaki çocuklar, sorunu açıklayacak ve kendilerini koruyacak kişi ve yer bulmakta çaresizdir.

Cinsel bir baskı yaşadığını açıklayan bir çocuk/ergen, önce suçlanmadan dinlenmeli, istismarın varlığı araştırılmalı ve istismarın sürmesi engellenmelidir. Çok kere, aile içi cinsel istismarda, istismar eden kişi, kızlık zarının sağlam kalmasına özen göstermektedir. Zarın olmaması cinsel istismar öyküsünü destekleyecektir; ama varlığı cinsel istismarın yaşanmadığına ilişkin bir kanıt olarak değerlendirilmemelidir. Bedensel bir inceleme yapmak gerekirse, çocuğa önce yapılacak muayene anlatılmalı,

mümkünse bedensel muayene sırasında çocuğun güvendiği bir kişi yanında bulunmalıdır. Cinsel istismar mutlaka fizik istismarla birlikte gitmemekle birlikte, eşine ve çocuklarına fizik şiddet kullanan kişilerin cinsel istismarda bulunma olasılığı daha fazladır. Cinsel istismar öyküsü olan çocuk ve gençler farklı sorunlarla doktorlara başvurabilir. Bazıları, doğrudan cinsel istismarla gelebilir. Diğerleri cinsel istismarı açıklamaz ve okul başarısında ani düşüş, içe çekilme veya tersine saldırganlık, uyumsuz davranışlar, uyku ve iştah bozuklukları, korku gibi farklı problemlerle gelir. Ergenlerde; evden kaçma, iştahsızlık, uykusuzluk, unutkanlıklar, intihar girişimleri, alkol-madde kullanma eğilimi sık rastlanan sorunlar arasındadır.

Bazı cinsel şiddet mağdurları diğerlerine göre olayın etkileriyle daha kısa zamanda baş edebilirken, bazı mağdurlar uğradıkları travmatik olayın etkilerini yaşamları boyunca taşırlar. Cinsel taciz sonrasında mağdurun yaşı, gelişimsel olgunluğu, mağdurun ulaşabileceği sosyal destek sisteminin varlığı/yokluğu, saldırganla yakınlığı-ilişkisi, olayın sıklığı, şiddeti, süresi, olayın gerçekleştiği yer, şiddetin düzeyi, yaralanmanın olması, mağdurun olayla ilgili değerlendirmenin yapılması için gittiği veya gönderildiği karakoldaki polis taciz olayına ve mağdura yaklaşımı, tıbbi değerlendirmenin yapıldığı yerdeki tıbbi personelin yaklaşımı-tutumu, görüş-tüğü savcının tutumu, çıktığı mahkemedeki hakimlerin tutumu, sevdiklerinin tutumu, adalet sisteminin tepkisi, toplumun değer yargıları- tutumu ve travmatik olayın cinsel taciz mağduru için anlamı gibi etkenlere göre, tacizin etkileriyle baş etme şekilleri de farklılaşır.

Yukarıda sayılan TSSB belirtileri cinsel travmalar için de geçerlidir. Ayrıca, fiziksel zorlamaya bağlı olarak ağrı, yaralanma, bulantı, kusma -başağrısı, kanama ve düşük olabilir. Fizik şiddet içeren veya zorla yaşatılan cinsel ilişkilerde HIV bulaşma olasılığı artar. Bu tür deneyimleri olan kadınlarda zorla uygulanan vaginal ilişki yarıktır ve zedelenmeler virüsün geçmesini kolaylaştırır. Yapısı itibarıyla zedelenmeye daha açık olduğu için tüm anal ilişkiler virüsün geçişi için riskli olmakla birlikte, kadın ve erkeklerdeki zorla uygulamada risk artar. Araştırmalar şu konulara dikkat çekmiştir: Zorla seks, kadınlarda fizik travmaya neden olup kadındaki HIV riskini artırır. HIV pozitif olan kadınlar arasında cinsel şiddete maruz kalma deneyimi HIV negatif olanlardan daha yüksek bulunmuştur. AIDS, özellikle üreme çağındaki kadınlarda önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. AIDS, kentlerde yaşayan düşük gelirli kadınlar arasında daha yaygındır. Kadınlarda artma nedenlerine ilişkin tartışmalar süregitmektedir. Özellikle uzun süreli evli olan kadınların kendilerini tek eşli ve risk altında görmemesi ve hastalık için korunma düşünmemesi ilk akla gelen nedenler arasındadır. Araştırmalar, çocuklukta cinsel taciz ve erişkin devrede cinsel ve fizik tacizlere maruz kalan kadınlar arasında HIV'in daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir. Psikopatoloji riskini veya kırılabilirliği artıran etkenler olarak, tacizin erken yaşta yaşanmış olması, daha önce cinsel taciz veya tecavüz öyküsünün var olması, çoğul seks yapan eş varlığı, seks işçisi olarak çalışma, alkol-madde bağımlılığı, fizik ve ekonomik şiddetin var olması ve yoksulluk sayılabilir. Bu etkenler dikkate alındığında; silahlı çatışma ve savaş ortamları ve mülteci kampları, prefabrik yaşam koşullarının cinsel travmalar için de riskli olduğu aşikârdır.

Cinsel Tacize Uğrayan Bir Kişi veya Yakınları Ne Yapabilir?

Cinsel şiddet mağdurlarının bilmesi gereken önemli konulardan birisi, uğradıkları şiddetin hiç bir şekilde kendi suçları olmadığıdır. Sorumlu olan, istemediği halde kendisine tacizde bulunan kişi/kişilerdir. Saldırgan hükmetme, aşağılama, kötü davranma arzusuyla hareket eder. Cinsel taciz, saldırganlığın cinsellik yoluyla ifadesidir; aşk, tutku, haz, şehvet, ihtiras ve arzuyla ilişkisi çok azdır. Mağdurun kendisini sorumlu tutması veya yaşadığını açıkladığında kendisine “kötü gözle bakılacağı” endişesi ile cinsel saldırıyı gizlemesi saldırganın içine yarar. Yaptıklarının sorumluluğunu yaşamaz. Dahası, cinsel saldırıda bulunan kişiler özellikle daha geleneksel gruplarda yaşayan mağdurları, durumu yakınlarına bildirmekle tehdit ederek istismar eylemlerini sürdürebilirler. Olayın gizli kalması, tekrarlamasına yol açarak sorun üretmeye devam edecektir. Ailelere her durumda güvenmek doğru bir beklenti değildir. Namus cinayetlerinde örneklerini gördüğümüz gibi, cinsel saldırıya maruz kalan kişi “aile itibarını temizlemek” amacıyla intihara zorlanabilir veya öldürülebilir. Bedensel değerlendirilmesi biten mağdur psikolojik destek için yönlendirilmelidir.

Erken başvuru daima çok değerlidir. İlk 72 saat içindeki başvurularda adli tıp delillerinin toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi, acil doğum kontrolü müdahalesi mümkündür. Tecavüz sözkonusu olduğunda hastaya, yaşadığı tacizle ilgili duygularının, korkularının, kaygılarının normal tepkiler olduğu belirtilecek, konuşmaya ve kendini ifadeye cesaretlendirilmelidir. Mahremiyet için özen gösterilmeli; mağdurun aile üyeleriyle bağlantı kurmak için, daima mağdurun izni alınmalıdır. Mağdur 18 yaş altında ise veya kendi karar verecek yeterlikte değilse ve adli bir durum sözkonusu ise, bilginin en azından bir bölümünün gizli kalmayacağı, görüşme sırasında kendisine açıklanmalıdır. Mağdurun güvenliğini sağlama öncesinde, saldırganla hala ilişkisi olup olmadığı, aynı çevrede yaşayıp yaşamadıkları, saldırganla mağdurun ortak kullandıkları araba, ev gibi özellikler belirlenmelidir. Hekim, mağdurun psikolojik ve psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olup olmadığını, sürmekte olan ruhsal şikayetlerini değerlendirerek saptar ve tedaviyi yönlendirir.

Cinsel taciz yalnızca mağduru etkilemez, aynı zamanda ailesini, sevenlerini ve toplumu da etkiler. Yakınları saldırıdan sonra, yalnızca mağdura soruyla başetmede yardımcı kalmayıp; aynı zamanda, önem verdikleri kişinin mağduriyetiyle ilgili kendi duygularıyla da başetmek zorunda kalacaktır. Bu durum yakınların da mağdurla benzer duyguları yaşamasına neden olur, yani onların da desteğe ihtiyacı olmadığı, mağdura destek olurken onu yargılamadan dinlemeli, ona tacizin kendi suçu olmadığı, zarardan korunmak için yaptıklarının gerekli ve doğru olduğu belirtilmeli; mağdur tıbbi değerlendirme için cesaretlendirilmeli, eğer mümkünse tacizi avukatla, ruh sağlığı uzmanıyla veya güvendiği kişilerle konuşması cesaretlendirilmelidir.

Taciz ve Yasal Başvuru

Taciz polise bildirilecek ve yasal işlem yapılacaktır, mağdur yıkanmamalı, tuvaletini yapmamalı, taciz sırasındaki giysilerini saklamalı, saçını taramamalı, makyaj yapmamalı, bir şey yiyip içmemeli ve olay yerini temizlememelidir. Cinsel taciz mağdurla-

rı yasal şikayette bulduklarında adli muayeneye gönderilirler. Bu süreçte suçla bağlantılı olabilecek gerekli deliller toplanır. Saldırganın bırakmış olabileceği salgılar, vajinal-anal swablar alınır; eğer ağız teması olmuşsa aynı işlemler tekrarlanır. Buna ilave olarak mağdurun saç tellerinden, cinsel bölgesindeki kıllardan da örnekler alınır. Mağdurun taciz sırasında üzerinde olan giysilerinden deliller toplanır.

Mağdur yaşadığı travmatik olayı şikayetten önce ve şikayet sırasında yakınlarına, sağlık mensuplarına, polise, avukatına, savcılığa ve hakimlere tekrar tekrar anlatmak zorundadır. Cinsel taciz mağdurları yasal sürecin aylarca hatta yıllarca süreceğini bilmelidirler. Travmatik yaşantılarını defalarca hatırlama, tekrar tekrar yaşanılarak acı duyma korkusu mağdurları yasal başvuruda bulunmaktan alıkoymaktadır. Ringel (1997) çalışmasında, cinsel taciz ve tecavüz mağdurlarından sadece %32'sinin olayı polise bildirdiğini belirtmiştir. Mağdurları yasal yollara başvurmadan alıkoyan, yasal süreçteki zorlukların dışında faktörler de bulunmaktadır. Bunlar utanç, mahcubiyet duyma, kendini suçlama, basına konu olmaktan korkma, saldırganın daha sonra zarar vermesinden, misilleme yapmasından korkma, mahkemede kendisinin özel hayatıyla ilgili bilgilerin konuşulmasından ve saldırganın suçsuz bulunmasından korkma şeklindedir. Cinsel taciz ve tecavüzde yapan değil yaşayanın damgalanması, olayın gizli kalmasına, açıklama ve yardım almanın engellenmesine yol açan ana etkidir. Yasal şikayette bulunma gücüne sahip olan mağdurlar, süreç zorlu olsa da, saldırganın yargılanması ve suçlu bulunması durumunda, uğradıkları haksızlığı kanıtlayıp suçluların cezalandırılmasını sağladıklarından mutlu olmakta, bu durum ruhsal iyileşme dönemini olumlu yönde etkilemektedir.

Koruma

Aile içinde istismar edilmiş olan bir çocuğun veya gencin evden, alıştığı ortamdaki uzaklaştırılması onu suçlamak demektir. İstismar eden kişinin uzaklaştırılması ve çocuğa veya gence diğer aile üyeleri ile yeni bir yaşam düzenlenmesinin yapılması ideal yoldur. Bu seçenek gerçekleştirilemediğinde çocuk için en uygun yeni düzen araştırılmalıdır. Çocuğun cinsel istismarını öğrenen diğer aile üyeleri (sıklıkla anne) için de travmatik bir deneyim oluşur. Anne veya çocuğa bakan diğer üyeler kendilerini toparlar ve güç kazanırlarsa çocuğu koruma ve bakma işlevini yürütebilirler.

Cinsel istismarı yapan kişilerin tedavisi de tartışılmakta olan bir konudur. Bu kişiler, kendileri istediği ve işbirliği yaptıkları takdirde, onların davranış değişikliği için de çalışılabilir. Ancak, bu özel uzmanlık isteyen ve uzun süreli bir tedavi ve izlem programı demektir.

Öneriler

4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, aile içi şiddeti durdurmak amacıyla taşır. Şiddet uygulayan kişiyi evden uzaklaştırır. Bu kanundan yararlanmak için karakola, savcılığa veya SHÇEK İl Müdürlüklerine başvurulabilir. Cinsel istismarın bir cinsellik değil saldırganlık olduğu bilgisi toplumda yaygınlaştırılmalıdır. Kadınlara yönelik cinsiyetçi şiddetten haberdarlık ve karşı koyma programları yaygın

olarak kullanılmalıdır. Ergenlerde cinsel taciz öyküsünün önünü yol yakınken kesmek gerekir. Bu amaçla okullarda kamu iletişim araçları ile yaygın eğitim yapılmalıdır. Ergenlere, bedenini koruma ve istenmeyen cinselliklere karşıkoyma amaçlı eğitim yapılmalıdır. Cinsiyetçi bakış ile toplumsal rolleri nedeniyle güçsüz konumda olan kadınlar için, şiddet ve HIV'den korunma ve tedavisi konulu programlar-stratejiler geliştirilmelidir. Tacize uğramış olan kişilerin kriz sonrası ve uzun dönemde başvurabileceği, kolay ulaşılır merkezler oluşturulmalıdır. Cinsel taciz problemi hakkında toplumsal duyarlılık artırılmalı ve medya, görsel ve yazılı basında çocuklardan cinsel haz almaya karşı çıkılmalıdır. Cinsel tacizin yetkilere bildirilmesi ve sorumluların izlenmesi sağlanmalıdır.

Cinsel suç mağdurlarını ve saldırganları tedavi programları sistemli olarak düzenlenmeli, olanların sayısı artırılmalıdır. Cinsel taciz mağdurlarıyla çalışırken, konuyla ilgili resmi kurum- kuruluşlarla ve sivil toplum örgütleriyle bağlantı kurulması, hem mağdur hem de onunla çalışan sağlıkçıların güç kazanmasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

- Altınay A, Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet İstanbul: ISBN 978-975-01103-2-0 2007.
- DSM-IV: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (fourth edition revised), Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Herman JL. Trauma ve İyileşme. İstanbul: Literatür, 2007.
- İlkkaracan P. Müslüman Ülkelerde Kadın ve Cinsellik İstanbul: Metis Yayınları, 2003.
- KAMER <http://www.kamer.org.tr>
- Mor Çatı 2008 <http://www.morcati.org.tr>
- Peterson KC, Praut MF, Schwarts RA; PTSD A Clinicians Guide. Washington. Plenum Press, 1991.
- Özpolat Olgun T, Yüksel Ş. Yakınlarını Kaybeden kişilerin ruhsal durumlarının ve yas tepkilerinin karşılaştırılması Toplum ve Bilim, 2001: 90, 41-69.
- Sezgin U, Yüksel Ş. (2005) Cinsel Taciz, CYBH ve AIDS. AİDS Promateus Yayınevi 173-184.
- Sezgin,U. Yüksel Ş, Keser V. Gözaltında tecavüz ve cinsel saldırıda raporun yeri. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu. İstanbul. TİHV yayınları 25, 51-63, 2000.
- Yüksel Ş. Klinik Psikiyatri Dergisi 3, ek 2000.
- Young B., Ford JD. F., Friedman M. J. Gusman FD. Disaster Mental Health Services: A Guidebook for Clinicians and Administrators. White River Junction, Vermont 055009 660/2-98/ 750. www.dorthmount.edu 1998.

7 Duygudurum Bozuklukları

OLCAY YAZICI, SİBEL ÇAKIR

Tanım

Temel bozukluğun duygulanımda (afekt) olduğu düşünülen hastalık grubuna, duygudurum bozuklukları (mood bozuklukları) ya da duygulanım bozuklukları (afektif bozukluklar) adı verilmektedir. Bu hastalıklardaki duygudurum bozuklukları başlıca iki tablo şeklinde ortaya çıkar: Hastanın aşırı bir neşe, hareketlilik ve büyüklük hissi yaşadığı mani dönemleri ve hayattan zevk alamadığı, çökkünlük hissettiği, durgun ve suskun olduğu depresyon dönemleri. Ayrıca, bu iki dönem belirtileri, karışık olarak birlikte de ortaya çıkabilir (karma dönem). Bu dönemler genellikle bir kaç ay sürüp düzelmeye ama daha sonra yineleme eğilimindedir.

Tarihsel Bilgi

Babil, Eski Mısır, İbrani ve Çin kültürlerinde depresif (melankolik) ve manik durumlara ait betimlemelerden söz edilse de, bu tanımlamaları ilk kez sistematik şekilde yapan kişi, MÖ 400'de, Hipokrat olmuştur. Hipokrat'ın melankoliyi, 'kara safranın beyin üzerindeki etkisiyle ruhun karması' şeklinde tanımlamasıyla ilk kez, akıl hastalığı ile beyin biyokimyası arasında bir ilişki de kurulmuş oluyordu. Kapadokya'lı Aretaeus ise, maninin temel özelliklerini (öfori, grandiyözite, psikomotor eksitasyon) tanımladı. Bunun irritabl olabileceğinden ve ayrıca tabloya psikotik belirtilerin eklenebileceğinden de söz ederek, bir anlamda bugünkü mani kavramını ortaya atmış oldu. Üstelik, mani ve melankoli etiyolojilerinin aynı ve bunların tek bir hastalığın iki farklı görünümü olduklarını da söyledi. Avrupa'da daha sonra yerleşen Ortaçağ düşüncesi, 'akıl hastalıklarının şeytanın bedeni ele geçirmesi sonucu olduğu' görüşüne dayandığı için, bu dönemdeki bilimsel gelişme Arap tıbbının Eski Yunan metinlerini çevirip geliştirmeleriyle sürdü. İbni Sina, alta yatan kişilik özelliklerinin, mani ve melankoli gibi farklı gösterili biçimlerin ortaya çıkmasındaki rolünü vurgularken; İbni İmam, babanın spermelerindeki bozuklukların mizaçla etkileşimini melankoli açıklamasına katarak, genetik faktörlerin rolüne değinmiş oldu. İslam ve Çin tıbbında akıl hastalarına insancıl sağaltım yaklaşımları geliştirilirken, Avrupa'daki Engizisyon'un akıl hastalarını işkence altına alan baskısı öylesine köklüydü ki, Rönesansa rağmen sürdü ve 16. YY'da Vesalius ilk insan anatomik diseksiyonunu yaparken, bunu yaşamıyla ödemek zorunda kaldı. Gene de, 16 ve 17. YY'da genelde Aretaeus'un bakış açısı bilimsel alan-

da geçerli görünmekteydi. 18. ve 19. YY'da, akıl hastanelerinin ortaya çıkmasıyla, hastaları sistematik incelenme olanağı doğdu. O döneme kadar, mani sözcüğü 'delilik' ile eş anlam taşıran; melankoli de, temelde bir mantık ve düşünce bozukluğu olarak, delilik anlamında kullanılmaktaydı. Ancak 1840'da Esquirol, melankolik ve ilişkili paranoid belirtilerin altında temelde bir 'afektif bozukluğun' yatıyor olabileceğini söyleyen ilk psikiyatr oldu. Bu görüş, Anglo-Sakson literatürüne Henry Maudsley'in 'afektif bozukluklar' terimiyle geçti. 19. YY başlarında 'klinik-anatomik bakış'la, hastalık kavramı değişmeye başladı ve psikiyatrik hastalık belirtileri altında da anatomik lezyonların bulunuyor olmasına inanıldı. Ancak böyle bir bağlantı gösterilemeyince, bu yaklaşım, lezyon kavramını organdan dokuya ve hücreye indirerek sürdürdü ve sonunda 'fizyolojik işlev bozukluğu' şeklini aldı. Ayrıca, 'delilik davranışları' parçalara ayrılarak, hastalıklar bölümlendirildi ve mental işlevlerin üç parçasının, yani 'entellektüel, emosyonel ve iradesel' alanların, ayrı ayrı hastalanabileceği görüşü benimsendi. Böylece, entellektüel bozulma şizofreni ve paranoya; emosyonel bozulma mani ve depresyon; iradesel bozulma ise psikopati kavramlarının gelişeceği alanlar oldu. Falret, 1851'de, manik, depresif ve süresi belirsiz normal ara dönemler (intervaller) şeklinde gidiş gösteren ayrı bir hastalıktan söz ederek, buna 'folie circulaire' adını verdi. Üç yıl sonra Baillarger, Falret'in kavramına benzer ama interval varlığını önemsiz gören 'folie a double forme'u tanımladı. Benzer bir değişim depresyon için de söz konusuydu: Melankoli kavramı da 19. YY başında, 'belirli bir düşünce grubuna saplanıp kalma' şeklinde, bir mantık ve düşünce bozukluğu gösteren, 'kısmi' bir delilik olarak düşünülmekteydi. Esquirol, 'popüler dilde yüceltilmiş bir keder alışkanlığı anlamında kullanılmakta olan melankoli teriminin şairlere bırakılarak terk edilmesi gerektiğini', bu bozukluğun aşırı bir kederle ilişkili bir beyin hastalığı olduğunu söyledi. Delasiauve, 'bu halin depresyon duygusunun sürekli ve aşırı olmasından ibaret olduğunu' söyleyerek, 'depresyon' terimini teknik anlamda ilk kez kullanmış oldu. Terim giderek yaygınlaştı ve yüzyılın sonunda yavaş yavaş 'mental depresyon' terimi, melankolinin yerine geçmeye başladı. Bugünkü bipolar bozukluk kavramının babası sayılabilecek Kraepelin, 1896'da endojen psikozları, dementia praecox ve manik-depresif delilik olarak ikiye ayırdı. 1899-1915 arasındaki titiz, metodolojik bir uzunlamasına gidiş gözlemi sonunda, tüm melankoli ve mani biçimlerini 'manik-depresif hastalık' başlığında birleştirirken, hastalığın tam düzelen intervallerle gittiğini, bu gidiş sırasında hastaların çok farklı hastalık biçimleri sergileyebildiğini ve hastalığın ailesel yüklülük gösterdiğini de vurgulamıştı. Ancak, bu netlik kazandırıcı gelişme, bu sınırların tüm hastaları kapsamadığı görülünce, birkaç yaklaşımla bulandı: Bleuler, manik depresif hastalık kavramını her türlü duygudurum dalgalanmasına doğru genişletirken; dementia praecox kavramını da şizofreni adıyla, yıkımla sonlanan bir gidişin ötesine taşıdı. Ayrıca, 1900'de Wernicke, yalnızca mani ya da yalnızca depresyonlarla seyreden biçimlerin de olduğunu ve bunların manik depresif hastalıktan farklı bozukluklar olduğunu ileri sürdü. 1928'de Kleist, 'unipolar ve bipolar bozukluklar' kavramını getirdi. 1950 ve 60'lı yıllarda Leonhard, Angst, Perris ve Winokur, 'bipolar gidişli' manik-depresif hastalıktan farklı, 'unipolar gidişli' bir depresif bozukluktan söz ettiler. Bu dönemde ayrıca, psikososyal dış nedenlere 'reaksiyon' olarak ortaya çıkan (egzojen) ve temelde genetik özellikli, içsel biyolojik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan (endojen) afektif bozukluk kavramları da tartışılmaktaydı. Böylece, endojen-egzojen, unipolar-bipolar kavramları ve afektif bozukluklarda psikolojik faktörlerin yeri konuları, 20. YY içinde tartışma alanını önemli ölçüde işgal etti. Ancak sonuçta, endojen-egzojen ayrımı, önce manik depresif hastalık dışına, depresyona aktarılıp, sonra egzojen ve endojen depresyonlar arasında çok fazla ortak özellik ve geçiş olduğu görülerek, kavramsal bir değişiklik, bir 'endojen ve egzojen semptom profilleri' anlamına kaydı. Uni-bipolar ayrımı ise, unipolar depresif hastalığın bipolar manik depresif hastalıktan ayrı bir bozukluk olduğunun kabulü ile sonlandı. Psikolojik faktörlerin rolüne gelince, 20. YY ilk yarısında psikolojik faktörler ve savunma mekanizmalarının aşırı önemszenmesiyle, 'hastalıklar ye-

rine reaksiyonlar' kavramı öne sürülmeye başlanmıştı. Nitekim, 1952'deki ilk Amerikan Tanı ve Sınıflandırma Sistemi, DSM-I'de, Meyer ve Freud'un ağırlığı hissediliyor ve 'manik-depresif reaksiyon'dan söz ediliyordu. Ancak, 1967'deki DSM-II'de, manik depresif hastalığın, bir psikolojik reaksiyon olmaktan çok, biyolojik faktörlerle ilgili olduğu vurgulanmaya başlandı. Feigner ve Spitzer, belirti ve bulguları tanımlama ve hastalık tanısı için işleme ve dışlama ölçütleri geliştirme çabasına giriştiler. Bu çalışmalar Research Diagnostic Criteria (RDC) ve Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)'ın ileri sürülmesine ve 1980'de de DSM-III'ün ortaya çıkmasına yol açarak, duygudurum bozukluklarına günümüzdeki bakış açısını getirdi. Güncel bakışı temsil eden DSM-IV ve ICD-10 tanı ve bölümlene sistemlerinin yaklaşımı ise bu bölümde sunulmaktadır.

Sınıflandırma

Duygudurum bozuklukları iki ana gruba ayrılır ve bu ana gruplar da kendi içlerinde aşağıdaki gibi bölümlenir:

Bipolar (İki Kutuplu) Bozukluklar (BP)

Bipolar-I Bozukluk (BP-I)

Bipolar-II Bozukluk (BP-II)

Siklotimi

Başka Türü Adlandırılmayan-Bipolar Bozukluk (BTA-BP)

Depresif Bozukluklar (DB)

Major Depresif Bozukluk (MDB)

Distimik Bozukluk

Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk (BTA-DB)

Bipolar Bozukluklar (BP)

Yalnızca depresyon dönemleriyle seyreden Depresif Bozukluklar'ın tersine, Bipolar Bozukluklar, depresyonlar yanında manik, hipomanik ya da karma dönemler de geçirebilmeleri ile tanınırlar. Bipolar bozukluklar dört bölümde incelenir:

Bipolar-I Bozukluk (BP-I)

Bipolar-II Bozukluk (BP-II)

Siklotimi

Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk (BTA-BP)

Epidemiyoloji

Sıklık

Bipolar bozukluğun (BP) yaşam boyu yaygınlığı (prevalans) klasik olarak %1 şeklinde kabul edilmekteydi. Son çalışmalarda bu oran %1-2 arasında görünmekte ve genelde %1.2 olarak bildirilmektedir. Ancak, belirgin bipolar özellikler taşımasına kar-

şın, şimdiki tanı ölçütleri dışında kalan ‘silik’ bipolarları da kapsayan ‘bipolar spektrum bozukluğu’ dikkate alınır, toplam oranının %5’e yükseldiği bildirilmiştir. Alt-grupların sıklık derecesi incelenirse, yaşam boyu prevalans bipolar-I bozukluk için %1, bipolar-II ve siklotimik bozukluk içinse %0.5 dolayında görünmektedir.

Sosyodemografik Özellikler

Yaş: BP, çocuk ve yaşlılarda ortaya çıkması daha seyrek bir olasılık olsa da, her yaşta başlayabilir. Genelde 15-35 yaşları arasında başlar ve median başlama yaşı erkekler için 18, kadınlar için 20 olarak bildirilmiştir.

Cinsiyet: Kadın ve erkekte benzer oranlarda ortaya çıkar. Ancak hızlı döngülü (yılıda 4 ya daha fazla dönem geçiren) grup, kadınlarda daha sık ortaya çıkar görünmektedir.

Sosyoekonomik Durum/Irk ve Etnik Köken: Bu konudaki sonuçlar çelişkili olup, genelde bunlar risk etmeni olarak görünmemektedir.

Evlilik Durumu: Evlenmemiş ya da boşanmışlarda BP oranı daha yüksek bulunmasına karşın, bu veri neden değil sonuç olarak yorumlanmıştır.

Patogenez

Biyolojik Açıklamalar

Duygudurum bozukluklarının, duygular ve bilişi (kognisyon) düzenleyen nöronal sistemlerin işlev bozukluğuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Ancak, altta yatan bozukluğun düzeneği henüz tutarlı şekilde açıklanabilmiş değildir.

Genetik Çalışmalar

Bipolar hastaların birinci derece yakınlarındaki bipolar bozukluk oranı %3-8 şeklinde artmış bulundu. Monozigot ikizlerdeki duygudurum bozuklukları konkordansı %60-90 bulunurken, dizigot ikizlerde bu oran %16-35’de kalmaktaydı. Evlat edinme çalışmaları da genetik bağlantıyı doğruladı. Sonuç olarak, duygudurum bozukluklarına yatkınlığın genetik olarak iletildiği ve bu bağlantının bipolar bozuklukta en fazla olduğu kabul edilmekle birlikte, bu çok genli-karmaşık olarak düşünülen geçişin biçimi ve sorumlu genleri henüz aydınlatılmış değildir.

Monoamin Varsayımı

Sinaptik aralıktaki serotonin (5-HT) ve noradrenalin (NA) düzeylerini artıran maddelerin (örn. antidepresanlar) depresyonu düzeltmesi, tersine, bu monoaminleri (MA) azaltan maddelerin (örn. rezerpin) depresyona yol açtığı gözlemi, ‘duygudurum bozukluklarının, beyin MA’larındaki artma ya da azalmaya bağlı olabileceğini’ düşündürmüştü. Yapılan çalışmalar sonunda, ‘beyindeki düşük 5-HT aktivitesinin, duygudurum bozukluklarına genel yatkınlığı’; düşük 5-HT ve NA aktivitesinin depresyonu; ‘düşük 5-HT, ama artmış NA ve DA (dopamine) aktivitesinin ise ma-

niyi' temsil ediyor olabileceği ileri sürülmüştü. Ancak, bu bulgular hem hastaların bir bölümü için geçerli görünüyor; hem de yönetsel sınırlılıklar içeriyordu. Sonuçta, duygudurum bozukluklarını yalnızca monoaminerjik aktivite değişimleriyle ile açıklamamanın 'fazla basite indirgenmiş' bir görüş olduğu düşünüldü.

Sirkadyen Ritm Varsayımı

Bu görüş, BP'deki genetik defektin sirkadyen ritimleri düzenleyen mekanizmalarla ilişkili olduğunu ileri sürerek, şu verilere dayanır: BP hastalarında ışığa duyarlılık artışı olduğu ve bunun dönemlere özgü olmaktan çok, süren bir yatkınlık göstergesi olabileceği düşüncesi; Bazı olguların mevsimsellik özelliği göstermesi, yani hastalık dönemlerinin aynı mevsimlerde, genellikle mevsim değişimleri sırasında ortaya çıkması; hastalık dönemlerinin genellikle uyku bozukluklarıyla başlaması.

Duyarlılaşma Varsayımı

İlk bir kaç hastalık döneminde genellikle tetikleyici bir psikososyal olay saptanırken, daha sonraki dönemlerde böyle bir ilişkinin kurulamaması gözlemine dayanır. Bu varsayıma göre, genetik olarak iletilmiş yatkınlık dış bir olayla tetiklenerek, ilk hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasına neden olur. Ancak bir kez hastalık dönemi yaşamış birey, görünüşte normale dönse de, beyindeki kimyasal iletili ve nöropeptid sistemlerindeki değişimler tam olarak eski haline dönmez. Bunların bellekte yattığı izler daha sonraki hastalık dönemlerine yatkınlığın, her dönemden sonra daha da artmasına yol açar. Yani, 'dönem, dönemi yaratır' ve giderek dış bir olay katkısına gerek kalmadan, dönemler 'otomatik' ortaya çıkmaya başlar.

Son Çalışmalar

BP'de beyin görüntüleme teknikleriyle yapılan son çalışmalar, frontolimbik yapılardaki anormallikleri işaret etmektedir. Bunlar yapısal ve işlevsel nitelikte olup, başlıca, sağda belirgin lateral ventrikül genişlemesini, subkortikal ve limbik yapılarda duygusal uyarılara yanıt artışını göstermektedir. Son bir kaç yıldaki post-mortem çalışma verileri ise, bipolar hastalarda beyin glia hücrelerindeki azalmayı ortaya koyarak, 'glia varsayımının' ileri sürülmesine yol açmıştır. Bu varsayıma göre, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle beyinde oluşan glial defisitler, sinapsların oluşum ve kalıcılığını bozmakta, bunlar nöron ve dendrit yapılarını etkileyerek beyindeki devrelerin bozulmasına, bozulmuş devreler ise kimyasal iletilinin değişmesine ve plastisitenin bozulmasına yol açarak, duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Psikolojik Açıklamalar

Psikolojik açıklamalar genelde depresyon dönemleri için ileri sürülmüş olup, depresif bozukluklar bölümünde incelenecektir. Mani ise depresyona karşı kullanılan savunma mekanizmalarıyla bağlantılı görülmüştür.

Klinik Özellikler

Bipolar bozuklukta hasta manik, hipomanik, karma ve major depresif dönemler geçirebilir. Günümüzde kullanılmakta olan iki temel tanı ve bölümlenme sistemi olan DSM-IV ve ICD-10 ölçütleri, duygudurum bozuklukları konusunda çok benzer olduğundan, anlatım başlıca DSM-IV çizgisine dayandırılmıştır.

Manik Dönem

Duygudurum Değişmesi

Öforik, İrritabl ya da Ekspansiv Duygudurum: Hastada patolojik bir şekilde (gerçek durumla ve premorbid çizgisiyle uygunsuz) kendini çok iyi hissetme, neşe, keyif, mutluluk, coşku hali (öfori) yaşantılanabilir. Ya da aşırı bir sinirlilik, hırçınlık, öfke ve saldırganlık (irritabilite) sergilenebilir. Ya da bunlar çok net görülemiyorsa bile, her tür etkinliğe (sosyal, iş, cinsel) seçici olmayan şekilde girmek için artmış bir istek (ekspansivite) bulunmaktadır.

DSM-IV sistemi, manik dönem tanısı için bu duygudurum değişmelerinden en az birisinin varlığını zorunlu görür. Bunun süresi için de en az 1 haftayı gerekli görür ama hasta yatırılacak şiddetteyse süreye bakılmaz.

Diğer Belirtiler

Duygudurum değişmesine eşlik edebilecek yedi belirti tanımlanır:

1. **Grandiyözite (Megalomani):** Benlik değer duygusu ve kendine güven abartılı yükselmiştir.

2. **Uyku Gereksiniminin Azalması:** Genellikle manik dönemin erken belirtisidir. Hasta az uyur ama uyku gereksinimi azaldığından, erken ama dinç uyanır. Bazen hiç uyumadan bir kaç gün geçirebilir.

3. **Lögore, Baskılı Konuşma:** Hasta her zamankinden daha fazla konuşmaktadır (lögore) ya da konuşmasını durduramaz ve karşısındakine konuşma fırsatı tanımaz (baskılı konuşma).

4. **Düşünce Uçuşması, Düşünce Hızlanması:** Çağrışımların çok hızlanması nedeniyle bir fikirden ilişkisiz görünen başka bir konuya geçen dağınık bir konuşma ortaya çıkabilir (düşünce uçuşması) ya da hastanın kendisi düşüncelerinin hızlandığını, aynı anda birçok şeyi düşünebildiğini hissetmektedir (düşünce hızlanması).

5. **Distraktibilite:** Kendiliğinden dikkat çok arttığı için, hastanın dikkati bir konuya odaklanamaz ve dikkat önemsiz uyarılarla başka yöne çelinebilir, bir konuya konsantrasyon güçlüğü yaşanır.

6. **Amaca Yönelik Etkinlik Artışı, Psikomotor Ajitasyon:** Sosyal ilişkiler, iş/okul ya da cinsel etkinlik alanlarında girişim ve aktivite artmıştır (amaca yönelik etkinlik artışı) ya da agresiv davranışlar sergilenmektedir (psikomotor ajitasyon).

7. **Kötü Doğurabilecek ama Zevk Verici Olarak Algılanan Etkinliklere Aşırı Eğilim (Riskli Davranışlar):** Sınırsız harcamalar, sahip olduklarını başkalarına dü-

şünmeden verme, uçuk projelere girişme, seçimsiz cinsel ilişkilere girme vb riskli davranışlar sonuçları düşünülmezsizin yapılır.

DSM-IV, manik dönem tanısı için yukarıdaki yedi belirtiden, öfori varlığında en az üçünün (irritabl duygudurumda ise dördünün) varlığını zorunlu görür.

Psikotik Mani

Manik dönem belirtilerine psikotik belirtilerin yani, hezeyan (sanrı) ve/veya varsanıların (halüsinasyon) eklenmesi durumunda 'psikotik mani'den söz edilir. Psikotik belirtilerin teması megalomanik nitelikteyse; örneğin, 'Erdim, peygamberim, Tanrı'yım, başbakanım, dünyanın kralıyım, bunları bana söyleyen sesler var, bunları ima eden mesajlar alıyorum' vb gibi, 'duygudurumla uyumlu psikotik manik dönem'den söz edilir. Eğer psikotik belirtiler megalomanik tema dışındaki psikotik belirtileri içeriyorsa; örneğin, paranoid temada ise "Beni takip ediyorlar, kötülük yapacaklar, düşmanlarım komplo kuruyor, cihazlarla dinliyorlar, zehirliyorlar" vb gibi; ya da Schneider'yan nitelikteyse "Bana emir veren, beni yöneten sesler var, benim hakkımda konuşan sesler var" vb gibi; ya da megalomani dışı başka herhangi bir psikotik/şizofrenik belirti özelliğindeyse, 'duygudurumla uyumsuz psikotik manik dönem'den söz edilir. Ancak, ilk bakışta duygudurumla uyumsuz gibi görünen psikotik belirtilerin açıklaması megalomanik içerikteyse gene duygudurumla uyumlu sayılır. Örneğin, 'takip edildiğini' düşünen hastanın açıklaması; 'çünkü dünyayı kurtaracak formüller zihnimde' şeklinde olabilir.

Hipomanik Dönem

Maninin daha hafif bir biçimidir. Hipomani, yukarıda söz edilen mani belirtilerinin, en az dört gün süreyle sergilendiği, işlevselliğin daha az bozulduğu, psikotik bir belirti bulunmayan bir düzeyde olmasını anlatır. Ancak, hipomaninin hafif maniden ayırtlanabilmesi için daha nesnel ölçütler gerektiği açıktır.

Mani-hipomani ayrımının, öznel bir değerlendirme olan 'daha az işlevsellik bozulması' ölçütüne dayandırılması belirsizlik yaratmaktadır. Araştırmacılar, hipomani tanısı için, ana belirtinin duygudurum bozulması yerine hiperaktivite olması, sürenin kaldırılması, minimum belirti sayısının manidekinden daha az olması gibi öneriler getirmiştir.

Bipolar Depresif Dönem

Bipolar depresif dönemin belirtileri, unipolar (major depresif) bozukluğun depresif dönem belirtileriyle temelde aynı olduğu için, depresif bozukluklar bölümünde anlatılacaktır.

Ancak, bipolar depresyonda bazı özellikler unipolar depresyondan daha fazla görünmektedir ve bunların varlığı BP bozukluk gelişmesinin öngörücüleri olarak değer taşır, ailede BP bozukluk varlığı, antidepresan ile manik kayma, yineleyici ve daha kısa depresif dönemler, atipik depresif belirtiler, erken yaşta başlama, psikotik depresyon varlığı gibi.

Karma Dönem

Manik ve depresif belirtilerin karışık şekilde birlikte bulunduğu dönemlere karma dönem adı verilir. DSM-IV bu tanı için manik ve major depresif dönem ölçütlerinin tam olarak aynı anda ve en az 1 hafta süreyle karşılanmasını gerekli görürken, ICD-10 ‘manik ve depresif belirtilerin karışık ya da dalgalanarak gittiği en az 2 haftalık bir dönem’den söz eder. Ancak, karma dönem de daha iyi tanımlanma gereksinimindedir. Karma dönem birçok hastada, manik belirtilere bir kaç depresif belirtinin eklenmesi şeklinde görülmekte ve maninin bir biçimi gibi algılanmakta olup, tedavisi de mani ilkelerine uymaktadır. Ancak, manik ve depresif belirtilerin karışımı her oranda ortaya çıkabilir ve örneğin belirgin bir depresyon varlığında agresivite ve düşünce hızlanması da sık görülebilir bir durumdur.

MANİK DÖNEM (DSM-IV)

- A. En az 1 hafta süreyle (ya da hospitalizasyon gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli bir şekilde yükselmiş, öforik, iritabl ya da ekspansiv ayrı bir duygudurum döneminin varlığı
- B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum yalnızca iritabl ise dördünün) belirgin bir derecede ve sürekli varlığı
 1. Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite
 2. Uyku gereksiniminde azalma (Örn. yalnızca üç saatlik uykuyla kendini dinlenmiş hissetme)
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da baskılı konuşma
 4. Düşünce uçuşması ya da öznel olarak düşüncelerinin çok hızlandığını hissetme
 5. Distraktibilite (Yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi)
 6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal, iş, okul ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon
 7. Önemli zararlar yaratabilecek zevk verici etkinliklere kolayca girme (Örn. sonuçları düşünülmezsizin girilen cinsel ilişkiler, iş yatırımları ve aşırı harcama)
- C. Belirtilerin karma tip döneme uymaması
- D. Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması
- E. Belirtilerin madde kullanımının (örn. madde kötüye kullanımı, ilaç ya da diğer sağaltımlar) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örn. hipertiroidi) doğrudan etkilerine bağlı olmaması

İnceleme Yöntemleri

Manik, depresif ve psikotik belirtilerin şiddetlerini ölçmek için geliştirilmiş bazı skalalar kullanılmaktaysa da, tanı koymaya yardımcı olacak biyolojik veya

psikolojik bir laboratuvar incelemesi bulunmamaktadır. Fizik muayene ve incelemeler organisiyeyi araştırma anlamında kullanılır. Temel tanı aracı, hasta ve aileyile yapılan görüşmedir.

Tanı-Ayırıcı Tanı

Bipolar Altıipler Ayrımı

Bipolar-I Bozukluk

Tanı için gereken, bir manik ya da karma dönem geçirmiş olmaktır. Bipolar-I bozuklukta hasta her tür duygudurum dönemi (manik, karma, major depresif, hipomanik) geçirebilir ve tanı değişmez.

Bipolar-II Bozukluk

Tanı için gereken, bir major depresif ve hipomanik dönem geçirmiş olmaktır. Bipolar-II bozuklukta hasta yalnızca bu dönemleri geçirebilir. Manik ya da karma bir dönem geçirmesi durumunda tanı Bipolar-I bozukluğa döner.

Siklotimi

Tanı için gereken, hipomanik ve minor depresif (major depresif dönem ölçütlerini karşılamayan depresif belirtiler) dönemlerin ara vermeksizin, kronik olarak sürmesidir. DSM-IV kronikliğı, “en az iki yıldır sürüyor olma ve bu sürede en fazla iki ay sürekli iyi kalabilme” şeklinde tanımlar.

Hipomanik ve minor depresif dönemlerin dalgalanarak gitmesi bazı hastalarda görülen önemli bir durum olmakla birlikte, ‘en az 2 yıllık hastalık ve en fazla 2 aylık sürekli iyilik dönemi’ ölçütleri biraz zorlayıcı, kısıtlayıcı ve yapay nitelikte görülebilir.

BTA (Başka Türölü Adlandırılmayan) Bipolar Bozukluk

Yukardaki sınıflandırmalara uymayan bipolar özellikli bozukluklar bu kategoride tanımlanır.

Bipolar Bozukluk-Şizoafektif Bozukluk-Şizofreni Ayırıcı Tanısı

Psikotik bipolar dönemlerin varlığında, bipolar bozukluğun şizofreni ve şizoafektif bozukluklardan ayırt edilmesi sorunu ortaya çıkar. Çünkü, şizofreninin özellikle başlangıç dönemlerinde de psikotik manik ve depresif dönemler ortaya çıkabilir. Şizoafektif bozukluk ise, şizofreniyle duygudurum bozuklukları arasında yer alan ve sınırları henüz belirsiz bir hastalıktır. Özelliğı psikotik duygudurum dönemleriyle seyretmesidir. Dolayısıyla, bu üç hastalık arasındaki ayırıcı tanının ciddi sorun olacağı açıktır.

DSM-IV, bu ayırıcı tanı için şu ilkeyi benimsemiştir: Psikotik belirtiler (hangi nitelikte olursa olsun), bir duygudurum dönemine sınırlı kalıyorsa, tanı ‘bipolar

bozukluk' olacaktır. Yani, psikotik belirtiler bir duygudurum döneminden önce ya da sonra yalnız başına bulunmamalıdır. Örneğin, şöyle bir hasta düşünelim: önce hezeyan (sanrı) ya da halüsinasyonlar (varsanı) başlayıp, bir hafta sonra manik belirtiler ortaya çıksın, daha sonra manik belirtiler tedaviyle düzelsin ama psikotik belirtiler manik belirtilerin kaybolmasından sonra iki hafta daha sürsün. Bu durumda, psikotik belirtiler manik dönem yokluğunda toplam üç hafta yalnız başına bulunmuş olacaktır. DSM-IV'ün, 'duygudurum dönemine sınırlı olma'dan kastettiği, psikotik belirtilerin duygudurum belirtileri olmaksızın bulunabileceği sürenin 'iki haftadan daha kısa' olmasıdır. Dolayısıyla, yukardaki örnek olguda, psikotik belirtiler duygudurum belirtisi olmaksızın iki haftadan daha uzun süre bulunduğundan, bipolar bozukluk tanısı alamayacaktır. Tanı, 'şizoafektif' ya da 'şizofrenik bozukluk' olacaktır. DSM-IV şizoafektif bozukluk tanısı için, ayrıca, bu psikotik belirtilerin mutlaka bir duygudurum dönemi sırasında ortaya çıkmış olmasını gerekli görür; yani bir duygudurum dönemi olmaksızın kendi başına ortaya çıkan psikotik belirtilerin varlığı, tanıyı şizoafektif bozukluğun da ötesine şizofreniye doğru götürecektir.

DSM-IV, şizoafektif ve şizofrenik bozuklukları ayırmak için ise, uzunlamasına gidişe bakmayı önerir. Eğer hastanın geçirdiği duygudurum dönemlerinin süresi, toplam hastalık süresi içinde önemli bir yer tutuyorsa, tanı şizoafektif bozukluk; tersi durumda ise şizofreni olacaktır. Ancak, buradaki 'önemli süre' kavramının bulanık ve öznel olduğu açıktır. Yani, şizoafektif bozukluk ölçütleri henüz belirsiz görünmektedir. Bu nedenle birçok klinisyen, duygudurum bozukluğu ile şizofreni arasında ayırıcı tanı yapamadıkları ve duygudurum bozukluğu dönemleri ile psikotik dönemleri çeşitli oranlarda karışık şekilde yaşayan; ancak, işlevsellik düzeyi tam ya da oldukça iyi kalmış olguları, 'Şizoafektif Bozukluk' olarak görme eğilimindedirler.

Organisite

Her psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi bipolar bozuklukta da ilk iş, görünen tablonun altında birincil olarak bir madde kullanımı ya da organik bir bozukluğun yatıp yatmadığını düşünmektir. Organik bozukluk medikal ya da nörolojik bir hastalık özelliğinde olabilir. Üstelik, organik bozukluğun kendi belirtileri henüz sergilenmiyor ya da psikiyatrik tablo altında silik veya onunla karışmış şekilde gözden kaçıyor olabilir. Bu durumda, organisite düşünmek için şu üç belirti uyarıcı işaretler olarak görülmelidir: hastanın yaşlı olması; hastalığın 40 yaş üstünde ilk kez başlıyor olması; dezoryantasyon belirtileri.

Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu

Sınır kişilik bozukluğunda da özellikle siklotimi ile karışabilecek duygudurum dalgalanmaları görülebilir. Üstelik bipolar bozukluğa bu kişilik bozukluğunun eşlik etmesi sıktır. Dolayısıyla her iki hastalığın ölçütlerine uyan kişilerde iki tanı birlikte konabilir.

Eşlik Eden Özellikler ve Bozukluklar

İntihar (Özkiyim)

Bipolar bozukluklar, major depresif (unipolar depresif) bozukluktan bile daha yüksek bir özkiyim riski taşır. Hastaların %10-15'i özkiyimla kaybedilmektedir. Özkiyim riski, karma ve bipolar depresif dönemlerde yüksektir ve psikotik belirtilerin eklenmesiyle risk daha da artar.

Eştanılar

Bipolar bozukluğa en sık eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar arasında, alkol ve madde kötüye kullanım ve bağımlılığı, yeme bozuklukları, DEHB (dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğu), panik bozukluğu, sosyal fobi ve sınır kişilik bozukluğu sayılabilir.

Gidiş ve Sonlanım

Bipolar bozukluklar yüksek oranda yineleyici olup, bir manik dönem geçirenlerin ikinci bir duygudurum dönemi geçirme olasılığı %90'dan fazladır. 10 yıllık bir hastalık süresi içinde geçirilen ortalama dönem sayısı 4 olarak saptanmıştır. İlk dönemin depresyon olması daha sık görülür. Dönemler arasındaki normal (ötistik) kalınan sürenin (interval), ilk bir kaç dönem arasında daha uzun (5-10 yıla kadar uzayabilen bir süre) olması, sonra giderek kısalıp belli bir intervale oturması beklenebilir. Ancak genelde, dönemlerin ne aralıklarla ortaya çıkacağı ve ne tip olacağı bir kurala bağlanamaz. Buna karşılık, bazı hastalar mevsimsellik gösterir ve aynı mevsimlerde aynı tip dönemler yaşayabilir. Yılda 4 ve daha fazla dönem geçiren hastalara 'hızlı döngülü' adı verilir. Dönemler birbirini yapışık olarak da izleyebilir ve Mani-Depresyon-İnterval (MDI) veya Depresyon-Mani-İnterval (DMI) gidişleri görülebilir. Manik ve depresif dönemlerin intervalsiz olarak, sürekli birinden diğerine geçtiği bir 'sürekli döngü' durumu da vardır ama nadirdir. Dönemlerin psikotik özellikte olma sıklığı yarıdan fazla hastayı kapsar. Çoğu hasta dönemler arasında normal işlevsellik düzeyine geri dönmüş görünür; ancak, %20-30 kadarında belirtiler rezidüel olarak kalabilir ya da işlevsellik tam düzelmeyebilir. Bu durumun, psikotik ve özellikle duygudurumla uyumsuz psikotik olgularda daha sık görüldüğü ileri sürülmektedir.

Tedavi

Biyolojik Tedaviler

Akut Dönem Tedavisi

İlk sorun hastanın yatırılma kararına yöneliktir. Hipomani ve hafif manilerin, aileyle kurulacak yakın işbirliği ile ayaktan sık kontroller şeklinde sağaltımı olasıdır. Ancak, hafif görünen bir dönemin hızla şiddetlenebileceği unutulmamalıdır; ayrıca

hastanın ilaç almayı kabul etmemesi ya da bir aile desteğinin bulunmaması da yatırılmasını gerektirebilir. Depresif dönemlerdeki özkıyım riski ilk değerlendirilecek sorudur ve riskin yüksek görüldüğü durumlarda hasta daima yatırılmalıdır. Manik dönemler hastanın ciddi zararlar göreceği riskli davranışlara açık olduğu için, bunların kontrol edilemeyeceği durumlar da yatışı gerektirir.

Hipomanik ve Manik Dönem Tedavisi

Mani ve hipomani, genelde duygudurum dengeleyicileri (lityum, valproat ve karbamazepin) ile antipsikotik ilaçların birlikte kullanımıyla sağaltılır. Hipomanik ve hafif şiddetteki bazı manik dönemlerin yalnızca duygudurum dengeleyicileri ile sağaltılabileceği de düşünülebilir. Ancak, genelde eksitasyon ve ajitasyonun hızlı kontrolü için antipsikotik gerekecektir. Benzodiazepinlerden de uykuyu düzenlemek ve eksitasyonu kısmen kontrol etmek için yararlanılabilir. Duygudurum dengeleyicilerinin dozu kan düzeyleri ile ayarlanır. Lityum 1 mEq/l, karbamazepin 10 mg/l, valproat 100 mg/l gibi üst sınırlarda tutulur. Lityumun 1.2 mEq/l'nin üstünde toksisite gösterdiği akılda tutularak yakın takibi gerekir. Ayrıca lityumun klasik antipsikotikler (nöroleptikler) ile birlikte kullanımında nörotoksisite gösterebileceği unutulmamalı ve nöroleptik yerine atipik antipsikotikler seçilmeli ya da nöroleptik kullanılacaksa lityum yerine valproat yeğlenmelidir. Maninin psikotik olması durumunda da sağaltım ilkeleri değişmez ancak antipsikotik kullanımı daha kaçınılmaz olur. İlaçlara dirençli çok ağır ve ajitasyonu kontrol edilemeyen bazı manik durumlarda EKT de bir seçenektir ama bu nadiren gerekir.

Karma Dönem Tedavisi

Karma dönemler de mani gibi sağaltılır ama lityum yerine valproat seçiminin daha etkin olacağı düşünülebilir. Karma dönemlerin psikotiklik ve özkıyım riskleri yüksektir; ayrıca tedaviye daha yavaş yanıt verme ve uzun sürme eğilimi gösterirler.

Bipolar Depresif Dönem Tedavisi

Bipolar depresyon, sağaltımı sorunlu bir durumdur. Bir yandan, özkıyım riski yüksek olduğundan antidepresan ilaçlarla hızlı bir sağaltımı düşündürür. Diğer yandan, antidepresan kullanımı depresyonun manik bir döneme çevrilmesine yol açabilir (manik kayma). Bu çelişki nedeniyle, hafif depresyonlarda yalnızca duygudurum dengeleyicilerle (tercihen antidepresif gücü daha belirgin olarak düşünülen lityum ya da lamotrijinle) sağaltım denenebilir. Ancak, şiddetli bir depresyonda bunların yetersiz kalması ve antidepresan ekleme gereği çok olasıdır. Bu durumda, 'kayma'yı engellemek için, antidepresan + duygudurum dengeleyici kombinasyonu kullanmak ve depresyon düzeline antidepresanı hızlı kesmek seçilecek yöntem olabilir. Ayrıca, bipolar depresif dönemlerin (unipolar depresif dönemlerin tersine) yalnızca antidepresana iyi yanıt veremeyeceği ve duygudurum dengeleyici eklenmesine gereksindiği de ileri sürülmektedir. Antidepresanlar açısından bakıldığında, trisiklik antidepresanlarla manik kaymanın daha fazla olduğu düşünüldüğünden, yeni antidepresanlar, özellikle SSGİ'ler seçilebilir. Sonuçta, lityum+SSGİ kullanımı, bipolar depresyon sağaltımı için en yaygın seçenek

görülmektedir. EKT ile de manik kayma riski bulunsa da, intihar riski ciddi depresyonlarda EKT ilk seçenek olmalıdır. Ayrıca, psikotik depresyonun ancak EKT veya antipsikotik+antidepresan kullanımına yanıt verdiği unutulmamalıdır.

Sürdürüm Tedavisi

Akut dönemler tedaviyle genelde 1-2 ay içinde düzelir. Bu durumda, diğer ilaçlar azaltılıp kesilerek, yalnızca duygudurum dengeleyici ile tedavi sürdürülür. Amaç, düzelmiş görünen hastalık döneminin yeniden canlanmasını önlemektir. Bu süre genelde 6 ay olarak kabul edilmektedir. Sağaltımın 6 ay sonunda kesilmemesi ise koruma sağaltımına geçildiği anlamına gelir.

Koruma Tedavisi

Bipolar bozukluk yüksek nüks riski taşımaktadır; ilk manik dönem ardından ikinci bir dönem geçirme olasılığı %90'dan fazladır. Ayrıca, 'duyarlılaşma' varsayımına göre, hastanın geçirdiği dönem sayısı arttıkça hastalanma yatkinliğinin de artacağı düşünülebileceğinden, korumaya erken dönemde başlamak önemlidir. Ancak, bu uzun süreli (aslında yaşam boyu gibi duran) bir ilaç kullanımı demektir ve hastanın inanıp onaylaması olmaksızın yürütülemez. Bu ise, hasta ve ailenin hastalık hakkında ayrıntılı bilgilendirilmesi yoluyla bir tedavi işbirliği oluşturmak demektir. Koruma süresince bir kaç aydan uzun olmayan aralarla yapılcak görüşmeler, ilaç kan düzeylerinin takibi, görüşmelerde hastaya gösterilen ilgi düzeyi, bilgilendirmenin yinelenmesi, ilaç yan etkilerinin ortadan kaldırılması ve ailenin gözleme katılması başarıyı belirleyen başlıca etkenlerdir.

Koruma tedavisi duygudurum dengeleyicileriyle yapılır. Lityum genelde ilk seçilen ilaçtır. Ancak, karma dönemlerle seyreden hastalarda valproat ya da karbamazepin ilk seçim olabilir. İlk seçilen duygudurum dengeleyiciye yeterli yanıt alınamazsa başka bir duygudurum dengeleyiciye geçme ya da ekleme düşünülür. Manik dönemleri durdurulamayan hastalarda atipik bir antipsikotikğin düşük dozda sağaltıma eklenmesi gerekebilir. Depresif dönemleri durdurulamayan hastalarda ise, lamotrijin'e geçmek ya da eklemek uygundur. Bazı (özellikle bipolar-II) hastalarda ise, korumaya duygudurum dengeleyici yanında bir antidepresan eklenmesi zorunlu olabilir.

Koruma uzun süreli bir tedavi olduğundan, kullanılan ilaçların yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri önem kazanır. Lityum, bazı hastalarda hipotiroidiye yol açabilir ve renal yetmezlik durumunda atılımı azalıp toksisite ortaya çıkabilir. Anti-konvulsan kullanımında ise hepatik ve hematolojik değişiklikler önem kazanır. Diğer yandan atipik antipsikotikler, iyi tolere edilebilir ve tardiv diskinezi risklerinin düşük olmasıyla uzun kullanım için avantaj yaratırken, kilo aldırıcı yan etkileri sorun olabilir. Bu nedenle, hastaların endokrinolojik, renal, hepatik ve hematolojik durumları, kilo alımı ve metabolik sendrom eğilimleri düzenli şekilde izlenmelidir. Koruma sırasında duygudurum dengeleyicilerin kan düzeyleri de düzenli aralıklarla izlenerek doz ayarlamaları yapılır. Korumada tercih edilen kan düzeyleri genelde, lityum için 0.8 mEq/l, karbamazepin için 8 mg/l, valproat için 80 mg/l dolaydır; ancak rahatsız edici yan etkiler varlığında bu sayılar sırasıyla 0.6, 6, 55'e kadar indirilebilir.

Psikolojik Tedaviler

Bipolar bozukluğun akut ve koruyucu tedavisi temelde düzenli ilaç kullanımına dayanır. Ancak bunun sağlanabilmesi hasta ve ailesinin doğru bilgilendirilmesi ve işbirliğine bağlıdır. Bu nedenle, gerek bireysel gerek gruplar şeklinde uygulanan ‘psikoeğitim’ çalışmalarını, sağaltımın önemli bir parçasını oluşturur. Ayrıca, hasta ve ailenin hastalığa karşı oluşturduğu tepki ve tutumları düzeltecek, yaşam sorunlarını çözmelerine katkıda bulunacak psikoterapi yaklaşımları da nükslerin önlenmesinde değer taşımaktadır.

Depresif Bozukluklar

Depresif Bozukluklar yalnızca depresif dönemler içerirler ve üç bölümde incelenirler:

Major Depresif Bozukluk (MDB)

Distimik Bozukluk

Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk (BTA-DB)

Epidemiyoloji

Depresif bozukluklar sık rastlanan bir toplum sağlığı sorunu olup, yarattığı yıkım nedeniyle de önemlidir. Major depresif bozukluğun 2020 yılında getireceği hastalık yükü açısından sağlık sorunlarının en başında yer alacağı öngörülmektedir. MDB’nin yaşam boyu yaygınlığı (prevelans) yaklaşık %15 olup, kadınlar arasında %25’e kadar çıkabilir. Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalar arasında MDB sıklığı %10 iken, yatan hastalar arasında bu oran %15’tir. Ülke ve kültürel yapıdan bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülür. Buna neden olarak hormonal yapı, doğum, kadınların farklı psikososyal stres faktörlerine maruz kalması ve öğrenilmiş çaresizlik modelleri üzerinde durulmuştur. MDB bipolar bozukluğa göre daha geç başlar. Ortalama başlama yaşı, yineleyici ve ailesinde duygudurum bozukluğu olanlarda daha erken, 30-35 yaş civarı iken; tek MDB dönemli tipinde bir kaç yıl daha geçtir. Erken başlayan tipinde kadın erkek farkı ve genetik bağlantı etkenleri daha belirgindir; ancak genellikle tetikleyici bir yaşam olayı da bulunur. MDB sıklığı 45 yaşından sonra düşmeye başlar; ancak, menopoz bir risk etkenidir. Boşanmış ya da ayrılmış kişilerde daha sık MDB görülmesi yalnızca erkekler için geçerli görünürken; dul kalmış olmak her iki cinsiyet için de risk etkenidir ve yaşla bu risk daha da artar. İşsiz olanlarda MDB üç kat fazla bulunmuşsa da bunun neden mi sonuç mu olduğu sorusu vardır. Kırsal bölgelere göre çok daha fazla stresör bulunan kentlerde de MDB sıklığı artmış bulunmaktadır. Irklar arasında bir fark saptanmamıştır. Distimi ise sıklıkla hastanın ‘kendimi bildim bileli böyleyim’ dediği bir geçmişe uzanır ve en sık başlama noktası geç ergenlik olarak belirtilir. Yaşamboyu yaygınlığı %6, noktasal sıklığı %3 gibi bildirilmektedir.

Patogenez

Biyolojik Açıklamalar

Genetik Faktörler

Duygudurum bozukluklarına yatkınlığın temelde genetik olarak aktarıldığı kabul edilir. Ancak, bireydeki bu genotip özelliğın ‘etkin’ hale geçmesi (penetransı), kalıtsal olmayan çevresel faktörlerle modifiye edilmektedir. Monozigot ikiz çalışmaları duygudurum bozukluklarının ancak %50-70 oranında genlerle açıklanabileceğini düşündürmektedir. Bipolar bozukluk için %70’e çıkan bu oran; MDB için ancak %50 dolayında görünmektedir.

Monoamin (MA) Varsayımı

Bipolar bozukluk bölümünde açıklanan gelişmelerle ortaya atılan bu varsayımda, depresyon açıklaması için noradrenalin (NA) ve serotonin (5-HT) ön plana çıkmıştı. Depresyon ya bu iki MA’nın ya da bunlardan birisinin beyindeki hipoaktivitesiyle ilişkili görülerek, iki ayrı depresyon tipi de (noradrenerjik ve serotonerjik depresyonlar) ileri sürüldü. Diğer yandan veriler, serotoninin yalnızca depresyonla değil, özkıyım, anksiyete ve dürtü kontrolü ile de ilişkili olduğunu düşündürmüştü. Ne var ki, daha önce de belirtildiği gibi, bu sonuçlar başlıca iki nedenle eleştirildi: Kullanılan yöntemlerin geçerliliği düşüktü ve yalnızca depresif hastaların bir bölümü için doğru görünüyorlardı. Sonuçta, araştırma yöntemlerinin gelişmesiyle bu stratejiler terk edildi ise de, NA ve 5-HT’nin depresyonla bir şekilde ilişkili olduğu görüşü terk edilememiştir ve hala kullanılmakta olan antidepresan ilaçların büyük bölümünün etki düzeneği bu maddelerle ilişkilidir.

Nöroendokrinolojik Etkenler

Deksametazon Supresyon Testi (DST): MDB’li hastalarda DST’nin pozitif bulunması, yani supresyonun olmaması verisi, DST’nin depresyon tanısını sağlayacak ya da destekleyecek bir test olarak ileri sürülmesine yol açmıştı. Ağır depresyonda daha belirgin olup, klinik iyileşmeyle DST’nin de normaleştiği, dahası klinik iyileşmeyi önceden haber verdiği bulguları bir heyecan ve umut yaratmışsa da; bu nonsupresyon durumunun depresyon dışında da (örn. bazı ilaçların kullanımı, malnütrisyon, diğer tıbbi hastalıklar ve enfeksiyonlarda) görülebildiği saptanınca bu heyecan kayboldu.

CRH: Benzer şekilde CRH kontrolündeki bozukluk verileri de kesin bir sonuca ulaşamadı.

Tiroid: Hipotiroidi, depresyonla en yakın ilişkideki tıbbi durum olarak görülür ve tiroid işlevleri her depresif hastada, dahası her duygudurum bozukluğunda araştırılıp izlenmesi gereken bir faktördür. Hipertiroidi durumunda da anksiyeteli depresyon görülebilir. Ancak, tiroid bozuklukları her depresif hasta için geçerli olmayıp, yaklaşık %25 hastada anormallik saptanır. Bu hastalar antidepresan tedaviye iyi yanıt vermez

ve MDB düzelse bile erken nükseder. Sonuç olarak, endokrinolojik bazı anormallikler depresyonla bağlantılı görünse de, bunların depresyon için nedensel mi yoksa ortaya çıkan ikincil yansımalar mı olduğu bir soru olarak kalmıştır.

Psikososyal Etkenler

Yaşam Olayları ve Çevresel Stres

MDB ortaya çıkışında yaşam olaylarının esas rolü oynadığı, özellikle çocukluktaki ana-baba kaybının önemli olduğunu belirten çok sayıda görüşe rağmen, bunların ancak sınırlı bir önem taşıdığı düşünceleri de vardır. Eş kaybı ve işsizlik diğer çevresel risk faktörleridir. Hem depresif bozukluklar hem de bipolar bozukluk için, ilk hastalık döneminin bir yaşam olayı ile tetiklendiğine dair klinik gözlemler bulunmaktadır. Bu durum ilk hastalık döneminin kalıcı bir takım biyolojik değişiklikler (nörotransmitter düzeyinde, nöronal düzeyde, intranöronal sinyal sistemi ve saptik düzeyde) yarattığı ve sonraki dönemlerin stres faktörü olmadan da ortaya çıkabildiği şeklinde bir varsayım ile açıklanmaktadır.

Kişilik Özellikleri

Tek başına MDB ile ilişkili bir kişilik özelliği ya da tipi olmadığı, belirli şartlar, stress faktörleri, biyolojik faktörlerle etkileşerek, tüm kişilik tiplerinde MDB gelişebileceği düşünülür. Bununla birlikte obsesif kompulsif, histirionik ve borderline kişilik bozukluklarının, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluğuna göre MDB için daha riskli olduğu söylenebilir. Yakın zamanda yaşanmış stresli yaşam olayları MDB için en önemli risk olup, stres faktörünün şiddeti kişiler arasında farklı düzeylerde yaşanabilir, dolayısı ile o stres faktörünün kişi için ne anlam ifade ettiği önemlidir.

Psikodinamik Açıklamalar

Psikodinamik açıklamaların depresyonla bağlantılı ileri sürdüğü çeşitli görüşler şöyle sıralanabilir: Yaşamın ilk 10-18 ayını kapsayan oral dönemde yaşanan anne-bebek ilişkisindeki sorunlar depresyona yatkınlık yaratır. Gerçek ya da hayali nesne kaybı, daha sonra kayıp nesnenin içe alımı (introjeksiyon), o nesnenin kaybıyla doğan sıkıntıyla başetmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. Bu yolla kayıp nesneye ilişkin sevgi ve nefret duygularının karışımı, öfke hissi bireyin kendine yönelir. Aşırı yüksek idealleri gerçekleştiremeyecek olduğunun farkına varması, bireyin depresyona girmesinde etkili olur. Depresyon, cezalandırıcı ana-baba karşısında güçsüz ve çaresiz bir çocuk olma durumu gibidir. Depresif kişilerin kendileri için değil baskın, idealize edilen, başka bireyler için yaşadıkları söylenir. İdealize edilen kişinin, ona yönelik beklentileri hiç bir zaman karşılamayacağı farkedildiğinde depresyon ortaya çıkar. Kendiliğin gelişme sürecinde ana-baba tarafından karşılanması ve pekiştirilmesi gereken, kendine güven gereksinimi karşılanmadığında depresyona yatkınlık gelişir. Erken

çocukluktaki bağlanma ve travmatik ayrılmalarla ilgili sorunlar da depresyona yakınlık yaratıcıdır. Erişkinlikteki kayıplar ise, travmatik çocukluk kayıpları ile ilgili yaşantıları anımsatır ve erişkinlik dönemi depresyonlarını tetikler.

Bilişsel (Kognitif) Kuram

Depresyon tedavisinde önemli bir yeri olan bilişsel kurama göre, depresyona yakınlık kişilerdeki belirli bilişsel çarpıtmalarla ilişkilidir. Bu çarpıtma şemaları, içsel ve dışsal bilgilerin erken çocukluk deneyimleri ile olumsuz şekillenmesi sonucu oluşur. Beck'e göre depresyonun temel üç bilişsel ögesi vardır: Olumsuz kendilik algısı, düşmanca ve talepkar bir dış dünya şeklinde olumsuz çevre algılaması, başarısızlık beklentisi ve çaresizlikle belirlenen olumsuz gelecek algılaması. Kişinin kendisi ve çevresel olayları sürekli olarak bu çarpıtılmış şemayla algılaması, depresyona yakın kalmasına ve tetikleyici gelişmelerle depresyona girmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla bilişsel tedavi, kişinin çarpık algılamalarını fark edip, algılama biçimini değiştirmesine yönelir.

Öğrenilmiş Çaresizlik

Bu kuram deneysel hayvan modellerinde kanıtlanmıştır. Kaçamayacağı stres koşullarında bırakılarak, 'çaresiz olduğunu öğrenen' hayvanın mücadeleyi terk ettiği, ancak, daha sonra kaçabilme koşulları yaratıldığında da bu tavrını değiştirmeyerek, stresten kaçmadığı ve mücadele etmediği gösterilmiştir. Dolayısıyla kuram, depresyonun bir 'yanlış öğrenme' olduğunu; sorunların çözümsüz olduğuna inanmanın depresyona yol açtığını ve çıkış yollarını görmeyi engellediğini ileri sürer. Bu modele göre tedavi, depresif kişinin kontrol ve çözüm gücünün farkına varması ve çevresini yönlendirip değiştirebileceğini 'yeniden öğrenmesi'ne yönelmelidir.

Klinik Özellikler

Major Depresif Dönem

Duygudurum Değişmesi

İki ana çökmüş duygudurum tipi tanımlanmıştır: Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alamama. Hasta kendini çökmüş, kederli, hüznü, sıkıntılı, psikolojik bir acı içinde, mutsuz ve ağlama eğilimli hisseder (depresif duygudurum). Yaşamın anlam ve zevki kaybolmuş, tümüyle boşluk hissinde, tüm ilgi, dürtü ve istekler kaybolmuştur (ilgi ve zevk yitimi).

Diğer Belirtiler

Duygudurum değişmesine eşlik edebilecek yedi belirti tanımlanır:

1. İştah ya da kilo kaybı ya da artışı
2. Uykusuzluk ya da uyku artışı

3. Psikomotor ajitasyon (anksiyeteye huzursuz, kıpır kıpır olma) ya da retardasyon (hareketlerin yavaşlaması, azalması, durgun ve suskun olma)

4. Yorgunluk, bitkinlik, enerjisizlik

5. Değersizlik, suçluluk duygusu

6. Düşüncelerini odaklayamama (konsantrasyon güçlüğü), kararsızlık

7. Ölüm-intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimleri

DSM-IV Sistemi, major depresif dönem tanısı için bu belirtilerden en az birisinin duygudurum belirtisi olma (depresif duygudurum ya da zevk/ilgi yitimi) koşuluyla, toplam en az beş belirtinin, en az iki hafta süreyle belirgin şekilde varlığını gerekli gösterir.

Bazen depresif semptomatolojiyi ve işlevsellikte bozulmayı belirgin olarak yaşamamasına rağmen, kişi depresyonda olduğunun farkında olmayabilir. Depresif hastaların en sık başvuru yakınmaları, enerji azlığı, basit günlük işleri yapamama, düşünceleri bir konuya yoğunlaştıramama, iştah azalması, uykuya dalma güçlüğü, ilgi kaybı, üzüntü, huzursuzluk ve iç sıkıntısı, düşüncelerin yavaşlaması, karar vermede güçlük, sabah erken uyanma, intihar düşünce ve tasarıları, kilo kaybı, ağlama ve ümitsizliktir. Hastaların bir kısmında semptomlar sabahları daha yoğun olup akşama doğru azalabilir. Çocuklarda okul fobisi, ana-babaya aşırı bağımlılık depresyon göstergesi olabilir. Ergenlerde okul başarısında azalma, madde kötüye kullanımını, antisosyal davranışlar, rasgele cinsel aktiviteler, okuldan kaçma gibi belirtilerin altında depresyon aranmalıdır. Yaşlılık döneminde ise, eşik altı depresif belirtiler genel topluma göre daha sık olup, depresyon somatik yakınmalarla dile getirilir. Fakat bu dönemdeki tıbbi hastalıkların çokluğu ve sosyokültürel faktörler nedeniyle tanı ve tedavide zorluklar yaşanır.

Psikotik Depresyon

Depresif belirtilere hezeyan ve/ya da halüsinasyonların eklenmesi durumunda 'psikotik depresyon'dan söz edilir. Psikotik belirtilerin teması depresif nitelikteyse 'duygudurumla uyumlu psikotik depresif dönem'den söz edilir. Örneğin, değersizlik (Benim aşağılık olduğumu söyleyen sesler var), suçluluk (Beni suçlayan sesler var), yoksulluk (Mahvolduk, bittik, iflas ettik, sokağa düşeceğiz), felaket beklentisi (Savaş çıkacak, çocuklarım ölecek, kıyamet kopacak), cezalandırılma beklentisi (Cehennemliğim), nihilistik (Ben yokum, öldüm, iç organlarım çürüdü, bedenim odun kesti çalışmıyor) temaları gibi. Eğer psikotik belirtiler depresif tema dışındaki psikotik belirtileri içeriyorsa (paranoid ya da Schneider'yan özellikler ya da başka herhangi bir psikotik/şizofrenik belirti özelliğindeyse) "duygudurumla uyumsuz psikotik depresif dönem"den söz edilir. Ancak, ilk bakışta duygudurumla uyumsuz gibi görünen psikotik belirtilerin açıklaması depresif içerikteyse gene duygudurumla uyumlu sayılır. Örneğin, 'takip edildiğini' düşünen hastanın açıklaması; 'Çünkü suçlarım yüzünden lanetlendim' şeklinde olabilir.

Melankolik Depresyon

Hipokrat zamanına uzanan tarihsel bir terim olan melankoli; şiddetli anhedoni (zevk alamama), sabah erken uyanma, kilo kaybı, suçluluk duyguları gibi belirtilerin yoğun olduğu depresif dönemi anlatmak için kullanılır. İntihar düşünceleri yaygındır.

Atipik Depresyon

‘Tipik’ denen depresyonda uyku, iştah gibi vejetatif belirtiler azalırken; bunların tersine, arttığı bir depresyon da vardır ve buna ‘atipik’ depresyon adı verilir. Bu tip depresyon, daha erken yaşta başlama, panik bozukluğu gibi anksiyete belirtilerinin eşlik etmesi, alkol madde kötüye kullanımı ve uzun süreli izlemde bipolar bozukluk gelişme riski gibi özellikler taşır.

MAJOR DEPRESİF DÖNEM (DSM-IV)

- A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlasının bulunmuş olması; en az birinin (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.
1. Hastanın kendisinin bildiriimi ya da başkalarının gözlemlemesiyle belirli, hemen hergün, gün boyu süren depresif duygudurum (çocuk ve ergenlerde iritabl duygudurum olabilir)
 2. Hemen hergün gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama
 3. Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma), örneğin bir ayda vücut ağırlığının %5’inden fazlası kadar değişiklik; ya da iş tahn azalmış veya artmış olması
 4. Hemen hergün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
 5. Hemen hergün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı
 6. Hemen hergün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı
 7. Hemen hergün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir)
 8. Hemen hergün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık
 9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi
- B. Bu belirtiler karma bir episodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmaktadır.
- D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin kaybından sonra ise, iki aydan daha uzun sürmekte ya da belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyon bulunmaktadır.

İnceleme Yöntemleri

Depresif dönemin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş skalalar tedaviden yararı değerlendirilmede yararlıysa da, depresyon tanısının konması için özgül bir laboratuvar bulgusu yoktur, tanı ruhsal durum muayenesi ile konur. Hastanın genel yaşam koşullarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik öykünün iyi alınması önemlidir. Bunun yanında fizik ve nörolojik muayene yapılmalı, rutin kan tetkiklerinin içinde tiroid fonksiyonlarına mutlak bakılmalıdır.

Tanı-Ayırıcı Tanı

Depresif Altıplerin Ayrımı

Major Depresif Bozukluk (Unipolar Depresyon)

Major Depresif Bozukluk (MDB) bir ya birden çok major depresif dönemin olduğu ve manik, karma ya da hipomanik dönemlerin bulunmadığı bir bozukluktur. Tek major depresif dönem geçirilmişse tanı, 'MDB: Tek dönem'; birden fazla dönem geçirilmişse tanı, 'MDB: Yineleyici' şeklindedir.

Distimi

Major depresif dönem ölçütlerini karşılamayan eşikaltı (minör) depresif belirtilerin kronik şekilde sürmesini anlatır. Kroniklik, 'en az iki yıldır sürüyor olma ve bu sürede en fazla iki aylık sürekli iyi kalabilme' ölçütünde tanımlanmıştır. Hastalar bu durumu genellikle, 'çocukluktan beri' şeklinde anlatır. En sık belirtiler; yetersizlik, suçluluk, iritabilite, öfke, sosyal çekilme, ilgi kaybı, aktivite ve üretkenlikte kayıptır. Distimik bozukluğa bir major depresif dönem eklenirse, bozukluk 'çifte depresyon' adını alır.

BTA (Başka Türü Adlandırılmayan) Depresif Bozukluk

Yukarıdaki tanımlamalara uymayan depresif bozukluklar bu kategoride tanımlanır.

Depresif Bozukluk-Şizoafektif Bozukluk-Şizofreni Ayırıcı Tanısı

Ayırıcı tanı bipolar bozuklukta anlatıldığı gibidir.

Organik Nedenler

Depresif tabloya neden olabilen, belirgin kilo değişiklikleri ile giden, böbrek üstü ve tiroid işlev bozuklukları gibi tıbbi nedenler dışlanmalıdır. Madde kullanımı, HIV enfeksiyonu ve yaşlılarda viral pnömoniler araştırılmalıdır. Pek çok nörolojik ve tıbbi nedenin yanında, depresif tablo yaratabilen bazı farmakolojik ajanların kullanımı da dışlanmalıdır. Eğer depresif bozukluk herhangi bir tıbbi, nörolojik hastalık, madde ya da farmakolojik bir ajanın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı ola-

rak ortaya çıkmışsa “genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağılı duygudurum bozukluğu” tanısı konmalıdır.

Parkinson hastalığı, demans, epilepsi, serebrovasküler hastalıklar ve tümörler gibi nörolojik nedenler depresyona neden olabilir. Yaşlılardaki depresyon Alzheimer hastalığı gibi demanslarla karışabilir, bu yüzden geçmişte “psödodemans” olarak adlandırılmıştır. Depresyondaki unutkanlık, birincil bir bellek bozukluğu olmayıp dikkat bozukluğuna ve motivasyon eksikliğine ikincil olup, sabahları belirgindir. Ayırıcı tanı için nöropsikolojik testler ve antidepresan tedaviye yanıt tipi gibi göstergelerden yararlanır.

Alkol madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluk, kronik yorgunluk sendromu, kişilik bozuklukları da ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Eşlik Eden Özellikler ve Bozukluklar

Depresyon ve İntihar

Depresif hastaların üçte ikisi intiharı düşünür, %15’inden fazlası intihar girişiminde bulunur. İntihar girişiminde bulunan tüm vakaların %70’inde depresif bozukluklar vardır. Dolayısı ile MDB yaşamı tehdit eden, önlenmesi ve erken tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Erkek cinsiyet, boşanmış, dul ya da bekar olma, yas reaksiyonu ya da alkol-madde kötüye kullanım eşliğı intihar riskini artıran etmenlerdendir.

Eştanılar

Distimi, madde kullanım bozuklukları, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğunun major depresif bozukluğa eşlik etmesi sık görülür.

Gidiş ve Sonlanım

Tüm MDB hastalarının sadece üçte birinde hastalık tekrarlamaz. Bunlar geç başlangıçlı, ailede MDB öyküsü olmayan kişilerdir. Yineleme riski, iki kez major depresif dönem geçirenlerde %50-90, üç ya da daha fazla dönem geçiren kişide ise %90’dan fazla görünmektedir. Genç yaşta başlayan, ailede MDB öyküsü bulunan, distimi öyküsü ya da depresif kişilik özellikleri bulunanlarda yineleme riski artar. Yineleyici MDB’ların bir bölümünde bipolar bozukluk ortaya çıkar.

Tedavi

Biyolojik Tedaviler

Akut Dönem Tedavisi

Major depresif dönem antidepresan ilaçlarla tedavi edilir. Antidepresanlar iki üç hafta sonra etki etmeye başlar, dördüncü haftada yeterli düzelme yoksa doz artışı

yapılır, tam etkinliğin görülmesi için altı sekiz hafta beklemek gerekir. Bir antidepresanla yanıt alınmazsa, tercihen başka bir gruptan antidepresan seçilerek aynı kurallarla uygulanır. Antidepresana kısmi yanıt alınmışsa, ilaç değiştirmek yerine eklemek tercih edilebilir. Bu amaçla lityum ya da atipik antipsikotik gibi antidepresan olmayan ajanlar veya başka bir antidepresan kullanılabilir.

İntihar riskinin yüksek olduğu olgularda EKT (elektrokonvulsiv tedavi) ilk tedavi olarak seçilmelidir. Psikotik depresyon da yalnızca antidepresan veya yalnız antipsikotik kullanımına iyi yanıt vermez, antidepresan+antipsikotik kombine kullanımını veya EKT'yi gerektirir.

Distimik bozukluk da, şiddet açısından düşük profiline karşın, kronikliği nedeniyle işlevselliği ciddi bir şekilde düşürmesi yanında, sık eşlik eden alkol-madde kullanımı ve çifte depresyonla intihar riski taşır. Tedavisi MDB gibidir, ancak antidepresanların daha yüksek dozda ve daha uzun süre kullanımı gerekir.

Sürdürüm Tedavisi

Hasta düzeldiğinde, o depresif dönemin tekrar canlanmasını (depreşme) önlemek için, aynı tedavi altı ay daha sürdürülür.

Koruma Tedavisi

İşlevselliğin belirgin olarak bozulması, intihar oranının yüksek olması ve varolan tıbbi hastalıkların kötüleşmesi gibi çok ciddi komplikasyonlar depresif bozuklukların mutlaka koruma tedavisine alınmasını düşündürür. Tedavi edilmemiş depresif dönem yaklaşık 6-13 ay sürer. Her tekrarlayan dönem bir sonrakinin gelişmesi riskini artırır. Giderek dönemlerin arası kısalmır ve hastalık şiddeti artar. Bu nedenle, iki major depresif dönem geçiren hastaların korumaya alınması uygundur. Koruma için, genelde son depresif dönemi iyileştiren tedavi seçilir. Uygulanan tedavi nüksleri engelleyemezse ilaç değiştirme ya da ekleme stratejileri kullanılır. Nadir de olsa bazı olgularda EKT'nin uzun süre belli aralıklarla uygulanması şeklinde bir koruma tedavisi zorunlu olabilir.

Psikolojik Tedaviler

Major depresif dönem hafif olsa bile, yalnızca psikoterapiyle tedaviye kalkılması, hızla şiddetlenerek intihar eğilimine dönme riski nedeniyle uygun değildir. Psikoterapi ancak antidepresan tedaviyi güçlendirici olarak kullanılmalıdır. Bu açıdan bilişsel ve davranışçı terapiler etkin görünmektedir.

Kaynaklar

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.

Bipolar disorder: The upswing in research and treatment. Eds: McDonald C, Schulze K, Murray RM, Tohen M. Taylor&Francis, London, New York, 2005.

- Comprehensive textbook of psychiatry. Eds: Sadock BJ, Sadock VA. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2000.
- Synopsis of psychiatry. Eds: Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Press, Washington DC, 1996.
- İkiüçlü Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Eds: Vahip S, Yazıcı O. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, İstanbul, 2003.
- Depresyon Sağaltım Kılavuzu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Editör.S. Vahip, T. Oral, O. Yazıcı, 2008.
- Textbook of mood disorders, American Psychiatric Publishing, editor: Dan J. Stein, David J. Kupfer, Alan F. Schatzberg 2006.

8 Şizofreni ve Benzeri Psikozlar

ALP ÜÇÖK

Tanım ve Tarihçe

Şizofreni sadece ruh sağlığı çalışanlarının değil insan zihninin işleyişini anlamaya çalışan herkesin ilgisini çekmiş, çoğunlukla kronik gidişli bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalık genellikle 18-45 yaş arasında başlar; düşünce, algılama, hareket, duygulanımda ve kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, mesleki ve sosyal işlevsellikte gerilemeye neden olur. Şizofreni bir beyin hastalığı olmakla beraber etiyojisi ve gidişi üzerine etki yapan sosyal-çevresel etkenlerin çokluğu bakımından, epilepsi, migren gibi diğer beyin hastalıklarından farklıdır. Yani şizofreni sadece bir beyin hastalığı değildir. Şizofreni tanısı alan kişiler arasında gerek etiyojisi, gerek belirtiler, gerekse gidiş özellikleri bakımından o kadar geniş farklar bulunur ki, tıp öğrencisinin bu kadar farklı durumdaki kişilerin nasıl olup da aynı tanı çatısı altında bulduklarını kavraması zor olabilir. Aslında bu zorluk gerek bu bozukluğun tanımlanmasındaki güçlüklerden, gerekse klinik olarak (yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı) tek ve homojen bir şizofreni tablosunun bulunmamasından kaynaklanır.

Kronik bir hastalık olarak tedavi ilkeleri, tedavinin amaçları ve gidiş özellikleri bakımından diabetes mellitus, romatoid artrit, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik hastalıklarla benzerlikler gösterir. Şizofreni hastalarında görülen bulgu ve belirtiler diğer psikiyatrik hastalıklarda da görülebilmekle beraber, şizofrenide mesleki ve sosyal işlevsellikte gerileme diğer hastalıkların yol açtığından daha fazladır.

Psikoz terimi farklı nedenlerle (nörolojik ya da psikiyatrik hastalıklar, entoksikasyon, metabolik nedenler gibi) gerçeği değerlendirme yeteneğinin kaybolduğu durumları tanımlamakta kullanılır. Şizofreni de psikotik bir bozukluk olmakla beraber, şizofreni hastasının sürekli olarak gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş bir durumda, yargı ve algı bozukluklarıyla yaşadığını söyleyemeyiz. Psikotik dönemler çoğu zaman tedavinin aksaması ya da hastayı sarsan akut ya da kronik stres etkenlerinin katkısıyla ortaya çıkar ve tedavi edilmezse aylarca sürebilir. Ancak te-

davisi başarıyla yürüyen, gerekli sosyal desteğe sahip, madde kullanımı gibi psiko-
zu tetikleyecek risk etkenlerinden uzak duran bir hastanın, uzun yıllar boyunca be-
lirgin bir psikotik belirti göstermeden yaşamını sürdürebileceğini de bilmeliyiz.

Şizofreni ('şizofreniler') sözcüğünü 20. yüzyılın başında ilk kez kullanan İsviçre-
li hekim E. Bleuler, bu sözcüğü eski Yunanca karşılığı olan akıl ya da zihin bölün-
mesi anlamında kullanmıştır. Ancak bu ifade hastalığın temel patolojisini yansıtmadı-
ğı gibi, şizofreni sözcüğü yıllar içinde ciddi şekilde stigmadan nasibini almış; sa-
dece bir hastalık ismi olması gereken bu terim, her gruptan insan tarafından başka-
larını küçümsemek, aşağılamak için de kullanılır olmuştur. Hastalığın ismini de-
ğiştirmek konusunda değişik fikirler ileri sürülmektedir. Kimileri hastaların toplumdan
dışlanmasına neden olan koşulları değiştirmeden, sadece isim değişikliğinin işe ya-
ramayacağını, yeni ismin de kısa zamanda eskisi gibi aşağılama amaçlı kullanılaca-
ğını söylerken, 5-6 yıl önce hastalığın ismini değiştiren Japonya'da hem hastaların
hem de psikiyatri çalışanlarının bu değişiklikten memnun olduğu bildirilmektedir.

Epidemiyoloji

Hastalığın yaşam boyu yaygınlığı (prevalans) %1, noktasal yaygınlığı %0.5; sıklığı (in-
sidans) ise 3-5:10.000 kadardır. Hastalığın değişik coğrafya ve kültürlerde yaklaşık ola-
rak aynı sıklıkta görüldüğü kabul edilir. Cinsiyet dağılımı erkeklerde biraz daha sık ol-
makla beraber eşit kabul edilir. Ancak başlama yaşı kadınlarda 2-3 yıl daha geçtir. Şizof-
renin görülme sıklığı diğer psikiyatrik hastalıklardan daha az olsa da, morbidite ve mor-
talitesi daha yüksektir. Şizofreni WHO (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre bütün has-
talıklar arasında en çok yetiyetimine ve kayba yol açan 10 hastalıktan biridir.

Belirti ve Bulgular

Şizofreninin belirtilerini sınıflamada kolaylık olması açısından pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler şeklinde ayırmak mümkündür. Pozitif belirtiler bir zihinsel işlevin bozulması ya da çarpık şekilde işlenmesi sonucu ortaya çıkan halüsinasyon, hezeyan, dezorganize davranış gibi belirtilerdir. Negatif belirtiler ise bir zihinsel işlevin azalması ya da kaybolması sonucu ortaya çıkan belirtilerdir. Alogia, afekt küntlüğü, anhedoni, avolüsyon gibi. Bilişsel alandaki bozukluklar ise dikkat ve konsantrasyon sorunlarıdır.

Her hastada her belirti görülmediği gibi, zaman içinde aynı hastada bazı belirtilerin öne çıktığı bazılarının kaybolduğu ya da azaldığı da görülebilir. Genel olarak negatif belirtiler sürekli olarak belirli bir düzeyde devam ederken, pozitif belirtiler özellikle ilaç tedavisi altındayken kaybolur ya da ihmal edilebilir düzeye iner. Pozitif belirtiler antipsikotik tedavinin bırakılması, madde kullanımı ya da diğer stres etkenleri nedeniyle alevlendiğinde buna negatif belirtilerin artışı eşlik eder.

Hastaların çoğunda hastalık negatif belirtilerle başlar. Negatif belirtiler çoğu zaman aile tarafından tembellik, irade eksikliği, üşengeçlik olarak değerlendirildiğinden bu belirtiler hastaneye başvuru nedeni olmaz. Daha sonra, önceleri kırıntı şek-

linde ortaya çıkan daha sonra şiddet ve sıklığı giderek artan pozitif belirtiler başlar. Hastanın düşünce ve algı bozuklukları çevreyle uyumunu ciddi düzeyde bozacak şiddete ulaştığında, yani aile, okul ya da mahalle ortamında sorunlara yol açtığında çoğu zaman ailesi tarafından bir tedavi kurumuna götürülür.

Örnek: 22 yaşında erkek hasta liseyi bitirdikten sonra arkadaş çevresinden uzaklaşmış, kendine bakımında gerileme olmaya başlamıştır. Birkaç kez işe girmeyi denemiştir de en fazla bir hafta çalışıp değişik gerekçelerle bırakmıştır. Son zamanlarda ailesiyle beraber sofraya oturmak istememekte, karşı apartmandan odasının gözetlendiği gerekçesiyle perdelerini sürekli olarak kapalı tutmaktadır. Ailesi bu değişiklikleri gencin üniversite giriş sınavında iki kez başarısız olması nedeniyle, moralinin bozuk olması şeklinde açıklamaktadır. Hasta bir gün karşı apartmana gidip şüphelendiği dairede oturanları CIA ajanı olmakla, kendi odasına zararlı ışınlar vererek onu robotlaştırmaya çalışmakla suçlar. Çıkan tartışma kavgaya dönüşünce polis çağrılır, hasta ilk psikiyatrik muayeneye polis tarafından getirilir.

Şizofreninin ortalama iki yıl kadar sürebilen bir prodromal dönemi vardır. Prodromal dönem genellikle 15-25 yaş arasında başlar ve aylarca sürebilir. En sık gözlenen değişiklikler ve yakınmalar şöyle sıralanabilir; Sosyal ilişkilerde bozulma, içe kapanma; Okul/iş başarısında gerileme; Okuldan kaçma,kavgacılık gibi davranış değişiklikleri; Kendine bakımda gerileme; Depresyon, korku, zihin karışıklığı, durgunluk; Garip fikir ve davranışlar. Görüldüğü gibi bu belirtilerin hiçbiri şizofreniye özgü olmayıp depresyon ya da madde kullanımı durumlarında da saptanabilir. Ancak yakın akrabalarında şizofreni, hezeyanlı bozukluk gibi psikotik bozukluklar olan gençlerde bu değişiklikler görüldüğünde yakın izleme gerekir.

Şizofrenide hemen tüm hastalarda saptanan işlevsellik bozulması, mesleki işlevsellikte gerileme ya kişinin ulaştığı işlev düzeyini kaybetmesi ya da kendisinden beklenen işlevselliğe ulaşamaması şeklinde ortaya çıkar. Laborant olarak görev yapan bir kişinin hastalık nedeniyle önce uzun raporlar kullanmak zorunda kalıp daha sonra yetiyitimi nedeniyle emekli olması ya da üniversite mezunu bir kişinin ancak özrlü kadrosundan iş bulup temizlik görevlisi olarak çalışabilmesi gibi durumlar sık görülür. Hastalığın ilk alevlenme dönemi ortaya çıkmadan bile, başarılı bir öğrencinin okul başarısının giderek düştüğü gözlemlenebilir.

Pozitif Belirtiler

Düşünce Bozuklukları

Düşünce bozuklukları; *yapısal düşünce bozukluğu, düşünce içeriğindeki bozukluklar ve düşüncede regresyon* olarak üç alanda değerlendirilebilir.

Kişinin nasıl düşündüğü, yani düşüncesini nasıl organize ettiği, amaca yönelik ve anlamlı bir düşünce akışı oluşturup oluşturamaması düşüncenin *yapısal* boyutuyla ilgilidir. Şizofrenide en sık görülen yapısal düşünce bozukluğu *çağrışımların gevşemesi ya da çözülmesidir*. Şizofrenideki çağrışım bozuklukları teğetsellikten kelime salatasına kadar geniş bir spektrumda kendini gösterir. Teğetsellikte, kişi

başlangıçta düşüncesini (konuşmasını) hedeflenen konuya doğru yöneltebilirken yavaş yavaş bu çizgiden uzaklaşır ve kendisine sorulan ya da anlatmaya niyetlendiği konuya ulaşmadan bambaşka şeylerden söz etmeye başlar. **Kelime salatası** denen durum ise konuşmanın tümüyle birbiriyle ilişkisiz, kuralsız ve mantıksız bir halde akıp gitmesiyle ortaya çıkar.

Şizofrenide **yapısal** düşünce bozuklukları, daha çok hastayla göreceli olarak nötr bir konuyu açık uçlu sorular sorarak tartışırken, belli bir zaman geçtikten sonra ortaya çıkar. **Düşüncede blok, perseverasyonlar, neoloji** ve bunlara göre daha sık görülen **düşünce içeriğinde fakirleşme** de diğer yapısal düşünce bozukluklarıdır.

Hezeyan: Şizofreni hastalarında görülen **düşünce içeriği** bozukluklarının başlıcası hezeyanlardır (**sanrı**). Hezeyanlar, kişinin yaşadığı toplum, kültür ya da altkültürün özellikleriyle açıklanamayan, tartışma ya da kanıtlarla değiştirilemeyecek kadar sarsılmaz düzeye ulaşmış hatalı/yanlış düşüncelerdir. Hezeyanlar düşüncenin akla yakın ya da saçma olmasına göre bizar ve bizar olmayan diye gruplanabilir. Ayrıca hezeyanın içeriğine göre perseküsyon, referans, büyüklük hezeyanı, mistik ya da somatik hezeyanlar gibi türleri vardır. Başka psikiyatrik bozukluklarda da görülebilmekle beraber, şizofreni hastalarında daha sık görülen ve tanımlayan kişinin adıyla anılan Schneider belirtilerinin de çoğu hezeyan niteliğindedir. Düşünce okunması (“*yanımdan geçenler aklımdan geçeni biliyor, ben ne düşünsem dolmuştakiler hemen o konudan söz etmeye başlıyor*”); düşünce yayılması (“*düşüncelerim atmosferde yayılıyor, TV de haberler okunurken dış ses olarak veriyorlar*”), düşünce sokulması, düşünce çekilmesi, yönetilme hezeyanları (“...beni hipnotize etmişler istediklerini yaptırıyorlar, sigara içirtiyorlar, uyutmuyorlar”) bu gruba örnek olarak verilebilir.

Şizofrenideki hezeyanlar çoğu zaman bizar içerikli (“*dış hekimi dolgu yaparken dişime bir alet yerleştirmiş bütün aklımdan geçenleri CIA’ e satıyor*”), sistematik olmaktan uzak ve çok sayıdadır. Hasta hezeyanını destekleyecek düşünce ve kanıtlar sunmaz, hezeyanın içeriği birkaç gün sonra değişebilir. Örneğin, dünyadaki bütün gizli örgütlerin şifresini çözdüğü için herkesin onun peşinde olduğuna inanan bir hasta, ertesi gün hamile olduğundan yakınıp test yapılmasını isteyebilir. Bazı hastalarda obsesyon ya da fobik belirtiler de gözlenebilir.

Düşüncede Regresyon: İnsan düşüncesi binlerce yıllık süreçte somuttan soyuta doğru gelişmiştir. Bu süreci her birimiz çocukluktan erişkinliğe giden yıllar içinde yaşarız. Küçük çocuğun zihninde demokrasi, insan hakları, ölüm gibi kavramların yer etmesi için yıllar geçmesi gerekir. Soyut düşünce geliştikçe, şiirlerin, fıkraların, atasözlerinin anlamını kavrayabilir, sınıflandırmalar yapabilir, çıkarımda bulunabilir hale geliriz. Bazı hastalarda, kazanılmış olan bu yeteneğin gerilediğini görebiliriz. Kişi konuşmasında soyut ifadelere yer veremez, yakınmalarını dahi “*baçağım ağrıyor, başım ağrıyor*” gibi somut biçimde dile getirir. Eğitimiyle uyumlu düzeyde bir atasözünü açıklayamaz. Örneğin bir üniversite öğrencisi “*Güneş balçıkla sıvanmaz*” atasözünü “*güneş o kadar büyük ki onu sıvayacak çamuru kimse bulamaz*” diye açıklar. Ya da masayla sandalyenin ortak özelliği sorulduğunda “*ikisinin de gölgesi vardır*”, “*ikisi de faydalıdır*” yanıtı alınabilir.

Algı Bozuklukları

Halüsinasyonlar (Varsanı): Halüsinasyonlar hastaların %70-80 kadarında görülür, özellikle alevlenme dönemlerinde sıklık ve şiddetleri artar. En sık işitsel ve ikinci sıklıkta ise görsel halüsinasyonlar bulunur. İşitsel halüsinasyonlar uğultu, tıkırtı, fısıltı, hayvan sesleri ya da radyonun istasyon ayarı hızla hareket ettirildiğinde duyulanlara benzer anlaşılmasız sesler olabilir ki, bunlara basit tip işitsel halüsinasyonlar denir. Ya da işitsel halüsinasyonlar kişiyle doğrudan konuşan sesler şeklinde olur. Bu tür işitsel halüsinasyonların içeriği genellikle rahatsız edicidir. Küfür ya da tehditler, “*Oturma!*”, “*Ders çalışma!*”, “*Aklın varsa git homoseksüel ol!*”, “*Kendini at, kurtul!*” benzeri emirler işitilebilir. Bazen hasta, kendileri arasında konuşup, kendisinin davranışları hakkında yorum yapan sesler duyar. Bunlara üçüncü kişi halüsinasyonları denir. Kişi kulağına gelen seslere yanıt verdiğinde, dışarıdan bakan birine kendi kendine konuştuğu izlenimi verebilir. Görsel halüsinasyonlar da, ışık çakmaları, çizgiler, silüetler görme şeklinde basit tipte olabileceği gibi, genellikle ürkütücü nitelikte karmaşık görüntüler de görülebilir. Örneğin kesik baş ya da el, korkunç yaratıklar, hayali hayvanlar gibi. Şizofreni hastalarında tat, koku ve dokunma şeklinde halüsinasyonlar da görülebilir. Ancak bu durumda organik nedenlerin dışlanması daha fazla dikkat edilmelidir.

Şizofreni hastalarında **ilüzyon (yanılsama)** şeklinde algı bozuklukları da görülür. Özellikle hezeyanlarının içeriğiyle uyumlu şekilde, insanları başkasına benzetme, yanından geçenlerin konuşmalarını farklı algılama gibi.

Algı bozuklukları zaman zaman sağlıklı kişilerde de görülebileceği gibi, başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi de olabilir. Dolayısıyla halüsinasyonlar tek başına şizofreni tanısı konması için yeterli bir bulgu değildir. Algı bozukluğunun ortaya çıktığı durumlar (mekan, zaman dilimi gibi), sıklık ve şiddeti, kişinin halüsinasyonlar hakkındaki görüşü, etkilenme biçimi, halüsinasyonların gerçekliği hakkındaki düşüncesi de sorgulanmalıdır. Örneğin alevlenme döneminde sürekli olarak komşularının kendisine “*Adi, aşağılık!*” diye seslendiğini duyan bir hasta, bu nedenle komşularıyla kavga etmeye gidebilir, seslerin gerçekliği sorgulandığında ise, “*hastalık belirtisi olsa ilaçla geçerdi, demek ki gerçek*” diyebilir. Algı bozuklukları uyarıların azaldığı durumlarda daha sık yaşandığından gece yatarken, ya da tek başına otururken daha sık ortaya çıkar. Bazen de kişi muayene sırasında, seslerin kendisine “*Bunları doktora anlatırsan cehenneme gidersin*” dediğinden yakınabilir.

Duygulanım Belirtileri

Afekt Küntlüğü ve Uygunsuz Afekt sık görülen belirtilerdir. Afekt küntlüğüne hastanın kullandığı bazı antipsikotiklerin parkinsonizm grubundan yan etkisi de olabileceği de akılda tutulmalıdır. Uygunsuz afekt daha patognomonik bir bulgudur. Kendi kendine gülme, sırtıtma, düşünce /konuşma içeriğiyle uyumlu olmayan afekt bu grupta yer alır.

Şizofreni hastalarında depresyon ve daha seyrek de olsa manik dönemler görülebilir. Depresif belirtiler psikotik alevlenmenin bir parçası olarak ortaya çıkabileceği gibi, özellikle alevlenme dönemi yatıştıktan sonra ortaya çıkan “*postpsikotik*” depresyon dönemleri, intihar riski taşıdığından dikkatle ele alınmalıdır.

Hareket ve Davranış Alanındaki Anormallikler

Katatonik, değişik nedenlerle (nörolojik, viral hastalık sekeli, ilaca bağlı, duygudurum bozukluğuna bağlı vb) ortaya çıkan bir bulgu ve belirtiler grubunun genel adıdır. Şizofreni hastalarında da katatonik belirtiler görülebilir, bu belirtilerin tabloya ağırlıklı olarak hakim olduğu hastalar da şizofrenin katatonik alttipine dahil edilir. Katatonik durumda balmumu esnekliği en sık ve kolay tesbit edilen muayene bulgusudur. Muayene eden kişi hastanın kolunu herhangi bir pozisyona getirdiğinde sanki bakır tel ya da mumdan yapılmış gibi, kolun o pozisyonu uzunca süre koruduğu (örneğin havada asılı gibi durmak) görülür. Ayrıca koma benzeri görünümle karakterize katatonik stupor, mutizm (konuşmama), negativizm, ağırlı uyaranlara yanıtızlık, kaslarda rijidite ve son olarak hastanın garip bir pozisyonu (posdür) uzun süre koruması (odanın ortasında ayakta dikilme, yerçekimine aykırı bir pozisyonda düşmeden uzun süre bekleme ya da saatlerce aynı yerde kalkmadan oturma gibi), daha nadir olarak ekolali ve ekopraksi de katatoninin belirtilerindedir. Ayrıca bazı hastalar özellikle alevlenme dönemlerinde amaca yönelik olmayan, dağınık (dezorganize) davranışlar da bulunabilir. Örneğin ortalıkta soyunma, idrarını yapmak yere yatmak gibi. Bazı kronik hastalarda garip posdür ya da yüz ifadesi, jest ve mimiklerde gariplik dikkat çekebilir (manyerizm).

Negatif Belirtiler

Alogia (Düşünce İçeriğinde Fakirleşme): Aynı zamanda yapısal bir düşünce bozukluğudur. Kişinin düşünce üretme, kendini ifade etme kapasitesi gerilemiştir. Muayenede çok az konuşma, sorulara kısa yanıtlar verme, yaşadıklarını kapsamlı biçimde ifade edememe gibi özellikler dikkat çeker. Bazen hasta sürekli olarak aynı cümleleri tekrar eder.

Avolüsyon: İrade ve istek azalmasıdır. Kişinin gelecekle ilgili bir planı yoktur, yorgun olduğunu dinlenmek istediğini söyleyebilir. Gelecekle ilgili bazı kararlar olsa bile (iş aramak, okula geri dönmek, kursa gitmek gibi) bu kararları uygulayamaz, ya da kısa sürede yarım bırakır. Avolüsyon şizofreni hastalarının işlevselliğini en çok bozan nedenlerin başında gelir.

Anhedoni: Depresyondaki hastalar daha önce zevk aldığı şeylerden eskisi kadar zevk alamamaktan yakınırken; şizofreni hastalarındaki anhedoni daha çok, boşluk hissi, her şeyin anlamsız, hayatın boş gelmesi şeklinde tanımlanır.

Afekt Küntleşmesi: Daha önce söz edilmiştir.

Kendine Bakımın Bozulması: Bazı hastalar günlük temizliğini yürütmekte, bakımını yapmakta zorlanır. Hasta, hastalık öncesi döneme göre ya da ailenin diğer üyeleriyle karşılaştırıldığında, banyo yapmak, çamaşır ya giysilerini değiştirmek, traş olmak vb konularda kendinden beklenen bakım düzeyini tutturamaz. Bazı hastalar üç dört ayda bir banyo yapabilir ya da aynı giysiyi gece gündüz üzerinden çıkarmadan aylarca giyebilir. Yukarıdaki belirtilerin bir sonucu olarak ya da bunlarla birlikte arkadaş çevresinde uzaklaşma, önce evden daha sonra odasından çıkmak istememe gibi durumlar sık görülür. Sonuçta kişinin mesleki ve sosyal işlev düzeyinde değişik düzeyde kayıplar yaşanır.

Şizofrenide Bilişsel Bozukluklar

Bilişsel (kognitif) işlevler şimdi ya da daha önce algılananların işlenmesi değerlendirilmesi, depolanması, gereğinde hatırlanıp kullanılması, plan yapılması, problem çözme stratejilerinin geliştirilmesi, sonuç çıkarılması gibi bir grup üst düzey zihinsel işlevi içerir. Şizofreni hastalarında da öğrenme, hatırlama, bellek, problem çözme gibi işlevlerde bozukluklar olduğu bilinmektedir. Bilişsel işlevlerdeki gerileme gerek negatif belirtilerle gerekse yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeyiyle de yakından ilişkili bulunmuştur.

Etiyoloji

Çoğu karmaşık hastalıkta olduğu gibi şizofreninin etiyojisi de tam olarak bilinmemektedir. Biyolojik psikiyatri alanındaki inceleme yöntemlerinin gelişmesiyle hastalığa neden olan olası etkenler hakkında daha çok bilgi sahibiyiz. Ancak sorumlu tutulan etkenler her hastada saptanamadığı gibi, bu risk etkenlerinin ya da laboratuvar bulgularının saptandığı her bireyde de şizofreni görülmemektedir. Bunun olası açıklaması aslında şizofreninin heterojen bir hastalık olması, farklı klinik ve gidiş özellikleri gösteren hastalarda farklı etiyojik nedenlerin sorumlu olması olabilir. 20-30 yıl öncesine kadar şizofreniye neden olan sebepler arasında annenin özellikleri, aile içi ilişkinin niteliği gibi psikolojik etkenler dikkat çekerken, giderek biyolojik nedenler ağırlık kazanmaya başlamış, son yıllarda ise biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimi (gen-çevre ilişkisi gibi) önem kazanmıştır. Aşağıda konuyla ilgili başlıca modeller özetlenecektir.

1. Nörotransmitter Modeli

Bu model özellikle dopamin işlevleriyle ilgili bozuklukların pozitif ve negatif belirtilerle ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Dopaminin yanı sıra serotonin, glutamat, GABA gibi nörotransmitterlerdeki bozukluklar da şizofrenideki belirtilerden sorumlu tutulur. Dopaminerjik nöronlar beyinde traktuslar oluşturur. Mezolimbik dopaminerjik yoldaki aktivite artışının pozitif belirtilerin, mezokortikal yoldaki dopaminerjik aktivite azalmasının ise kognitif belirtilerin ortaya çıkmasından sorumlu olduğu düşünülmektedir. Sinaptik aralıkta dopamin miktarını arttıran kokain, amfetamin gibi maddelerin pozitif belirtileri arttırması ya da ortaya çıkarması bu modeli destekleyen bulgulardandır. Ayrıca antipsikotik ilaçların hemen tümü Dopamin-2 (D2) reseptörlerini bloke ederken pozitif belirtileri de baskılamaktadır. Ancak bu model şizofreniyi değil psikotik belirtilerin oluşumunu açıklar niteliktedir. Ayrıca dopaminerjik aktiviteyle ilgili olan dopamin reseptör polimorfizmleri, dopamin taşıyıcı gen aktivitesi vb de genetik olarak belirlenen değişkenlerdir.

2. Nörogelişimsel Model

Bu model intrauterin dönemde beyin gelişimini olumsuz etkileyen etkenlerin ileride o kişide şizofreni gelişmesi olasılığını arttırdığına işaret eder. Örneğin birinci trimesterde ağır beslenme bozukluğunun beyin gelişiminde bozukluğa yol açtığı, bu duru-

mun da şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarında artışa yol açtığı düşünülmektedir. 1944-1945 Hollanda Kış Kıtılığı ve 1959-1961 yıllarında Çin'in bir eyaletinde yaşanan belirgin kıtlık sırasında hamile olanların çocuklarında şizofreni sıklığında yaklaşık iki kat artış görülmüştür. Hamilelik sırasında yaşanan viral enfeksiyonlar da çocukta hastalık riskini arttırır. 1957 grip epidemisinde ikinci trimesterde gribe yakalanan annelerin çocuklarında şizofreni sıklığı 1.5-2 kat artmış bulunmuştur. Düşük doğum ağırlığı, baş çevresinin düşüklüğü, doğum komplikasyonları (anoksi, kordon dolanması, forseps kullanımı vb) da şizofreni riskinde artışla ilişkili bulunmuştur. Ancak obstetrik komplikasyonların şizofreniye katkısının sınırlı olduğu, özgül olmadığı, dolayısıyla nedensel ilişkiyi yorumlamanın zor olduğu kabul edilir. Ayrıca, yukarıda söz edilen tüm aksaklıklar sadece şizofreni değil başka psikiyatrik bozukluklar için de risk oluşturmaktadır.

3. Kalıtımın Katkısı

Şizofreni hastalarının ailelerinde bu hastalığın görülme sıklığı toplum ortalamasından belirgin düzeyde yüksektir. Biyolojik annesi şizofreni hastası olup evlat edinilerek "sağlıklı" ailelerin yanında büyüyen çocuklarda da şizofreni riski daha yüksek bulunmuştur. İki kızlerden birinde şizofreni görülmesi durumunda diğer ikizde aynı hastalığı görülme olasılığı monozigot ikizlerde %47 civarında dizigotlarda ise %12 civarındadır. Anne/baba veya kardeşte şizofreni saptanmışsa birey için risk sırasıyla %12 ve %8'e çıkmaktadır. İkinci derece akrabalar içinse risk %2-3 civarındadır. Tüm bunlar şizofrenide genetik etkenlerin rolüne işaret eder. Ancak şizofreni tek bir genin etkisiyle açıklanamayacak kadar karmaşık bir hastalıktır. Ençok kabul gören görüş, sınırlı katkısı olan birden fazla genin etkilerinin aynı kişide görülmesiyle hastalığın ortaya çıktığıdır. Mendeliyan geçiş söz konusu değildir, her kuşakta hastalık görülmez. Aslında kalıtılanın şizofreni olmadığı, şizofreni hastalarında görülen belirli bilişsel bozukluklarla gen polimorfizmleri, delesyonlar vb arasında ilişki olduğu söylenebilir. Şizofreniyle ilgili olduğu düşünülen bazı genler arasında disbindin, nöregulin, DISC-1, alfa-7 nikotinik kolinerjik reseptör geni sayılabilir.

Pratikte muayene edilen her 10 hastadan bir veya ikisinin ailesinde şizofreni saptanmakta, genetik yük taşıyan bireylerde yaşın ilerlemesiyle bu risk giderek azalmaktadır. Genetikle ilgili araştırmalar daha çok hastalığın doğasını anlamamıza yardım ederken, daha sonra spesifik genetik defisitleri onaracak "ilaç"ların geliştirilmesi için de önemli bir adımdır.

4. Psikososyal ve Çevresel Nedenler

Şizofreninin bir beyin hastalığı olduğundan söz etmemize karşın, gerek ortaya çıkmasında gerekse gidişinde çevresel ve psikososyal nedenlerin rolü olduğu bilinmektedir. En azından yukarıda söz edilen ve şizofreninin etiolojisinde yeri olduğu düşünülen biyolojik etkenlere sahip bir kişide, hastalığın fenotip olarak ortaya çıkması için çevresel ve psikososyal nedenlerin rolü olabilmektedir. Diğerlerinden farklı olarak bu etkenlerin önlenabilir olma şansı da daha yüksektir. Çocuklukta cinsel/fi-

züksel travmaya uğramış olmak, göçmen olmak, erken yaşta ebeveyninden ayrı kalma, 15 yaşına kadar şehirde yaşamak ve esrar vb madde kullanımı, şizofreni gelişimiyle ilişkili bulunan diğer bazı etkenlerdir.

Yukarıda söz edilen modellerden her biri bazı şizofreni hastalarında hastalığın oluşumunu tek başına açıklayabilir. Ancak hastaların çoğu için geçerli açıklama stres-diatez modeli içinde olacaktır. Biyolojik yatkınlığı olan kişide bir anlamda ego diye adlandırdığımız yürütücü aygıtın dengesini bozan her hangi bir etken, genotipin fenotip olarak, yani klinik olarak ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu etkenler fiziksel bir hastalıktan alkol ya da madde kullanımına, eş ya da iş kaybı veya diğer destek sistemlerinde zayıflamadan fiziksel travmaya kadar değişebilir. Kişi bazı risk etkenlerini taşımasına karşın “bardağı taşıran” bir süreç yaşamasa, belki de karşımıza şizofreni hastası olarak çıkmayacak, normal yaşamını sürdürürken sadece bazı bilişsel testler uygulandığında normalden hafif sapsmalar gösterecektir.

Laboratuvar Bulguları

Şizofrenide laboratuvar incelemeleri en az üç değişik amaçla yapılır. İlk amaç hastalığa yol açabilen biyolojik nedenleri ve bu etkenlerin beyinde oluşturduğu değişiklikleri incelemektir. Şizofreninin etiyolojisi net olarak bilinmediğinden bu incelemeler daha çok değişik modelleri destekleyecek verilere ulaşmaya çalışır. Örneğin belirli bir bilişsel görev sırasında beyin belirli bir bölgesindeki kan akımının ya da ortaya çıkan elektriksel potansiyellerin incelenmesi veya bu bilişsel performansı etkileyebilecek gen polimorfizmlerinin incelenmesi gibi. Hastanın ve annesinin serumunda toksoplazma için antikor düzeylerinin incelenmesi de bu gruba örnektir.

İkinci amaç klinik olarak şizofrenide de görülen bazı ve bulgulara neden olabilecek diğer nedenlerin incelenmesidir. Örneğin Wilson hastalığını dışlamak için yapılan incelemeler ya da idrarda toksik maddelerin metabolitlerinin taranması gibi. EEG, MR, BT gibi çok sık uygulanan bazı inceleme yöntemleri ise yukarıdaki her iki amaç için de kullanılır. Yani bu incelemelerde hastalığa özgü bulgular saptanmaya çalışılırken, bir yandan da epilepsi, kafatası içinde yer işgal eden lezyonların dışlanması sağlanır.

Üçüncü bir amaç da uygulanan tedavilerin yaptığı değişikliklerin ve hastanın bu tedavilere vereceği yanıtı önceden tahmin etmemizi sağlayan verilerin araştırılmasıdır. Farklı ilaçların gri madde kaybı ya da bilişsel kayıp üzerine etkilerinin ya da ilacın plazma düzeyini dolayısıyla etkinliğini etkileyecek (örneğin P450) enzim sistemi varyasyonlarının incelenmesi gibi.

Beyin görüntüleme yöntemleri bulgularında en yüksek fikir birliği ventriküllerde, özellikle de lateral ventriküllerde genişleme saptanması üzerindedir. Bu genişleme lateral ventrikülün dış duvarını oluşturan medial temporal lob yapılarındaki atrofiye sekonderdir. Ayrıca sulkuslarda genişleme, hipokampus, temporal ve frontal lobların hacminde azalma ve az sayıda araştırmada beyin hacminde ve alanında azalma da saptanmıştır. Frontal korteks, özellikle de dorsolateral prefrontal korteks, ardışık eylemleri planlama, sorun çözme, alternatif stratejiler geliştirme gibi şizofreni hastalarında bo-

zuk olduğunu bildiğimiz işlevlerden sorumludur. Beyinin bu bölgesinin atrofik olması, ya da yukarıdaki işlevler sırasında kanlanmasının normallere göre daha az olması, neden sonuç ilişkisini kurma yolunda bazı noktaları aydınlatmaktadır. Hipokampus yine şizofreni hastalarında bozuk olan yeni öğrenilen bilgi ya da davranış kalıplarının geçici olarak depolanması işlevinden de sorumludur. Hipokampusu atrofik olan bir hastanın yeni bilgiyi öğrenme, öğrendiğini gerektiğinde hatırlayıp kullanma konusunda sağlıklı bireylere göre dezavantajlı durumda olması sürpriz değildir.

Laboratuvar bulgularını tanıyı netleştirmek için kullanılmasında en büyük engel çoğu bulgunun şizofreniye özgü olmaması, bazılarının normal kişilerde de saptanabilmesidir. Örneğin hipokampus atrofisi duygudurum bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu hastalarında da görülmektedir. Bazı bulgular uzun süre antipsikotik kullanımına ikincil olabilmektedir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Şizofreni için tek başına tanı koydurucu hiçbir semptom ya da bulgu yoktur. Ortaya çıkan bütün belirti ve bulgular diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarda da görülebilir. Şizofreni tanısının konmasından önce ayrıntılı bir öykü alınması, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin yapılması, böylelikle ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken fiziksel hastalıklar ve madde kullanımının dışlanması gerekir. Ayrıca, daha önce tanı konmuş olsun ya da olmasın ilk kez şizofreni kuşkusu duyulan bir hastada tanıyı kesinleştirmenin yolu hastayı düzenli aralıklarla muayene edip tedaviye verilen yanıtı ve psikotik belirtiler yatıştıktan sonra işlev düzeyini değerlendirmekten geçer.

Bugün tanı konusundaki en büyük güçlük etiyolojinin kesin olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Biyolojik bulgular ya da aile öyküsü tanı ölçütü olarak kullanılmadığından, halen kullanılan DSM ya da ICD tanı sistemleri, gözlenen bulgu ve belirtiler üzerinde bir fikir birliği oluşturmak esasına dayanır. Bu çabalar 70'li yıllara kadar hüküm süren keyfiliği bir ölçüde azaltmışsa da, "tanımlanan şey" in gerçekte var olup olmadığı (validity) konusundaki tartışmalar sürmektedir. Yaklaşık olarak 2012 yılında kullanıma girmesi beklenen DSM-V versiyonunda şimdiki kategorik yaklaşıma ek olarak laboratuvar bulguları ya da semptom boyutlarının da eklenmesi düşünülmektedir. Şizofreni için DSM-IV tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Karakteristik Semptomlar: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1) hezeyanlar
- 2) hallüsinasyonlar
- 3) dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)
- 4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

5) negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (düşünce içeriğinde fakirleşme) ya da avolüsyon

Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/Mesleki İşlev Bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsmalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir.

Dışlama ölçütleri: Belirtilerin şizoaffektif bozukluğa, psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğuna, kötüye kullanılabilen bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine, genel tıbbi duruma bağlı olmaması gerekmektedir.

Şizofreni Altıpteri

Tabloya hakim olan belirti grubuna göre beş alttıpten söz edilebilir. **Paranoid** tip en sık görülendir. Bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla iştme hallüsinasyonlarının bulunduğu; dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz afektten hiç birinin olmadığı ya da silik düzeyde olduğu şizofreni alt tipidir. İçeriği ne olursa olsun hezeyanların hakim olduğu bir tablodur. Hasta kendisine kötülük yapılacağına, öldürülmek istendiğine, bütün radyo ve televizyonların kendisinden söz ettiğine inanabileceği gibi peygamber ya da mehdi olduğuna, önemli bir hastalığın tedavisini bulduğuna da inanabilir. **Hebefrenik (Dezorganize)** alttip hastalığın daha erken başladığı uygunsuz/künt afekt, dezorganize konuşma ve davranışların, değişik yapısal düşünce bozukluklarının yer aldığı bir gruptur. Bu alttıpte hastalığın sonlanımı diğer türlerden daha kötüdür. **Katatonik** alttıpte katatoniyeye özgü belirtiler tabloya hakim olmakla birlikte düşünce ve algı bozuklukları da görülebilir. Bu alttip 30-40 yıl önceye göre daha seyrek görülmektedir. **Ayrışmamış** tipte klinik olarak hastanın yukarıdaki alttıpten birine ait belirtileri net olarak göstermediği görülür. A Tanı Ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu, ancak bu tanı ölçütlerinin Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamadığı şizofreni tipidir. Bu tür sıklık bakımından 2. sırada yer alır. **Rezidüel (Kalıntı)** gruptaki hastalar başlangıçta pozitif belirtiler gösterirken, yıllar içinde pozitif belirtilerin silinmesine koşut olarak negatif ve bilişsel bozukluk belirtilerinin ön plana çıktığı kişilerdir. Belirgin hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davran-

nışın olmadığı, negatif semptomların ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) olduğu şizofreni alt tipidir Bu kişiler arasında evden hiç çıkmayan, konuşmayan, kendine bakmayanlar yer alabilir. **Basit** tip şizofreni sınırları diğer alttiplere göre daha silik olan bir gruptur. Bazen de hastalığın hiçbir döneminde belirgin pozitif belirti göstermeksizin sosyal çekilme, negatif ve bilişsel belirtilerin hakim olduğu bir tablo söz konusudur.

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda hem diğer psikiyatrik hastalıkların hem de tüm organik nedenlerin dikkate alınması gerekir. İlk kez başvuran, genç hastalarda yukarıdaki iki grubun da dikkate alınması gerekir. Şizofreni başlangıcı için tipik olmayan yaş gruplarında, yani çocuklarda ve yaşlılarda organik nedenlerin dışlanması daha önemlidir. Bu grupta beynin diğer hastalıkları ve beyni etkileyen diğer hastalıklar dikkate alınır. Epilepsi, demans, ensefalitler, multipl skleroz, yer kaplayan lezyonlar, sistemik lupus eritematosusun beyin tutulumu, Wilson hastalığı, ak madde hastalıkları ilk akla gelenlerdir. Nörolojik muayene, beyin görüntüleme yöntemleri ve EEG ayırıcı tanıda yardımcı olacağından rutin olarak uygulanmalıdır. Antikor tayinleri, seruloplazmin düzeyi ölçülmesi gibi incelemeler ise gereğinde bu incelemelerden sonra yapılır. Çocuklarda psikotik belirtilere yol açabilecek diğer nedenler arasında intoksikasyonlar ve ensefalitleri de hatırlamak gerekir.

Psikiyatrik hastalıkların belirtileri arasında örtüşmeler olduğundan, konan tanının tutarlılığı açısından hastanın düzenli olarak muayene edilmesi önemlidir. Aslında şizofrenide tanısal tutarlılık 10 yıllık izlemede %90 gibi yüksek düzeydedir. Buna karşın hastalığın yeni başladığı dönemde diğer psikiyatrik hastalıkların dışlanması çoğu zaman titizlik gerektirir.

Bulgu ve belirtileri bakımından duygudurum bozukluklarının kuramsal olarak şizofreniden kolaylıkla ayırt edileceği düşünülebilir. Ancak pratikte bu hiç de kolay değildir. Özellikle ergenlik ve gençlik döneminde iki hastalığın belirtileri arasında örtüşme vardır. Ayırıcı tanıda aşağıdaki konular yol gösterici olabilir: i) Tabloya hangi belirtiler hakim? Psikotik mani veya depresyonda da algı, düşünce bozuklukları görülebilir, ancak şizofrenide bu belirtiler tabloda daha baskın görünür. ii) Aile öyküsü: Özellikle birinci derece akrabalar arasında bu iki tanıdan birini almış kişiler varsa, kural olmamakla beraber incelediğimiz kişide de aynı hastalığın olması olasılığı daha fazladır. iii) Akut dönem sonrası tedavi yanıtı: Tedaviye yanıt da tanı konusunda yol gösterici olabilir: Şizofreni ya da psikotik özellikli duygudurum bozukluğu düşünülen hastaların semptomatik tedavisinde antipsikotikler yaygın olarak kullanılır ve yararlı olurlar. Duygudurum bozukluğu düşünüldüğünde antipsikotik ilacın bir süre sonra azaltılıp kesilmesi ve tedaviye duygudurum düzenleyici veya antidepresanla devam edilmesi sık yapılan bir uygulamadır. Bu durumda psikotik belirtilerin tekrar sahneye çıkması söz konusu olursa ayırıcı tanıda

şizofreninin dikkate alınması gerekir. iii) Akut dönem sonrası tam düzelme sağlanıyor mu?: Şizofrenide pozitif belirtiler yatıştığında geriye az veya çok negatif belirtilerin kaldığı, buna karşın duygudurum bozukluklarında tam düzelmenin daha sık görüldüğü kabul edilir. Bu bakımdan episod sonrası işlev düzeyi de ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir. Son olarak, antipsikotik kesildiğinde hastanın ilaç kullanmaksızın iyilik durumunu sürdürmesi şizofrenide sık görülen bir durum değildir. Kendi isteği ya da hekimin önerisiyle antipsikotik tedaviyi bırakan bir hastada sonraki gidiş ayırıcı tanıyı sağlar. Yukarıdaki ipuçları genel bilgiler olup her hasta için durumun özel koşulları dikkate alınarak değerlendirilmesi zorunludur.

Hezeyanlı Bozukluk özellikle şizofreninin paranoid alttipiyle benzerlikler gösterir. Hezeyanlı bozukluk daha geç yaşta başlaması, tek ve sistematik ve bir hezeyanın tabloya hakim olması, halüsinasyon görülmemesi ya da bunun hezeyanı ile ilişkili (örneğin vücudundan kötü koku yayıldığına inanan birinin bu kokunun burnuna geldiğini söylemesi) olması, mesleki ve sosyal işlevselliğin korunması ile şizofrenide ayrılır.

Prodromal dönemin altı aydan kısa ancak bir aydan uzun olduğu durumlarda **Şizofreniform Bozukluk** tanısı konur. Tedaviyle ya da tedavisiz olarak izleme döneminde prodromal ve kalıntı belirtilerin toplamı altı ayı geçerse tanı şizofreni olarak değiştirilir. Hastalığın toplam süresi bir aydan kısaysa ve belirtiler yatışmışsa kısa psikotik bozukluk tanısı konur.

Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar ile şizofreniye eşlik eden madde kullanımının ayrılması güçtür. Şüphelenilen durumlarda idrarda metabolit aranması tanıda yardımcı olur. Ayrıca madde kullanımını tamamen bıraktıktan sonra en az üç ay kadar geçmesine karşın psikotik belirtiler sürüyorsa, madde kullanımının teklilediği ya da eşlik eden şizofreni tanısı uygundur. Ancak bu konuda yaygın kabul görmüş ölçütler olmadığı da bilinmelidir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), belirtileri açısından şizofreniden kolayca ayrılabilir. Ancak bazı şizofreni hastalarında, hastalığın prodromal döneminde obsesif kompulsif belirtilerin tabloya eşlik etmesi ve bu iki hastalık grubu arasında %10 civarında eşanlı durumların söz konusu olması, ayırıcı tanıda OKB' nin de yer almasını gerektirmektedir.

Şizofrenide Gidiş

Hastalığın etiyojisi ve belirtileri geniş bir yelpazede çeşitlilik gösterirken aynı şey gidiş boyutu için de geçerlidir. 10 yıl kadar süren izleme çalışmalarına dayanılarak, hastaların kabaca %10 kadarında tek episod sonrası tam düzelme görüldüğü bildirilmektedir. Hatta kültürel olarak Türkiye'ye benzerlik gösteren ülkelerde bu oranın biraz daha yüksek olduğu kabul edilir. Diğer hastalar için 1/3 kuralından söz edebiliriz. Hastaların %30 kadarı normale yakın bir yaşam sürerken, bir diğer 1/3 orta derecede mesleki-sosyal işlev kaybı yaşar. Geri kalan %40 kadarında ise belirtiler nedeniyle genel işlevsellikte belirgin gerileme görülür (bu oran bipolar bozuklukta %20-25 kadardır).

İlk 1/3'lük grupta yer alanlar özellikle mesleki yaşamlarını eskisi gibi sürdürürken sosyal izolasyon ve afektin sınırlı olması gibi belirtiler gözlenir. İkinci gruptaki kişilerde mesleki işlev gerilemiştir (eski işini yürütemeyip daha hafif bir işe geçmek, okulu bitirememek, hastalık nedeniyle emekli olup başka bir işte çalışmak gibi), ancak kişi günlük hayatını yürütebilmekte olup, çevresiyle ilişkileri de, beklenenden geri olsa da tamamen kopmamıştır. Son gruptaki hastalar ise tek başına yaşayacak sosyal ve mesleki işlev düzeyine hiç ulaşamamış ya da hastalık yüzünden bu alanlarda ciddi kayıplar yaşamışlardır. Bazı hastalar seyrek olarak evden çıkar, görüştüğü kimse kendine bakamaz, başka sağlık sorunlarını çözmekte yetersizdirler. Bu hastalarda pozitif ve/veya negatif belirtilerin tedaviye karşın devam ettiği görülür.

Gidişin öngörücülerine bakarsak; hastalığın erken yaşta ve tetikleyici bir neden olmadan başlaması, başlangıçtan beri negatif belirtilerin hakim olması, yeterli sosyal desteğin olmaması, beyin görüntüleme yöntemlerinde ventrikül genişlemesi gibi yapısal değişikliklerin saptanması olumsuz gidişe işaret eden özelliklerdir.

Şizofreni ve Yaşam Süresi

Şizofreni hastalarının yaşam süresi bu hastalığa yakalanmamış kişilere göre %20 kadar daha kısadır. İntihar ilk akla gelen neden olmakla beraber, yaşamı kısaltan nedenler arasında sınırlı bir yere sahiptir. Şizofreni hastalarının yarıya yakının yaşamı boyunca en az bir intihar girişiminde bulunduğu, %5-6 kadarının da yaşamını bu şekilde sonlandırdığı kabul edilir. Şizofrenide intihar genellikle genç yaşlarda, hastalığın ilk yıllarında hatta hasta daha bir sağlık kurumuna başvurmadan gerçekleşir. İntiharın nedeni hastalığın başlangıç döneminde yaşanan yoğun anksiyete, daha sonraki dönemlerde bu yönde emir veren işitsel halüsinasyonlara karşı koyamamak ya da psikotik episodun yatışmasından sonra ortaya çıkan depresyon dönemidir.

Şizofreni hastalarında kalp damar hastalıkları, hareketsiz yaşam biçimi, sigara tüketimi ve bazı ilaçların AKŞ ve trigliserid düzeylerini yükseltmesi nedeniyle normal gruplara göre daha sık görülür. Bu hastalıklara bağlı ölümler de iki üç kat daha siktir. Benzer şekilde, yaşa göre düzeltilmiş diabetes mellitus sıklığı da şizofreni hastalarında yaklaşık beş kat fazladır. İçgörü ve yargı eksikliği nedeniyle tıbbi hastalık belirtilerini fark edememe, bu belirtileri hezeyanları çerçevesinde yorumlayıp tedavi aramamak ya da ne yapması gerektiğini bilememek nedeniyle de mortalite artmaktadır. Hastalığa ya da ilaç yan etkilerine bağlı hareket ve dikkat kusurları şizofreni hastalarının ev içinde ve dışında kazaya maruz kalma riskini arttırmaktadır.

Şizofreni ve Stigma

Tıp alanında stigma, çevresindekilerin sırf belli bir hastalığa yakalanmış olduğu için kişiyi değersiz, zararlı, aşağı ya da tehlikeli görmesi ve buna bağlı olarak dışlaması anlamında kullanılır. Kanser, tüberküloz, AIDS, lepra stigmadan nasibini alan hastalıklardan bazılarıdır. Psikiyatrik bozukluklar arasında da şizofreni stigmaya maruz kalma bakımından ön saftadır.

Stigmanın arkasında, herkesin doğru kabul ettiği hatalı bilgiler de yatar. Şizofreni hastasının tembel olduğu, söyleneni anlamayacağı, çalışamayacağı, tehlikeli olduğu gibi. Ancak hekimlerde, tıp öğrencilerinde de stigmatize edici tutum ve davranışların yaygın olduğu bilinmektedir. Demek ki sadece hatalı bilgileri gidererek stigmatı yok edemeyiz. Sonuçta hastalar en az hastalığın kendisi kadar, toplumun onlara karşı tutumundan dolayı acı çekmektedir. Yüzyıllardan beri süregelen önyargılar şizofreni hastalarının ürkütücü hatta zararlı kişiler olduğu yönündedir ve hastalar toplumun her alanında gördüğümüz saldırganlığın hedefi durumundadır. Bu saldırganlık hastayı dışlamak, çalışabilecek durumdayken iş vermemekten tecavüz etmeye kadar varabilmektedir. Biraz hastalığın biraz da yıllardır yaşadıkları çaresizliğin etkisiyle hastalar haklarını talep etmek, kendilerini savunmak, derterini anlatmak konusunda çok zorlanırlar. Aileler de aynı çaresizlik ve tükenmişlikten nasibini alır. Bu durum hastanın tedavisi için gerekli girişimlerde bulunmaktan, onu sokağa ya da hastaneye terk etmeye kadar uzanır. Hastaların günlük hayatın her alanında hissettiği stigma ve ayrımcılık tedaviyi olumsuz etkiler. Psikiyatri kliniğine başvurmamak, özellikle psikoz tedavisinde kullanılan ilaçları almak “delilik” belirtisi olarak kabul edildikçe bu böyle devam edecektir. Bu nedenle ilaç ve tedavi uyumu bozulmakta, kişiler yeni bir reddedilme yaşamamak için hak ettikleri pek çok şeyi talep etmekten vazgeçmektedir.

Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavisinde genel tıpta kronik hastalıklar için geçerli ilkeler geçerlidir. Bu ilkeler alevlenme dönemlerini önlemek, bu mümkün değilse alevlenme dönemlerini erken fark edip ayaktan tedavi etmek, alevlenme dönemi yatıştıktan sonra hastalığa bağlı yeti yitimini en aza indirmek ve hastanın sorunlarla başa çıkma kapasitesini arttırmak olarak özetlenebilir. Şizofrenide mümkün olan en iyi sonuca ulaşabilmek için biyolojik tedavilerle psikoterapilerin ve aile eğitiminin kombine edilmesi şarttır. Buna karşın tedavi maalesef hastanın eline bir antipsikotik reçetesinin tutuşturulması, bu reçeteden yarar görülmezse hemen başka bir ilacın başlanması ibarettir. Bir ilacın işe yaraması için hekimin önerdiği biçimde kullanılması gerekir. Buna karşın kronik hastalıkların tümünde ilaç tedavisine uyumsuzluk ciddi bir sorundur. Bu sorun psikotik hastalarda daha da büyümektedir. Antipsikotik ilaç alıyor olmanın getirdiği damgalanma korkusu, hastalığın yol açtığı sorunlardan (dikkat dağınıklığı, avölüsyon gibi) ilaçları sorumlu tutma, kilo artışı vb gibi gerçekten ilaçlarla bağlantılı yan etkiler, ekonomik nedenler, aile desteğinden yoksun olma gibi birçok neden ilaç uyumunun bozulmasına neden olur. Hastanın ilaç uyumu her görüşmede sorgulanmalı, uyumu bozan nedenler giderilemeye çalışılmalıdır (dozun azaltılması, ilaç değişimi, ya da yan etkiyi giderecek girişimler, sürekli ilaç kullanıyor olmanın güçlüklerinin hastayla tartışılması gibi).

Biyolojik Tedaviler

Bu başlık altında, antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, EKT ve antiko-linerjik etkili ilaçlardan söz edebiliriz.

Antipsikotik İlaçlar

Şizofreni tedavisinde merkezi konumdadır. Hastanın bir psikoterapi programına katılıp yarar görecektir hale gelmesi için dahi antipsikotik ilaçlara gereksinimi olduğu söylenebilir. Hangi antipsikotik ilacın seçileceği hedef aldığımız belirti, hastanın kilosu, önceden kullandığı ilaçlarla yaşadığı yan etki ve uyum sorunları, ekonomik durumu gibi birçok değişken dikkate alınarak karşılaştırılır. 1990'ların ilk yarısına kadar kullanılan ve özellikle hareket sistemi üzerine (ekstrapiramidal belirtiler) yan etkileriyle dikkat çeken antipsikotikler klasik, tipik ya da birinci kuşak antipsikotikler olarak adlandırılır. Daha sonra çıkan ve önceki grubun "tipik" yan etkilerine yol açmadıklarından "atipik" ya da ikinci kuşak diye tanımlanan antipsikotikler başlangıçta ilaç uyumu ve yan etki konusundaki avantajları nedeniyle büyük beklentiler doğurmuştu. Ancak bu ilaçlarla ilgili deneyim ve veriler arttıkça bu grubun da kilo artışı ve buna bağlı diyabet riskinde, lipid metabolizmasında değişikliğe yol açarak kalp damar hastalıkları riskinde artış gibi yeni sorunlar getirdiği görüldü. Sonuçta her bir hastaya onun kişisel özelliklerini dikkate alarak ilaç seçmek daha da önem kazandı.

Şizofreninin alevlenme döneminde hasta psikotik dönemde olduğundan gerçeği değerlendirme yetisi de bozulmuştur. Hasta olmadığını, tedaviye gerek duymadığını, hatta tedavinin kendisine zarar vermek için planlanan bir tuzak olduğunu ileri sürebilir. Bu nedenle alevlenme döneminde hastaneye yatırılarak tedavi zorunlu olabilir. Hasta oral yoldan tedaviyi de kabul etmezse antipsikotiklerin en azından başlangıçta kas içi enjeksiyonla verilmesi gerekir. Kas içi uygulama için haloperidol (Norodol 5 mg ampul, 5-30 mg/gün) en sık kullanılan antipsikotiktir. Ayrıca olanzapin (Zyprexa 10 mg ampul), ziprasidon (Zeldox ampul) ve zuclopentixol'un (Clopixol acuphase) de enjektabl formları bulunmaktadır. Kas içi uygulama hastanın ilaç uyumu sağlanana ya da taşkınlığı kontrol edilene kadar, genellikle birkaç gün devam eder. Daha sonra mümkünse aynı ilacın oral formuyla tedaviye devam edilir. Akut dönemin tedavisi için ortalama bir süre vermek zordur. Hedef belirtilerin ne düzeyde kontrol edildiğinin yakın takibi gerekir. Antipsikotik ilaçların etkisi ilk birkaç gün içinde başlayabilir ancak pozitif belirtilerin yatışması için genellikle 3-4 haftaya gereksinim vardır. Akut alevlenmenin ayaktan tedavi edildiği durumlarda oral antipsikotikler kullanılır. Şema-1 de bazı ilaçların akut dönem için önerilen dozları yer almaktadır. Bu şema sadece tıp öğrencisinin tedavi yaklaşımı hakkında bir fikir edinmesi için konmuştur. İdame tedavisinde kullanılan antipsikotik dozları akut dönemdekinden dahadüşüktür. Ancak bu dozlara kademeli olarak birkaç ayda inilmesi gerekir. İlaç uyumunun bozuk olduğu ya da yeterli sosyal desteğin bulunmaması nedeniyle kişinin ilaçlarını düzenli alamadığı durumlarda depo antipsikotiklerin kullanılması etkili olabilir. Depo enjeksiyonlar 2-3 haftada bir yapılır, 2-3 ayda bir uygulanabilecek formları üzerinde çalışılmaktadır.



Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)

EKT'nin şizofreni tedavisindeki yeri pratikteki uygulamanın tersine, oldukça sınırlıdır. Şizofreninin katatonik tipi, intihar riski taşıyan depresyon dönemi ve diğer tedavilere direnç durumu EKT'nin endike olduğu alanlardır.

SSGİ Grubu ve Diğer Antidepresanlar

Bu ilaçlar şizofreniye eşlik eden depresyon ve OKB'nin tedavisinde kullanılır.

Antikolinerjik İlaçlar: Tek başına şizofreni tedavisinde yeri olmamakla beraber biperiden (Akineton 2 mg tb, 5 mg ampul) gerek klasik gerekse yeni kuşak antipsikotiklerin hareket sistemi üzerindeki yan etkilerini (akatizi, tremor, akut distoni vb) gidermek için bu ilaçlara eklenir. Uzun süre kullanmak yerine bu ilaçlara greksininin devam edip etmediğini periyodik olarak değerlendirmek gerekir.

Şizofrenide Psikoterapi

Yukarıda sözü edilen biyolojik tedaviler özellikle pozitif belirtiler üzerinde etkiliyken, hastanın şizofreni nedeniyle yaşadığı kişilerarası ilişkilerde beceri eksikliği, çekingenlik, reddedilme korkusu gibi sorunlar ve evden çıkmama, başkalarının yanında anksiyete hissetme, günlük sorunları çözmede yetersizlik gibi durumlar üzerine etkileri hemen hiç yoktur. Bu tür güçlükler hastanın tedaviciyle kuracağı terapötik ilişki kapsamında ele alınarak aşılabilir. Bu ilişki hastada yargılanmama, kabul edilme, değer verilme, anlaşılma hissini oluşturursa tedavi için olumlu katkıda bulunacaktır. Ancak psi-

koterapi bunların ötesinde, belli bir teoriye dayalı olarak, iyi tanımlanmış bir tekniğin uygulanmasıyla yürütülen bir tedavi biçimidir. Bu yönüyle arkadaşlık, dostluk ilişkisinden ya da dertleşme, sohbet etme, nasihat vermeden farklılaşır. Şizofrenide destekleyici psikoterapi ve kognitif davranışçı terapi en sık kullanılan yöntemlerdir. Uygulama bireysel ya da grup tedavisi şeklinde yapılabilir. Amaç kişinin başa çıkma kapasitesini geliştirmek, kendisi için önemli kişilerle (aile, patron vb) yaşadığı güçlükleri inceleyip çözüm yolları aramak, hastayı dekompanse edebilecek stres etkenlerini tanıyıp azaltmaya çalışmak olarak özetlenebilir. Kliniğimizde yaygın olarak kullanılan grup tedavisi formatı hastanın bireysel görüşmede yaşayabileceği performans anksiyetesini azaltması ve bir mikrotoplum modelinde işlemesi nedeniyle daha avantajlı görünmektedir. Grup tedavisi hastanın yaşadığı endişeleri, korkuları, yetersizlik duygularını başkalarının da yaşayabildiğini, çözüm yolu bulmanın mümkün olduğunu görmesi açısından da uygun bir ortamdır. Bireysel ya da grup tedavilerinde birçok aile içinde yaşanan sorunlar, okula ya da işe başlamayla ilgili endişeler, damgalanmanın yaşattıkları, eski arkadaş çevresinden yıllar içinde uzaklaştıktan sonra tekrar çevre edinme konusunda yaşanan güçlükler ele alınır. Konuşma becerileri, problem çözme becerileri eğitimi yapılır. Bilişsel davranışçı tedavi ayrıca kişinin düşünce ve algı bozukluklarının arkasında yatan bilişsel şemaları anlayıp tamir etmeyi amaçlar.

Kaynaklar

- Miller JB, Paschall CB, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Focus*, 2008;6:239-45.
- Jones PB, PF Buckley. *Schizophrenia*. Churchill Livingstone, 2006.
- Üçok A. Other people stigmatize... but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. In: *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. Eds J Arboleda-Florez, N Sartorius. John Wiley&Sons, Ltd, 2008, West Sussex, p 145-59.
- Türkiye Psikiyatri Derneği. *Şizofreni Tedavi Kılavuzu*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2005, Ankara.

9 Hezeyanlı (Sanrısız) Bozukluk

SİBEL ÇAKIR

Hezeyanlı bozukluk, geçmişte “*paranoya*” ya da “*paranoid bozukluk*” olarak isimlendirilen ve ana belirtisi *bizar olmayan hezeyan* olan bir psikiyatrik bozukluktur. Bizar olmayan hezeyanlar; akla uygun, saçma olmayan, günlük hayatta gerçekleşmesi mümkün olan; takip edilme, aldatılma, düşmanları olma, uzaktan bir aşkla sevilme, bir hastalığı olma gibi hezeyanlardır. Paranoya genel bir terim olarak, olayların *gerçekçi olmayan aşırı bir şüphecilik* ile değerlendirilmesidir. Psikiyatride ve klinik anlamda “paranoya” terimi, paranoid düşüncenin hezeyan olup olmadığını net tarif etmediğinden pek tercih edilmez. Emil Kraepelin, dementia precox vakalarının giderek kötüleşmesine rağmen, paranoya hastalarındaki sabit, bizar olmayan, iyi sistematize hezeyanların, kronik olarak sürdüğünü ve bu hastalarda yapısal düşünce bozukluklarının olmadığını gözlemlemiş, hezeyanlı bozukluk ve şizofreni arasındaki farklılıkla ilgili ilk tesbitleri yapmıştır. Hezeyanlı bozukluk sıklığı, hastaların içgörülerinin olmaması, psikiyatrik yardım aramamaları, ancak aile, iş yeri ya da resmi kurumların zorlaması ile başvurmaları nedeniyle tam olarak bilinmemektedir. A.B.D’de hezeyanlı bozukluk sıklığı %0.025-0.03 olarak kabul edilmiştir. Yani hezeyanlı bozukluk, toplumda sıklık oranı %1 olan şizofreni ve %5 olan duygudurum bozukluklarına göre çok daha seyrek görülür. 18-90 yaşları arasında başlaması mümkün olsa da, *ortalama başlangıç yaşı 40* olup, kadın cinsiyette hafifçe daha fazla görülür. Genellikle paranoid hezeyanlar erkeklerde daha sık görülürken, erotomanik hezeyanlar kadınlarda daha sıktır.

Etiyoloji

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, şizofreni ve duygudurum bozukluklarından farklı olduğu düşünülmektedir. Şüphecilik, kıskançlık, gizlilik gibi premorbid kişilik özellikleri ile hezeyanlı bozukluk arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Hezeyanlı bozukluk hastalarının ailelerinde şizofreni ve duygudurum bozukluğu toplum geneline göre yüksek değildir. Şizofreni hastalarının ailelerinde de, heze-

yanlı bozukluk tanısında artış olmaması, bu hastalıkların farklı etiyojileri olduğunu destekler. Uzun süreli izlemde, stabil bir gidişi olan hastaların, şizofreni ya da duygudurum bozukluğu tanısı alması sık değildir. İleri yaş, sosyal izolasyon, aile öyküsü, işitme problemi, yakın zamanda göç, şüpheli kişilik, alışılmadık kişiler arası hassasiyet gibi özellikler hezeyanlı bozukluk için risk faktörleridir.

Tanı, Klinik Özellikler, Alt tipler

Hastalarda hijyen, günlük yaşam aktiviteleri, *işlevsellik ve bilişsel yetiler* bozulmamıştır. Bazen hafif depresif duygudurum eşlik edebilir. *Hallüsinasyonlar görülmez* ancak, nadiren hezeyanın içeriği ile uyumlu ve daha çok taktil ya da koku halüsinasyonları olabilir. Düşünce içeriğinde *sistemize* (açıklama getirilen), *bizar olmayan* hezeyanlar vardır. Düşünce akışı ile ilgili patolojiler (blok, çağrışım kopukluğu v.b.) belirgin değildir. Yönelim ve bellek korunmuştur. Hastalarda düşmanca duygular, agresyon ve impuls kontrolünün değerlendirilmesi olası intihar ve başkasına yönelik şiddet uygulama riskinin belirlenmesi ve buna yönelik önlem alınması önemlidir. İçgörülerini hemen daima bozuktur; bu yüzden de başkaları tarafından ikna ya da zorla psikiyatrik muayeneye getirilirler.

DSM-IV TR: Hezeyanlı Bozukluk Tanı Ölçütleri:

- A. En az bir ay süren ve bizar olmayan hezeyanların varlığı (gerçek yaşamda görülebilecek türden; izleniyor, zehirleniyor, hastalık bulaştırılıyor, uzaktan seviliyor, aldatılıyor ya da bir hastalığı var gibi).
 - B. Şizofreni için A tanı ölçütleri hiç bir zaman karşılanmaz. Fakat hezeyanın içeriği ile ilgili taktil ya da koku halüsinasyonları olabilir.
 - C. İşlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır, davranış acayip ya da bizar değildir.
 - D. Hezeyanlarla birlikte duygudurum dönemleri varsa, bunların toplam süresi hezeyanların toplam süresinden daha kısadır.
 - E. Bu bozukluk herhangi bir maddenin kötüye kullanımına ya da bir tıbbi hastalığa bağlı değildir.
- Hezeyan içeriğine göre aşağıdaki alt tiplerden biri görülür: Perseküsyon tipi/ Kıskançlık tipi/ Erotomanik tip/Somatik tip/Grandiyöz tip/Karışık tip/ Ayrışmamış tip.

Perseküsyon Tipi

Kıskançlık tipi ile birlikte en sık görülen hezeyanlı bozukluk tipidir. Kişi kendisine zarar verilmek, kötülük ya da düşmanlık yapılmak istendiğini düşünür, öfkelenebilir, saldırganlaşabilir. Düşmanlık gördüğü kişilere dava açmak ya da şikayet etmekle meşguldür. Sanrısı dışındaki sosyal alanlarda işlevsel zorluk yaşamaz. Tüm imkansızlıklara karşı kişi başarılı olmaya yönelik tam bir kararlılık içindedir, engelleri komplo olarak görür, yanlış düzeltmek için yoğun bir çaba içindedir, yenilgiyi kabul edemez ve bu çabalardan haz duyar.

Kıskançlık Tipi

Kıskançlık insanlığın doğal özelliği olan bir duygudan hezeyana kadar uzanan geniş bir yelpazeye uzanır. Kişinin aldatıldığını düşünmesi, aşırı tepki vermesi, sürekli bu konuda delil toplamaya çalışması ve saldırganlık gibi tepkileri sık görülür. Morbid kıskançlığı tarif ederken “ Othello Sendromu ” tanımlanması kullanılmıştır. Genellikle daha önce psikiyatrik sorunu olmayan ve daha sıklıkla, kronik alkol kullanan erkeklerde görülür. Aniden başlar ve eşinin daha önceki ve şimdiki davranışlarını sadakatsiz olduğu şeklinde yorumlar. Genellikle tehlikelidir, tedavi yanıtı düşüktür, ayrılmalar, eşe fiziksel ve sözel şiddet gösterme, homisid (cinayet) gibi ciddi adli sonuçlar ortaya çıkabilir.

Erotomanik Tip

“De Clerambo Sendromu” ya da “ Passionelle Psikoza” olarak da adlandırılmıştır. Genellikle kendisinden daha yüksek statüde birinin kendisine aşık olduğuna hezeyan düzeyinde inanır. Açık bir biçimde böyle bir aşk, ilgi ya da ilişkinin olmadığını duymalarına ve reddedilmelerine rağmen bunu farklı bir biçimde yorumlayıp, rasyonalize ederler. Sosyal ve mesleki işlevsellik açısından başarısız, yalnız, içe çekilmiş, hem kendi cinsi hem de karşı cinsle olgun ilişkiler geliştirememiş, bağımlı ve cinsel yönden inhibe tiplerdir. Genellikle daha önce aşık olmamış, ilişki yaşamamışlardır. Erotomanik hezeyanı olan hastalar bazen karşı tarafı taciz derecesinde zorlayıcı, rahatsız edici, tehditkar davranışlar gösterirler. Kötüye kullanılma ya da reddedilme yaşadıklarında taciz girişimleri daha belirgindir. Takıntılı biçimde kendilerine aşık olduğunu düşündükleri kişiyi takip eder, telefon, posta, e-posta yoluyla tacizde bulunurlar. Şiddet ve homisid riski bulunur. Kadınlarda biraz daha fazla görülmesine rağmen adli vakalar daha çok erkek hastalardır.

Somatik Tip

Geçmişte “monosemptomatik hipokondriak psikoz” olarak da adlandırılmıştır. Hipokondriak semptomlar hezeyan düzeyindedir bu nedenle hipokondriazis ve diğer somatik obsesyonlardan ayırt edilir. Diğer hezeyanlı bozukluk tiplerindeki gibi algı, düşünce akışı ve süreci sağlamdır. Semptomlar altta yatan fiziksel ya da psikiyatrik başka bir hastalıkla açıklanamaz. Aşırı kaygı ve tetikte olma durumu vardır. Parazit istilası hezeyanları, vücut özellikleri ile aşırı uğraşı, dismorfofobi hezeyanları vardır. Parazitöz hezeyanında taktıl halüsinasyonlar olabilir. ‘Olfaktor Referans Sendromu’ denen ve kişinin çevresine katlanılamaz kötü kokular yaydığını düşündüğü hezeyana ise, koku halüsinasyonları eşlik edebilir. Somatik tipte hezeyanlı bozukluk hastaları dermatoloji, üroloji, plastik cerrahi ve dahiliye gibi diğer servisleri dolaşır. Doğru tanı gecikirse birçok gereksiz tıbbi tetkik ve girişime ve yanlış tedavi yöntemleri uygulanmasına neden olurlar. Psikiyatri servislerine kendi istekleri ile değil diğer hekimlerin sevgi ile gelirler.

Grandiyöz Tip

Megolomani olarak da adlandırılmıştır. Grandiyöz (büyüklük) hezeyanına sahip kişi, üstün özellikleri olduğunu, başkalarının yapamadığı çok önemli işleri yapabile-

ceğini düşünmektedir. Bu durum psikotik manik dönemde de görülebilir ama diğer manik belirtiler bulunmamaktadır. Hasta bazen kendine inanan kişiler ya da gruplar bulabilir. Paranoid hezeyanları olan kişilerin aynı zamanda grandiyöz hezeyanları da olabilir.

Karışık Tip

Birden fazla hezeyan tipinin bir arada olduğu, fakat belli bir hezeyan tipinin daha baskın olmadığı hezeyanlı bozukluk türüdür.

Ayrışmamış Tip

Yukarıda bahsedilen hezeyan tipleri dışında bir hezeyanın olduğu tiptir. Örneğin ‘Capgras Sendromu’ (hasta tanıdığı kişilerin yerine sahte başka kişilerin geçtiğine inanmaktadır) ya da ‘Fregoli Sendromu’ (hasta tanıdığı ya da kötü niyetli kişilerin kılık değiştirdiğine inanmaktadır) gibi ‘misidentifikasyon sendromları’, ‘Cotard Sendromu’ gibi nihilistik hezeyanlar (hasta mal, mülk, statü, güç, beden ya da organlarını, yani herşeyini kaybettiğine inanmaktadır).

Paylaşılmış Psikotik Bozukluk

19. Yüzyılın sonlarında, “Folie a deux” (İkiz Delilik) ismi ile tanımlanmıştır. Genellikle çok yakın ve uzun süreli ilişkisi olan kişilerin aynı hezeyanı paylaştığı sendromdur. Genelde iki kişide görülür fakat ikiden fazla kişide ya da tüm ailede görülebilir. Diğer kişi hezeyanı sorgulamadan benimser. Hezeyanın ortaya çıkışında, önce birincil kişide başlayıp, belli bir süre sonra ikincil kişilere geçmesi gibi zamansal bir dizilim vardır. Hemen her tür hezeyan tipi için geçerli olsa da, daha çok perseküsyon tipindeki hezeyanlar ağırlıktadır.

Ayırıcı Tanı

Hezeyanları olan kişide deliryum ve demans araştırılmalıdır. Deliryumda bilinç ve diğer bilişsel işlevler dalgalanır. Demansta ise hezeyanlar sık görülür fakat nöropsikolojik testler ile bilişsel bozukluk saptanıp, demans tanısı konabilir. Şizofreni ile ayırıcı tanı yapılması da önemlidir. Erken başlangıç yaşı, hezeyanların bizar olması, kognitif yıkım ve yeti yitiminin belirgin olması ve diğer psikotik semptomların varlığında tanı şizofreni yönünde olmalıdır. Alkol madde kullanımı, psikostimulanlar, diğer sempatomimetikler de hezeyanlara neden olabilir. Yapay bozukluk ve simülasyon, somatoform bozukluklar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Paranoid kişilik bozukluğu da hezeyanlı bozuklukla pek çok semptom yönünden örtüşür ve ayırıcı tanı yapmak zor olabilir. Kişilik bozukluğunda geçmişten beri süregelen şüphencilik ve paronoid düşünce eğilimi varken, hezeyanlı bozuklukta hezeyan nettir. Şizoafektif bozukluk ya da psikotik duygudurum bozukluklarında da hezeyanlar bulunur fakat eşlik eden duygudurum semptomlarının varlığı daha belirleyicidir.

Gidiş ve Prognoz

Hezeyanların ortaya çıkışı psikososyal stres faktörlerinin etkisi ile olabilir. Hastaların zeka düzeylerinin genellikle ortalama ya da ortalamanın altında olduğu düşünülür. Premorbid kişilik özellikleri aşırı şüpheli, dışa dönük, hassas, kavgacı olabilir. Şüphelilik zaman içinde gittikçe artar. İşyeri, aile ve sosyal çevresi ile hezeyanı doğrultusunda çatışır. Polis, adli kurumlar ve hastanelerle ilişkisi artar. Genellikle %50'si tedaviden yararlanır, %20'sinde semptomlar hafifler, %30'unda ise değişiklik olmaz. İyi bir iş hayatı, kadın cinsiyet, 30 yaşından önce başlangıç, sosyal ve işlevsel uyum, kısa hastalık süresi, tetikleyici stresörlerin olmaması iyi prognozla ilişkilidir. Kesin veri olmamasına rağmen, somatik, perseküsyon ve erotomanik tipte hezeyanların, kıskançlık ve grandiyöz hezeyanlara göre daha iyi prognozlu olduğu düşünülür.

Tedavi

Hezeyanlı bozukluk genellikle tedaviye dirençli kabul edilir. Tedavi ile hezeyanın hasta ve yakınlarının yaşamı üzerindeki etkisi ve doğurduğu komplikasyonların azaltılması hedeflenir. Tedavide antipsikotik ilaçlar kullanılır, fakat hastanın ilaç tedavisini kabul etmesi ya da iyi bir ilaç uyumu her zaman mümkün olmayabilir. Antipsikotiklere düşük dozda başlanmalı, doz yavaş arttırılmalı ve yan etkiler hastaya anlatılmalıdır. İyi bir hasta-hekim ilişkisi kurmak, ilaç uyumunun artmasında önemlidir. Pimozidin diğer antipsikotiklere göre daha etkili olduğuna dair bazı bilgiler olsa da, hastanın özellikleri, ilaç etkileşimi ve yan etkiler göze alınarak, herhangi bir antipsikotik ilaç seçilebilir. Eşlik eden ajitasyon ve depresyon varsa onlara yönelik tedaviler de eklenebilir.

Hezeyanlı bozukluk ayırıcı tanısı yapılırken, tam bir tıbbi ve nörolojik inceleme gerekli ise, ya da hastada intihar, başkasına zarar verme, şiddet davranışı gösterme gibi riskler varsa hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir.

Psikoterapiler tek başına tedavide yeterli olmayıp, ilaç tedavilerini destekleyici olarak kullanılabilir. Hasta ile öncelikle güven ilişkisinin kurulması önemlidir, hezeyanı ile ilgili yorumlarda bulunulmamalıdır. Anksiyete, öfke, iritabilite, hayal kırıklıkları ve varsa depresif semptomlar incelenip, başa çıkma yöntemleri ele alınmalıdır.

Kaynaklar

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Comprehensive textbook of psychiatry. Eds: Sadock BJ, Sadock VA. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 8 edition, 2004.
- Synopsis of psychiatry. Eds: Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Press, Washington DC, 10th edition, 2007.

10 Dissosiyatif Bozukluklar

VEDAT ŞAR

Dissosiyatif bozukluklarda, tıbben gösterilebilir bir bedensel (örneğin nörolojik) neden bulunmadığı halde, bellek, kimlik, bilinç ya da çevreyi algılama işlevlerinin bütünlüğünde bozulma (bölünme) ya da değişme görülür. Dissosiyatif somatosensoryel bozukluklarda (konversiyon) ise nörolojik nedenlerle açıklanamayan motor ve duysal belirtiler ortaya çıkar.

Dissosiyatif bozuklukların en kapsamlısı dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve ona yakın olan tablolarıdır. Diğer dissosiyatif bozukluklar (depersonalizasyon, dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, dissosiyatif somatosensoryel bozukluk) DKB'nin bir parçası olabileceği gibi kendi başına da görülebilirler. Dalgınlık, unutkanlık ve hayal kurma halleri normal yaşamda karşılaşılan dissosiyatif yaşantılara örnektir. Dissosiyatif yaşantılar kişinin kendisi için rahatsızlık verici ya da iş ve sosyal uyumunu bozacak derecede ağır ve sık olduğunda bir dissosiyatif bozukluk tanısı konulur.

Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon

Dissosiyatif bozukluklar tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde etiyolojik olarak çevre etkenlerine en fazla bağlı olanıdır. Dissosiyasyon her insanda bulunan bir kapasitedir. Bu nedenle, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi genetik yönü belirgin olan bozuklukların aksine, erken yaşta (genellikle 10 yaşından önce) başlayan kronik psikolojik travmatizasyon normalde sağlıklı bir gelişim beklenen bireyde de dissosiyatif bozukluk oluşturabilir.

Dissosiyatif bozukluk hastaları psikiyatride en yüksek oranda çocukluk çağı travmatik yaşantısı bildiren tanı grubudur. Çocukluk çağında karşılaşılan ve tekrarlayıcı olan (gelişimsel) ruhsal travmalar erişkinlikte geçirilen tek bir travmatik olaya oranla farklı etki yaparlar. Dissosiyasyon başlangıçta çocuk tarafından normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası içerisinde ortaya çıkar. Ancak bu düzenek zamanla uyumsuz olmayan ve patolojik bir sürece dönüşür.

Dissosiyatif bozukluğa yol açan çocukluk çağı travmaları içersinde istismar (kötüye kullanım) ve ihmal önemli yer tutar. Bu gibi yaşantıların patolojik sonuçları olmasının başta gelen nedenlerinden biri, kurban durumundaki kişide ortaya çıkan istismarcıya bağlanma tepkisidir. Bunun bir nedeni çocukluk çağında bağlanmanın birinci dereceden gerekli bir yaşantı olması ve istismarın özellikle çocuğa bakım veren kişilerden gelmesi durumunda çocuğun istismarcıya bağlanmaktan kaçamamasıdır. İkinci bir neden ise, çocuğun istismarı kontrol etme çabası içersinde istismarcının saldırganlığını içe atmasıdır (kontrol odağında kayma). Ancak bu durum kişinin ruhsal bütünlüğünü yitirmesine ve içteki yabancı ruhsal odakların özerklik kazanması ile kendi kontrolünü (denmesini) yitirmesine yol açmaktadır. Dissosiyatif bozukluğun tedavisinde, eninde sonunda, istismarcı ile süren gerçek ve ruhsal ilişkinin giderilmesi önem taşır.

Tablo 1. Dissosiyatif Bozukluklar

1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve benzeri durumlar
2. Dissosiyatif amnezi
3. Dissosiyatif füğ
4. Depersonalizasyon bozukluğu
5. Dissosiyatif trans bozukluğu
6. Dissosiyatif psikoz
7. Posezyon
8. Dissosiyatif somatosensoryel bozukluk

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlar

Tanım

DKB'nin temel belirtileri bellek ve kimlikle ilgilidir. Kendi içinde sürekliliği olan, öznel olarak ayrı fakat birbirinin yerini alabilen kişilik durumları ya da kimlikler (alterler) aynı kişide birlikte varlığını sürdürmektedir. Birbiriyle kaynaşmayan bu kişilik durumları zaman zaman belirli işlevleri yüklenmek üzere etkin olurlar. Bu durumdan kaynaklanan yineleyici amneziler tabloya eşlik eder. DKB'nin DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 2'de verilmektedir.

DKB'nin kısmi şekilleri çekirdek sendromdan çok daha sık olarak görülmektedir. Aralarında sadece ağırlık farkı bulunduğundan, DKB ve benzeri tabloların hepsine birden karmaşık dissosiyatif bozukluklar da denilmektedir. Kısmi vakalarda kişilik durumlarının ayrılığı daha az (hasta tarafından kendine yakın hissedilir) olabilir, tam denetimi almak yerine hastayı dolaylı olarak etkilemeyle sınırlı kalabilir, ya da kişilik durumları yeterince ayrı olup denetimi alsalar da amnezi bulunmayabilir (Eşbilençli DKB). Böyle bir durumda denetimi alan değişik ve kendisini yaş ve cinsiyetle bilen birçok alter kişilik olabilir, fakat bunlar birbirlerinden haberdardır. Bir alter kişiliğin, evsahibi kişilik öldüğünde kendisinin yaşamaya devam edeceğini savunması, ileri derecede "ayrı olma"ya örnek oluştururken; bir alter ki-

şiliğin kendisini diğer cinsiyetten ve değişik yaşta algılaması “farklılığa” örnektir. Birbiriyle özdeş fakat birbirinin yaptığını hatırlamayan alter kişiliklerden oluşan bir bileşim de olabilir, böyle bir hastada kişilik dalgalanması yerine amnezi ön planda yer alır. Kimi zaman alter durumlar görece küçük bir parçadan ibarettir (örneğin tek bir düşünce ya da duygu, ya da bunların sınırlı bir kombinasyonu)

Tablo 2. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun DSM-IV Tanı Ölçütleri

- A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimlik ya da kişilik durumunun varlığı (çevre ve kendisi konusunda her biri oldukça süregiden kendi algılama, ilişki kurma ve düşünme biçimine sahiptir).
- B. Bu kimlik ya da kişilik durumlarından en az ikisi zaman zaman tekrarlayarak kişinin davranışını denetim altında tutmaktadır.
- C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama.
- D. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin alkol entoksikasyonu sırasında görülen “black-out”lar) ya da genel bir tıbbi duruma (örneğin kompleks parsiyel epilepsi) bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır. Not: Çocuklarda belirtiler hayali oyun arkadaşları ya da fanteziye dayalı oyunla açıklanamamaktadır.

Klinik Görünüm

DKB, sanılanın aksine, örtülü bir tablodur. Hastalar klinisyenin karşısına kimlik değişiklikleri ya da amnezilerden yakılarak gelmezler. Tanıya çoğunlukla ikincil belirtiler üzerinden ulaşılır. Bu bozukluğun çok sayıda değişik klinik görünümünün olması da bir güçlük nedenidir. Bozukluğun gidişinin dalgalı olması ve bir dönem (tanı penceresi) açıkça gözlenen belirtilerin başka bir zamanda gözlenmemesi de tanı koymayı güçleştirir.

Bozukluğun ikincil belirtilerinden oluşan semptom profilinin bulunduğu saptanması ile tanıya yaklaşılr. Ruhsal muayene sırasında kişilik değişimi (“switching”) ve amnezilere tanık olunması tanıyı kesinleştirir. İlk görüşmelerde saptanmayan amnezilerin ve alter kişilik durumlarının kısa ya da uzun bir zaman sonra izleme süreci içerisinde kendilerini belli etmeleri sık görülen bir durumdur.

Putnam’a göre alter kişilik, bilincin süregiden bir afekt, sınırlı bir davranış repertuarı ve bir dizi duruma-bağımlı anıyla birlikte, bir kendilik duygusu (beden imajı dahil) çevresinde organize olmuş ileri derecede ayrılaşmış durumlarıdır. Klüft ise şöyle tanımlar: Ayrılaşmış kendilik durumları, yani (alter) kişilikler mental içerik ve işlevleri seçici olarak harekete geçirme (görece stabil ve süregiden) örüntülerinin mental odaklarıdır. Söz konusu mental içerik ve işlevler rol alma ve rol oynama boyutlarıyla açıkça davranışa dökülebilir. Bunlar intrapsişik, kişilerarası ve çevresel uyarılara duyarlıdır; kendi kimlik ve düşünce yapısı hissine sahiptirler, düşünce süreci ve eylem başlatma kapasiteleri vardır. Her biri zihnin bir parçası olarak değil, zihnin değişik bir örgütlenme biçimi olarak anlaşılmalıdır. Alter kişilikler bütünün bir parçası olmaktan çok değişik örüntüler olarak düşünüldüğünde sayılarının neden çok

fazla olabildiği daha iyi anlaşılır. Genellikle bir hastada bir kaç gelişkin alter kişilik ve çok sayıda küçük parça bulunur. Bazı parçalar sadece bir duyguyu ya da bir anıyı taşır, bunların ortaya çıkışı bir “flashback” tarzında olur.

Genel olarak alter kişilik diye adlandırılan bu unsurlar yineleyici biçimde denetimi alırlar ve algıladıkları kendilik kavramı ve temsili doğrultusunda davranırlar. Alter kişiliklerden bazılarının psikofizyolojik ölçümlerde farklı ve ısrar eden bulgular verdikleri yönünde bazı çalışmalar vardır. Bu kişilikler belirgin olarak farklı ses, aksan, kelime haznesi, yüz ifadesi, hareket özellikleri, sağ-sol el seçimi, allerji, semptom, gözlük numarası, psikolojik test bulgusu, beyin perfüzyonu ve ilaç yanıtı gösterebilir. Kendilerinin algıladıkları yaş, etnisite, cinsiyet, köken ve fiziksel özellikler çok farklı olabilir. Tercihleri, önem verdikleri değerler, amaçlar, anılar farklı olabilir. Farklılıklarını ayrı giysiler kullanma, farklı çevrelerde ilişki kurma ve bireysel ilgileri izleme yolu ile yaşama dökmeye çalışabilirler. Ancak ayrılıklarını sürdürme ve farklı eğilimlerini gerçekleştirmeye verdikleri önem farklı olabilir. Hasta gündelik yaşamının büyük bölümünü genellikle depresif duygular içerisinde olan ve içinde bulunduğu ruhsal durumun sonuçlarına katlanan "evsahibi" kişiliğiyle geçirir.

Klasik DKB ile alter kişiliklerin açıkça ve kendi başlarına ortaya çıktığı tablolar anlaşılır. En sık görülen (tipik) DKB ise alter kişilikler arasında keşişim fenomenleri, eşbilençlilik ve birlikte etkin olma (*koprezens*) gösterir. Ayrı kişilik durumları tam denetimi alma dışında, birbirlerini de etkileme yoluna başvurmakta ve görünürde denetimi almış görünen kişilik, aslında bir diğerrinin emrinde davranır olabilmektedir. Günümüzdeki vakalar sıklıkla bir düzineden fazla kişilik göstermekte ve bunlardan yalnızca bir bölümü çevre ile uzun süreli ve karmaşık ilişkiler kurmaktadır.

Alter kişilikler arasındaki keşişimler ve etkileşimler hastayı rahatsız eden ve yakınmasına konu olan klinik belirtilere yol açar. Değişik alter kişiliklerden kaynaklanan mesajlar hasta tarafından işitsel varsanı olarak duyulabilir. Hasta kendisinin içinde birden çok kişinin bulunduğunu hissedebilir. Davranış, düşünce ve duygularının hangilerinin kimden kaynaklandığını değerlendirmekte zorluk çeker. Bu durum çok sayıda *Schneider belirtisine* yol açar. Evsahibi kişilik zihnine düşünce ve duygular sokulduğunu, kendi duygularının başkaları tarafından oluşturulduğunu, başkaları tarafından yönetildiğini hissedebilir. Değişik kişilere ait sesler onun davranışlarını eleştirir, davranışları ve düşünceleri hakkında yorumlarda bulunur, düşüncelerini okur. DKB hastaları Schneider belirtilerini gerçek olarak yaşar fakat bu yaşantılarını açıklayan sanrılar geliştirmezler. Tüm varsanılar ve etkilenme yaşantıları alter kişiliklerin etkinlikleri ile açıklanabilir niteliktedir. Şizofreni hastalarında ise Schneider fenomenlerinin, yaşantıdan çok birincil düşünce bozukluğu niteliği taşıdığı gözlenir.

DKB hastaları *sınır (borderline)* kişilik bozukluğunun birçok belirtisini gösterirler. DKB hastalarında kendine fiziksel zarar verme, impulsiflik, öfke patlamala-

rı gibi belirtiler alter kişiliklerin etkinlikleri nedeniyle oluşmaktadır ve ilgili alter kişiliğin füzyona uğraması sonucunda ortadan kalkarlar. Çok sayıda somatik yakınma dile getirilir. Bunlar kimi zaman bir somatizasyon bozukluğu tanısını gerektirecek sayıdadır. Bunlar içerisinde başağrısı ve migren en sık görülenlerden biridir ve genellikle kişilik değişimi anlarında ya da bir alter kişiliğin denetimi almak için bir diğerini zorladığı anlarda başlar. Konversiyon belirtileri sıktır, bazı DKB hastaları dirençli ve ağır konversiyon belirtileri ile başvurabilir. Bedenin bazı bölgelerinde hissedilen ağrı ya da başka fiziksel duyumlar ve konversiyon belirtileri, geçmişte yaşanmış bir cinsel ya da fiziksel tacizin oluşturduğu somatik bellek ile özgül biçimde bağlantılı olabilir. Hiç bir şey yapmadan, boş gözlerle bakarak geçirilen zaman dilimleri olarak görülen trans halleri gözlenir. Birçok hasta doğaüstü yaşantılar tanımlar. Deja vü, telepati, geleceği görme, eşyaları düşünce ile hareket ettirme, içine cinlerin ya da başka varlıkların girmiş olması, reenkarnasyon yaşantıları bunlara örnek gösterilebilir. Bu kişiler arasında tarikatlara katılanlara rastlanır.

Bu belirtiler yanısıra, öyküde çocukluk çağı travmalarının saptanması ile tüm klinik profil ortaya konulmuş olur. Çoğu vaka yaşam öyküsünün bu yönünün farkındadır, ancak travma yaşantılarının bir bölümüne amnezi geliştirenlere rastlanır. Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterenlere de olabilir: flashback yaşantıları, kabuslar, aşırı uyarılmışlık, uyku bozuklukları gibi. Bazı hastalarda tedavi sürecinde amnezilerin azalması ile birlikte travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilir.

Alter kişilikler koruyucu-kollayıcı, ev sahibi kişiliğe düşman, intihara eğilimli, karşı cinsten ve çocuk yaşta gibi özellikler gösterebilir. Bazıları ise yaşanmış olan ve diğer kişilik durumlarının amnezik olduğu çocukluk çağı travmasına ilişkin bilgi, anı, düşünce, duyu ve duyguları içerirler. Kendisini insan olmayan, cin ya da benzeri bir varlık olarak tanımlayan alter kişiliklere de rastlanır. Tüm bu alter özellikleri gündelik yaşamda ve psikiyatrik görüşmede kendini belli edebilir. Alter kişiliklerden bazılarının etkinliğine bağlı olarak kendine fiziksel zarar verme, intihar girişimi ve agresif davranış görülebilir. Alter kişilik tanımına uyacak denli gelişkin olmayan küçük parçalar denetimi aldıklarında, ilk bakışta sadece bir flashback'den ibaret oldukları izlenimini verebilirler.

Etiyoloji

Günümüzde DKB, çocukluk çağı kötüye kullanımına bağlı, kronik ve karmaşık bir travma sonrası dissosiyatif psikopatoloji olarak kabul edilmektedir. Şimdiye dek yayınlanan vaka serilerinde başta aile içi olmak üzere çocukluk çağında cinsel, fiziksel, emosyonel taciz ve ihmale yüksek oranlarda rastlanmıştır. Bildirilen serilerin %75-90'ı kadındır. Ancak bu durum kadınların çocukluk çağı travmalarına daha sık uğradıkları anlamına gelebileceği gibi, erkek hastaların psikiyatrik tedaviye başvurmadan çok doğrudan adli sisteme girdikleri ya da hastalık belirtilerini gizledikleri anlamına da gelebilir; çünkü adölesan vaka serilerinde bu orantı bu denli büyük değildir.

Tablo 3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Sık Görülen Belirtiler (Loewenstein,1991)

1) Süreç ile İlgili Belirtiler

Alter kişilik özellikleri
Pasif etkilenme belirtileri/kesişim fenomenleri
İşitsel ve görsel varsanılar
Kişilik atlaması ("switching")

2) Amnezi Belirtileri

Dalgınlıklar/hatırlanamayan zaman dilimleri
Hatırlanamayan davranışlar
Fügler
Nereden geldiği bilinmeyen eşyalar
İlişkilerde açıklanamayan değişiklikler
Yeteneklerde/alışkanlıklarda/bilgide dalgalanmalar
Yaşam öyküsünün parçalar halinde hatırlanması

3) Otopnotik Belirtiler

Kendiliğinden olan trans halleri
Kendini kaptırma halleri
Kendiliğinden olan yaş regresyonları
Negatif varsanılar
İstemli anestezi
Vücudun dışına çıkma yaşantıları
Kişilik atlaması ile birlikte göz kürelerinin yuvarlanması ("eye-rolling")

4) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Belirtileri

Öyküde ruhsal travma yaşantısı
Zihninde canlanma/Gözünün önüne gelme/Yeniden yaşama ("flash-back")
Kabuslar
Tetikleyici uyaranlara tepki/panik/anksiyete
Aşırı uyarılma/irkilme halleri
Duygusal tepkisizlik ("numbing")/kaçınma-kopukluk ("detachment")

5) Somatoform Belirtiler

Konversiyon belirtileri
Psödoepileptik nöbetler
Somatoform ağrı belirtileri
Somatizasyon bozukluğu/Briquet Sendromu
Somatik bellek

6) Duygudurum Belirtileri

Depresif duygudurum
Duygudurumda dalgalanmalar ("mood swings")
Vejetatif belirtiler
İntihar düşünceleri ya da girişimleri/kendine fiziksel zarar verme
Suçluluk hissi
Çaresizlik/ümitsizlik duyguları

Tablo 4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Başvuru Biçimleri

1. Kronik depresyon (distimi, çifte depresyon)
2. Konversiyon bozukluğu
3. Borderline (sınır) kişilik bozukluğu görünümü
4. İntihar girişimi (özellikle yineleyici olanlar)
5. Kendi bedenine tekrarlayıcı biçimde zarar verme
6. Dissosiyatif psikoz
7. Cinsel problemler (“ego-distonik eşcinsellik”, vajinismus vb.)
8. Flashback halleri
9. Migren
10. “Adölesans problemleri” (impulsivite, okul başarısızlığı, madde kullanımı vb.)

Sıklık

Çalışmalar DKB'nin genel popülasyonda %1, genel psikiyatri servisinde %5 dolayında görüldüğünü belirlemektedir. Ancak DKB ölçütlerini tam doldurmayan ama yakın özellikteki durumlar katıldığında, karmaşık dissosiyatif bozukluk sıklığı genel toplumda %5 (kadınlarda), psikiyatri servisinde ise 10% dolayına yükselmektedir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Fiziksel/nörolojik ve ruhsal muayene, EEG yapılmalıdır. DKB hastalarının gösterdikleri belirtiler nörotik, sınırda, psikotik ve organik olmak üzere çok sayıda kategoriye aklı getirir. Gerçek anlamda eştanı (komorbidite) olabileceği gibi, DKB hastaları sadece görünüşte, çok sayıda psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini de doldurabilirler. Sık olarak birlikte görülen bozukluklar konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozukluğudur.

DKB hastaları açıkça hissettikleri pek çok belirtiyi ancak sorulduğunda anlatır, belirtilerden bir çoğu eğer sorulmamışsa hasta tarafında ifade edilmeyebilir. Hastaların bir çoğu içinde başka kişilerin bulunduğunu ifade eder. Onların isimlerini, yaşlarını sayar, bir bölümünün seslerini kafasının içinde fakat net olarak duymaktadır. Bunlardan bazıları tarafından yönetildiğini belirtebilir. Başağrısı, bayılmalar, psödopsikoz, amnezi, füğ, depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları, somatizasyon ve konversiyon belirtileri, düşünce akışında bozukluk ve duygulanımda küntlük olmaksızın kafanın içinden geldiği belirtilen işitsel varsanılar bu bozukluğu klinisyenin aklına getirmelidir. Bunların bir kaçının bir arada bulunması ise çok daha anlamlıdır. Böyle bir hastada diğer belirtiler ve ayrıca trans halleri, hayal kurma ve farklı alterler kişiliklere ait belirtiler sorulmalıdır.

Hastaların öykülerinde genellikle başarısız tedaviler ve çok sayıda değişik psikiyatrik tanı dikkati çeker. Görüşme içerisinde kısa süreli unutmalara, ses, konuşma ve hareket özelliklerinde dalgalanmalara dikkat etmelidir. Hastaya unutkanlığının olup olmadığını sorulması inkar ya da konfabülasyon nedeniyle bilgi sağlamayabilir.

Hastalar genellikle kendilerini yabancı yerlerde bulduklarını ya da kendilerine uymayan etkinliklerde bulduklarını anlatmaya isteksizdirler. Dolaylı sorular daha iyi tolere edilir. Başkaları başka isimle çağırıyorlar mı? Sanki insanlar hastaya bilinmedik bazı faktörlerden etkileniyormuş gibi davranıyorlar mı? Açıklanamayan yetenekler ortaya çıkıyor mu? Var olanlar yok oluyor mu? Hasta sık sık yalan söylemekle suçlanıyor mu? Kişisel eşyaları arasında nasıl ve nereden geldiğini bilmediği şeyler buluyor mu? Kendisini nasıl geldiğini bilmediği yerlerde buluyor mu? Kendisini çok iyi tanıyormuş gibi davranan tanımadığı kişilerle karşılaşılıyor mu?

Klinik görünümün özelliklerine bağlı olarak şizofreni, depresyon, sınırda kişilik bozukluğu ve temporal lop epilepsisi ayırıcı tanıda gündeme gelebilir. Şizofrenik bozukluğa özgü duygulanım küntleşmesi DKB'nda görülmez. DKB nöroleptik ilaçlarla tedaviye iyi yanıt vermez. Yanlış tanı alarak uzun yıllar nöroleptik ilaçlar kullanmış DKB hastalarına rastlanır, bu hastalarda şizofreniden beklenen ağırlıkta kişilik yıkımı gözlenmez. DKB'nda işitsel varsanılar kafa içersinde duyulur ve sorulduğunda görüşmeciye yanıt verdikleri hasta tarafından ifade edilir. Çoğu hasta çok sayıda depresif yakınma dile getirir. Ancak genellikle aynı görüşme içersinde dahi bir alter kişiliğin öne çıkması ile depresif bulgular kaybolur. Ek olarak depresyon tanısı konulabilmesi için, depressif belirtilerin alter kişiliklerin çoğunda görülmesi koşulu aranır. Bu koşul karşılanmadığında antidepressif ilaç tedavisi yararlı olmaz. Temporal lop epilepsisinde dissosiyatif belirtiler görülebilir. Ancak bu belirtiler bir DKB'nun tam klinik profilini karşılamaktan çok uzaktır. Bu nedenle ayırıcı tanıda bir güçlük karşılaşılmaz. Bir DKB hastasında epilepsi bulunduğu takdirde her iki tanıyı da birlikte koymak gerekir.

DKB'nin etiolojisinde yer alan travmatik yaşantıların izleri uyku bozukluğu, kabuslar, flashback yaşantıları biçiminde dağınık belirtilerle kendini gösterir. Hasta travmatik yaşantılarının bir bölümüne amnezik olabilir. Ancak bu yaşantılarının bilincinde olan ve açık olarak travma sonrası stres bozukluğu gösteren hastalara da sıklıkla rastlanır.

Birçok DKB hastası DSM-IV'e göre sınır kişilik bozukluğu ölçütlerini doldurur. Ancak bu durum DKB tanısına engel değildir. Bu kişilerin bir çoğunda sınır kişilik bozukluğu görünümü dissosiyatif bozukluğun tedavisi ile kaybolur. Bu belirtiler DKB'deki alter kişiliklerin yer değiştirmelerinden ya da aralarındaki etkileşimden kaynaklanır. Sınır kişilik bozukluğu ölçütlerinin çok sayıda alter kişilik için ayrı ayrı geçerli olduğu görülmedikçe DKB hastası bir sınırda kişilik bozukluğu vakası olarak kabul ve tedavi edilmemelidir. Kişilik bozukluğu kavramının yeniden tanımlanması ile gelecekte bu ayrımın daha isabetli biçimde yapılabilmesi beklenmektedir.

Evsahibi kişiliği sıkıştırmakta olan bir alter kişilik panik nöbetlerine neden olabilir, çocukluk çağı travmasını taşıyan bir alter kişiliğin kendisini kirli hissederek sürekli yıkanmak istemesi obsessif kompulsif bozukluk olarak görünebilir, hala eski zamanda yaşadığını sanan ve kendisini beş yaşında hissedenden bir çocuk kişilik zaman zaman egemen olduğunda hastanın yönelimi bozulabilir, hep aç olan bir başka çocuk kişiliğin sürekli yemekle ilgilenmesi yeme bozukluğu görünümünü verebilir. Bütün bu durumların ortak özelliği alter kişilik etkinliğinden kaynaklanmaları ve ilgili sendromlara yönelik tedavilerle değil ancak DKB'ye özgü tedavi ile iyileştirilebilmeleridir.

Projektif testler DKB'ye özgü bulgular ve travmatik kökenli ruhsal bozukluklarda görülen özgül tepkiler dikkate alınmadığı sürece, ayırıcı tanıda geçerli ve güvenilir biçimde kullanılamaz. Buna karşılık öz bildirime dayalı Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve DDIS ya da SCID-D gibi yapılandırılmış klinik görüşme çizelgeleri, belirti tarama ve tanı amacıyla başarıyla kullanılmaktadır.

Tedavi

DKB'nun etkili tek tedavisi kişilik durumlarını tanıyıp kabullenen ve bunların ayrılmasına yol açan ruhsal süreçleri tersine çevirmeyi hedefleyen, yaşanan travma üzerinde çalışan bir psikoterapidir. DKB'nin psikoterapisi sırasında birçok yöntem birlikte kullanılır. Dissosiyatif psikopatolojiyi etkileyen bir ilaç henüz bilinmemektedir. Anksiyolitikler ve sedatifler palyatif olarak kullanılabilir. Birlikte depresyon bulunduğu antidepresanlardan yararlanır. Nöroleptiklerden yarar umulmadığı gibi durumu kötüleştirebildiğine ilişkin gözlemler vardır. Antiepileptiklerin etkisi gösterilememiştir. Çeşitli ilaçlar farklı alter kişilikler üzerinde değişen etkiler yapabilir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu psikoterapisi üç evreden oluşur: Stabilleştirme, travmatik yaşantıların ele alınması ve entegrasyon. Tedavinin başlangıç döneminde güven ve güvenli bağlanmanın oluşması önemlidir. Alter kişiliklerin işlevlerinin anlaşılması tedavinin bir parçasını oluşturur. Hasta var olan destek sistemlerini ve sosyal ağları da kullanmayı öğrenmelidir.

Dissosiyatif bozukluk hastası kurban, istismarcı ve seyirciden (ya da kurtarıcı) oluşan travma üçgeninde kurban pozisyonundadır. İstismarcıya bağlanması sürmekte ve kendi kontrolünü sağlama konusunda yetersizlik içersindedir. Her dissosiyatif bozukluk tedavisi, eninde sonunda, istismarcıya bağlanma sorununu ele almak ve çözmek zorundadır. Bunun için hastanın gerçeği doğru algılamasına ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek matem yaşantısında yardım etmek, ona bu beceriyi sağlana kadar tedavide güvenli bağlanma olanağını sunmak önemli ilkelerdir.

Dissosiyatif Amnezi

Tanım

Dissosiyatif amnezinin temel özelliği önemli kişisel bilgilerin sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsanamamasıdır. Hastada bu durumu açıklayan organik bir bozukluk yoktur. Bu bozukluğun DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 5'de görülmektedir.

Klinik Görünüm

Kişisel yaşantılara ilişkin normalde bilinçli zihne çağrılabilen anı grupları elde edilememekte ya da geçici olarak elde edilse bile bilinçte tam olarak tutulamamaktadır. Bazı anı, duygu ve düşünceler ya da büyük anı grupları ve bunlarla bağlantılı duygulara erişilememektedir. Dissosiyatif amnezi genellikle ani başlar ve biter. Ancak, yavaş başlangıç (genellikle başağrısıyla birlikte ya da olmaksızın gelişen hafif bir bilinç sislenmesini izleyerek) ve yavaş iyileşmeler (zaman içersinde anı parçaları ortaya çı-

kar) de gözlenebilir. Sıklıkla genelleşmiş bir amnezi ardından daha sınırlı bir amnezi durumuna geçilir. İyileşme sıklıkla kendiliğinden olur. Çoğu vaka görünürde tamamen iyileşir, ama özellikle stres etkenleri devam ediyorsa yinelemeler görülebilir.

Dissosiyatif amnezinin değişik klinik tipleri tanımlanmıştır. Lokalize ya da sınırlı (circumscribed) tip klinik popülasyonlarda en sık görülenidir. Belirli ve sınırlı bir zaman dönemi içersinde, genellikle sarsıcı bir olayı izleyen bir kaç saat boyunca olanların hiç biri hatırlanmamaktadır. Seçici amnezide belirli bir zaman döneminde meydana gelen olayların bir bölümü hatırlanmamaktadır. Bu tip durumlar ender değildir, ancak yaşam ve kimlikte bütünüyle süreklilik kaybı olmadığından klinik ortamda dikkati çekmez. Sistemik amnezi buna benzer, yalnız belirli ve birbiriyle ilişkili bazı olaylar hatırlanmamaktadır. Genelleşmiş tipe görece az rastlanır. Kişi yaşamını bütün olarak hatırlanamamaktadır. Sürekli amnezide belirli bir zamandan itibaren olan olaylar, şimdiki zamanda olanlar dahil hatırlanmamaktadır, olaylar yaşandıktan hemen sonra unutulmaktadır.

Tablo 5. Dissosiyatif Amnezi'nin DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. Başlıca bozukluk, genellikle travmatik ya da stres yaratıcı özellikte olan önemli kişisel bilgileri, sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama döneminin bir ya da bir kaç kez olmasıdır.

B. Bu bozukluk, sadece bir Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füg, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında görülmekte değildir ve bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da nörolojik ya da başka bir genel tıbbi duruma (örneğin Kafa Travmasına Bağlı Amnestik Bozukluk) bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır.

Etiyoloji

Amnezi sıklıkla ağır bir psikososyal stres sırasında başlar. Başlangıcı ani de olsa aslında zaman içersinde birikim yapan bir ruhsal çatışmanın sonucu olan durumlar da vardır. Bir tehdit karşısında çıkmaz içersinde bulunma, önem verilen bir şeyin yitirilmesi ya da yitirme olasılığı, başedilemeyen ve kişide panik yaratan eğilimler hissetme gibi durumlar sıklıkla ortaya çıkarıcı etken olarak öyküde yer alır.

Sıklık

Dissosiyatif amnezinin görülüş sıklığı genel toplumda Türkiye'de kadınlarda % 7.0 olarak bulunmuştur . Savaş ve sosyal afet zamanlarında sıklığının arttığı bilinmektedir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Fiziksel-nörolojik ve ruhsal muayene, EEG ve gereken ek tetkikler (beyin görüntüleme yöntemleri, toksikolojik testler vb.) yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda başta kafa travması ve epilepsiye bağlı olmak üzere organik kaynaklı ruhsal bozukluklar, diğer dissosiyatif bozukluklar, ve temarüz dikkate alınmalıdır. Çoğu hasta yakını organik kaynaklı ruhsal bo-

zukluklarla gelen hastalarda da çeşitli stres etkenleri tanımlar ve bu bilgiler yanıltıcı olabilir. Bu bakımdan ayırıcı tanıda öyküden çok fiziksel muayene bulguları ve ruhsal gözleme önem verilmelidir. Hastanın genç ve organik risk etkenlerinden (arterioskleroz, hipertansiyon vb.) uzak bir kişi olması, tablonun çok ani başlaması, belirtilerden hemen önce ortaya çıkan belirgin bir stres etkeninin bulunması, belirtilerin kendiliğinden ya da çevreden uzaklaştırma ile hızla düzelmesi dissosiyatif bozukluk yönünde düşündürür. Entoksikasyona bağlı durumlar toksik maddenin alındığının gösterilmesi ile anlaşılır.

Tedavi

Destekleyici yaklaşımla (psikoterapötik görüşme, çevreden uzaklaştırma/hospitalizasyon) çoğu kendiliğinden iyileşir. Hipnoz ve sodyum amobarbital görüşmeleri başarı ile kullanılabilir. İyileşme oranı ortaya çıkarıcı stres etkeninin durumu ile bağlantılıdır. Tedavi sürecinin anlayışlı bir yaklaşım ve destekleyici bir tutum içermesi, hasta-hekim ilişkisinin olumlu bir havada olması gerekir. Hiç kimse belleğini ya da kimliğini mecbur kalmadan terketmez. Bu ortam içersinde ön inceleme temel öyküyü sağlar, olumlu beklentileri artırır ve gerekli olduğu zaman kullanılacak hipnoz ya da amobarbital görüşmelerinin yapıcı olması için gereken terapötik ilişkiyi sağlar. Yaş regresyonu ve abreaksiyon teknikleri iyi sonuç vermez. İyileşme döneminde araştırmacı bir tutumdan çok anımsama kusurunun düzeltilmesi üzerinde çalışılması uygundur. Hasta unuttuklarını anımsamaya ancak tolere edebileceği oranda cesaretlendirilmelidir. Amnezi kalktıktan sonra olanların daha derinliğine anlaşılmasına yönelik araştırmacı tutuma ağırlık verilir.

Dissosiyatif Füg

Tanım

Kişi kendisini birden nasıl geldiğini bilmediği bir yerde bulur, aradan geçen sürede olanları hatırlamamaktadır. Dakikalar, saatler, ya da günler sürebilen böyle bir füg dönemi sırasında her zamankinden farklı bir kimlik edinmiş gibi davranır, karmaşık işlevleri yerine getirebilir ve çevresindekilerce durumundaki olağandışılık farkedilmeyebilir. DSM-IV dissosiyatif füg tanı ölçütleri Tablo 6' de yer almaktadır.

Klinik Görünüm

Dissosiyatif füg tipik olarak kısa sürer. Saatleri ya da günleri kapsayabilir, kısıtlı bir ölçüde de olsa seyahat görülür. Ender olarak aylarca sürebilir ve binlerce kilometrelik seyahatler olabilir. İyileşme genellikle uyku ardından ani olur.

Etiyoloji

Genellikle bir psikososyal stres etkeni ile bağlantılı olarak meydana gelir. Savaş, doğal ve toplumsal afetler sırasında olabilir. Öyküde kişisel reddedilme, kayıplar, başarısızlıklar, evlilik sorunları ve parasal sıkıntılar görülebilir.

Tablo 6. Dissosiyatif Fügün DSM-IV Tanı Ölçütleri

- A. Başlıca bozukluk, geçmişini unutup (anımsamayarak) birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmedir.
- B. Kişisel kimlik konusunda kafa karışıklığı ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısmen ya da tamamen)
- C. Bu bozukluk, sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında görülmekte değildir ve bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin temporal lop epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır.
- D. Bu belirtiler klinik olarak anlamlı derecede sıkıntıya ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.

Sıklık

Genel toplumda dissosiyatif füg sıklığı Türkiye’de kadınlarda % 0.2 olarak bulunmuştur. Bu bozukluğun kendi başına ender görüldüğü, daha çok kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukların bir belirtisi olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Fiziksel-nörolojik ve ruhsal muayene, EEG ve gereken diğer ek incelemeler yapılır. Ayırıcı tanıda organik kaynaklı ruhsal bozukluklar (epilepsi, entoksikasyon vb.) ve diğer dissosiyatif bozukluklar dikkate alınır. Organik sendromlarda kişilik değişikliği görülebilir, fakat karmaşık bir seyahat ya da başka bir kimlik edinilmesine raslanmaz. Dissosiyatif füg öncesinde bilinçte sislenme olur ve bu durum organik kaynaklı bir tabloyu akla getirebilir. Organik vakalar EEG’de yavaşlama ya da başka bulgular gözlenerek ayırdedilebilir. Temporal lop epilepsisinde dissosiyatif fenomenler ya iktal olaylarla bağlantılıdır ya da interiktal disföriye karşı savunma olarak oluşur. Epilepsiye bağlı füglerde motor fenomenler ve seyahat genellikle basit özelliktedir, işlevsel gibi gözükse de stereotiptir ve yeni bir kimlik edinmeyi içermez. Dissosiyatif amnezide amaçlı bir seyahat görülmez, ancak dolaşma ve hedefi görece belirsiz bir seyahat görülebilir. Yeni bir kimlik edinilmez. DKB’de ise değişik zamanlarda tekrar tekrar ortaya çıkan ve iç bütünlük, devamlılık gösteren kimlikler vardır. DKB’de bir dizi olay, semptomatik davranışlar ve kimlik sorunlarına ilişkin öykü çocukluğa kadar uzanırken, fügde kimlik sorunlarının başlaması fügün başlaması ile olur. Temarüz ile ayırıcı tanı zordur. Uzun süreli gözlem, hipnoz ve sodyum amobarbital görüşmesi yararlı olabilir.

Tedavi

Amnezinin tedavisine benzer. Hasta füg sırasında görüldüyse temel kimlik bilgilerini anımsamasının sağlanması için çalışılır, bu durumu neyin başlattığı incelenir ve durumun onarılması için destek verilir. Ancak, hasta hekime çoğunlukla füg bittikten sonra gelir. Füg sırasında kendini gösteren ruhsal antitelere çevre tarafından farkedilmese de sürüp giden, zihinde devamlılığı olan durumlar olup olmadığı incelenmelidir. Hipnoz ve sodyum amobarbital görüşmesi psikoterapi ile birlikte dü-

şünülebilir. Bellek ve kimlikte süreklilik sağlanmalıdır. Psikoterapi sırasında hastanın psikososyal stresle nasıl baş ettiği incelenmeli ve duygularla ve durumlarla dissosiyatif olmayan yoldan baş etmesi mümkün kılınmalıdır. Güvensiz bağlanma sorunları ele alınmalı, füğ davranışının içerdiği ifade bulunmalıdır.

Depersonalizyon Bozukluğu

Tanım

Kişi kendisine yabancılaştığı duygusu içersindedir. DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 7' de görölmektedir.

Tablo 7. Depersonalizasyon Bozukluğunun DSM-IV Tanı Ölçütleri

- A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı ve sanki onlara dışardan bir gözlemci gibi baktığı hissini (örneğin kendini sanki bir rüyada imiş gibi hissetme) sürekli ya da yineleyici biçimde olması.
- B. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.
- C. Depersonalizasyon klinik olarak anlamlı derecede sıkıntı ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.
- D. Depersonalizasyon yaşantısı sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu gibi başka bir mental bozukluk ya da başka bir Dissosiyatif Bozukluk sırasında görölmekte değildir ve bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkileri ya da bir genel tıbbi duruma (örneğin tempotal lop epilepsisi) bağlı olarak ortaya çıkıyor olmamalıdır.

Klinik Görünüm

Gerçek olmama, yaşıyor gibi olmama ya da bedenin bazı parçalarının ayrılması ve değişmesi, ya da kendi vücuduna dışardan bakma, ya da robot gibi olma biçiminde anlatılır. Kişi ellerinin, ayaklarının değiştiğini, kendisini tanıyamadığını söyleyebilir. Bu kişiler o sırada duygularını ya da yaşadığını hissedememekten de yakınabilir. Bu yaşantılar bir kaç saat süren ve yineleyen dönemler biçiminde olabileceği gibi devamlı da olabilir. Devamlı olduğunda kişi davranışlarını, düşüncelerini kendisine ait değilmiş gibi hisseder. Ancak böyle bir şeyin gerçekte olamayacağını bilir ve bu durumdan büyük rahatsızlık duyar.

Etiyoloji

Depersonalizasyonun fizyolojik ya da anatomik bir bozukluktan kaynaklanabileceği, ruhsal travma karşısında beynin önceden biçimlenmiş bir yanıtı olarak ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Psikanalitik kuramlar depersonalizasyonu acı veren ya da çatışmalardan kaynaklanan duygulara karşı savunma olarak nitelendirirken, başka bazı yazarlar kişinin gözleyen ve katılan kendiliğinin birbirinden ayrılması olarak açıklamıştır. Depersonalizasyon hem normallerde, hem de psikiyatrik bozukluğu olanlarda görölebileceği gibi yaşamı tehdit eden durumlar ve ağır stres karşısında geçici olarak da oluşabilir.

Sıklık

Genel toplumda depersonalizasyon bozukluğunun sıklığı Türkiye’de kadınlarda %2.4 olarak bulunmuştur.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda akut anksiyete nöbeti, ruhsal travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, obsesif bozukluk, hipokondriyaklık, şizofreni, sınır kişilik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, epilepsi, organik hastalıklar ve ilaç yan etkilerinin dikkate alınması gerekir. Depersonalizasyon başka bir psikiyatrik bozukluğun bir belirtisi olarak da görülebilir. Temporal lop epilepsisinde depersonalizasyon yaşantıları ortaya çıkabilir.

Tedavi

Etkili olan bir ilaç bilinmemektedir. Psikoterapisi konusunda yeterli bilgi yoktur. Dinamik psikoterapi, hipnoz, davranış tedavisi üzerinde durulmuştur. Altta yatan başka bir bozukluk varsa tedavi ona yönlendirilmelidir.

Dissosiyatif Psikoz

Tanım

Davranış, düşünce, duygulanım ya da bilişsel işlevlerde akut olarak ağır bir bütünlük kaybının ortaya çıktığı, gerçeği değerlendirmenin bozulabildiği, dissosiyatif doğal ve kısa sürede tam iyileşen, çevresel etkenlerin başlattığı bir geçici psikoz durumudur.

Klinik Görünüm

Hasta genellikle acil olarak başvurur. Tablo saatler, günler ya da en çok bir kaç hafta sürer. Üzücü bir olay ya da çevresel etkenlerle çok yakından ilgili olarak ani biçimde başlar, gelip geçici ve sınırlı ölçüde düşünce akışı bozukluğu, işitsel ve görsel varsanılar, sanrılar, depersonalizasyon, olağan dışı davranışlar görülür. Özellikle regressif belirti olarak adlandırılan çocuk gibi davranma, dışkı ve idrarını bırakma gibi durumlar dikkati çeker. Duygulanımda uçarlık, manik kamçılanma, yönelim bozukluğu görülebilir. Katatoni olabilir. Klinik görünüm hızlı değişmeler gösterebilir. Hastanın bu karmaşık ruhsal duruma rağmen aralıklı olarak iletişime oldukça açık olduğu gözlenir. Genellikle kısa süreli hospitalizasyonla ve nöroleptik ilaçlar kullanılmaksızın yatıştır. Kalıcı belirti bırakmadığı düşünülür.

Etiyoloji

Dissosiyatif psikozun ruhsal travma kökenli bir bozukluk olduğu tezi giderek kabul görmektedir. Ülkemizde kadınlarda çoğu zaman ağır evlilik sorunları, geniş aile içerisinde cinsiyet ve yaşa bağlı rol hiyerarşisinin yol açtığı baskı ortamı dikkati çeker. Öykü derinleştirildiğinde çocukluk çağı tacizleri ve ihmal gibi travmatik unsurların erken gelişim dönemlerinden itibaren varlığı dikkati çeker. Erkeklerde askerlik ve cezaevi koşullarında ender olmadığı bilinmektedir.

Dissosiyatif psikozun ayırıcı özelliği gösterdiği belirtilerden çok kökenini dissosiyasyondan almasıdır. Dissosiyatif psikoz alta yatan bir kronik karmaşık dissosiyatif bozukluğun komplikasyonu olarak, ortaya çıktığında çeşitli alter kişilik durumlarının bir “döner kapı krizi” ya da “eşbilençlilik krizi” olarak hızlı biçimde kendilerini ortaya döktükleri instabil bir durum niteliğini taşır.

Sıklık

Genel toplumdaki sıklığı bilinmemektedir. Türkiye’de on yıllık bir üniversite psikiyatri servisi popülasyonunda bu tanıya %1.3 oranında rastlanmıştır.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda şizofreni, mani, delirium ve kısa reaktif psikoz dikkate alınmalıdır. Dissosiyatif psikozun şizofreniform bir psikozla ayırıcı tanısı önemlidir, en güvenilir ayırıcı tanı yöntemi uzun süreli izlemedir. Ayırıcı tanıda süre kadar bozukluğun dissosiyatif doğada olduğunun gösterilmesinin de önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu amaçla hipnozdan yararlanılabilir. Hastanın ruhsal durumunda ani değişiklikler olması, anlam verilmesi güç görünen ifadeler yanında zaman zaman açık ve rahat iletişim kurulabilmesi, hastanın kimi zaman çocuk kimi zaman erişkin gibi konuşması biçiminde ayrı kimlik durumlarının varlığını düşündürecek gözlemlerin olması, duygulanımda yüzeysellik ve küntlük olmaması dissosiyatif psikozu akla getirmelidir. Dissosiyatif psikoz tanısı konulan hastalarda alta yatan bir kronik karmaşık dissosiyatif bozukluğun olup olmadığı araştırılmalıdır.

Tedavi

Genellikle hospitalizasyon yolu ile çevreden uzaklaştırma ve destekleme gerekir. Hastanın stabil bir duruma gelmesi beklenirken güncel stres etkenleri, travmatik ortamın devam edip etmediği araştırılmalı ve gerekirse buna yönelik önlem alınmalıdır. İlaç tedavisinin özgül bir yararı yoksa da palyatif olarak anksiyolitikler, sedatifler ve nöroleptikler kullanılabilir. Alta yatan DKB gibi bir kronik karmaşık dissosiyatif bozukluğun var olup olmadığı incelenmelidir. DKB için “tanı penceresi” oluşturan böyle bir durumda alter kişiliklerin tanınması ve ilişki kurulması, gerekirse bunlardan bazıları ile kontratlar yapılması hastanın stabilleşmesini hızlandırır. Yardımcı tedavi yöntemi olarak hipnozdan yararlanılabilir.

Peritratmatik (Akut) Dissosiyatif Bozukluk

Ölüm, yaşamı tehdit eden haller ve başka ağır stres yaratan yaşantıların hemen sonrasında ortaya çıkan tablolarıdır. Olay ardından olanları anımsayamama ya da yeniden yaşıyor gibi olma, gözünün önüne olayla ilgili görüntülerin gelmesi flash-back, depersonalizasyon, dalgınlık, duygusal tepkisizlik, çevrede olan bitenlerin farkında olmama gibi dissosiyatif belirtiler ortaya çıkar. Kabus niteliğinde rüyalar,

bunaltı, huzursuzluk, tedirginlik, uyku bozukluğu, olayı anımsatan uyarılardan kaçınma gibi belirtiler olabilir. Genellikle bir ay içerisinde belirtiler düzelir. Daha uzun süren durumlar travma sonrası stres bozukluğu olarak adlandırılır.

Dissosiyatif Trans Bozukluğu

Tanım

Çevreye tepki vermede azalma ya da belirli bir noktaya odaklanma biçiminde epizodların kişinin psikososyal işlevlerini etkileyecek düzeyde sık görüldüğü durumlarda dissosiyatif trans bozukluğundan söz edilir. Posesyon durumları da bu bozukluk bünyesinde sınıflandırılmaktadır.

Klinik Görünüm

Hasta trans durumunda iken çevreyle temasını kaybetmiş bir haldedir. İç dünyasıyla meşgul gibi görünür ve çevresindekilerle iletişimi kesilir. O sırada az ya da çok kendi kendine konuşma olabilir. Sonradan kişi bu epizod sırasında olanları hatırlamaz.

Tablo 8. Dissosiyatif Trans Bozukluğu DSM-IV Araştırma Ölçütleri

A. (1) ya da (2)'den bir tanesi:

(1) Aşağıdakilerden en az biriyle ilişkili trans, yani bilinç durumunda geçici belirgin değişiklik ya da yeni bir kimlik ile yer değiştirmeksizin olağan bireysel kimlik duygusunda yitim:

(a) Yakın çevrenin farkında olmada daralma ya da çevresel uyaranlara alışılmamış biçimde dar ve seçici odaklanma

(b) Birinin denetiminin ötesinde olma olarak yaşanan basmakalıp davranışlar ya da hareketler

(2) Posesyon transı, alışılmış bireysel kimlik duygusunun yeni bir kimlik ile yer değiştirmesi ile belirli bilinçlilik durumunda tek ya da epizodik değişiklik.

Bu, aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) ile kanıtlanan bir ruhun, gücün, ilahi varlığın ya da başka bir kişinin etkisine atfedilir:

(a) Posesyon etkeni tarafından denetim altında olma olarak yaşanan basmakalıp ve kültürel olarak belirlenmiş davranışlar ya da hareketler.

(b) Olaya yönelik tam ya da kısmi amnezi

B. Trans ya da posesyon transı durumu ortak kültürel ya da dini uygulamanın olağan bir parçası olarak kabul edilemez.

C. Trans ya da posesyon transı durumu klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Trans ya da posesyon transı durumu sadece Psikotik bir Bozukluğun (Psikotik özellikleri Olan Duygudurum Bozukluğu ve Kısa Psikotik Bozukluk dahil) ya da Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmaz ve bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Etiyoloji

Dissosiyatif mekanizma esastır. Travmatik bir geçmişe rastlanabilir. Bu konuda yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Sıklık

Dissosiyatif trans bozukluğu Türkiye’de kadınlarda genel toplumda sıklığı %0.6 olarak bulunmuştur.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Diğer dissosiyatif bozukluklardan ayırt etmek gerekir. Kafa travması ya da epilepsi sonrası oluşan bir durumla karıştırılmamalıdır. Çocuklarda dissosiyatif trans bozukluğu gelişmekte olan bir karmaşık dissosiyatif bozukluğun işareti olabilir.

Tedavi

Temel yaklaşım diğer dissosiyatif bozukluklarda olduğu gibidir. Psikoterapide hastayı benimseyen ve güven verici ilişki ve varsa travmatik içeriğe ulaşma önem taşır. Kabulü zor ve anksiyeteye neden olabilecek bir içerik söz konusu olabileceğinden tedavinin evrelendirilmiş biçimde yürütülmesi uygun olur.

Posesyon (Tutulma)

Başka bir varlığın (cin, şeytan vb.) kişinin bedenine egemen olması ya da girmesi (posesyon) olarak düşünülen durumlara birçok kültürde rastlanmıştır. Örneğin 18. yüzyıl sonlarına dek Batı toplumlarında birçok kişi böyle fenomenler göstermiştir. Bu insanların o çağın paradigmaları uyarınca posesyona (tutulma) uğradıkları düşünülmüş ve kültürün onayladığı egzorsizm türleriyle tedavi edilmeye çalışılmışlardı. Dinsel açıklamalar yerini ilk dinamik psikiyatrye bıraktığında posesyon durumlarının altında yatan ruhsal yapılar ve ifade ettikleri mental çatışmalar birden ortadan kalkmadılar. Onları tanımlamak üzere bugün DKB denilen durum ve benzerleri bilimsel yazına girdiler. DKB posesyon sendromlarında görülen bir dizi mental yapıya laik bir açıklama getirmektedir. Posesyon durumlarının hala kabul gördüğü ve öznel yaşantı ve çatışmaların ifadesinin sınırlandığı toplumlarda (başka yerde DKB’nin doldurduğu psikopatolojik boşluk orada zaten bulunmadığından) DKB’ye rastlanmaz.

Posesyon durumları (altta yatan bir psikozun işareti olarak ortaya çıkan posesyon sanrıları bu gruptan sayılmaz) günümüzdeki DKB ile izomorftur ve fenomenolojisindeki ayrıntılara bağlı olarak DKB, füğ ya da başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk çerçevesinde tanı almaları gerekir. Posesyon durumları geleneksel olarak ikiye ayrılır. Somnambulistik (uyurgezer) posesyonda kişi kendi olma bilincini aniden yitirir ve içine girmiş olan varlık olarak konuşur, tekrar bilincini kazandığında ötekinin söylediklerini ve yaptıklarını hatırlamaz. Lusid (uyanık) posesyonda ise kişi kendisini bilir, fakat bir başka antitenin varlığının farkındadır

ve ona karşı kontrol mücadelesi vermekte, ancak zaman zaman ortaya çıkmasını engelleyememektedir. Günümüzdeki DKB bu iki türün çeşitlemelerini içerir.

Çocuk ve Gençlerde Dissosiyatif Bozukluklar

DKB ve benzeri kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklar dalgalı seyretse de daima çocukluk çağında başlamakta çoğu zaman silik belirtilerle seyredip adölesans döneminde ve sonrasında çarpıcı belirtilerle fark edilir hale gelmektedir. Oysa çocukluk çağında tanı konulan vakaların daha kolay ve çabuk tedavi edilmesi olanaklıdır. Bunun yanısıra, çocuklukta tedavi edilmeyen vakaların adölesans dönemi ve sonrasında madde bağımlılığı, okul başarısızlığı, yıkıcı ve impulsif davranışlar, intihar eğilimi, kendi bedenine zarar verme, uygun olmayan cinsel davranışlar ve benzeri komplikasyonların eklenmesi ile de zarar görmektedir. Başlangıçta çocukluk çağı hayali arkadaşlığı gibi görünen durumlar hayali arkadaşların çocuğun kontrolünü alması ve yıkıcı davranışlara sürüklemesi halinde artık bir dissosiyatif bozukluk sayılmasının gerektiği unutulmamalıdır.

Çocukluk çağı dissosiyatif bozukluk vakaları erişkindekine oldukça benzeyen belirtiler göstermektedir. Bunlar arasında işitsel ve görsel varsanılar, trans halleri, hatırlanmayan davranışlar, intihar düşünce ve davranışları, öfke patlamaları, yaşından farklı davranma epizodları, ders başarısında dalgalanmalar dikkati çeker. Ayırıcı tanıda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, epilepsi, çocukluk çağı depresyonu dikkate alınmalıdır. Buna karşın, dissosiyatif bozuklukların çocukta başka psikiyatrik tabloları taklit edebileceği de, özellikle tedaviye dirençli vakalarda dikkate alınmalıdır. Bu yaş grubunda devam eden travmatik yaşantılar söz konusu ise farkedilmeleri ve önlenmeleri de özellikle önem taşır.

Bir Psikiyatrik Bozuklukla Bağlantılı Olmayan Dissosiyatif Durumlar

Dissosiyatif fenomenler daima psikopatoloji bulunduğu anlamına gelmez. Dissosiyatif fenomenler göstermeye yatkınlık, hipnozabiliteye yol açan etkenlerle aynı olabilir. Bilinen dissosiyatif fenomenler arasında çevrede olan bitenlerin farkında olmayacak denli kendini kaptırma halleri, çocuklarda oyun sırasında yaratılan hayali arkadaşlar sayılabilir. Medyum transı da birçok kültürde bilinir: Medyum otohipnotik bir somnambulizm durumuna girer, bu sırada (genellikle başka bir spiritüel çevreden geldiği biçiminde takdim edilen) başka bir unsur bilincin denetimini tam olarak ya da kısmen alır, medyumun düşünce ve ifadelerini etkiler. Dindar kişilerin bazı uygulamaları sırasında varsanılar oluşabilir, mistik yaşantılar oluşturmaya yönelik uygulamalar genellikle otohipnotik teknikler kullanır. Dissosiyasyona ya da hipnoza eğilimli kişiler dikkatlerini iyi toplar, bellekleri iyidir, duyguları şiddetli yaşarlar. Fantazi kapasiteleri geniştir. Ancak ortamdaki sıradışı değişiklikleri kolayca gözden kaçırabildiklerinden her durumu geniş açıdan değerlendiremez ve bu özellikleri başkaları tarafından istismar edilebilir.

Dissosiyasyonun toplumsal bir yönü de vardır. Dissosiyasyonun olduğu her yerde gizlilik, örtme, sınır aşımı, baskı ve kötüye kullanımın bulunduğu unutulmamalıdır. Dissosiyasyon toplumun bütününe de egemen olabilir. Bir ülkede olan bütün kötülükler kitleler seyirci kalabilir ya da katılabilir. Tıpkı bireyler arasındaki istismar durumları ve dissosiyatif bozukluğu olan bireyin iç dünyasında olduğu gibi, kitlesel istismarın yaygın olduğu toplumlarda farklı kesimlerin taban tabana zıt gerçekleri savunmalarına, gerçeğin topluca çarpıtılmasına, ve sonuçta toplumsal krizlere rastlanır.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı. Köroğlu E. (çev.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
- Chu JA, Loewenstein R, Dell PF, Barach PM, Somer E, Kluft RP, Gelinis DJ, Vander Hart O, Dalenberg CJ, Nijenhuis ERS, Bowman ES, Boon S, Goodwin J, Jacobson M, Ross CA, Şar V, Fine JG, Frankel AS, Coons PM, Courtois CA, Gold SN, Howell E (2005): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults 2005-International Society for the Study of Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation* 6:69-145.
- Karadağ F, Şar V, Tamar-Gürol D, Evren C, Karagöz M, Erkıran M (2005): Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66:1247-53.
- Kluft RP (1991): Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 14:605,1991.
- Loewenstein RJ (1991): An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 14:567.
- Putnam FW. 1989 *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Şar V (2006): The scope of dissociative disorders: an international perspective. *Psychiatric Clinics of North America* 29: 227-44.
- Sar V, Ross CA (2006): Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America* 29:129-44.
- Şar V, Akyüz G, Doğan O (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149:169-76.
- Şar V, Akyüz G, Kuğu N, Öztürk E, Ertem-Vehid H (2006): Axis-I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 67:1583-90.

11 Somatoform Bozukluklar

BAŞAK YÜCEL

Somatoform bozukluk tıbbi incelemeler sonucunda yeterli açıklama bulunamayan, yineleyici niteliği olan, bedensel belirtilerle seyreden ruhsal bozuklukların genel adıdır. Bu başlık altında psikiyatri tanı ve sınıflama sistemlerinde çeşitli klinik tablolar bulunur ve bu alanda bilinmesi gereken temel kavramlardan biri ‘somatizasyon’dur. “Bedenselleştirme” olarak Türkçeye çevirebileceğimiz ve ilk olarak 20. yy’ın ilk yarısında kullanılan somatizasyon kavramı, kişinin psikolojik amaçlarla bedenini veya bedensel belirtileri kullanması olarak tanımlanabilir. Somatizasyonun görüldüğü hastalar, organik nedenlerle açıklanamayan fiziksel belirtilerden yarınmaktadırlar ya da belirtiler nesnel fiziksel bulgulara göre aşırıdır. Bu tür hastalara dünyanın her yerinde, sağlık bakımı veren bütün kurumlarda rastlanmaktadır. Duyguların beden dili üzerinden yaşanarak ifade edilmesi, gelişmekte olan ülkeler, batılı ülkelerdeki etnik azınlık grupları, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan toplumlar başta olmak üzere tüm kültürlerde yaygın bir fenomen olup, mutlaka psikiyatrik bir bozukluğa işaret etmesi gerekmez.

Somatizasyonu olan kişiler, sağlık kurumlarını en sık kullanan ve hekim açısından tanısal yaklaşım ve yönlendirmede güçlükler yaratan hastalardır. Somatizasyonun önemi, sadece etkilediği hasta sayısının çokluğundan kaynaklanmaz. Sağlık hizmeti harcamaları ve yeti yitimine bağlı iş gücü kayıpları da sorunun bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Çok sayıda doktor başvurusu, ileri tetkik, gereksiz ilaç kullanımı ve cerrahi uygulama, maliyeti arttıran faktörlerdir.

Somatizasyon, hiç şüphesiz, birinci basamaktaki pratisyen hekimler veya iç hastalıkları uzmanlarına başvuran klinik populasyon arasında daha yaygındır. Bu hastalar hem poliklinik hem de yatarak tedavi hizmetlerini daha çok kullanırlar. Mütevazı tahminlere göre, bütün tıbbi hizmetlerin en az %10’u organik bir problem olmayan hastalar tarafından kullanılmaktadır.

Somatizasyon ve ilgili bozukluklardan söz ederken ‘hasta rolü’ ve ‘hastalık davranışı’na (illness behaviour) değinmek gerekir. Çünkü somatizasyon, “hasta rolü”

için fiziksel hastalığı mazeret olarak kabul eden ancak psikolojik belirtileri reddeden kültürlerde daha yaygındır. Benzer şekilde, özel sigorta şirketleri de, çoğu zaman psikiyatrik problemlerden kaynaklanan kayıp ya da zararları ödemeyi reddederken, fiziksel problemlerle ilgili tıbbi masrafları ve tazminatları ödemektedirler.

Hastalık davranışı organik patoloji olmaksızın hastanın doktor doktor dolaşma, tetkik yaptırma, ilaç kullanma, uzun istirahatler vb. hastalığa ilişkin davranış biçimlerini sürdürmesi biçiminde tanımlanabilir.

Somatizasyon ve ‘hastalık davranışı’ nın gelişme sürecinde kişiler arası ilişkilerin manipülasyonu, hastalık rolünün avantajları, mali kazanç, sözel olarak bloke edilmiş düşünce ve duyguların ifade edilmesi de önemli motivasyon kaynaklarıdır.

DSM-IV’e göre somatoform bozukluk kavramı, tıbbi bir durumu telkin eden ancak tıbbi incelemeler sonucunda yeterli bir açıklama bulunamayan ve yineleyici niteliği olan fiziksel belirtileri içermektedir. Belirtiler hastaların belirgin sıkıntı çekmesine veya sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmaya neden olacak kadar şiddetlidir. Somatoform bozuklukların fiziksel belirtileri, yapay bozukluk veya temaruzda olduğu gibi istemli olarak ortaya çıkarılmaz, fakat belirtileri açıklayacak hiçbir tıbbi durum da yoktur. Çeşitli yaşam olaylarının ve psikolojik etkenlerin semptomların başlaması, şiddeti ve seyri üzerine etkileri vardır.

DSM-IV’e göre somatoform bozuklukların sınıflandırması aşağıdaki gibidir:

1. Somatizasyon Bozukluğu
2. Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk
3. Konversiyon Bozukluğu
4. Hipokondriyazis
5. Beden Dismorfik Bozukluğu
6. Ağrı Bozukluğu
7. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk

ICD-10’da ise somatoform bozukluklar, hastaya belirtilerin fiziksel bir temel olmadığı açıklandığı halde, “fiziksel belirtilerin ısrarlı tıbbi araştırma isteğiyle beraber yineleyici nitelikte sunulması” şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel hastalıklar da mevcut olsa bile, bunlar hastanın belirtilerini veya sıkıntılarını açıklayamaz. Belirtiler zaman zaman olumsuz iç veya dış deneyimlerle ilişkili olsa da, hastalar bozukluğun psikolojik nedenlerini araştırmaya isteksizdirler.

Somatizasyon Bozukluğu

Önceleri “histeri” ya da Briquet sendromu diye adlandırılan somatizasyon bozukluğu, erken yaşta başlayan, çoğunlukla kadınları etkileyen ve tekrarlayıcı, çok sayıda organ sistemini ilgilendiren çoğul bedensel yakınmalarla karakterize polisemptomatik bir bozukluktur. Belirtileri açıklayacak uygun bir fiziksel neden veya laboratuvar bulgusu mevcut değildir. Genellikle 30 yaşından önce başlayan ve kronik gidişli olabilen bu bozuklukta belirgin psikolojik sıkıntı ile beraber sosyal ve mesleki işlevsellikte aksamalar olabilir. Dikkati çeken bir başka özellik de belirtilerin başlangıç ve seyrinin, çe-

şitli psikolojik zorluklar ve yaşam olaylarıyla bağlantılı olmasıdır. Bu hastalarda “doktor doktor dolaşma” şeklinde özetlenebilecek “aşırı tıbbi çare arama davranışı” da gözlenir. Ağrı, sindirim sistemi, cinsel ve yalancı-nörolojik belirtilerin bir bileşkesi şeklinde kendini gösteren somatizasyon bozukluğu, yakınmaların ve tutulan organ sistemlerinin çoğulluğuyla diğer somatoform bozukluklardan ayırt edilir.

Tarihçe

Somatizasyon bozukluğu eski Mısır döneminden beri bilinmektedir. 2.yy’da Galen bu hastalar için “melancolica hipokondriaca” kavramını önermiştir. 18.yy sonlarına dek benzer olguları tanımlamak için “histeri, melankoli, hipokondriazis” gibi isimler kullanılmış ve daha çok kadınları etkilediği düşünülmüştür. “Histeri” terimi Yunanca’da hystera (uterus) sözcüğünden köken almaktadır. Hipokrat histerideki belirtilerin doyurulmamış döl yatağının kadının bedeninde dolaşarak bir yere yerleşmesi sonucu ortaya çıktığı ifade etmiştir. 17. yüzyılda histerinin ruhsal ve bedensel belirtilerini ayrıntılı olarak tanımlayan Thomas Sydenham, belirtilerin oluşumunda psikolojik faktörlerin önemini vurgulamıştır. 1859’da Fransız doktor Paul Briquet belirtilerin ve etkilenen organ sistemlerinin çoğulluğunu fark etmiş, bozukluğun kronik gidişine dikkati çekmiştir. Son dönem sınıflama sistemlerinde ise ‘somatizasyon bozukluğu’ olarak yer almaktadır.

Epidemiyoloji

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık çeşitli araştırmalarda yaklaşık %0.2-0.5 olarak bildirilmekle beraber bazı yazarlar gerçek rakamın %1’e kadar çıkabileceğini tahmin etmektedirler. Kadınlar için yaşam boyu yaygınlık yaklaşık %1-2 olarak tahmin edilmektedir ve kadınlarda erkeklerden 5-20 kat daha fazladır. Kadınlardaki bu yüksek rakamların bir nedeni de erkeklere somatizasyon bozukluğu tanısı koymama eğilimiyle ilişkili olabilir. Pratisyen hekimlere başvuruların ise yaklaşık %5-10’unu somatizasyon bozukluğu tanısı alan hastalar oluşturmaktadır ki bu da en yaygın dördüncü tanı grubu demektir. Birinci basamakla kıyaslandığında, yatan hastalardaki yaygınlık biraz daha düşüktür. Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise yaygınlık oranı %2.6 ya kadar çıkabilmektedir.

Bozukluk genel olarak sosyoekonomik durumla ters orantılıdır. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplar arasında daha sık gözükmektedir.

Etiyoloji

Somatizasyon bozukluğunun nedeni henüz tam olarak bilinmemekle beraber, psikososyal ve biyolojik etkenlerin bir bileşimi olduğu düşünülmektedir.

Psikososyal Etkenler

Somatizasyon bir savunma düzeneği olarak kişinin varolan duygusal sorunlarının yerini bedensel belirtilerin almasına ve kişinin tolere edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyuları ile uğraşmasını sağlamaktadır. Belirtiler sorumluluktan kaçmak,

duyguları ifade etmek ya da duyguları veya bir inancı sembolize etmek amacıyla geliştirilmiş bir sosyal iletişim yolu olarak yorumlanmaktadır. Psikanalitik bakış açısına göre bedensel belirtiler, bastırılmış dürtüsel impulsların yedekleri olarak ortaya çıkmaktadır ve benliğin (ego) bu dürtüsel güçlerle uzlaşmasının sonucudur.

Somatizasyona yatkın kılabilen bir neden de kişinin yetiştiği aile veya toplumda somatizasyonun genel kullanımının yaygın olması olabilir. Davranışsal kurama göre ana-babanın davranışları ve aile içi tutumlar çocuklarda somatizasyonu pekiştirebilmekte, kendilerini ifade biçimi olarak bedensel belirtileri kullanmalarına yol açmaktadır. Ayrıca Somatizasyon bozukluğu olan kadınların arasında çocukluk çağı istismarının daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Biyolojik Etkenler

Somatizasyonun biyolojik temelleri konusunda bilgimiz çok azdır. İşitsel uyarılmış potansiyellerle yapılan çalışmalar ve uyarılmış potansiyellerle bölgesel beyin kan akımlarının birlikte değerlendirildiği bazı araştırmalar somatizasyon bozukluğu hastalarında hafif nöropsikolojik bozuklukların olduğunu düşündürmektedir.

Genetik veriler en azından bazı ailelerde somatizasyon bozukluğunun genetik geçiş özelliği gösterebileceğini düşündürmektedir. Kadın somatizasyon hastalarının birinci derece kadın akrabalarının %10-20'sinde somatizasyon bozukluğu görülürken, erkek akrabalarında ise antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanımı açısından risk artışı görülmektedir.

Tanı

Somatizasyon bozukluğunun en önemli tanısal özelliği, sürekli bir tıbbi ilgi arayışına neden olan kronik ve tekrarlayıcı bedensel yakınmalardır. Pratisyen hekimler tarafından hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı için şunu vurgulamakta fayda vardır: Somatizasyon bozukluğunda hipokondriyazisten farklı olarak esas endişe, katastrofik ve hayatı tehdit eden bir hastalıktan ziyade, açıklanamayan çoğul bedensel belirtiler üzerine yoğunlaşmıştır. DSM-IV 'e göre tanı ölçütleri:

- * 30 yaşından önce başlayan çok sayıda bedensel yakınma öyküsünün olması
- * 4 ağrı semptomu, 2 sindirim sistemi belirtisi, 1 cinsel belirti, 1 yalancı nörolojik belirti öyküsünün bulunması
- * Bu belirtilerin bilinen bir tıbbi durumla açıklanamaması şeklindedir.

Klinik Özellikler

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların çok çeşitli bedensel belirtileri ve genellikle uzun ve karmaşık bir tıbbi geçmişi vardır. Hastalar en çok ağrıdan yakınırlar. Bulantı ve kusma, yutma güçlüğü, kollarında ve bacaklarda ağrılar, nefes darlığı, amnezi en sık görülen diğer belirtilerdir. Hastalar, neredeyse bütün hayatları boyunca

hasta olduklarına inanmaktadırlar. Bedensel belirtileri için sıklıkla doktora gitmelerine karşın, genellikle ruhsal tedavi için başvurmazlar. Gereksiz tıbbi ve cerrahi girişimler açısından risk taşırlar.

Hastaların tıbbi öyküleri çoğunlukla belirsiz, karmaşık ve düzensizdir. Yakınmalar genellikle anlaşılması güç, abartılı ve renkli bir dille ifade edilmektedir. Çoğunlukla zaman sırasını karıştırırlar ve şimdiki semptomlarını geçmişteki semptomlarından ayırt edemezler. Hastalar çoğunlukla bağımlı, ben-merkezci, ilgi bekleyen ve manüplatif olarak algılanabilirler.

Ayırıcı Tanı

Somatizasyon bozukluğunun belirtileri özgün ve tanı koydurucu olmadığından, özellikle de yakınmaların 40 yaşından sonra başladığı hastalarda mutlaka organik sebebe yönelik bir araştırma yapılmalıdır. Multipl skleroz, miyastenia gravis, sistemik lupus eritematozus, akut intermitan porfiri, hiperparatiroidizm, hipertiroidizm, porfiri, AIDS ve kronik sistemik enfeksiyonlar aynı yaş grubunda, çoğul ve değişken belirtilerle giden hastalıklardandır. Ancak, bu fiziksel hastalıklara özgü klinik özellikler ve laboratuvar bulguları ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

Gidiş ve Sonlanım

Somatizasyon bozukluğu, kronik ve genellikle tam iyileşmenin görülmediği bir bozukluktur. Yaşamın hemen hiçbir döneminde kendiliğinden iyileşme beklenmez. Özellikle yaşam koşullarının ağırlaştığı dönemlerde belirtilerin şiddetlendiği ve yenilerinin eklendiği görülür. Tanı ölçütlerini karşılamasa bile her çeşit somatizasyonun hem kişisel hem de toplumsal olarak önemli sonuçlara yol açabileceği unutulmamalı ve sosyal yeti yitimi hastalığının bir parçası gibi ele alınıp tedavi öyle planlanmalıdır.

Tedavi

Somatizasyon bozukluğunun tedavisi güçtür ve üstünlüğü gösterilmiş belirli bir tedavi saptanmamıştır. Somatizasyon bozukluğunun hem nedeni yeterince bilinmediğinden hem de tedavi yöntemleri yeterince etkili olmadığından, hekimin hastanın izlemi üzerine odaklanması daha uygundur.

Hastanın tek bir hekim tarafından düzenli olarak izlenmesi çok önemlidir. Birden fazla klinisyenin olaya dahil olması, bedensel yakınmaların ifade edilmesi için daha fazla fırsat yaratacaktır. Ayrıca görüşmelerin düzenli olarak (randevulu) yapılması, hastanın hekimi ziyaret etmek için yeni belirtiler çıkarmasının önüne geçecektir.

Ne yazık ki hastaların çoğu psikiyatiye sevk edilmeye sıcak bakmamaktadır. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin uygun bir yaklaşım göstermesi önemlidir. Tam iyileşme nadiren elde edilmektedir, ancak ciddi işlev kaybına yol açan belirtilerde azalma ve bunun yerine bir klinik ya da hekimle düzenli ilişki/bağlanma sağlanabilir. Psikiyatristin rolü, esas doktoruyla işbirliği içinde, krize müdahale veya eşlik eden bozukluklara yönelik tedavi yaklaşımında bulunmaktır.

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Birçok hastanın somatizasyon bozukluğunun tüm ölçütlerini karşılamadığının fark edilmesi üzerine, bu ayrı tanısal kategori geliştirilmiştir. En az altı ay süren, somatizasyon bozukluğu ölçütlerini doldurmayan ve organik nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtilerin olduğu bir tablodur. Semptomlar hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olmaktadır. Farklılaşmamış somatoform bozukluk, somatoform bozukluklar içinde belki de en yaygın olanıdır, fakat hakkında yeterli veri toplanmamıştır.

Konversiyon Bozukluğu

Bir ya da daha fazla yalancı nörolojik belirtiyile (paralizi, körlük, paresteziler vb.) seyreder. Bu belirtiler istemli motor ve duysal sistemleri etkilemektedir. Belirtile- rin başlangıcı ve seyri üzerinde ruhsal etkenler önemli rol oynar.

Epidemiyoloji

Genel popülasyonda %0.3 oranında görülmektedir. Genel hastanelerde istenen konsültasyonların ise yaklaşık %5-15'ini oluşturur. Kadınlarda erkeklerden daha fazla ortaya çıkar. Düşük sosyo-ekonomik düzeyde, az eğitimlilerde ve kırsal kesimde daha sıktır.

Belirtilerin akut başlangıçlı niteliği yüzünden başvurular daha çok iç hastalıkları ve nöroloji acil polikliniklerine olur.

Etiyoloji

Bastırılmış veya iyi ifade edilememiş duyguların beden diline dönüştürülerek anlamı olarak özetlenebilir. Bu anlamda çeşitli sıkıntı yaratıcı stres faktörleri semptomların ortaya çıkışında tetikleyici olabilir. Cinsel ve fiziksel istismar öyküsü bu grup hastada sorgulanmalıdır.

Tanı ve Klinik Görünüm

Belirtiler başlıca 3 grupta toplanır:

* **Motor Belirtiler:** Kas gücü azalması, felçler, ritmik tremorlar, tik benzeri hareketler, ayakta durmama-yürüyememe (astazi-abazi) vb. Bogazda düğümlenme hissi (globus histericus) da sık rastlanan bir belirtidir. Bu beilrtilerin bilinen nöroanatomik yollara uymaması, bilinen nörofizyolojik düzeneklerle açıklanamaması gerekir. Paralize ekstremitede kas tonusu, refleksler ve elektromiyografi (EMG) normal bulunur.

* **Duysal Belirtiler:** anestezi, parestezi, sağırlık, körlük vb. Belirtiler periferik ve merkezi sinir sistemi anatomisine ve dermatomlara uymaz. Genellikle eldiven-çorap biçimindedir. Histerik körlük denen durumda görme bulanıklaşabilir, okuma güçlüğü olabilir. Işığa pupilla yanıtı ve göz muayenesi normal bulunur. Çevredeki nesnelere çarpsalar bile ciddi yaralanmalar genellikle olmaz.

* **Konvulsif Nöbet Belirtileri (Yalancı Nöbet, Histerik Nöbet, Konversiyon Nöbeti):** ilk bakışta tonik-klonik generalize epileptik nöbetle karıştırılabileceği için bu tür adlandırmalar yapılmıştır. Genellikle kişi yalnızken ortaya çıkmaz, sıkıntı verici bir olayla tetiklenme olasılığı yüksektir. Hasta nöbet sırasında yavaş ve korunaklı düşer. İdrar kaçırma, dil ısırma, post-iktal konfüzyon yoktur. Patolojik refleksler gözlenmez. Nöbet sırasında çekilebilirse EEG'nin normal olduğu saptanır. Konvulsiyon nöbetinden ayırım her zaman kolay olmayabilir. Epileptik nöbetler, yalancı nöbetlerle bir arada görülebileceğinden dikkatli izlem gereklidir.

Konversiyonla İlişkili Kavramalar

Güzel Aldırmazlık (La Bellé Indifference): Hastanın belirtilerine durumla bağdaşmayan biçimde kayıtsız kalması, kaygı ve endişe taşımaması durumudur. Tanı için şart olmamakla birlikte, konversiyon bozukluğunda görülebilir ve tanıyı kolaylaştırır.

Birincil Kazanç (Primary Gain): Psikodinamik kurama göre konversiyon semptomunun oluşumu belli bir düzenek içinde gelişir. Bilinç dışı çatışma anksiyete yaratır ve semptom bu dayanılması güç anksiyeteden kurtulmak için, yine tümüyle bilinç dışı olarak üretilir. Böylece konversiyonun birincil kazancı bu anksiyeteyi çözmektir. Hasta semptomun neden olduğunu bilinç düzeyinde açıklayamaz, dışardan bakan ve konuyu bilmeyenler (hekimler de dahil) ise hasta numara yapıyor sanabilir.

İkincil Kazanç (Secondary Gain): Semptom oluşuktan bir süre sonra hasta korunması, kollanması gereken ayrıcalıklı bir konum elde edebilir. Hasta bu konumun avantajlarını ve kazançlarını sürdürmek isteyebilir. Bu durum semptomların devamı ve tedaviye dirence neden olabilir. Yani ikincil kazançlar fazla ise psikiyatrik tedavi zorlaşır.

Ayrırcı Tanı

Karşılabileceği özellikle nörolojik hastalıkların dışlanması gereklidir. Ayırımın zor olduğu durumlarda gerekirse bir süre nörolog ve psikiyatr birlikte izleyebilir. Yapay bozukluk ve temaruzdan ayrılması gereklidir.

Gidiş ve Sonlanım

Belirtilerin bir kısmı kendiliğinden geçebilir. Bazı hastalarda ise uzun tedaviler karşın kronik seyir görülebilir. Başlangıcın ani olması, stresli bir olaya bağlı gelişmesi, erken tedaviye başlama, eşlik eden bir nörolojik bozukluğun olmaması gibi etkenler iyi prognostik göstergeleridir.

Tedavi

Acil koşullardaki hekim, psikiyatr olmasa bile gerekli müdahaleyi yapabilmelidir. Semptomların hasta tarafından bilinçli bir kazanç elde etmek için, bilerek ve isteyerek oluşturulmadığı bilgisine sahip olmak, hekimin yaklaşımını etik ilkelere uygun ve mesleki açıdan yerinde bir tutuma dönüştürecektir. Empatik bir dinleme, çevredeki kalabalığın ve yakınların uzaklaştırılması ilk yapılması gerekenlerdir. Hastayı suçlayıcı ya da

'numara yapıyor' olduğunu hissettiren tavırlardan özenle kaçınmak gereklidir. Bazen hekim hastayı cezalandırmak istercesine, amonyak gibi keskin kokular koklatmak, ağrılı enjeksiyon uygulama gibi rahatsız edici yollara başvurabilmektedir. Bu tür uygulamaların konversiyonun tedavisinde kesinlikle yeri yoktur ve hekimlik ahlakına uymaz. Genellikle başka bir psikiyatrik hastalık eşlik etmiyorsa, hastanın anksiyetesi yüksek değilse anksiyolitik kullanmak gereksizdir. Hastalar telkine yatkındır.

İyi bir iletişim, doğru yönlendirme, hastaların acil koşullarda değil, ayaktan düzenli psikiyatrik takibini sağlamak, hastayı ve ailesini bilgilendirmek başlangıç için yapılması gerekenlerdir.

Uzun süreli izlem zaten psikiyatri kliniğinden sağlanacaktır.

Hipokondriyazis

Kişinin ciddi bir hastalığı olduğu şeklindeki düşüncesi ile seyreden klinik tablodur. Bu durumu açıklayacak bir tıbbi hastalık söz konusu değildir. Hastalık hastalığı olarak da bilinir. İlk kez Hipokrat 'kostaların altı' anlamında kullanmıştır. Hastalar tıbbi bir hastalıkları olduğu inandıkları için psikiyatri dışı hekimlere başvururlar.

Epidemiyoloji

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında yaygınlık %0.8-4.5 olarak bildirilmektedir. Cinsiyet ve diğer sosyo-demografik özellikler açısından belirleyici özellik belirtilmemiştir.

Etiyoloji

Normal bedensel belirtilerin çarpıtılarak algılanması, başkalarına yönelik saldırıganlığın kişinin kendi bedenine dönmesi, hasta rolünün yakın çevre içerisinde öğrenilmesi gibi nedenler oluşuma katılan etkenler olarak sıralanır.

Tanı

DSM-IV' ye göre hipokondriyazis tanısı ölçütleri

- * Kişinin beden belirtilerini yanlış yorumlaması sonucu ciddi bir hastalığı olacağı korkusu veya olduğu düşüncesini taşıması
- * Yeterli tıbbi tedaviye ve güvenceye karşın bu düşünceler sürüp gitmesi
- * Bu inanç hezeyan boyutunda olmaması
- * En az 6 ay sürmesi

Kişi ciddi bir hastalığın olmasıyla ilgili kaygısının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa 'iç görüsü az olan' alt tip olarak sınıflanır.

Ayrırcı Tanı

Fiziksel hastalıklardan ayırmak için dikkatli bir inceleme gerekir. Başvuru yeri genellikle birinci basamak veya farklı branş hekimleri olduğundan psikiyatrik boyu-

tun atlanması muhtemeldir. Yeterli güvence verilmesine karşın, hasta çok kaygılı ise ve doktor doktor dolaşmayı sürdürüyorsa, ikna edilemiyorsa hipokondriyazisten şüphelenmek gerekir. Psikiyatrik bozukluklar içinde de diğer somatoform bozukluklar, sağlık endişesinin yüksek olduğu anksiyete bozuklukları, yapay bozukluk ve temaruzdan, obsesif kompulsif bozukluktan ayrılmalıdır.

Gidiş ve Sonlanım

Belirtilerin artıp azaldığı kronik seyir gösterir. Psikiyatrik yardımı kabul etmeme olasılıkları da yüksektir.

Tedavi

Psikiyatri dışı hekimin yapması gereken, gereksiz invaziv incelemelerden kaçınmak, hastayı psikiyatrla birlikte izleme konusunda ikna etmek ve doğru yönlendirmektir. Ancak hastalar genellikle psikiyatrik tedavi konusunda isteksizdirler. Mümkünse tek hekim tarafından izlenmelidir. Yeni çıkan şikayetler için tüm incelemeler en baştan tekrar edilmemelidir. Gereksiz istirahatler ve konsültasyonlardan uzak durmak gereklidir.

Psikofarmakolojik tedavi olarak serotonin geri alım inhibitörleri ve düşük doz antipsikotik kullanımı uygulanabilir.

Beden Dismorfik Bozukluğu

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) kişinin görünümündeki hayali bir kusur ile uğraşıp durması ile süregiden bir klinik tablodur. Hafif bir fizik anomali varsa bile kişinin kaygısı buna göre belirgin olarak aşırıdır. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar. En son tanımıyla DSM-IV de bu uğraşı anoreksiya nervozadaki gibi beden şekli ve ölçüleriyle ilgili hoşnutsuzlukla açıklanamaması koşulu vardır.

Epidemiyoloji

Yaygınlığı konusunda kesin veriler olmamakla birlikte, yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %0.1-1 olarak verilmektedir. Her iki cinsten eşit oranda görülmekte, genellikle genç yaşta başlamaktadır.

Etiyoloji

Tam olarak bilinmemekte, ancak çeşitli etkenlerle bağlantısından söz edilmektedir. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, düşük benlik saygısı, çocukluk çağı travmaları ilişkili olabilecek durumlardır.

Klinik Görünüm

Hastalar minimal veya hayali bir bedensel kusur ile uğraşırlar. Şikayetçi oldukları beden bölgesinin kamuflajı ya da düzeltilmesi için çok fazla zaman harcarlar, endişeleri yüksektir.

Psikiyatriye doğrudan başvuru oranları düşüktür. Plastik cerrahi ve dermatoloji ise en çok başvurdukları kliniklerdir. Özellikle baş ve yüz bölgesinde yakınma bildirirler. Burun, kulak, çene vb. bölgelerin değiştirilmesine yönelik talepleri belirgindir.

Ayrırcı Tanı-Eştanılar

Obsesif kompulsif bozukluk, duygudurum bozuklukları, somatoform diğer bozukluklar, psikotik bozukluklar ile hem ayırımı hem de birlikteliği dikkati çeker.

Gidiş ve Sonlanım

Kronikleşme olasılığı yüksektir. Bir beden bölgesi zaman içinde diğerine yer değiştirebilir ve endişe yenisi üzerinden sürebilir.

Psikiyatri dışı hekimlerin, özellikle plastik cerrahların bu hastaların taleplerine cevap vermeden önce dikkatlice değerlendirme ve psikiyatrik konsültasyon istemeleri gerekir.

Hastalar genellikle ameliyat sonucundan hoşnut olmayacak, yeni taleplerle gelebilecektir.

Tedavi

Serotonin gerilim inhibitörlerine iyi yanıt vermektedirler. Obsesif kompulsif bozukluk ile yakınlığı da dikkate alındığında bu sonuçlar anlamlı görünmektedir.

Hekimle kurulacak güven ilişkisi gereksiz müdahalelerin önüne geçer. Tekrarlayan kozmetik cerrahi talepleri olan hastalarda BDB tanısı mutlaka akla gelmelidir.

Ağrı Bozukluğu

Ağrı tıbbın pek çok dalında hekimlerin hastalarından sıkça duydukları yakınmalardan biridir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ağrıyı 'mevcut veya potansiyel bir doku harabiyetine bağlı, nahoş duysal ve emosyonel bir yaşantı' olarak tanımlamaktadır. Yani ağrı yaşantısı bedensel bir kaynağı ve duysal (sensoriyel) özelliği olmasının yanında, doğasında duygusal (emosyonel) elementleri de bulundurmaktadır. Bu niteliğiyle bağlantılı olarak ağrı, kişiye özgü, sübjektif nitelikler taşımakta ve psikolojik süreçlerden önemli ölçüde etkilenmektedir.

Bir psikiyatrik tanı olarak DSM-IV'e göre ağrı bozukluğu ise

* Bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı, klinik görünümün önde gelen özelliğidir.

* Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli bir rolü vardır

* Bu durum kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğini bozar biçiminde tanımlanır. 2 alt tipi vardır:

* Psikolojik etkenlerin eşlik ettiği ağrı bozukluğu

* Hem psikolojik hem de genel tıbbi durumun eşlik ettiği ağrı bozukluğu
Süre açısından,

* Akut: 6 aydan kısa süren

* Kronik: 6 aydan uzun süren olarak ayrılır.

Epidemiyoloji

30-40'lı yaşlarda ortaya çıkar, 40-50 yaşlarında zirve yapar. 1999'da Türkiye'de yapılan bir çalışmada sağlık ocağına başvuran hastaların %20'sinde ICD-10'a göre somatoform ağrı bozukluğu bulunmuştur. Bu oran gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre tüm psikiyatrik hastalıklar arasında her iki cinsiyette de en sık rastlanan psikiyatrik tanı olarak bildirilmektedir.

Etiyoloji

Ağrı bozukluğunun oluşumunu anlamada psikolojik açıklamalar önemli bir yer tutar. Öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı gibi duyguların dile dökülemeyip toplumca daha kabul edilebilir bir yolla dışavurumu olarak değerlendirilebilir. Öğrenme kuramları ağrı davranışlarının pekiştirilmesi ve kalıcı olmasında rol oynar.

Klinik Görünüm

Vücudun çeşitli yerlerinde ağrı şikayeti olabilir. Hastalar bu ağrıyla meşguldür. Çare bulmak için çeşitli tıbbi ve cerrahi yardım ararlar. Öyküleri de bu yardım arayışları ile doludur. 'Ağrı davranışı', bu bozuklukta hekimin başlangıçtan itibaren uğraşması gereken bir alandır. Ağrı davranışı olan hastalar

- * Ağrıları hakkında sıkça konuşma,
- * Tekrarlayan doktor başvuruları,
- * Fazla miktarda ilaç alma ya da acı çektiğini gösteren duruş ve yüz ifadeleri gibi bir takım davranışları diğer insanlarla ilişki kurma biçimi olarak kullanmaktadırlar.

Ayrırcı Tanı ve Eştanılar

Tıbbi hastalıklar, somatizasyon bozukluğu, depresyon ile ayrırcı tanısı yapılmalıdır. Özellikle depresyon ile birlikteliği sıktır. Anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, travma ile ilişkili bozukluklar ile birlikte görülebilir.

Gidiş ve Sonlanım

Kronikleşmiş ağrı tedavi ve prognoz açısından güçlük yaratır. Bu nedenle erken tedaviye başlama seyir açısından bir avantajdır. Genel olarak eşlik eden diğer ruhsal faktörler ve bireysel özellikler bozukluğun seyrinde belirleyicidir.

Tedavi

Bu grupta özellikle ağrı kesici kötüye kullanımı dikkat çekicidir. Bu konuda hekimin dikkatli olması gerekir. Antidepresan kullanımının yararlarına ilişkin çeşitli çalışma sonuçları vardır.

Ağrı bozukluğu hastalarında özellikle tıbbi durum eşlik ediyorsa multidisipliner ekip çalışması gerekebilir.

Ağrı bozukluğu olan hastaya yaklaşımda klinisyenin görevi, onu ruhsal ve bedensel olarak bir bütün olarak algılamak ve klinikler arası işbirliği yollarını denemek olmalıdır. Bu yaklaşım, hasta için gereksiz incelemeler ve tedaviler, iş, zaman, para kaybı ve en önemlisi semptomların pekişmesinin bir ölçüde önüne geçebilir.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Köroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
- Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre 1992'den çevirenler Öztürk O, Uluğ B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-68.
- Rief W, Sharpe M. Somatoform disorders: new approaches to classification, conceptualization, and treatment. *J Psychosom Res* 2004;56:387-90.
- Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Kaplan ve Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- Sağduyu A, Rezaki M. Somatoform ağrı bozukluğu: tanımlayıcı özellikler ve diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:21-32.
- Yücel B. Ağrılı hastanın Psikiyatrik Değerlendirmesi. Erdine S, editör. Ağrı. İstanbul: Alemdar Ofset; 2000:62-8.
- Yücel B, Polat A. Somatizasyon bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozukluk. Köroğlu E, Güleç C, editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007:369-76.

12 Yeme Bozuklukları

BAŞAK YÜCEL

Yeme Bozukluğu Nedir?

- * Yeme davranışında bozulma,
- * Kiloyu kontrol etmeye dönük davranışların ısrarlı gidişi,
- * Fiziksel ve psikososyal işlevselliğin bu nedenlerle bozulması,
- * Sözü edilen belirti ve işlev değişikliklerinin bir tıbbi durum veya psikiyatrik bozukluğa ikincil olmaması ile seyreden klinik tablolar olarak tanımlanır.

Başlıca 3 gruba ayrılır:

- * Anoreksiya Nervoza
- * Bulimiya Nervoza
- * Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

Tıbbi bir hastalık olan obezite ise psikiyatrik sınıflamalarda yeme bozukluğu olarak ele alınmamaktadır.

Yeme Bozukluklarının Genel Özellikleri

- * Bu gruptaki hastalıkların oluşumunu tek bir etkenle açıklamak mümkün değildir.
- * Çoğunlukla genç kızların ve kadınların hastalığıdır.
- * Tıbbi komplikasyonların en sık ve ağır seyrettiği psikiyatrik hastalık grubudur.
- * Ölüm oranları yüksektir.

Anoreksiya Nervoza

Yeme reddi, aşırı zayıflık gibi belirtiler gösteren hastaların tanımlanmaları ortaçağa dek uzanmakla birlikte, 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra tıbbi bir sorun olarak ele alındığı dikkati çekmektedir. Ortaçağda 'kutsal anoreksiya' olarak dini yayınlarda, kutsal bir amaçla kendini yemeden içmeden kesen azizeler için kullanılmaktadır. 1873'te William W. Gull tarafından 'anoreksiya nervoza' olarak tanımlanmıştır. Söz-

cük anlamı 'sinirsel iştahsızlık' olan bu terim, bu günkü bakışımızla aynı anlamı karşılamamaktadır. Çünkü bu hasta grubunda gerçek anlamda bir iştahsızlık söz konusu değildir. Pek çoğunun zihninde yemek tarifleri, kalori hesapları dönüp durmaktadır. Çoğu güzel yemek yaparlar, kendileri yemez, başkalarına yedirirler. Zihinleri bu denli yemekle meşgul ve uzun açlık nedeniyle yeme istekleri mevcutken, kilolarını kontrol etme çabası nedeniyle, iştahlarını ve onun sonuçlarını engellemek için büyük çaba göstermektedirler. Bu amaçla yemeyi reddetmekte, azaltmakta veya telafi edici bir takım davranışlarla (kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz vb.) alınan kalorileri denetlemeye çalışmaktadırlar.

Epidemiyoloji

Genel olarak yeme bozuklukları %90-95 oranında kadınlarda görülür.

Anoreksiya nervoza ergenlik döneminde ve genç kızlarda sık görülür. Yaygınlığı %0.1-1, yoğun olarak görüldüğü yaş aralığı 10-29 olarak bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Tanı konulacak düzeye ulaşmamış olsa bile, genç kızlarda beden biçimi ve yeme davranışı ile ilgili zihinsel uğraşlara sık rastlanır. Genç kızlar arasında bozulmuş yeme davranışları, bu oranların çok üstündedir. Türkiye'de son dönemdeki bir çalışmada, üniversiteli kız öğrencilerde bozulmuş yeme davranışı %12 olarak bulunmuştur.

Masum görünen bu davranışlar ilerdeki yeme bozukluğunun habercisi olabilir.

Etiyoloji

Veriler tartışmalıdır ve kesin bir nedenin varlığından söz edilemez. Ancak aile etkileşimleri, genetik, psikodinamik, sosyokültürel çeşitli faktörlerin değişik derecelerde katılımı söz konusudur.

Son dönemde hastalığın kalıtsal yönüne işaret eden çalışmaların sayısı artmaktadır. İkiz çalışmalarında anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza için eş-hastalanma oranı monozigotlarda dizigotlara göre daha fazla bulunmuştur. Aile çalışmalarında ise anoreksiya nervozalı hastaların birinci derece akrabalarında yeme bozukluğu oranları kontrollerden daha yüksek, yeme bozukluğu olan kişilerin ailelerinde yaşam boyu yeme bozukluğu görülme riski, olmayanlardan yaklaşık 10 kat fazla bildirilmektedir.

Anoreksiya nervozada hipotalamik-hipofizer-gonadal ekseninde ergenlik öncesi döneme gerileme gözlenir. Böylece klinik ve laboratuvar değerlendirmede hipotalamik hipogonadizm mevcuttur. Bu durumun hastalığın iyileşmesi ve kilonun normale dönmesiyle düzelmesi beklenir.

Anoreksiya nervoza sürecinde hiperkortizolizm, düşük T3 gibi hormonal değişiklikler ve düşük leptin düzeyi gibi çeşitli nöroendokrin değişiklikler gözlenir. Ancak bu değişikliklerin anoreksiya nervozanın nedeni olmaktan çok sonucu olabileceği tartışılmaktadır.

Sosyo-kültürel etkenlerin varlığı dikkate alınmalıdır. Değişen güzel kadın imgesi, zayıflığın önemli olumlu bir özellik olarak öne çıkarılması gibi nedenler, genç kadınların hastalanma oranlarının artışında rol oynayabilir.

Aşırı koruyucu, herşeye karışan, bireyselleşmeye izin vermeyen aile yapısı, kişilikte mükemmeliyeçilik ve rijidite özellikleri de etkenler arasında sayılmaktadır.

Psikodinamik açıklamalar ise temel olarak anneye yaşanan sorunlu ilişki ve kadın kimliği ile özdeşim zorlukları üzerinde durur. Bu genç kızlar annelerini çok müdahaleci olarak algılar, bedenlerinin annelerinin kontrolünde olduğu hissine kapılabilirler.

Tanı

Zayıflık, çok zayıf olmasına rağmen kendini şişman olarak algılama şeklinde beden imgesi bozukluğu, kilo alma korkusu ve kadınlar için amenore bu hastalığın temel belirtileridir. Anoreksiya nervoza için DSM-IV tanı ölçütleri şöyledir:

* Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin %85'inin altında olmaya devam etme)

* Düşük vücut ağırlığına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma

* Vücut ağırlığı ya da biçimini algılamada bozukluk olması

* 3 ardışık siklus amenore

Anoreksiya nervozanın 2 alt tipi vardır.

1-Kısıtlı tip: Hastalar kilolarını kontrol etmek için yemeyi reddeder veya çok az yerler.

2-Yeme-çıkartma tipi: Yeme konusundaki kısıtlamanın ötesinde, kendini kusurma, laksatif ve diüretik kullanma yoluyla kalori kontrolü çabası vardır.

ICD-10 ölçütleri ise zayıflık sınırını beden kütle indeksi (BKİ) < 17.5 olarak belirlemektedir. Klinik uygulamada bu değerin kullanımı kolaylık sağlar.

Klinik Görünüm

Beden imgesi bozukluğu ve kilo alma korkusu bu grup hasta için belirleyicidir. Beden algılamadaki ve içinde buldukları hayatı tehdit eden durumu değerlendirmedeki bozulma, bazan gerçeklik sınırını zorlayıp, ciddi muhakeme kusuru ve patolojik inkar olarak değerlendirilir. Bu durumda hastaları tedaviye ikna etmek güçtür.

Yemekle ilişkileri ileri derecede bozulmuştur, uzun uzun öğünleri planlar, yalnızken yemeyi tercih ederler, yeme süresi uzamıştır. Tabaklarındaki yiyecekleri küçük parçalara bölme, düzenleme, bazan bu yiyecekleri daha sonra yemek üzere biriktirme, değişik tatları karıştırma dikkati çeker.

Genelde okul başarısı yüksek genç kızlardır. Manken, dansçı, sporcu gibi mesleklerde görülme oranları daha yüksektir.

Ayırıcı Tanı ve Eştanılar

Kilo kaybıyla giden her tür fiziksel hastalıkla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Malignite, enfmatuvar barsak hastalıkları, çölyak hastalığı, endokrin ve metabolik hastalıklar, enfeksiyon gibi sistemik hastalıkların dışlanması gerekir. Psikiyatrik hastalıklar içinde duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme olasılıkları yüksektir.

Bulimiya Nervoza

Bulimiya 'bous (öküz)' ve 'limos (açlık)' sözcüklerinden köken almaktadır. 'Öküz kadar aç olmak' veya 'bir öküzü yiyecek kadar aç olmak' anlamlarını içerir. 'Nervoza' takısı ise onun anoreksiya nervoza ile bağlantısını ve yeme bozukluklarının diğer elemanı olduğunu vurgulamaktadır. Şişman olma korkusu bu hastalıkta da davranış bozukluklarının temelinde yatmaktadır. Bulimiya nervoza olarak tıbbi tanımlaması 1979'da Russell tarafından yapılmıştır.

Epidemiyoloji

Bulimiya nervozada yaşam boyu prevalans %1-4.2 olarak bildirilmektedir. Ancak klinik tanı boyutuna ulaşmamış eşik altı durumlar da katıldığında bu oranlar 2-5 katına çıkabilir. Başlangıç yaşı anoreksiya nervozadan daha ileridir.

Etyoloji

Tek bir nedenden söz edilemez. Ancak çeşitli risk faktörleri vardır. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı, hastalık ortaya çıkmadan önceki dönemde kaygı ve duygudurum bozuklukları, ebeveynin aşırı veya yetersiz düzeyde müdahalede bulunması etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır.

Tanı

Tıkınırcasına yeme nöbetleri, uygunsuz dengeleyici davranışlar (kusma, laksatif, diüretik vb.), kiloyla ve bedenle aşırı uğraş temel belirtilerdir. DSM-IV tanı ölçütleri şunlardır:

- * Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması
- * Aynı zaman diliminde çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yeme,
- * Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duygusunun olması
- * Kendini kusturma, laksatif, diüretik kullanımı gibi dengeleyici davranışların olması

* Tıkınırcasına yeme ve dengeleyici davranışların 3 ay süreyle en az 2 kez/haf-ta ortaya çıkması.

Bulimiya nervozanın 2 alt tipi vardır bunlar;

1- Çıkartma Olan Tip: O sıradaki epizod süresince kusma, laksatif-diüretik kullanımı vardır.

2- Çıkartma Olmayan Tip: O sıradaki epizodda kilo kontrolü için yeme kısıtlaması veya aşırı egzersiz yapma şeklinde uygunsuz dengeleyici davranışlar vardır.

Klinik Görünüm

Anorektiklerden farklı olarak bulimiya nervozalı hastalar normal kiloda ya da kilolu olabilirler. Tıkınırcasına yeme nöbetleri sırasında sıklıkla önceden planladıkları ve rutin yeme düzenlerinde yasaklı olan yüksek kalorili besinleri (pasta, dondurma, çi-

kolata vb.) ‘gözü dönmüş’ biçimde yerler. Atak sonrasında ise pişmanlık ve suçluluk duyguları yaşar, kendilerini acımasızca eleştirirler. Bu atakları, genellikle yukarıda sayılan uygun olmayan ve zararlı dengeleyici davranışlar izler.

Ayırıcı Tanı ve Eştanılar

Aşırı yemeye neden olabilecek merkezi sinir sistemi tümörleri, Klein-Levin sendromu ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme oranları yüksektir.

Yeme Bozukluklarında Tıbbi Komplikasyonlar

Hipotermi, Ortostatik Hipotansiyon, Bradikardi, Periferik Ödem

Lanugo, parotis hipertrofisi

Erken yaşta başlayan vakalarda, büyüme-gelişme geriliği, gecikmiş puberte gözlenir

Osteopeni, kemik kütlelerinde azalma

Sıvı-elektrolit dengesizlikleri, hipopotasemi, hipokloremik-hipopotasemik alkaloz

Özefagus ve mide tahrişi ve kanaması

Kalın barsak anomalileri

Diş minelerinde erozyon

Özellikle anoreksiya nervozanın tedavisinin ilk döneminde, yeniden besleme (re-feeding) sendromu denen elektrolit dengesizlikleri, kardiyolojik, nörolojik komplikasyonların görülebildiği ciddi bir durum ortaya çıkabilir. Hekimin bu konuda hazırlıklı olması gerekir.

*** Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza tüm psikiyatrik bozukluklar içinde en ölümcül olanlarıdır.**

* 15-24 yaş arası anoreksiya nervozalı kadınlarda ölüm oranı aynı yaş genel popülasyondakinin 12 katıdır.

Gelişmiş ülkelerde bile anoreksiya nervozadan ölüm oranları %10’a ulaşmaktadır.

Gidiş ve Sonlanım

Anoreksiya nervozalı hastaların yaklaşık yarısında tam düzelme, %30 orta düzeyde düzelme, %20’sinde ise kötü sonlanım bildirilmektedir. Ergenlerde iyi bir tedaviyle tam iyileşme %70’lere kadar çıkmaktadır.

Bulimiya nervozada iyileşme oranları anoreksiya nervozadan daha iyi olup, bazı çalışmalarda %85’e dek çıkabilir.

Her iki hastalıkta da kronik seyir ve nükslerin relapsların varlığı hatırlanmalıdır.

Tedavi

Yeme bozukluğu tedavileri multidisipliner ekip çalışması biçiminde yürütülmelidir. Bu ekibin başında psikiyatri uzmanı vardır ve her aşamada iç hastalıkları uz-

manı, diyetisyen, diş hekimi, fizik tedavi uzmanı vb. ilgili branş hekimleri ile işbirliği söz konusu olabilir.

Yeme bozukluğunda psikiyatrik tedavi uzun ve zahmetlidir.

Psikoterapi yeme bozukluğu tedavilerinin vazgeçilmez unsurudur.

Anoreksiya nervoza tedavisinde en büyük zorluklardan biri, hastaların hastalığı ve tedaviyi kabul etmemeleridir. Bu durum tedaviyi geciktirmekte, bazen da olumsuz kılmaktadır. Hayati tehlike olması halinde zorunlu tedavi ve hastane yatışının olabileceği hatırlanmalıdır.

Çağdaş tedavi yaklaşımlarında temel adımlar şu şekilde özetlenebilir:

1- Normal, sağlıklı ve kişiye uygun kiloyu sağlamak ve devam ettirmek

2- Yiyecek kısıtlaması veya uygunsuz dengeleyici davranışları durdurma

3- Yeme bozukluğunun temel belirtilerini (aşırı değer verilmiş düşünce, bozuk bilişsel şemalar vb.) değiştirme, yerine sağlıklı olanları koyma

4- Eşitlik durumlarını tedavi etme

5- Akut düzelme sonrası 5 yılda relapsı önleme

Bu adımların atılabilmesi için basamaklı tedavi sistemi günümüzde en doğru yaklaşım olarak sunulmaktadır. Hastalığın şiddetine göre basamaklar

* Yoğun Bakım

* Psikiyatrik Hospitalizasyon

* Ayaktan tedavi

biçiminde sıralanır.

Anoreksiya nervozada BKİ çok düşükse mutlaka yatırılarak tedavi düşünülmelidir. Özgül bir ilaç tedavisi yoktur, bu nedenle her hasta özel olarak değerlendirilmelidir. Ergenlerde ailenin tedaviye dahil edilmesi yararlıdır.

Bulimiya nervozada ise bilişsel-davranışçı tedavi ve ilaç tedavilerinin birlikte uygulanmasına ilişkin olumlu sonuçlar vardır. Etkinliği en fazla kanıtlanan ilaç grubu serotonin geri alım önleyici (SGAÖ) antidepressanlardır.

Psikiyatriye Yönlendirme Öncesinde Yapılan Yanlışlar

Psikiyatri dışı hekimlere, özellikle kadın-doğum uzmanlarına başvuru anoreksiya nervozalı hastaların öncelikle 'amenore' belirtisi ele alınmakta ve oral kontraseptifle bu belirti düzeltilmeye çalışılmaktadır. Ancak hastaya anoreksiya nervoza olabileceği mesajı nadiren verilmektedir.

Amenore, anoreksiya nervozanın öncelikli olarak tedavi edilecek bir belirtisi değildir.

Üstelik sıklıkla, hastanın sağlıklı kilosuna ulaşması ve ruhsal durumunun düzelmesiyle ek müdahaleye gerek kalmaksızın ortadan kalkmaktadır. Hastalığın önemli semptomlarından birinin erken evrede, temel sorunlar halledilmeden gözden kaybedilmesi, hastanın yardım arama olasılığını azaltır. Sonuç olarak yapılan müdahale hatalıdır.

Doğru yaklaşım hastanın tanısının netleştirilmesi ve erken evrede psikiyatriye yönlendirilmesidir.

Sonuç

Yeme bozukluklarında erken tanı ve hızlı müdahalenin önemi tartışılmaz. Bu noktada psikiyatri dışı hekimlere tanı ve yönlendirme aşamasında çok önemli sorumluluk düşmektedir.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Köroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
- Celikel FC, Cumurcu BE, Koc M ve ark. Psychological correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49: 188-94.
- Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre 1992'den çevirenler Öztürk O, Uluğ B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993.
- Garner D, Garfinkel P. Handbook of Treatment for Eating Disorders. New York: The Guilford Press; 1997.
- Mehler PS, Andersen A. Eating Disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1999.
- Yager J, Andersen A, Delvin M ve ark. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. Arlington: American Psychiatric Association; 2005.
- Yücel B, Polat A. Yeme bozuklukları ve ergen. Tüzün DÜ, Hergüner S, editörler. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007:285-300.

13 Alkol ve Madde Bağımlılığı

İLHAN YARGIÇ

Bir Hastalık Olarak Bağımlılık

Madde bağımlılığı tıbbi bir hastalıktır. Her hastalığın olduğu gibi bağımlılığın da biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri vardır. Bağımlılık bir irade zayıflığı, kişilik bozukluğu ya da ahlak zayıflığı olarak değerlendirilemez. Bağımlılığa yol açabilen, kişinin hoşuna giden ve psikoaktif etkiler gösteren, herhangi bir yolla vücuda alınabilen her şeye “madde” denir. Alkol genellikle ayrı olarak belirtilse de alkol de “madde” kavramına dahildir. Özellikle belirtilmediği sürece madde denilen her yerde alkol ve sigara da kast edilmektedir.

Bağımlılığın özü, zararlı sonuçlarına rağmen kompulsif madde kullanımınıdır. Başka bir deyişle alkol ya da madde kullanımı ile ilişkili sosyal, tıbbi, ailesel, mesleki ya da psikolojik sorunların yaşanmasına rağmen kişi alkol ya da madde kullanmaya geri döner. Bağımlı kişi kontrollü kullanımı sürdüremez (kontrol kaybı). Örneğin bir alkol bağımlısı içmeden aylarca, yıllarca durabilir ama az içmeyi kalıcı olarak sürdüremez. Yani içmeden durabilir ama az içerek duramaz. Bu nedenle bağımlıların, kullanıma ara verdikleri dönemler (alkol bağımlıları için ramazan ya da kutsal gecelerde sıkıtır) olabilir. Bu ara verme ya da kullanmadan durabilme, o kişinin bağımlı olmadığını göstermez. Çünkü tekrar içmeye başladığında az miktarda ve seyrek içmeyi sürdüremez, miktar yine artar ve sorunlar yaşanır.

“Alkol ya da madde kullanımı konusunda kontrol kaybı” anlamındaki bağımlılık, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır, tıpkı diyabet ya da hipertansiyon gibi. Kişi bağımlı olduktan sonra bağımlı olduğu maddeyi kullanmayı bırakabilir ancak onu kontrollü olarak kullanmaya geri dönebilir. Bu nedenle bağımlılık kalıcıdır, ancak kullanım durdurulabilir. Örneğin bir nikotin bağımlısı, sigara ve tütün ürünlerini bıraktıktan sonra da “remisyonda bir nikotin bağımlısı”dır. Bir nedenle tekrar bir tane sigara içtiğinde kısa süre sonra eski kullanım miktarına geri dönecektir. Diyabetli bir hasta diyetine çok dikkat etse ve kan şekeri hep normal sınırlarda seyretse, hiçbir şikayeti

olmasa o kişi yine de “belirti vermeyen” bir diyabet hastasıdır. Tıpkı onun gibi bağımlılar da bağımlı oldukları maddeyi kullanmayı kalıcı olarak bırakıp onun bütün olumsuz etkilerinden kurtulabilirler. Ancak eski hallerine dönmek istemiyorlarsa hiçbir zaman tekrar sosyal kullanıcı olmayı denememelidirler. Alkol ya da madde kullanımına bağlı sorunlar yaşayıp kullanımı bırakan ve hayatını yoluna koyan hiçbir kişi eski haline dönmek için içmeye başlamaz. Bu durumdaki kişilerin tipik düşüncesi, bir süredir kullanmadığı için bağımlı olmadığını kanıtladığı ve ara sıra içen diğer insanlar gibi olabileceğidir. Bu nedenle başlar, bir süre aralıklı ve az kullanarak kalabilse dahi bir süre sonra problemler artarak yaşanmaya devam eder.

Bağımlılığı diğer hastalıklardan ayıran en önemli özelliklerden biri, bir yandan keyif ya da doyum vermesidir. Bağımlı kişi bütün zararlarına rağmen bağımlı olduğu şeye karşı büyük bir istek duyar ve onu kullandığında haz alır. Bu da bağımlılığın temel ikilemidir. Hatta ileri derecedeki bağımlılarda keyif alma ortadan kalktığı halde bu kullanma arzusu devam eder ve kullanım bu arzunun doyurulmasını sağlar.

Bağımlılık ilerleyici bir hastalıktır. Bağımlılık süreci “deneme” ile başlar. Kişi denediği şeyden keyif alırsa tekrar yapmak ister (pozitif pekiştirme). Böylece “zaman zaman kullanma”ya başlar. Bir süre sonra “düzenli kullanım” haline gelir (örneğin hafta sonları). Bu arada kullanıma bağlı sorunlar da yaşanmaktadır ancak alınan keyif ağır bastığı için kişi bunları görmezden gelir ya da başka şeylere bağlar (inkar mekanizması). Örneğin eşinin dırıldırından dolayı içtiğini söyleyen bir erkeğe eşinin dırıldır ederken neler söylediğini sorarsanız, sürekli çok içtiği için eleştirdiğini söyleyebilir. Bu durum bir alkol bağımlısının hayatına ve alkole karşı yaklaşımı için oldukça karakteristiktir. Yaşadığı sorunlar nedeniyle zaman zaman kullanımı azaltma ya da durdurma çabası içine giren kişi tekrar eski haline döner ya da böyle bir azaltma/bırakma çabasını dahi gösteremiyorsa “bağımlı” olmuş demektir. Bu arada kullanılan miktar giderek artar (tolerans). Bağımlılık ilerledikçe kullanımı azaltma ya da bırakmaya bağlı yoksunluk belirtileri de görülebilir. Ancak unutulmamalıdır ki fiziksel belirtiler (tolerans ya da yoksunluk) bağımlılık tanısı koymak için şart değildir.

Bağımlılığın bir hastalık olarak tanımlanması, kullanımı durdurma ya da kullanıma bağlı problemlerden dolayı sorumlu olma açısından bir mazeret oluşturmaz. Yani bağımlılık (başlayınca duramamak) bir hastalıktır ve fakat bağımlının yeniden kullanmaya başlaması kendi sorumluluğu ve tercihidir. Nasıl ki diyabet hastalığı kalori diyeti yapmayı gerektiriyorsa, alkol bağımlılığı da alkol kullanmamayı gerektirir. Bu nedenle bağımlının öncelikle bağımlı olduğunu yani “bağımlı olduğu şey karşısında güçsüz olduğunu”, onu kontrollü olarak kullanmadığını kabullenerek hiç kullanmamak için gerekli tedbirleri almaya başlaması gerekir.

Bağımlılık Tanı Ölçütleri

DSM-IV’de madde bağımlılığı şöyle tanımlanır (bu ölçütler alkol ve bütün maddeler için ortaktır): 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren belirgin bir bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsü:

1. Niyetlendiğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak
2. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri
3. Temin etmek, kullanmak (örn; birbirinin ardı sıra sigara içme) ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcamak
4. Sosyal faaliyetleri, mesleki etkinlikleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek
5. Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel (örneğin alkolle kötüleşen mide ülseri, karaciğer hastalığı, yüksek tansiyon vb), ya da psikolojik (depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu vb) problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek
6. Tolerans (istenen etkiyi sağlamak için fazla miktarda kullanmak ya da sürekli aynı miktarda kullanan bir kişide etkinin azalması)
7. Yoksunluk ya da yoksunluk belirtilerinden kaçmak için kullanmak (Her maddenin yoksunluk belirtileri kendine özgüdür)

DSM'ye göre tanı konduktan sonra, fizyolojik bağımlılık gösteren (6 ya da 7. maddelerden biri vardır) ve fizyolojik bağımlılık göstermeyen (6 ya da 7. maddelere ait kanıt yok) şeklinde kodlanır. "Psikolojik bağımlılık" diye resmi bir tanı yoktur.

Yoksunluk ve tolerans, bağımlılık tanısı için gerekli ya da zorunlu değildir. Bazı maddelerde (örn; esrar, uçucular) fizyolojik yoksunluk ya da tolerans olmadığı halde, bağımlıların bütün zararlı sonuçlarına rağmen kompulsif kullanımı sürdürebilirler. Bu durumun tam tersi olarak, tıbbi bir nedenle (örn. başka tedavilere cevap vermeyen kronik fizyolojik ağrı tabloları) başlanan opiyat türevi ağrı kesicilere bağımlılık olmadan tolerans gelişebilir, kompulsif kullanım olmadan yoksunluk belirtileri yaşanabilir.

OLGU 1: *Bayan A, 68 yaşında ileri derecede osteoporozu, eklemlerinde dejeneratif değişiklikleri olan bir hastaydı. 2 yıldır lomber disk hernisi gelişmişti ve çok şiddetli ağrıya neden oluyordu. Bu ağrı nedeniyle günlük işlerini hatta kendine bakımını yapamayacak durumdaydı. Genel durumu nedeniyle ameliyat edilmesi kontraendike olarak değerlendirilen hastaya Morfin Sulfat 60 mg/gün başlandı. Önceleri hastada uyku hali gibi yan etkiler olsa da zamanla geçti ve ağrısı önemli derecede azalarak, günlük aktivitelerini yapabilecek hale geldi. Aradan geçen 1 yıl içinde ilaç dozu ihtiyaç doğrultusunda 80 mg/gün'e çıkarılarak düzenli kullanılmaya devam edildi ve hiçbir intoksikasyon belirtisi görülmezsizin fayda elde edildi. Bayan A, uzun bir bayram tatilinde ilacı bittiği ve yazdıramadığı için tipik opiyat yoksunluk belirtileriyle hastaneye başvurdu. Burada tanı opiyat yoksunluğudur. Opiyat yoksunluğu geçici ve kolayca tedavi edilebilen bir durumdur. Bu hastada opiyat bağımlılığı söz konusu değildir.*

OLGU 2: *Bay M, göğüs cerrahisi uzmanıydı. Pethidine kullandığı için hastane idaresi tarafından yönlendirilmişti. Bu ilacı ilk defa, idrar yollarındaki taşa bağlı ağrı nedeniyle ürolog meslektaşlarının önerisiyle damardan kullandığı öğrenildi. İlacın kendisini canlandırdığını ve rahatlattığını fark etmesi üzerine, ağrısı olmadan da günün yorgunluğunu ve stresini gidermek amacıyla zaman zaman kullan-*

maya başladığını anlattı. Kullanma sıklığı ve miktarı giderek artmış ve gün içinde de kullanmaya başlamıştı. İlacı çalıştığı hastanenin ameliyathanesinden gizlice almaktaydı. Kullanım miktarı artınca ilacı temin edebilmek için yalan söylemeye ve başkalarının üzerine reçete yazmaya başlamıştı. Kendisini normal zannetmesine rağmen iş arkadaşları gün içinde odasına kapandıktan sonra kendisini gözleri yarı kapalı bir vaziyette sallanır halde gördüklerini ifade ediyorlardı. Bir keresinde de pethidine intoksikasyonuna bağlı konvülsiyon geçirmişti. Birkaç kez bırakma denemesi olmuş ve tekrar başlamıştı. Opiyat bağımlılığı tanısı kondu.

Alkol/Madde Kötüye Kullanımı

Alkol ya da madde kullanımına 1 aydan daha kısa süreli verilen ararların tıbbi bir anlamı yoktur. Ancak 1-12 ay arası belirtilerin ortadan kalkması durumuna erken remisyon, 12 ay ya da daha uzun süre belirtilerin ortadan kalkmasına kalıcı (sustained) remisyon denir. Burada “kalıcı” olarak çevrilen kelime, o kişinin bir daha hiçbir zaman eski haline dönmeyeceği gibi bir anlam içermez. Kullanımın bırakılmasından sonraki ilk 12 ayda relaps riski özellikle yüksek olduğu için bundan daha kısa süreli remisyonlar “erken” olarak adlandırılmıştır. Bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinin hiçbirini karşılamıyorsa tam remisyonla bağımlılık, bu ölçütlerden birini ya da birden fazlasını karşılıyorsa kısmi remisyonla bağımlılık tanısı konur.

OLGU 3: *Bay A, gastrit nedeniyle tedavi gördüğü iç hastalıkları kliniğinden, uyarılara rağmen hemen her akşam alkol almayı sürdürdüğü için yönlendirilmişti. Kendisi, sırf doktoru ve eşi istediği için geldiğini, alkolik olmadığını, sadece içmeyi sevdiğini, istediği zaman örneğin ramazanlarda 1 ay içmediğini, sadece akşamları içtiğini, içmediği zaman krize girmediğini söylüyordu. “Benim tek sorunum içmeye başlayınca duramamak, ağzıma sürdüm mü gerisi geliyor, bana öyle bir şey yapın ki ben de başkaları gibi 2 kadehte kalayım” diyordu. Eşi, Bay A’nın daha önce ailesinin ısrarı üzerine az içmeyi ya da bırakmayı denediğini ama sonra yeniden başladığını anlatıyordu. DSM ölçütlerindeki 1,2 ve 5. maddeleri karşılayan bu olguya alkol bağımlılığı tanısı kondu.*

Bağımlılıkta kullanıma ara verilse bile genellikle uzun süre kullanım ve devam eden sorunlar vardır. Ancak bazı kişilerde bağımlılıkta olduğu gibi kompulsif bir kullanım olmaksızın zaman zaman ortaya çıkan zararlı sonuçlarına rağmen yineleyen bir kullanım söz konusudur. Buna kötüye kullanım adı verilir. Kötüye kullanımı olanlarda sürekli bir kullanım olmadığı için tolerans ve yoksunluk da görülmez. Madde kötüye kullanımı tanısı koyabilmek için kişinin hiçbir dönemde bağımlılık ölçütlerini karşılamamış olması gerekir. Halen bağımlılık ölçütlerini karşılayan bir kişi kötüye kullanım belirtilerini de gösterebilir, bu durum da ek bir tanı konmaz. Geçmişte bağımlılık ölçütlerini karşılamış ve sonra kullanımı bırakarak remisyonla girmiş bir kişi sadece kötüye kullanım belirtileri görülürse, bu durumda tanının kısmi remisyonla bağımlılık olması uygundur; burada da kötüye kullanım tanısı almaz.

Alkol-madde kötüye kullanımı tanısı daha çok, maddeyi yeni almaya başlayanlarda konmakla birlikte bazı kişiler bağımlılık geliştirmeden uzun süre madde ile ilişkili olumsuz toplumsal sorunlar yaşamaya devam edebilirler. Madde kötüye kullanımı kategorisi kafein ve nikotin için uygulanmaz.

Alkol/Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri

DSM-IV’de madde kötüye kullanımı şöyle tanımlanır (bu ölçütler alkol ve madde-ler için ortaktır): 12 aylık bir dönemde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren belirgin bir bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsü:

1. İşte, okulda ya da evde alması gereken başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı (örneğin bazı sabahlar akşamdan kalma olduğu için işe ya da okula geç gitme ya da işi/okulu asma, alkol aldığı için çocuğa bakamama vb)

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde kullanım (ör: alkollü araç kullanma)

3. Madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örneğin alkol etkisinde bir olaya karışma ya da madde kullanımı nedeniyle gözaltına alınmak)

4. Maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da tekrarlayıcı toplumsal ya da insanlararası sorunlar (örneğin alkollüken fazla konuşma ve huzursuzluk çıkarma nedeniyle eşiyile tartışmalara girme ya da fiziksel kavgalar)

OLGU 4: *Bayan A eşiyile zaman zaman yaşadıkları sorunu şöyle anlatıyordu: “Akşam yemeğe çıkacağız, eşime ‘lütfen az iç, yoksa yine gecemiz zehir olacak. Çok kaçırınca eskileri açmaya başlıyorsun ve her şeye kıızıyorsun’ diye tembih ediyorum. Eşim ‘sen de beni alkolik yerine koydun, kırk yılda bir içiyorum. Hem sen üstüme gelmesen, idare etsen hiçbir sorun çıkmaz’ diye kendini savunur. Sonra yine aynı tatsızlıklar yaşanır ve sonra eşim ertesi gün pişman olup özür diler.” Alkol kötüye kullanımı olan kişiler her zaman içmeyen ancak çevresinde genellikle “içmesini bilmiyor” şeklinde algılanan kişilerdir.*

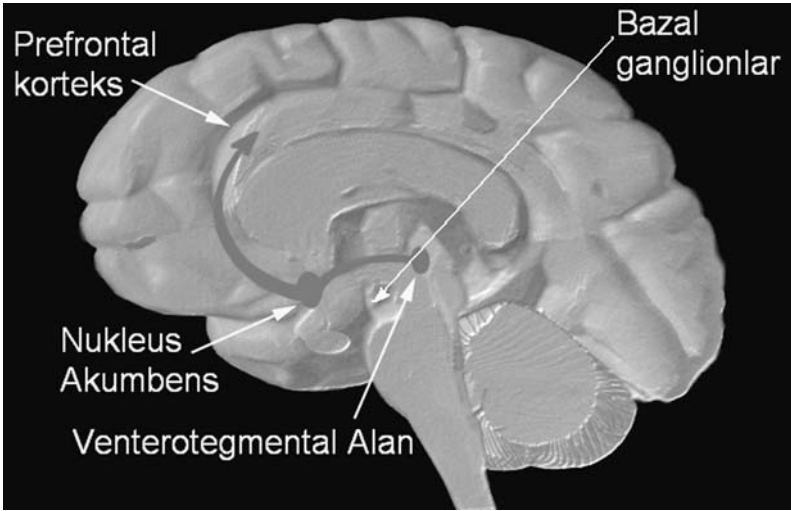
Bağımlılığın Biyolojik Temelleri

Bağımlılığın biyolojik etkileri; organlar üzerinde dejeneratif etkiler, MSS’nin etkilenmesi nedeniyle tolerans, yoksunluk ve aşırma (maddeye karşı şiddetli arzu, craving) olarak sıralanabilir.

Eskiden bağımlılık, kişinin madde kullanmayı gittikçe arttırması ve sonra bırakmaya çalıştığında yaşadığı yosunluk belirtileri nedeniyle kullanmaya devam etmesi (negatif pekiştirme) olarak anlaşılırdı. Oysa çoğu bağımlının kullanıma ara verdiği kısa ya da uzun dönemler vardır. Fiziksel yoksunluk belirtileri, madde kullanımını bıraktıktan sonra çoğu alkol ya da eroin bağımlılığında 3-5 gün içinde geçer.

Oysa bağımlıların birçoğu yoksunluk belirtilerini atlattıktan çok sonra yeniden madde kullanmaya başlarlar. Çünkü aşırma (yeniden kullanma isteği) aylarca devam eder. Çoğu bağımlı için fiziksel yoksunluk belirtileri ile baş etmek görece daha kolaydır. Aşırma (craving) maddeye yeniden başlamanın en önemli nedenidir.

Aşırma duygusunun nedeni MSS'nin orta beyin kısmında yer alan Ödül Yolu (Reward Pathway) adı verilen sistemin tekrarlayan madde kullanımı ile aşırı uyandırılmasıdır. Ödül Yolu (Reward Pathway), venterotegmental alan ile nukleus akumbens arasında uzanan ve buradan prefrontal kortekse projeksiyonlar veren dopaminerjik ve opioid nöronlardan oluşan bir yoldur. Bu sistem yumuşakçalardan primatlara dek tüm canlılarda mevcuttur. Bu sistem yaşamamız ve neslimizin devamı için gerekli temel işlevleri yapmamız için dürtü-motivasyon verir. Yiyecek, su ve cinsellik doğal ödüllerdir. Bunlara karşı bir açlık ve istek duyarız ve bunları yaptığımız zaman bir doyum hissederiz. Örneğin insan protein ihtiyacını düşünmeksizin canının kebab çektiğini hisseder ve isteğini gerçekleştirdiğinde doyuma ulaşır. Bu arada vücudu protein ihtiyacını karşılamış olur.



Şekil 1: Ödül Yolu (Reward Pathway)

Bütün maddeler beyindeki bu merkezi doğrudan ya da dolaylı uyarılar ve böylece hayatın devamı için gerekli olan pekiştirmeyi kullanırlar. Yani doyum aldıkça yeniden yapma isteği artar (pozitif pekiştirme). Maddeler tekrarlayan uyarılarla bir bilgisayar virüsü gibi beyni adeta yeniden programlarlar. Madde adeta yemek, içmek ya da cinsellik gibi temel bir ihtiyaçmışçasına kişinin canı o maddeyi çekmeye başlar. Bu istek korteksin daha üst kısımlarına ait işlevlere galip gelebilir. Örneğin nikotin bağımlısı bir doktor sigaranın zararlarını yakından bildiği ve sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşündüğü halde sigara içme arzusuna yenik düşebilir. Dolayısıyla bağımlılık, akıl ve bilgi eksikliği değil dürtü kontrolü ile ilgili bir sorundur.

Eroin ve kokain kullanıcıları intoksikasyonu cinsel orgazma benzettirler; koka-in bağımlısı kobaylar onu yiyecek ve suya tercih ederler; sigarayı bırakan bir tiryaki aylarca zaman zaman sigara için kıvrandığını hissedebilir. Bu gözlemler, ödül yolunun fizyolojik olarak aşırı uyarılmasının yol açtığı pratik sonuçlardır. Bu fizyolojik durum, bazen “psikolojik bağımlılık” şeklinde de adlandırılan kavrama karşılık gelmektedir. Pozitif pekiştirmenin yol açtığı koşullanma kullanımının devamını sağlar. Çevresel ipuçları (kullanımı hatırlatan şeyler) ve hüüzün, öfke, sıkıntı vb içsel duygu durumları öğrenilmiş ve şartlanılmış aşermeye (craving) yol açar. Örneğin bir şırınga görmek ya da sıkıntı hissetmek eroin bağımlısında eroin kullanmak için büyük bir istek doğurur.

Uyaran bağımlılarında yapılan PET çalışmaları bu sistemdeki metabolizma artışının 1 yıla kadar devam ettiğini göstermektedir. Oysa fizyolojik yoksunluk belirtileri temel olarak kullanım sırasında baskılanan bazal ganglionlardaki noradrenerjik aktivitenin kullanımın durmasıyla artmasına bağlıdır ve diğerine göre çok kısa sürelidir.

Bağımlılık ile İlgili Risk Etkenleri

Ülkemizde yetişkin toplumun yaklaşık yarısı hayatında en az bir kez alkol aldığı bildirmiştir. Ancak bunların büyük çoğunluğu alkol bağımlısı olmamıştır. Yasa dışı bir maddeyi birkaç kez denemiş ve sonra devam etmemiş insanlar vardır. Hayatında sigara içmeyi bir kez olsun deneyen 3 kişiden 2’si sigara tiryakisi olmaktadır (Kullanıcıları arasında bağımlılık oranı en yüksek madde nikotindir).

Kimlerin bağımlı olduğunu belirleyen etkenlere risk etkenleri diyoruz. Bağımlılık ile ilgili başlıca risk etkenleri: Cinsiyet, kişilik, psikopatoloji, aile öyküsü, aile ve sosyal çevre, bireysel özgeçmiş ve kültürdür. Ancak hep birlikte istatistiksel olarak değerlendirildiklerinde bu risk etkenleri, bağımlıların ancak yarısını öngörebilmektedirler. Başka bir deyişle bu risk etkenlerine sahip olmayan kişiler de ciddi risk altındadır ve “denemek” çok risklidir.

1. Cinsiyet ve Bağımlılık: Bağımlılık genelde erkeklerde kadınlardan daha sıktır. Bunun tek istisnası reçete edilen ilaçlara bağımlılığın kadınlarda daha sık olmasıdır.

2. Kişilik Özellikleri ve Bağımlılık: Hem fazla dışa dönük hem de fazla içe dönük kişilik yapıları risklidir. Dışa dönük olanlar risk almaya daha eğilimli ve gözü karadırlar. Bu da farklı ortamlara girme ve madde deneme ve dolayısıyla bağımlılık olasılığını artırır. Fazla içe dönük yapıda olanlar sosyal ortamlarda rahatlamak için madde kullanımına yönelebilirler.

3. Kişilik Bozuklukları ve Bağımlılık: “Antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu”. Bu iki kişilik bozukluğundan birinin tanısını alanlarda alkol ya da madde kullanım bozukluğu olma ihtimali genel topluma göre oldukça yüksektir. Ancak bunun tersi doğru değildir. Yani alkol ya da madde kullanım bozukluğu tanısı alanların çoğunda antisosyal ya da sınırda kişilik bozukluğu yoktur. Oysa özellikle yasa dışı madde kullanıcıları ile ilgili “antisosyal” ya da “psikopat” ön-

yargısı yaygındır. Sağlık personelindeki bu önyargının hastaların hakları olan tıbbi tedaviyi gerektiği gibi almalarını engellediği bilinmektedir. Gerçekten antisosyal kişiliği olanlar, 15 yaşından önce (muhtemelen ciddi madde kullanımı başlamadan önce de) var olan davranım problemleri (insanlara, hayvanlara ve eşyalara zarar verme, hırsızlık, evden kaçma vb) gösteren kişilerdir. Çocukluk ve ergenlik çağlarında bu tür problemler sergilemeyen bireyler madde bağımlısı olduktan sonra, madde etkisindeyken ya da madde temini amacıyla yaralama, öldürme, hırsızlık, gasp vb yasa dışı eylemlere karışabilirler. Bu kişilerin rehabilite edilmeleri gerçek antisosyal kişilere göre daha başarılıdır.

OLGU 5: Bay A, 27 yaşında eroin bağımlılığı tedavisi için başvurmuştu. Hırpani kıyafeti ve kollarındaki dövmelemler dikkat çekiyordu. Kendisinden ve yakınlarından alınan bilgiye göre alkolik bir babanın oğlu olan A, kaotik bir aile ortamında büyümüş ve çok dayak yemiş. İçme kapak bir çocuk olduğu, kavgacı olmadığı, hiç evden kaçmadığı, çevresinde efendi bir çocuk olarak bilindiği bildirildi. Lise mezunu olan A, daha ilkököl yıllarında sigara içmeye başlamış. Ortaokulda zaman zaman uçucu madde kullanmış. Lise 1'den itibaren özellikle hafta sonları fazla miktarda alkol alıyor, hafta içi bazı akşamlar esrar kullanıyormuş. Ders başarısı git-tikçe daha da düşmüş ve liseyi zorla bitirmiş. Daha o yıllarda çeşitli uyuşturucu hapları da denemiş. Üniversite sınavını kazanamayan A, madde kullanan kişilerle daha fazla zaman geçirmeye başlamış. Girdiği çeşitli işlerden, düzenli işe gelemediği ve performans düşüklüğü nedeniyle çıkarılmış. İlk kez 19 yaşında eroin kullanmış. Kullanım miktarı ve sıklığı giderek artan A, para bulabilmek için uyuşturucu satmaya başlamış. Bu ortamda çıkan kavgada adam yaralamış. Uyuşturucu satıcılığı ile ilgili davadan beraat eden A'nın hırsızlık, adam yaralama ve gasp nedeniyle davaları sürmekteydi. Bay A opiyat bağımlılığı tanısıyla tedaviye alındı.

OLGU 6: Bay B, 28 yaşında çabuk sinirlenme şikayetiyle başvurmuştu. Kendisinden ve yakınlarından alınan bilgiye göre B, ilkököl çağlarından itibaren kavgacı bir çocukmuş. Alt sınıflardaki çocukları dövüp harçlık ve yiyeceklerini almış. Okul malına zarar verdiği, öğretmenlere karşı geldiği ve hatta lisede bir öğretmeni dövdüğü için çeşitli disiplin cezaları almış. 14 yaşından itibaren gece eve gelmeleri olmuş. İlkokulda sigaraya, ortaokulda uçucu maddelere, esrar ve alkole; lisede uyarıcı haplara başlayan B liseyi dışarıdan bitirmiş. Bu yıllarda hırsızlık suçlamasıyla gözaltına alınmış ve serbest bırakılmış. Halen çalışmayan B, girdiği işlerde çabuk sıkılmış ve kendi ifadesiyle "haksızlığa dayanamadığı" için problem yaşayıp işi bırakmış. B'nin hırsızlık, adam yaralama ve gasp nedeniyle davaları sürmekteydi. Denemediği uyuşturucu kalmadığını söyleyen B, hiçbirisine bağımlı olmadığını, devamlı olmadığını söylüyordu. Detaylı anamnezde B'nin hemen hergün bir maddeyi ya da alkolü, çoğu zaman da karıştırarak kullandığı anlaşıldı. Bay B'ye çoklu madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu tanıları kondu.

4. Aile Öyküsü ve Bağımlılık: Miyokard infarktüsü, diabetes mellitus, hipertansiyon gibi hastalıklardakine benzer bir genetik geçiş vardır. Bu risk etkeni özel-

likle erkek alkol bağımlılığında en belirgindir. Evlatlık olarak yetişenler üzerinde yapılan çalışmalarında, alkol bağımlılığında genetik kalıtımın çevresel kullanımdan bile daha etkili olduğu gösterilmiştir (Babası alkol bağımlısı olan bireyler, alkolik kişilerin olmadığı ailelerde yetiştiğinde bile, alkol bağımlısı olmayan ebeveynlerden dünyaya gelen ama alkolik bir babanın yanında yetişen bireylere göre daha yüksek oranda alkol bağımlısı olmaktadır).

5. Psikiyatrik Bozukluklar ve Bağımlılık: Bağımlılık başka bir psikiyatrik hastalığın belirtisi değildir. Başka bir psikiyatrik hastalık olduğunda alkol ya da madde bağımlılığı riski artmaktadır. Böyle bir durumda diğer psikiyatrik hastalığın tedavisi zorlaşmakta ve gidişatı kötüleşmektedir. Alkol ya da madde bağımlılığı olan bir kişide psikiyatrik belirtileri, intoksikasyon ve yoksunluk belirtilerinden ayırt edebilmek için ek tanı, maddeyi bıraktıktan sonra en az 2 hafta için ertelenir.

a) Bipolar Bozukluk ve Depresyon: Bipolar bozuklukla alkol kullanım bozukluklarının birlikteliği sıktır. Alkol bağımlısı olup alkol kullanımını bırakmış olan bipolar hastaların manik dönemde tekrar alkole başlama riski depresif dönemden fazladır.

Alkol depresan bir maddedir. İlk alındığında disinhibisyon (üstbenliğin bastırılması) etkisine bağlı olarak coşkulu bir hal verebilir ancak uzun süreli ve yoğun kullanımda depresyona yol açabilir. Yoğun olarak alkol kullananların yarısına yakınında klinik düzeyde depresyon saptanabilir. Bu olguların %80'inde sadece alkolü bırakmakla depresif belirtiler birkaç hafta içinde ortadan kalkar. %30-40'ında depresyon 2 hafta ya da daha uzun sürebilir. Alkol içmediği dönemde ise major depresyon %5-10'unda görülür. Alkol bağımlılarında ortaya çıkan depresyonda öncelikli amaç alkolü durdurmaaktır.

Depresyon bazen alkol bağımlılığına zemin hazırlayabilir. Özellikle kadın bir hastada orta yaşta başlayan yoğun alkol kullanımı ve bağımlılığı alta depresyonun yatıyor olabileceğini akla getirmelidir. Erken başlangıçlı alkol bağımlılığının kişilik bozukluğu ve genetik yatkınlıkla; geç başlangıçlı alkol bağımlılığının ise depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikteliği sıktır. Depresyon belirtileriyle baş edebilmek için başlanan alkol orta ve uzun vadede depresyonu daha da artırır. Yoğun alkol kullanımı olan depresif bir hastada uygun depresyon tedavisi ile birlikte alkol alımının da kesilmesi gereklidir. Depresyonu tedavi edince alkol alımının kendiliğinden sonlanacağını beklemek yanlıştır.

b) Şizofreni: Şizofreni hastalarında bağımlılık ve kötüye kullanım sıklığı genel toplumdakiye fazladır. Bu ek tanı, şizofrenide kötü gidişin en önemli belirleyicilerindedir. Alkol ya da madde kullanımı doğrudan hastalık belirtilerini alevlendirebildiği gibi ilaç kullanımının aksamasına neden olarak da şizofreninin gidişini bozar.

c) Anksiyete Bozuklukları (Sosyal Fobi, Panik Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu-TSSB): Alkol bağımlılarında anksiyete bozukluğu ve anksiyete bozukluğu hastalarında alkol bağımlılığı sıktır. Alkol akut dönemde güçlü bir anksiyolitik olduğu için anksiyete hastaları tarafından ilaç gibi kullanılmaya başlanabilir. Panik bozukluğu hastasında alkol alımı, panik ataklarını önlemek ya da

sonlandırmak ya da agorofobik kaçınmaları yenmek amacıyla artabilir. İlk panik atağını alkol yoksunluğu ya da kanabis intoksikasyonu sırasında geçiren bir kişi daha sonra da alkol ya da kanabis almasa bile panik atakları geçirmeye devam edebilir (maddeden bağımsız olarak).

Alkolün anksiyolitik etkisi, bazal ganglionlardaki noradrenerjik nöronları bas-kılamasına bağlıdır. Bu baskı kalktığına rebound etkiyle daha fazla noradrenalin salgılanır. Bu nedenle örneğin panik hastaları alkol aldıklarında kendilerini rahat hissedebilirler ama ertesi gün alkolün etkisi geçtiğinde çok daha kötü hissederler. Bu daha kötü hissetmeyi yine alkolle engellemeye kalktığına bir kısır döngüye girmiş demektir ve bir süre sonra alkol almadan duramaz hale gelebilir. Bu sefer alkol yoksunluğu belirtileri primer anksiyete bozukluğu belirtileriyle örtüştüğü için tablo daha da karışık bir hal alır. Bütün anksiyete bozukluklarında, eğer yoğun alkol kullanımı varsa ya da alkol ilaç gibi kullanılıyorsa, başarılı bir tedavi için alkolün tedavinin daha başında kesilmesi gereklidir.

Alkol bağımlılarının %30-50'si major depresyon, üçte biri anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılar (kadınlarda agorafobi, erkeklerde sosyal fobi ağırlıklı olmak üzere). Major depresyon ve anksiyete hastalarında alkolizm kolaylıkla gözden kaçabilir.

Genel toplumdaki alkol bağımlılığı olgularının çoğunluğu primer alkol bağımlılığıdır. Tedavi için başvuranlarda ise psikiyatrik ve tıbbi komorbidite daha sıktır. Bağımlılık, primer bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olarak başlasa da primer psikiyatrik bozukluğun belirtilerinin düzelmesine rağmen problemler alkol-madde alkol kullanımının devam etmesi sıktır. O nedenle bağımlılık sadece bir yan belirti gibi görülmemeli, ayrı bir klinik sendrom olarak tedavi edilmelidir.

Alkol kullanımı ve yoksunluğu bazı psikiyatrik belirtileri ortaya çıkarabilir.

Psikiyatrik sendromlardan bağımsız olarak alkolün indüklediği psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler başta anksiyete bozukluğu ve depresyonu taklit edebilir ve intoksikasyon ya da bırakma sonrasında ilk 4 haftada genelde düzelirler. Bir psikiyatrik tablonun alkolden bağımsız tedavi gerektiren bir sendrom olduğunu söylemek için, kesimden sonra 4 hafta geçmelidir ya da bu sendrom alkolün kullanılmadığı bir dönemde başlamalıdır.

Alkole bağlı anksiyete bozuklukları sıklıkla geri çekilmeye bağlı olarak ortaya çıkar. Yoksunluk belirtileri alkolü bıraktıktan 12-24 saat sonra başlar, 3-4 günde kendiliğinden düzelebilir. Akut yoksunluk belirtilerinin ortadan kalkmasından sonra da doğrudan ya da dolaylı olarak alkolü hatırlatan durumlarda ortaya çıkan uzamış yoksunluk tablosu ise sürekli değildir, hafif ve geçicidir. Uzamış yoksunluk belirtileri anksiyete bozuklukları ile karışabilir.

Bağımlılık tedavisi görenlerin çoğunda alkol/madde bağımlılığına bağlı anksiyete bozukluğu belirtileri görülür. Alkol/madde bağımlılığı ile birlikte sık görülen anksiyete semptomları; alkol intoksikasyonu ya da geri çekilme döneminde panik atakları, akut ya da uzamış geri çekilme döneminde yaygın anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, fobiler, alkol intoksikasyonu ya da geri çekilme döneminde disosiyatif durumlar, obsesif-kompulsif benzeri semptom ve bulgularıdır.

Sosyal fobik hastalar fobik kaçınma ortamlarına girmeden önce, yaygın anksiyete bozukluğu olanlar yüzen anksiyete nedeniyle, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalar obsesyonların yarattığı sıkıntı ile baş edebilmek için fazla alkol almaya başlayabilirler.

Madde kötüye kullanımı olan hastaların %40'ında travma sonrası stres bozukluğu bildirilmiştir. Travma öyküsü olanların %50'sinde madde kötüye kullanımı mevcuttur. Literatüre göre kadınlarda genellikle önce travma yaşantısı, ardından madde kullanımı gelişir. Erkeklerde ise genellikle önce madde kötüye kullanımı, ardından travma ve TSSB gelişir. Bütün maddeler orta ve uzun vadede TSSB'yi kötüleştirir. Madde kötüye kullanımını bırakmak da kısa vadede TSSB belirtilerini arttırabilir (kısır döngü).

Alkolik hastalarda alkol kullanımının indüklediği anksiyetenin tedavisi primer anksiyete bozukluğu hastalarında olduğu kadar agresif yapılmamalıdır. İlaç tedavisinde, alkole bağlı anksiyete üzerine agresif gidilmemeli, psikososyal yöntemlerle baş etmeye öncelik verilmelidir. Bu hastalara uzun süreli benzodiazepin verilmesi sakıncalıdır. Anksiyete semptomları alkol bırakıldığında ya da alkolizm tedavisi ile düzelebilirler. Psikoterapi madde kullanımından uzak kalmaya odaklanmalıdır. İlaç gerekirse kötüye kullanma potansiyeli az olan ilaçlar kullanılabilir (benzodiazepinler tercih edilmemeli). Relaksasyon egzersizleri, sağlıklı diyet ve aerobik egzersiz verilmeli, kafeinden kaçınılmalıdır.

Alkol bağımlısı ve anksiyete bozukluğu olan hastaların tedaviye cevabı kötüdür. Antidepresan başlama zamanı tartışmalıdır. Yoksunluktan 2-4 hafta sonrasında depresyon hala varsa başlanması gerektiği ileri sürülmektedir. Ama bazı yazarlar hemen başlanmasını önermektedir. Çünkü antidepresanların aşermeyi, alkol tüketimini ve relapsı azalttığını gösteren çalışmalar vardır. Ama etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Erken başlamanın bazı sakıncaları da vardır. Hala alkol alıyorsa ya da tam detoksifiye olmamışsa istenmeyen yan etkiler görülebilir. Antikolinerjik ve kardiyovasküler yan etkili ilaçlar alkol ve maddelerle etkileşime girebilir. Alkol bağımlılarında myokardiyal ve hepatik anormallikler de olabileceği için bu durum daha önemlidir.

Alkol bağımlılarında akomprasat başlanacaksa, bu ilacın yoksunluk döneminden itibaren başlanması yoksunluk ve anksiyete belirtilerinin kontrolünde yardımcı olabilir ve uzun dönemde ilacın yararlı olma şansını artırır.

d) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): DEHB tanısını alan erişkinlerde alkol ya da madde kullanım bozuklukları genel toplumdakinden siktir. Madde tercihlerine göre hastalar gruplandırıldığında DEHB açısından farklılıklar da olmaktadır; alkol ve karışık madde kullananlara göre, kokain kullananlarda DEHB daha sık görülmektedir. Ayrıca DEHB sadece madde kullanımına başlama için bir risk değil, daha uzun süre kullanım ve daha zor tedavi olma açısından da bir belirleyici olarak kabul edilmiştir.

Madde kullanımının ilk adımı ve en yaygın kullanılan madde olan nikotine bağımlılık da DEHB'da artmaktadır. Normal toplum ile karşılaştırıldığında, DEHB tanısı alanlarda sigara bağımlılığı daha yüksek olarak bulunmuştur.

6) Sosyal Etkenler: Alternatif aktivitelerin azlığı, maddeye kolay ulaşılabilirlik, ucuz olması vb.

7) Bireysel Özgeçmiş: Diğer maddelere bağımlılık (bir maddeden diğerine geçiş), çocukluk çağı travması yaşamış olmak, madde kullanımının pozitif pekiştirici etkisi (Bir madde herkeste aynı etkiyi yapmaz. Aynı maddeyi kullanan kişilerden bazılarının hoşuna giderken bazıları çok kötü etkiler hissedebilir, bazılarında ise hiç etki olmayabilir).

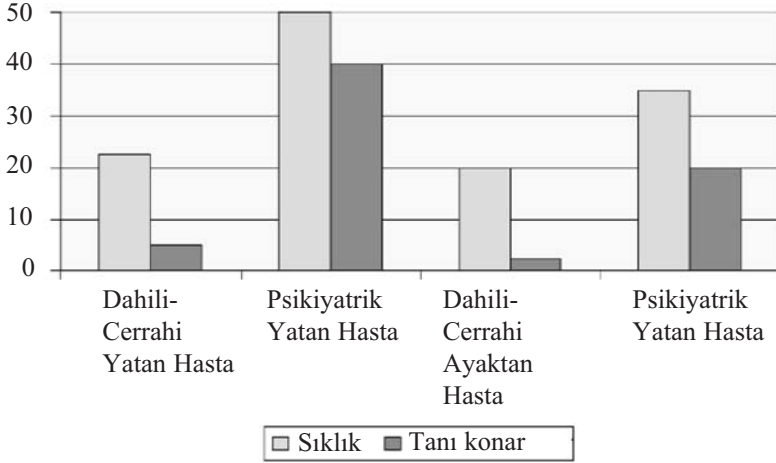
8) Riski Düşüren Ailesel Etkenler: Babanın evde olması, ebeveynin ilgili olması, dindarlık (Müslüman, Musevi, Hıristiyan).

Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarının Tıbbi Ortamlarda Sıklığı

Alkol ve madde kötüye kullanımı kolaylıkla klinisyenin gözünden kaçabilir. Tıp camiası dahil olmak üzere çoğu kişinin kafasındaki bağımlı imajı, maddeyi kullanmayınca (örneğin alkol içmeyince ya da eroin kullanmayınca) ciddi fiziksel kriz belirtileri yaşayan, iş ve gücünü tamamen yapamaz hale gelmiş kişilerdir. Oysa yoksunluk krizlerine hiç girmeyen ya da çok hafif geçiren, iş ve güçlerini bir ölçüye kadar sürdürebildikleri halde hayatları bu tıbbi tanıyı alacak kadar etkilenmiş kişiler hiç de az değildir. Bağımlılık bir süreçtir. Kişiler genellikle onlu yaşlarda alkol ya da madde kullanmaya başlarlar. Kronolojik olarak önce sigara, daha sonra alkol, sonra esrar ya da uçucular, ardından haplar ve sonra eroin ya da kokain gelir. Birçoğu bu sürece sadece alkolle devam eder. Pek çok kişide yirmi yaş öncesinde kötüye kullanım belirtileri görülür. Sosyal ve psikolojik kötü sonuçlar gittikçe belirginleşir. Tıbbi sorunlar genellikle otuz yaş civarına kadar gecikebilir. Pek çok hasta, ancak bu seviyeden sonra tedavi için gelir. Sabahtan akşama kadar içen, alkol almayınca ağır yoksunluk belirtileri yaşayan bir kişinin alkol bağımlısı olduğunu söylemek kolaydır. Ancak hekimin görevi bağımlılık sürecindeki kişileri ya da henüz ağır belirtiler vermeyen bağımlıları tanıyabilmek ve bu süreci engellemektir.

Birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran hastalar arasında herhangi bir alkol-madde kullanım bozukluğunun yaygınlığı genel toplumdakinden yüksektir. Hastane poliklinikleri ve yatan hastalar arasında ise bu oran daha da yükselmektedir. Buna rağmen bu sorun hastalarda sıklıkla gözden kaçabilmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, hastaların 2/3’üne öykü alma sırasında alkol kullanımları ile ilgili soru sorulmadığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı tanısı alan birinci basamak hastalarının sadece %9’una doktorları tarafından son 6 ayda alkol kullanımı ile ilgili soru sorulduğu saptanmıştır. Çeşitli çalışmalarda hastanelerdeki farklı branşlarda (iç hastalıkları, cerrahi ve psikiyatri) ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların alkol ve madde kötüye kullanımı yönünden sistemli olarak taranmıştır. Aynı hastaların dosyaları ya da muayene kartlarına bakılarak alkol ve

madde kullanım bozukluğu ile ilgili herhangi bir tanı koyulup yönlendirme yapıp yapılmadığına bakılmıştır. Şekil 2’de grafik sistemli araştırma ile bulunan sıklık ile rutin tıbbi hizmet sırasında tanı koyma sıklığını karşılaştırmaktadır.



Şekil 2: Çeşitli kliniklerde ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluklarının gerçek ve fark edilen sıklığı

Alkol ya da madde problemi olan kişilerin tıbbi başvuruları, büyük olasılıkla alkol ya da madde ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkilidir. Bu insanlar tıbbi kaynakları diğer insanların ortalamasından 10 kat daha sık kullanırlar. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının fark edilmesinin önemi de buradadır. Örneğin bir hasta bir yıl içinde çeşitli travmalarla hastanelere başvuruyor ve her seferinde bu hasta tedavi edildikten sonra, tekrarlayan travmalara neden olan muhtemel alkol problemi üzerinde durulmuyorsa; verilen sağlık hizmeti eksik kalmış demektir. Örneğin bir ortopedistin görevi sadece kırık ve çıkıkları tedavi etmekle sınırlı değildir. Hastadaki alkol ya da madde problemini tanıyıp gerekli bilgilendirme ve bu konuda tedavi yönlendirmelerini yapması gereklidir.

Alkol ve Spesifik Maddelerin Etkileri

Alkol

Ne Kadar İçmek Normaldir?

Alkol, sık kullanılan yasal bir madde olduğu ve çeşitli tıbbi sorunlara neden olduğu için her türlü tıbbi başvuruda alışkanlıklar arasında sorgulanmalıdır. Çeşitli alkol türleri olduğu için alınan alkolün miktarını saptayıp karşılaştırabilmek amacıyla “standart içki” tanımlanmıştır.

1 standart içki; 1 tek sert içki (40 ml %40'lık votka, viski, rakı), 1 kadeh şarap (150 ml, %12) ya da 1 küçük biraya (350 ml, %5) eşittir. Hepsinin içinde ortalama 10 gr. (8-15 gr) etil alkol vardır.

ABD'deki National Institute on Alcohol and Alcoholism isimli resmi kuruluşun verilerine göre alkolün kişinin bedensel sağlığına zarar vermeyecek miktarı yetişkin bir erkek için haftada 14, yetişkin bir kadın için 7 standart içkidir. Günlük maksimum erkekler için 4, kadınlar için 3 standart içkiyi geçmemelidir. Alkol almayı tercih eden, alkolle ilgili tıbbi sorunu olmayan, bağımlılık ya da kötüye kullanımı hiçbir zaman olmamış bir kişiye bu sınırlarda kalması tavsiye edilmelidir. Alkolün kalp sağlığına iyi geldiğini gösteren tartışmalı bulgular olsa da genetik olarak bağımlılık riskini de hesaba katmalı ve alkol bir ilaç gibi teşvik edilmemelidir. Tütünün içindeki nikotinin de bazı yararları olduğu bilinmektedir. Ancak zararlarının fazlalığı nedeniyle sigarayı ilaç gibi önermemekteyiz.

Kan Alkol Düzeyi (KAD)

Trafikte yasal "kan alkol düzeyi" (KAD) 50 mg/dl (0.50 promil, %0.05)'dir. Trafik kazası yapma riski, kan alkol düzeyi 50 mg/dl iken 2 kat, 150 mg/dl iken 25 kat artar. Emniyetli kan alkol düzeyi sadece sıfırdır.

Kan Alkol Düzeyi

Alınan alkol miktarı, alkolün alınma hızı, cinsiyet ve vücut ağırlığına bağlıdır. Kadınlarda yağ oranı daha fazla olduğu için görece daha az alkolle daha yüksek KAD oluşabilir. Mide ve barsaklar boşsa emilim daha hızlıdır. Alkolün karaciğerde yıkım hızı sabittir (saatte yaklaşık bir birim içki). Bu nedenle alınan alkol miktarı ile kan alkol konsantrasyonu doğrudan artar. Çay, kahve içmek soğuk duş ya da egzersiz alkolün etkilerini azaltmaz.

Farklı Kan Düzeylerinde Alkolün Etkisi

20 mg/dl: Duygular yumuşar, vücutta hafif sıcaklık hissedilir, inhibisyon azalmaya başlar.

50 mg/dl: Belirgin gevşeme vardır, atiklik azalır, koordinasyon bozukluğu başlar.

60 mg/dl: Mantık yürütme bozulmaya başlar. Sağlıklı karar verme zorlaşır.

80 mg/dl: Koordinasyon ve karar vermede belirgin bozulma vardır.

100 mg/dl: Reaksiyon zamanı azalır, duygudurum dalgalanmaları ve muhtemelen utanç verici hareketler olur.

150 mg/dl: Denge ve hareketler bozulmuştur. Belirgin sarhoşluk vardır.

300 mg/dl: Bilinç kaybı görülebilir.

400 mg/dl: Koma.

500 mg/dl: Solunum durması ve ölüm olur (LD50).

Tablo 1. Erkeklerde Kan Alkol Düzeyi Tablosu

İçki sayısı	Yaklaşık kan alkol düzeyi (mg/dl)						
	Vücut ağırlığı						
	45 kg	55 kg	65 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg
0	0	0	0	0	0	0	0
1	40	30	30	20	20	20	20
2	80	60	50	50	40	40	30
3	110	90	80	70	60	60	50
4	150	120	110	90	80	80	70
5	190	160	130	120	110	90	90
6	230	190	160	140	130	110	100
7	260	220	190	160	150	130	120
8	300	250	210	190	170	150	140
9	340	280	240	210	190	170	150
10	380	310	270	230	210	190	170

İçme süresinin her 60 dakikası için 15 mg/dl çıkarın.

1 içki 37 ml %40'lık "tek" sert içki, 350 ml'lik bira ya 150 ml'lik bir kadeh şaraba eşittir.

Tablo 2. Kadınlarda Kan Alkol Düzeyi Tablosu

İçki sayısı	Yaklaşık kan alkol düzeyi (mg/dl)							
	Vücut ağırlığı							
	40 kg	45 kg	55 kg	65 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	50	50	40	30	30	30	20	20
2	100	90	80	70	60	50	50	40
3	150	140	110	100	90	80	70	60
4	200	180	150	130	110	100	90	80
5	250	230	190	160	140	130	110	100
6	300	270	230	190	170	150	140	120
7	350	320	270	230	200	180	160	140
8	400	360	300	260	230	200	180	170
9	450	410	340	290	260	230	200	190
10	510	450	380	320	280	250	230	210

İçme süresinin her 60 dakikası için 15 mg/dl çıkarın.

1 içki 37 ml %40'lık "tek" sert içki, 350 ml'lik bira ya 150 ml'lik bir kadeh şaraba eşittir.

Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanınması ve Ele Alınışı

Alkol kullanım bozuklukları ciddi ekonomik kayıplara ve ölümlere yol açmaktadır. Bunların önlenmesi için yapılacak çalışmalar büyük yararlar sağlayacaktır. Sağlık kuruluşları alkole bağlı problemlerin önlenmesi (secondary prevention) için ideal yerlerdir.

Hastanelerde alkole bağlı problemlerin sekonder olarak önlenmesi için tarama, şüphelilerin değerlendirilmesi ve kısa müdahale gereklidir. Kısa müdahale; içmenin zarar ve riskleri ile ilgili geri bildirim ve eğitim, içme davranışında değişiklik önerileri, değişiklik ile ilgili anlayışmayı içerir. Ayrıca riskli ya da saptanmış olan olguların takibi çok önemlidir. Araştırmalar bu yaklaşımın hastalarda içme miktarını, karaciğer fonksiyon testlerini, hastane yatışlarını ve işe devamsızlığı azalttığını göstermektedir.

Alkol Kullanımı Olan Hastalara Sorulması Gereken Sorular (National Institute on Alcohol Abuse, NIAA):

Bütün Hastalara:

Alkol kullanır mısınız? Bira, şarap, rakı vs.

En son ne zaman alkol aldınız?

Alkol kullanımına bağlı problem yaşadığınız olur mu?

Alkol kullananlara kullandığı alkolün miktar ve sıklığını sorunuz:

Ortalama haftanın kaç günü alkol alırsınız?

Alkol aldığımızda bir günde ortalama ne kadar içersiniz?

Geçen ay içinde bir günde içtiğiniz en fazla miktar ne kadardı?

Alkol Kullananlara, Kullanım Şekli ve Sonuçları ile İlgili "KESS" (CAGE) Soruları:

İçkiyi azaltmaya ya da kesmeye çalıştığımız oldu mu?

Alkol kullandığımız için eleştirildiğiniz olur mu?

İçtiğiniz için kendinizi suçlu ya da kötü hissettiğiniz oldu mu?

Sabah kalktığımızda, kendinize gelmek için alkol aldığımız olmuş mudur?

Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı tanımları psikiyatrik tanımlardır ve bu tanımları koyabilmek için psikiyatri eğitimi gereklidir. Genel tıbbi ortamlarda karşılaşılan hastaları değerlendirebilmek için NIAA tarafından daha pratik farklı bir sınıflandırma önerilmiştir:

1. Düşük Riskli İçicilik: Riskli durumlarda içmez (örn: araç ya da makine kullanmadan önce). Alkol kullanımı erkeklerde haftada 14 içki ya da bir kerede 4 içki, kadınlarda haftada 7 içki ya da bir kerede 3 içkiden fazla değildir.

2. Riskli İçicilik: Riskli durumlarda ya da önerilen düşük risk düzeyinin üstünde içer. Hastanın kişisel ya da aile öyküsünde alkolle ilgili problemler vardır.

3. Problem İçicilik: Riskli durumlarda ya da önerilen düşük risk düzeyinin üstünde içer ya da alkolle ilgili tıbbi ya da davranışsal problemler vardır ya da KESS sorularından 1-2'sinin son 1 yıl içinde pozitif olması.

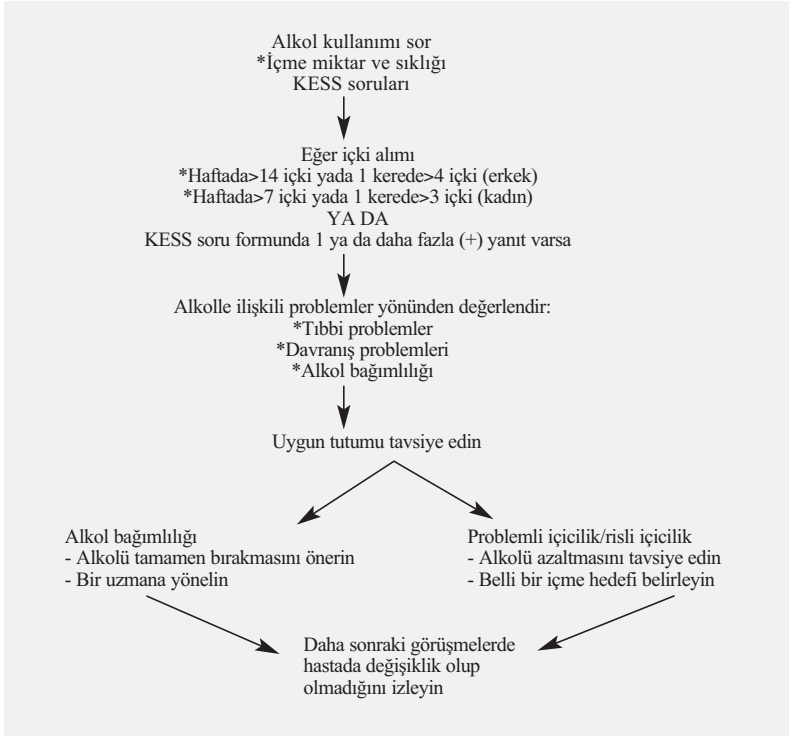
4. Alkol Bağımlılığı: KESS sorularının 3-4'üne pozitif yanıt ya da aşağıdakilerden en az birinin bulunması:

İçme ile ilgili preokupasyon, içme kompulsyonu, içilen miktarın kontrol edileme-yişi, alkolün etkilerine tolerans, yoksunluk belirtileri.

NIAA içme paternine göre hastalara verilmesi gereken tavsiyeleri şöyle belirlemiştir:

İçme Paterni**Uygun Tavsiyeye Örnekler**

- * Abstinans: Hastanın seçimini pekiştir.
- * Düşük riskli içicilik: Düşük riskli alkol alımını pekiştir, riskli durumlarda içmemesini hatırlat.
- * Riskli içicilik: Alkol alımını düşük riskli düzeye indirmesini ve riskli durumlarda içmemesini tavsiye et.
- * Problem içicilik: Alkol alımını düşük riskli düzeye indirmesini ya da bırakmayı denemesini tavsiye et; ileri değerlendirme ve tedavi için ilgili birime sevk et.
- * Alkol bağımlılığı: Bırakmayı denemesini tavsiye et; ileri değerlendirme, detox ve tedavi için ilgili birime sevk et.

Alkolizm Tarama ve Girişim Şeması**Alkol Bağımlılığında Kullanılan Spesifik Farmakolojik Tedaviler**

Alkol intosikasyonu, koması, patolojik alkol zehirlenmesi, alkol yoksunluğu, deliryum tremens, Wernicke-Korsakoff Sendromu, alkolik halüsinoz ve alkol paranoyası için bu kitabın ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.

Alkol bağımlılarında alkole yeniden başlamayı engellemek için kullanılan ilaçlar:

1) Caydırıcı

a) Disulfiram (Antabus): Asetaldehit dehidrogenaz inhibitörüdür. Etil alkolün yıkımı sırasında ortaya çıkan ve toksik etkilere sahip olan asetaldehitin birikmesini sağlar. Son alkol alımından en az 12 saat sonra başlanır. Etkisi birkaç günde başlar ve düzenli kullanım bırakıldıktan sonra 1-2 hafta daha etkisi devam eder. Alkol kullanımına geri dönmek istemediğini ifade eden hastalara bir başkasının gözetiminde bu ilacı alması tavsiye edilir. Hastaya ilacın etkisi açıklanarak onay alınır. Düzenli olarak disulfiram kullanmaktayken hasta dayanamayıp alkol alırsa, genellikle yarım saat içinde yüzde kızarma, bulantı ve kusma, göğüste sıkışma ve çarpıntı gibi hoş olmayan belirtiler ortaya çıkar ve hasta alkol almaya devam edemez. Hastanın kendi başına kullanması halinde alkol isteği geldiğinde ilacı bırakması kolay olduğu için, bir başkasının gözetiminde alınmalıdır. İlacı kullanması için yaptırım uygulanması yararlı olur. Disulfiram en az 6-12 ay boyunca verilmelidir. Bazen uygulamaya yıllarca da devam edilebilir. Bu ilacın gizlice hastaların yiyecek ya da içeceklerine katılması tehlikeli ve etik olmayan bir uygulamadır. Cilt döküntüleri (antihistaminiklerle tedavi edilir), impotans, baş ağrısı, ağızda metalik tat gibi geçici yan etkiler görülebilir. Nörit, periferik nöropati, polinörit, hepatit, psikotik belirtiler gibi ciddi yan etkilere neden olabilir. Disulfiram-etanol reaksiyonu olduğu takdirde genel yaşam desteği verilir, kan basıncı stabil tutulur, şok bulguları gelişirse tedavi edilir, potasyum seviyesi izlenir. Ayrıca oksijen, yüksek doz IV vitamin C ve IV antihistaminikler verilebilir.

2) Antidipsojenikler (İçme İsteğini Azaltanlar)

a) Naltrekson (Ethylex 50 mg): Uzun etkili bir opiyoid antagonistidir. Alkolün, orta beyin bölgesindeki ödül yolunu uyararak verdiği pozitif etkiyi (keyfi) azaltır. Böylece hasta dayanamayıp alkol alsa bile kompulsif içmeye dönme riski azalmış olur. Günde 50 mg ya da haftada 3 gün 100-150 mg şeklinde kullanılabilir. Alkolle birlikte alındığında herhangi bir akut reaksiyon oluşmaz. Naltreksonun kendisi bağımlılık yapmaz. Opiyat kullanan hastalarda ilaca başlamak için 7-10 gün beklenmelidir. Bulantı, baş ve kas ağrıları, anksiyete gibi yan etkiler olabilir. Araştırmalarda depresyon, naltrekson alanlarda plasebo grubuyla benzer sıklıkta bulunmuştur.

b) Acomprasate (Campral 333 mg): Yapısal olarak GABA ve glutamata benzer, nörotransmitter dengesini stabilize eder. Böbrekten atıldığı için karaciğer problemi olanlarda daha güvenli kullanılabilir. Günde 3 kez ikişer tablet şeklinde kullanılır. Detoksifikasyon sırasında başlanması yararını artırır. Alkol kullanımına geri dönme olasılığını azaltır.

Nikotin

Nikotin bağımlılığı (sigara tiryakiliği) Türkiye’de yaklaşık 17 milyon insanı etkileyen, kullananlarda çeşitli hastalıklara ve 5-8 yıl erken ölüme neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Günde 2 paket ve üzerinde sigara kullanımı ile ilk sigaranın sabah kalktıktan sonraki ilk yarım saat içinde içilmesi ağır nikotin bağımlılığı-

na ve yoksunluk belirtilerinin şiddetli olabileceğine işaret eder. Sigara bırakmada motivasyon artırıcı görüşmeler, sigarayla ilgili şartlanmaları kırmaya yönelik davranışçı teknikler yanında farmakolojik tedaviler de uygulanabilir:

a) Nikotin Yerine Koyma Tedavileri: Nikotin bandı, nikotin sakızı ya da inhalanlar kullanılır. Nikotin bantları 10, 20 ve 30 cm²'lidir. 24 saatte sırasıyla 7, 14 ve 21 mg nikotin salınımı sağlarlar. Sigara bırakıldığında yaşanan nikotin yoksunluk belirtilerini (tütün arayışı, huzursuzluk veya karamsarlık, uykusuzluk, sinirlilik, sıkıntı, konsantrasyon bozukluğu, kalp hızında azalma, iştah artışı veya kilo alma) azaltırlar. Günlük 2 paket ve üzerinde sigara içenlerde 30, 1 paket içenlerde 20 cm²'lik bantlarla başlanır. Vücuda yapıştırılan bant 24 saatte bir değiştirilir. 2-3 aylık bir tedavi önerilir. Nikotin bantlarıyla nikotin sakızının kombine kullanımı başarı oranlarını artırmaktadır. Hasta bantları yapıştırmanın yanında sigara isteği geldiğinde nikotin sakızı da kullanılmalıdır. Nikotin sakızları yanakla damak arasında tutularak nikotinin mukozadan emilmesi sağlanmalıdır. Nikotin replasmanının kontraendikasyonları; yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü, aritmi, stabil olmayan anjina pectoris, psöriasis, kronik dermatitis ve ürtiker gibi kronik yaygın deri hastalıklarıdır.

b) Bupropion (Zyban 150 mg): Bupropion sigara içme isteğini azaltıcı etkisi olan dopaminerjik sistem üzerinden etki eden bir antidepresandır. Sigara bırakma üzerine etkisi antidepresan etkisinden bağımsızdır. Nikotin yoksunluk belirtilerini de azaltmaktadır. Günlük 150 mg ile başlanır, 4 gün sonra günde 2 kez 150 mg'a çıkarılır. Toplam 8-12 hafta kullanılır. İlaça başladıktan 3-4 hafta sonra sigara kullanmaya son verilir. Epilepsi öyküsü olanlarda ve anoreksia nervosa hastalarında kontraendikedir. Anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk gibi yan etkiler yapabilir.

c) Vareniklin (Champix 0,5 ve 1 mg): Nikotin reseptörlerinde parsiyel agonist etkiye sahiptir. Bu sayede nikotinin mesolimbik sistemde dopamin salınımını tetiklemesini engeller. Bu etkisiyle sigara içildiğinde keyif almayı engelleyerek sigara kullanımıyla ilgili pozitif pekiştirme ve şartlanmaları kırar. Parsiyel agonistik etkisiyle de nikotin yoksunluk belirtilerini engeller. Başlangıç ve sürdürüm paketleriyle satılır. İlacın 3 ay kullanılması önerilir. Bu kullanımın 2. haftasında sigara kesilmelidir.

Kannabis

Kanabis (esrar, marijuana) kenevir bitkisi Cannabis Sativa'nın çiçek ve yapraklarının kurutulmasıyla elde edilir. Argoda "ot", plaka haline "kubar" denir. Genellikle sigara olarak (cigaralık, joint) ya da pipo, çubuk içinde içilir. Aktif içeriği tetrahidrokanabinoldür (THC). Sigara ile içilince etkisi 10-20 dk'da başlar, 2-3 saat sürer. Ağızdan alındığında etki gücü 1/3'dür ama etkisi 12 saat sürer. Kanabis sakızımı ve suda çözünemez olduğu için enjekte edilebilen bir preperata dönüştürülemez ve dolayısıyla damardan alınamaz.

Akut Etkileri: Öfori, gevşeme, şakacılık, zaman algısında subjektif yavaşlama, sersemlik, boşlukta yüzme hissi, depersonalizasyon, analjezi, anksiyete, huzursuzluk, paranoya, bellek ve problem çözmede bozulma, denge bozukluğu, gözlerde ki-

zarma, salivasyonda azalma, sık idrara çıkma, kalp hızında artış, sistolik hipertansiyon, postural hipotansiyon, iştah ve susuzlukta artış, intraoküler basınçta azalma, ilüzyon, halüsinasyon, psikotik eksitasyon, depresyon ve panik atağıdır.

Kannabis algısal bilgilerin hipokampusu girişini ve işlenmesini baskılar. Öğrenme, bellek ve algıların duygu ve motivasyonla entegre olmasını sağlayan limbik sistemi etkiler. Hipokampusu bağlı olan öğrenilmiş davranışlar bozulur. Yoğun esrar kullanan üniversite öğrencilerinde dikkat, bellek, öğrenme yetilerinin, esrarı bıraktıktan en az 24 saat sonra bile bozuk olduğu bulunmuştur. Esrar kullanan liselilerin başarısı daha düşük, aykırı davranışları daha çok, suç işleme oranları, agresyon ve isyankarlıkları fazla, ebeveyn ilişkileri daha kötü, suç işleyen ve madde bağımlısı kişilerle arkadaşlıkları fazla bulunmuştur.

Yoğun kannabis kullanımı, “amotivasyonel sendrom” denilen isteksizlik ve uyuşuklukla giden bir hale ve bu madde alınmadığı zamanlar agresyona neden olur.

Kannabis intoksikasyonuna bağlı panik atağı ve toksik psikoz, sakin bir şekilde konuşup ikna edilerek geçirilebilir. Şiddetli belirtilerin varlığında benzodiyazepinler ve haloperidol kullanılabilir.

Kannabisin tipik bir fiziksel yoksunluk tablosu yoktur. Kronik kullanıcılar bırakınca emosyonel labilite, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk, anoreksi, bulantı, kusma, ishal, tremor, hiperrefleksi, terleme, salivasyon yaşayabilir. En belirgin bırakma belirtisi aşerme (craving) yani yeniden esrar kullanmak için çok güçlü bir arzudur.

Kannabis kullanımına bağlı acil durumlar için ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.

Kokain

Kokain, Güney Amerika’da yetişen Eritroksilon Koka bitkisinden elde edilen bir alkaloiddir. Beyaz bir toz şeklindedir. Bugün kötüye kullanılan kokain (kokain alkaloidi) ilk kez 1860’da izole edilmiştir. Önceleri lokal anestetik olarak kullanılmaya başlandı. 1914’de uyuşturucu olarak sınıflandırıldı.

Kullanım Şekli: Kokain burna çekme, enjeksiyon ya da dumanını içe çekme yoluyla kullanılır. Kokainin etkisi hemen hissedilir ve 30-60 dk gibi kısa bir süre devam eder. Bağımlıların, etkiyi devam ettirmek için ard arda kullanmaları gerekir. Kokain fiziksel yoksunluk tablosuna neden olur.

Krek kokain (argoda “taş”) kokainin serbest baz formudur. Dumanı içe çekilerek kullanılır. Toz şeklindeki kokainden daha güçlü bir etkiye sahiptir.

Kokain Kullanımının Fiziksel Belirtileri: Taşikardi, pupiller dilatasyon, kan basıncında yükselme, terleme ya da titreme, bulantı ya da kusma, kilo kaybı, psikomotor ajitasyon, kas zayıflığı, solunumun baskılanması, göğüs ağrısı ya da aritmi, konfüzyon, epileptik nöbet, disknezi, distoni ya da koma, halüsinasyon.

Kokain Yoksunluğu (DSM-IV): Kokain kullanımının bırakılması ya da azaltılmasından sonra, birkaç saatten birkaç güne dek değişen zaman içinde gelişen disforik duygudurum ve aşağıdaki fizyolojik değişikliklerden en az 2’sinin bulunması:

1. Yorgunluk
2. Canlı, hoş olmayan rüyalar
3. Uykusuzluk ya da aşırı uyku
4. İştah artması
5. Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon

Kokain yoksunluğu hafif-orta derecede kullanımda 18 saat, ağır kullanımda ise 1 hafta kadar sürer. Yoksunluk belirtileri kokaini bıraktıktan sonraki 2.-4. günler arasında en fazladır. Bazen haftalarca, aylarca sürebilir. Kokaini bıraktıkça en belirgin duygu kokain için aşermedir. Kokain bırakıldığında intihar riski ortaya çıkar ya da artar. Kokain bağımlıları, kokaini bıraktıklarında alkol, sakinleştirici ilaçlar, uyku ilaçları, benzodiyazepin gibi ilaçlarla yoksunluk belirtilerinden kurtulmaya çalışırlar.

Kokain kullanımına bağlı acil durumlar için ACİL PSİKIYATRİ bölümüne bakınız.

Uyarıcılar (Amfetamin ve Amfetamin Benzeri Maddeler)

Amfetamin türevleri (Dextroamfetamin, Metamfetamin) narkolepsi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresyon tedavisinde kullanılır. Uyarıcı etkileri nedeniyle kötüye kullanımları vardır ve bağımlılığa neden olabilirler. Sokak isimleri speed, kristal ve ice'dir. Nazal dekonjestanlar içinde bulunan Efedrin, metkatinon ve propranolamin de amfetamin benzeri etkiye sahiptir. Kat, Yemen civarında kullanılan ve uyarıcı etkiye sahip bir bitkidir.

Ekstazi: Keyif için kullanılan amfetamin türevi bazı haplardır. Özel olarak tasarlanmış maddeler (designer drugs) olarak tanımlanan bu haplar halüsinojen ve uyarıcı etkiye sahiptirler. Bu haplar için genel olarak ekstazi ismi kullanılsa da farklı içerikleri vardır:

- * MDMA: 3,4-metilendioksiamfetamin (ekstazi, Adem)
- * MDEA: N-etil-3,4- metilendioksiamfetamin (Havva, Eve)
- * MMDA: 5-metoksi-3,4-metilendioksiamfetamin
- * DOM: 2,5-dimetoksi-4-metilamfetamin

Uyarıcıların Etki Mekanizması: Amfetaminler dopaminerjik sistemi aktive ederler. Özel olarak tasarlanmış maddeler hem dopaminerjik, hem serotonerjik etkiye sahiptir. Serotonerjik etkinlik nedeniyle halüsinojen etki gösterirler.

Kullanım Şekli: Amfetaminler arasında en sık kötüye kullanılan metamfetamin (ice)'dir. Dumanı çekilebilir, sigara içinde içilebilir ve enjekte edilebilir. Etkisi saatlerce devam eder. Özel olarak tasarlanmış maddeler hap olarak alınır. Genellikle klüplerde kullanılır. Kullanıcıları genel olarak hepsine ekstazi der.

Uyarıcı Kullanımının Ruhsal Belirtileri: Yükselme (çoşku) hissi ile birlikte aşağıdakilerden en az biri:

Düşük dozlarla zihinsel ve fiziksel performansta artış; öfori ve enerji artışı, hiperaktivite, afektif küntleşme, yorgunluk, üzüntü ya da sosyal çekilme, insanlarla daha fazla birlikte olma, konuşkanlık, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, anksiyete, gerginlik ya da öfke (ajitasyon, iritabilite), uyanıklık hali, grandiyosite, steryotipik davranışlar, yargılama bozukluğu, tehlikeli olabilecek cinsel davranışlar.

Uyarıcıların Fiziksel Belirtileri: Taşikardi, pupiller dilatasyon (göz bebeklerinde genişleme), kan basıncında yükselme, terleme ya da titreme, bulantı ya da kusma, kilo kaybı, psikomotor ajitasyon, kas zayıflığı, solunum depresyonu, göğüs ağrısı ya da aritmi, konfüzyon, epileptik nöbet, disknezi, distoni ya da koma, halüsinasyonlar.

Etki Şekli ve Süresi: Amfetamin ağızdan alındığında 1 saatte etki eder, intoksikasyon belirtileri 24 saat sürer. Yoksunluk belirtileri 2-4 günde maksimum olur, 1 hafta sürer. En ciddi belirtisi depresyondur.

Amfetamin kullanımı psikotik bozukluğa neden olabilir. Bu durum şizofreniye çok benzer. Tipik olarak paranoid düşüncelerle gider. Görsel halüsinasyonların belirgin olması, hastanın duygulanımının genellikle uygun olması, hiperaktivite, hiperseksüalite ve konfüzyonun eşlik etmesiyle paranoid şizofreniden ayrılabilir.

Uyarıcı madde kullanımına bağlı acil durumlar için ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.

Opiyatlar

Afyon (opiyum), haşhaş (papaver somniferum) bitkisinden elde edilir ve en eski ilaçlardan biridir.

Eski Sümerler (İÖ 4000) ve Mısır'da (İÖ 2000) kullanıldığı bilinmektedir. Afyonun esas aktif içeriği morfin alkaloididir. Afyonun içinde 20'den fazla alkaloid vardır (%10 morfin,%0.5 kodein, %0.2 tebain, papaverin vs). Eroin (diasetil morfin) morfinden elde edilen yarı sentetik bir maddedir. Yağda çözünürlüğü morfinden fazladır, hızla beyne ulaşır çok daha güçlü bir etki yapar.

İsmlendirme: Opiyatlar (morfin, kodein, tebain), benzer etkiye sahip sentetik ilaçlar (metadon, fentanil, meperidin), agonist/antagonistler, parsiyel agonistler ve endojen opioid peptitlerin hepsine birden Opiyoidler denir.

Endojen Opioid Peptitler: 1. Endorfinler, 2. Enkefalinler, 3. Dinorfinler

Morfin, prototip opiyattır ve birçok opiyatın öncülüdür: eroin (diasetilmorfin), oksimorfon, hidrokodon, oksikodon, kodein (metilmorfin). Tebain nalakson, etorfin ve oksikodonun öncülüdür.

Opioid Reseptörleri:

* Mü: Duygudurum düzenleme, pekiştirme mekanizmaları, solunum baskılanması, analjezi

* Delta: Gastrointestinal sistem, endokrin sistem

* Kappa: Endokrin sistem, ağrı uyarımı (aversif etkili)

* Sigma: Opioid reseptörü olduğu tartışmalıdır, çünkü Nalakson'dan (opioid antagonisti) etkilenmez. Uyarıldığında disfori ve halüsinasyon yapar.

Opioid reseptörleri beyin, spinal kord, mide-barsak sistemindeki nöral pleksuslarda, otonomik sinir sisteminin diğer yerlerinde ve aktyuvarlarda bulunur. Dolayısıyla opioidlerin etkileri çok yaygındır.

Opiyoid İlaçlar:

- * Agonist: Opiyoid reseptörlerine bağlanıp aktive edenler
 - * Antagonist: Opiyoid reseptörlerine bağlanan, ancak aktive etmeyenler
 - * Parsiyel Agonistler: Opiyoid reseptörlerine bağlanıp kısmi olarak aktive edenler
- Sentetik Opiyoidler (fentanil, nalakson, buprenorfin) reseptör afiniteleri ve intrinsik aktiviteleri yönünden farklılıklar gösterir:

1. Saf agonistler

- a. Morfinanlar: Levo-dromoran
- b. Fenilpiperidinler- piperidinler: meperidin, fentanil
- c. Metadon: LAAM (L-alfa-asetilmetadol), Propoksifen

2. Agonist-antagonistler: Pentazosin, Nalbufin, Butorfanol, Meptazinol

3. Parsiyel agonistler: Buprenorfin

4. Saf antagonist: Nalokson, naltrekson, Nalmefen

Opioidlerin Merkezi Sinir Sistemi Üstüne Etkileri (Mü Reseptörü Üstünden):

- * Analjezi
- * Sakinlik (lokus serelousun inhibisyonu ile)
- * Öksürük refleksinin baskılanması
- * Bulantı, kusma
- * Solunumun baskılanması
- * Miyosis
- * Isı regülasyonunda değişiklikler
- * GRH (gonadotropin releasing hormon)'da azalma, LH ve FSH azalması, Testosteron'da azalma ve adet düzensizlikleri
- * CRF (kortikotropin releasing faktör)'de azalma, ACTH'da azalma, kortizol'de azalma (antianksiyete etkisi)

Opiyoidler insanlarda değişik etkiler oluşturur. Bağımlılarda öfori yaparken, bazı kişilerde konfüzyon ve sersemlik yapar. Merkezi sinir sisteminde opioidlerin keskin ve hızlı artışı ile oluşan hoşnutluk verici duyguya Flash ya da rush adı verilir. Bağımlılar tarafından orgazma benzetilir. Opiyoidlerin akut etkisi depresyon, anksiyete, öfke ve paranoid düşünceleri azaltmaktadır.

Opiyoidlerin Gastrointestinal Sistem Üstüne Etkileri (Mu Reseptörü Üstünden):

- * Antidiyareik etki barsak hareketlerinin azalmasına bağlıdır. Bu etkisine tolerans gelişmez. Yani opiyoid bağımlılarında ya da metadon kullananlarda sürekli kabızlık olur.

Difenoksilat (Lomotil) ve Loperamid (merkezi sinir sistemine geçmez) antidiyareik etkisi için kullanılan opiyoid ilaçlardır.

Opiyoidlerin Diğer Etkileri:

- * Morfin antihistaminiktir, ciltte vazodilatasyon ve kaşıntı (tıpık burun kaşıma) yapar.
- * Mesanede sfinkter tonusunu artırır, miksiyon refleksini bastırır. Böylece idrar retansiyonuna neden olur.
- * Meperiden (Aldolan, Dolantin) grand mal epileptik nöbete neden olabilir. Böbrek yetmezliğinde vücutta birikebileceği için bu etki önemlidir.

* Morfin, safra yollarındaki Oddi sfinkterini kasarak sarılığa neden olabilir, ancak meperidin bunu yapmaz.

Opiyat intoksikasyonu ve opiyat yoksunluğu için ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.

Opiyat kesilmesi “uzamış yoksunluk” tablosuna neden olabilir. Objektif yoksunluk belirtileri ortadan kalktıktan çok sonra bile bağımlılar ‘normal hissetmeme’den depresyona kadar değişen istenmeyen duygular yaşarlar. Bunun antisosyal kişilik bozukluğu, depresyon gibi alta yatan psikopatolojiden ayırımı önemlidir.

Damardan Eroin Bağımlılığında Yerine Koyma (Replasman) Tedavisi: IV eroin bağımlılığının tedaviyle ortadan kaldırılmasındaki zorluk nedeniyle birçok ülkede bu kişilere opiyat benzeri maddelerin devlet eliyle düzenli ve sürekli verilmesi yoluna gidilmiştir. Metadon ve LAAM (Metadonun uzun etkili şekli) gibi opiyat agonistleri ve Buprenorfin (Subutex®) gibi parsiyel agonist ilaçlar bu amaçla kullanılmaktadır. Sentetik opiyat türevi olan bu ilaçlar ağrı kesici olarak da kullanılmakta ve kendileri de tıpkı eroin gibi bağımlılık yapabilmektedir. Ancak eroin bağımlılarında eroinin verdiği haz ve uyuşmaya neden olmadan yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını engellemektedirler. Bu ilaçları düzenli kullanan kişiler tıbbi ve psikolojik açıdan eğitim, çalışma ve diğer sosyal aktivitelerini sürdürebilir hale gelmektedirler.

Özelleşmiş ünitelerde kayıtlı bağımlılara ücretsiz olarak dağıtılan bu ilaçlar sağlık görevlilerinin gözetiminde kullanılmaktadır. Ağızdan alındıkları için enjektör paylaşımı engellenmekte, ücretsiz verildikleri için de eroin sağlamak için yasa dışı yollara sapılmasının önüne geçilmektedir.

Metadon ya da benzeri “yerine koyma” programlarında dahi damardan eroin ve başka maddelerin kullanılması oranlarının azımsanmayacak kadar fazla olması ve hastaların eroini bu ilaçlara tercih etmeleri nedeniyle son yıllarda Hollanda gibi bazı ülkelerde eroin bağımlılarına devlet eliyle bizzat eroin dağıtılmasına dahi gidilmektedir.

Alkol ve Madde Bağımlılığının Tedavisi

Bağımlılık iyileştirilebilir bir hastalık olmasa da tedavisi işe yarar. Başka bir deyişle bağımlı olan kişinin hedefi az kullanmak değil, hiç kullanmamak olmalıdır. Bazı bağımlı hastalar herhangi bir profesyonel yardım almadan kullanımı durdurabilmektedirler. Tedavi için başvurmak zorunda kalan kişilerin genellikle bağımlılık düzeyleri daha ağır, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik problemleri daha sıktır.

Tedavi için başvuran bağımlı bir hastada intoksikasyon belirtileri varsa öncelikle bunlar tedavi edilmeli, ardından yoksunluk belirtileri ortaya çıktığı taktirde bunlar ele alınmalıdır (detoksifikasyon). Ancak bağımlılığın asıl tedavisi bundan sonra başlar ve 6-12 ay sürer. Bu tedavi yeniden madde kullanmaya geri dönüşü engellemeyi amaçlar. Bağımlılık tedavisi psikolojik ve sosyal ağırlıklıdır (bireysel ve grup psikoterapileri, danışmanlık, psikoeğitim, aile görüşmeleri-terapileri, sosyal tedaviler, kendine yardım grupları: AA, NA, Al-Anon, Alateen)

İlaç tedavileri psikososyal tedavilere eşlik edebilir. Doğrudan madde kullanımı azaltmaya yönelik ilaç tedavileri yanında eşlik eden psikiyatrik sorunlara dönük ilaçlar da kullanılabilir. Tek başına detoksifikasyon (yoksunluk belirtilerinin giderilmesi) bağımlılık tedavisi değildir.

Madde kötüye kullanımının neden olduğu ekonomik, sosyal, tıbbi ve yasal sonuçlar tüm toplumu etkiler. Bu nedenle bağımlılık tedavisi masrafına değerlidir (cost effective).

Bağımlılık tedavisinde kullanılan psikoterapiler; davranışçı-bilişsel terapiler, motivasyonel terapiler, 12 basamak yönelimli terapi, aile terapileri, relaps önleme terapileri, network terapisi. Dinamik terapinin bağımlılık tedavisinde yeri yoktur. Dinamik psikoterapi güçlü bir ego gücü gerektirir. Bağımlı bir hastanın stresle başlıca baş etme yolu madde kullanmaktır. Bu nedenle dinamik terapi sırasında hastanın madde kullanımını daha da arttırabilir. Dinamik terapiye başlamadan önce hastanın en az bir yıldır alkol ve maddeden uzak kalması ve bunu sürdürebilir durumda olması önerilir.

Bağımlılık tedavisi ayaktan (idrarda madde taraması ile), gündüz hastanesi ortamında, yatarak, rehabilitasyon merkezlerinde ya da tedavi topluluklarında (therapeutic community) yapılabilir. Yatarak tedavi öncelikli seçenek değildir. Ancak şu durumlarda yatarak tedavi tercih edilir:

- a) Ayaktan tedavilerin başarısız olması,
- b) Şiddetli tıbbi ya da psikiyatrik sorunlar,
- c) Psikososyal desteğin olmaması,
- d) Şiddetli ve uzun süreli bağımlılık.

Tedavinin hedefi madde kullanımının tamamen bırakılmasıdır (abstinans, ayıklık). Kullanımı azaltma (moderate use) nadiren mümkündür. Uzun vadede alkol bağımlılarının ancak %5'i sosyal içici kalabilmektedir. Eski kullanımına dönenlerin hemen hepsi sosyal kullanıcı olma niyetiyle yeniden başlarlar. Tedavinin diğer hedefleri hastanın fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal yönlerden iyileşmesi, destek gruplarının oluşturulması ve güçlendirilmesidir.

Tedaviye girme ve sürdürme için hastanın bağımlı olduğu maddeyi bırakmak istemesi şart değildir. Hasta gönüllü olmasa da etkin bir tedavi mümkün olabilir. Aile, işveren, hukuk sisteminin zorlaması tedaviye başlama ve devamı arttırır. Yasal zorlama altında ve gönüllü tedaviye girenlerin tedaviye yanıtları benzerdir. Örneğin bazı ülkelerde mükerrer şekilde alkollü araç kullanırken polise yakalananlar, ehliyetini yeniden alabilmek için psikiyatrik tedavi görmek zorundadır. Ülkemizde yasadışı madde kullanıcıları polise yakalandıklarında mahkemeye çıkarılırlar ve kendilerine hapse girme cezasına alternatif olarak “denetimli serbestlik” önerilir. Bu uygulamada aralıklı olarak o kişinin idrarında madde taraması yapılır. Kişinin hapis cezasına çarptırılmaması için danışmanlık, tedavi ve idrar tahlillerine devam etmesi ve idrar tahlillerinin temiz gelmesi gerekir.

Alkol intoksikasyonu, koması, patolojik alkol zehirlenmesi, alkol yoksunluğu, deliryum tremens, Wernicke-Korsakoff Sendromu, alkolik halüsinoz ve alkol paranoiası, opiyatlar, kokain, uyarıcı maddeler, kannabis, halüsinojenler, inhalanlar vb maddelere bağlı intoksikasyon ve yoksunluk tablolarının farmakolojik tedavileri için bu kitabın ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Koroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Substance related disorders. HI Kaplan, BJ Sadock, editörler. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 8. baskı. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998:375-454.
- Maisto SA, Connors GJ, Dearing RL. Alcohol Use Disorders: Advances in Psychotherapy, Evidence Based Practice. Ashland: Hogrefe and Huber Publishers; 2007.

14 Akut Konfüzyonel Durum (Deliryum)

İŞİN BARAL KULAKSIZOĞLU

Tanım

Deliryum, genel hastanelerde yatan hastalarda, en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bozukluklardandır. Günümüze kadar "toksik metabolik ensafalopati", "akut beyin sendromu" veya "organik beyin yetmezliği" gibi çeşitli isimler verilmiştir. Deliryum; akut ve subakut gelişen, intrakranial veya ekstrakranial bir sebeple oluşan beyin metabolizma ve işlevlerinde, yaygın ve geçici bir bozukluk olarak tanımlanır. Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda %18 ila 25 sıklıkla deliryum bildirilmiştir. Bu oran hastaların primer tedavi eden doktorları tarafından tanınan ve konsültasyon istenen hastaların sıklığını tanımlamaktadır. Yaşlı hastalarda yapılan çalışmalarda ise bu oran %14 ila 57 arasında bildirilmiştir. Özellikle yaşlı hastalarda deliryum, hastanın mortalite ve morbiditesini doğrudan etkiler. Yapılan izleme çalışmalarında deliryuma giren yaşlıların 1/3'ü hastanede ölürlen, bu hastaların %70'inde bir yıl içinde demansiyel bir tablo yerleşmektedir.

Dahili veya cerrahi acillere hastaların deliryum durumunda başvurabilmesinin yanında servislerde yatarken, kısa süre içinde gelişen huzursuzluk, anksiyete, ajitasyon, eksitasyon, şaşkınlık, yönelim kusuru, tıbbi tedaviyi reddetme, halüsinasyon veya hezeyanlar ve uyku düzeninde değişiklikler görülürse hastada deliryum olasılığı düşünülmeli ve o yönde dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Akut konfüzyonel durum hızla ve çoğunlukla gece yerleşir. Semptomların hızlı değişimi ve klinik gidişin dalgalanmalar göstermesi karakteristiktir. Deliryumda kullanılan en geniş tanılama araçları "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" üzerine temellenmiştir.

Buna göre DSM-IV' te tanı kriterleri (1994);

a) Dikkati odaklama, sürdürme ya da değiştirme yetisinde azalmanın eşlik ettiği bilinç bozukluğu (çevrenin farkındalığının azalması).

b) Bilişte değişiklik (bellek, yönelim ve dil bozukluğu) ya da önceden varolan, saptanmış veya oluşmakta olan demans ile açıklanamayacak algısal bir bozukluğun gelişmesi.

c) Bozukluk oldukça kısa bir zaman içinde gelişir (genellikle saatler, günler) ve gün içinde dalgalanma eğilimi gösterir.

d) Öyküden, fiziksel açıdan yada laboratuvar bulgularından bozukluğa genel tıbbi bir durumun fizyolojik sonuçlarının doğrudan neden olduğuna ilişkin kanıt verir.

Klinik Özellikler

Başlıca Üç Klinik Formu Vardır

Hiperaktif-Hiperalert Tip: Psikomotor bir hareketlilik çok belirgindir. Dış uyarana reaksiyon fazladır, heyecanlı ve huzursuzdur. Hastanın tüm davranışlarına bu yansımıştır. Yatakta kalmak istemez, bağırır, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışlarda bulunur. Kooperasyon kurmak güçtür. Artmış otonomik ve sempatik sinir sistem aktiviteleri göze çarpar. Çok belirgin illüzyonları, halüsinasyonları, hezeyanları vardır. Deliryum tremens en tipik örneğidir.

Hipoaktif-Hipoalert Tip: Tüm psikomotor faaliyette ve uyanıklıkta azalma ile karakterizedir. Bu hastalar genellikle yatağında yatar, az konuşur, sık sık uyuklar, çevre ile az ilişki kurar, sanki aldırıyor gibi bir izlenim alınabilir. Halüsinasyon ve illüzyonları olsa bile dikkatten kaçabilir. Hatta depresyon gibi düşünülebilir. Bu vakaların gözden kaçma olasılığı yüksektir. Genel hastanede yatan hastaların % 8' inin depresyonun değerlendirilmesi ve tedavisi için psikiyatriye yönlendirildiği ancak bu hastaların depresyon değil, çeşitli tiplerde deliryum tanısı aldıkları görülmüştür.

Karma Tip: Her iki durumun düzensiz olarak aynı hastada görüldüğü tiptir. Gündüz hipoaktif, gece hiperaktif tipin görüldüğü sıklıkla karşımıza çıkar

Herhangi bir fiziksel hastalığın seyri sırasında, daha önce tamamen sağlıklı bir kişide de deliryum ortaya çıkabilir. Kişilerin deliryuma girme konusunda bireysel farklılıkları da olabilir. Minimal elektrolit dengesizliği ile deliryuma girebilen hastalar olduğu gibi ciddi intrakranial bir hastalıkta hiçbir deliryum belirtisi göstermeyen hastalarda olabilir. Ancak bazı durumların varlığı kişinin deliran eşliğini belirgin olarak değiştirerek deliryumun daha kolay yerleşmesini sağlar. Bunlar,

- * İleri yaşta ve ya çocukluk çağında olmak,
- * Kronik gidişli bir beyin hastalığına sahip olmak (Alzheimer hast vb.),
- * Beyin hasarının bulunması (tümör, inme vb.),
- * Alkol ve madde bağımlılığı,
- * Daha önce deliryumdan geçmiş olmaktır.

Deliryuma yatkın kişilerde organik bir nedenin varlığında hangi etkenlerin *deliryumu başlattığı* araştırılmış ve aşağıdaki etkenler belirlenmiştir:

- * Psikososyal stres,
- * Uyku deprivasyonu,
- * Algısal yoksunluk veya aşırı yüklenme,
- * İmmobilizasyon.

Bu etkenlerin deliryum gelişimini uyardığı, ağırlığını arttırdığı veya süresini uzattığı öne sürülmüştür. Ancak bu özelliklerin organik bir başlatıcı nedenin yokluğunda

deliryumu uyarma potansiyelleri bilinmemektedir. Vücut sistemlerini ve iç dengelerini bozucu bu dış etkenler gerek beyindeki metabolizma ve işlevsellikte (Nörotransmitter dengesi veya elektrik aktivitede değişim) gerekse de vücut metabolizmasında değişimlere (hiperkortizolemi vb.) yol açarlar. Böylece deliryum başlayabilir.

Daha önce tamamen sağlıklı ve genç bir kişide de şiddetli bulgularla deliryum ortaya çıkarabilir. Bu durumda oluşan klinik tablonun süresini, ağırlığını ve seyri belirleyen etkenler vardır:

1- Patojen Etkenin Gücü: Etiyolojik neden kişinin beyin metabolizmasını ne kadar güçlü bir şekilde değiştirirse deliryum o denli şiddetli ve uzun süreli olabilir. Örneğin hipoksi veya hipogliseminin derecesi, yanığın genişliği, toksik ajanın niteliği deliryumun klinik seyri belirleyebilir.

2- Çoğul Etiyolojik Etken Bulunması: Eğer bir kişide her biri tek tek deliryum oluşturmaya yetmeyecek etkenler bir arada bulunursa toplam bir etki ile deliryum ortaya çıkabilir. Bu durum özellikle yaşlı hastalar için ciddi bir sorun teşkil eder. Yine ameliyat sonrası hastalarda pek çok patolojik etkenin bir arada görülmesi olabilir. Örneğin, elektrolit dengesizliği, infeksiyon, hipoksi ve anestezi, antikolinerjik madde uygulanması. Sistemik infeksiyonlar ve yanık hastalarında da genellikle çoğul etkenler söz konusudur.

3- Fizyokimyasal İç Ortamın Hızlı Değişimi: Bu değişim ne kadar hızlı ise deliryum gelişme riski de o kadar yüksektir. Kafaiçi basıncın hızlı artışı, kan glikoz ve kalsiyum seviyelerinin hızlı düşüşü, hızlı gelişen hipoksi veya hiperkapni gibi metabolik homeostazisi hızla bozan nedenler hastalarda deliryuma neden olabilir. Yavaş geliştiği takdirde deliryuma neden olmayacak derecede hafif değişiklikler hızlı değişim gösterdiği takdirde metabolizma için zorlayıcı olur.

4- Etiyolojik Nedene Maruz Kalınan Süre: Deliryum gelişmesi için risk taşıyan bir patolojik etkene uzun süre maruz kalmak deliryum gelişmesini kaçınılmaz kılar. Bu durumlarda kişide kalıcı organik bir hasar da oluşabilir. Kişide demans, kişilik değişikliği ya da her türlü kronik organik mental sendrom yerleşebilir.

5- Beyin Disfonksiyonunun Lokalizasyonu ve Yaygınlığı: Yaygın metabolizma değişikliğine neden olacak patolojik bir durum varsa (örneğin metabolik ensefalopati) beyin oksidatif metabolizması ve nörotransmitter sentezi kesin olarak etkilenir; deliryum kaçınılmaz olur. Öte yandan özellikle sağ hemisferi tutan fokal lezyonlar dikkat işlevinde yaptıkları değişikliklerle daha fazla deliryuma neden olurlar.

6- Toksik Maddenin Farmakolojik Özellikleri: Belirli ilaçlar (örneğin, multiple skleroz için kullanılan interferon, kortikosteroid gibi ilaçlar) yaygın olarak deliryumu ortaya çıkarabilirler. Kişinin ilaçları farmakokinetik olarak metabolizma etme gücü, ilaç etkileşimleri ve alınan ilacın dozu deliryumun klinik özelliklerini belirleyebilir.

Etiyoloji

* Beyin damar hastalıkları (tukanma, kanama), kafa içi enfeksiyonlar (menenjit, ensefalit), kafa travmaları, kafa içi tümörler, yer kaplayan lezyonlar gibi beyindeki yaralanma ve hastalıklar

* Geçici iskemik atak, serebral embolizm, subaroknoid hemoraji gibi **serebrovasküler hastalıklar**

* Hepatik ya da üremik ensefalopati, sıvı- elektrolit ve asit- baz dengesizlikleri, vitamin eksiklikleri, organ yetmezlikleri, hipoksi, anemi gibi **metabolizma ve beslenme ile ilgili bozukluklar**

* Diyabet, hipertiroidi, hipotiroidi, hiperparatiroidi, akut pankreatit, sürrenal korteks fazlalığı, tirotoksikoz gibi **endokrin bozukluklar**

* Sepsis, tifo, sıtma gibi **sistemik enfeksiyonlar**

* Aşırı uyaran yoksunluğu, fazlalığı, endüstri zehirlenmeleri gibi **çevresel etkenler**

* Güneş çarpması, ısı şoku gibi **yüksek ateşli durumlar**

* Antikolinerjik, anksiyolitik, hipnotik, antikonvulsif, antibiyotik, antienflamatuvar, antiparkinson, antitüberküloz, antidepresan, antipsikotik, antihipertansif **ilaç entoksikasyonu**

* **Postoperatif etkenler**

* **Yanıklar, travmalar**

* **Deliryuma neden olabilen ilaçlar;** antikonvülsanlar, antiparkinson ajanlar, benzodiazepinler, kortikosteroidler, digitaller, opioidler, trisiklik antidepresanlar, antihistaminikler...

Yaşlı hastalarda deliryum oranının %40-45 olduğu ve bu hastaların 1/4'ünün bir kaç ay içinde öldüğü, terminal kanser hastalarında ise bu oranın %25 olarak görüldüğü bildirilmiştir. Genel olarak kardiyak cerrahi girişimlerinden sonra ise deliryum görülme sıklığı %12-70 oranında görülmekte, bu oran kapalı kalp cerrahisine göre açık kalp cerrahisinde 2 kat artırmaktadır. Örneğin koroner yoğun bakım ünitelerinde lidokain uygulanan hastaların %11'inde konfüzyon geliştiği bildirilmiştir Cerrahi servislerinde yatan hastaların %5-10'u, dahiliye- cerrahi yoğun bakım ve yanık ünitelerinde yatan hastaların %20-30'u deliryum belirtileri göstermektedirler. Yanıklı hastalarda %5-57 oranında, kanserli hastalarda %5-85 oranında deliryum bildirilmiştir Koroner ve yoğun bakım hastalarının %30-40'ında, ciddi yanık hastalarında %20 oranında deliryum semptomları görülmüştür Yaşlı ve hastanede yatan hastalarda deliryum %11-26 oranında ortaya çıkar ve bu durum hastaların fonksiyonel yetersizliklerine, ölüm oranının artmasına, uzun süre bakım almalarına, hastanede daha uzun süre kalmalarına neden olur

İ.T.F Psikiyatri Anabilim Dalında yapılan bir çalışmada deliryuma sık neden olan hastalıklara bakıldığında kalp ve akciğer hastalıklarının %13.2, kanser durumunun %12.6, beyin-damar hastalıklarının ise %10.3 oranıyla başta geldikleri gözlenmiştir. En sık tespit edilen etiyolojik neden %48.9 ile metabolik bozukluklardır. Metabolik sebepler içinde de en sık hiperürisemi (%22.3), elektrolit düzensizliği (%21.8) ve hipoksi (%19) tespit edilmiştir. Bu durumu beyine ait vasküler sebepler (%18.4) takip etmektedir. Aynı birimde daha sonra yapılan bir başka çalışmada ise en sık deliryuma neden olan iki hastalık kanser (%22.5) ve akut genel travma (%17) olarak tespit edilmiştir Deliryum tanısı alan hastalarda yine en sıklıkla metabolik nedenlerin ön planda olduğu görülmüştür. Elektrolit dengesizliği %28.3, hi-

poksi/ hiperkapni %18, hipo/hiperglisemi %28 oranında bulunmuştur. Özellikle ameliyat sonrası hastalarında (%34.4), kronik organ yetmezliği olan hastalarda (%11.6), çoklu travma hastalarında (%10.9) ve terminal dönem kanser hastalarında %11 oranında çok etkenli etiyolojik neden belirlenmiştir.

Ayırıcı Tanı

Görüldüğü gibi çok çeşitli ve farklı nedenler deliryumu ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanı çok önemlidir. Tüm demanslar, akut mani ve diğer hızlı gelişen afektif ataklar, dissosiyatif epizodlar ve akut psikoz tabloları ve ağır kişilik bozuklukları ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Tedavi

Deliryum tedavisinin ilk basamağı neden olan etkenin ortadan kaldırılmasının sağlanabilmesi için ayrıntılı bir anamnez, dikkatli bir nörolojik ve fizik muayene ve ilgili laboratuvar tetkiklerinin yapılmasıdır. Böylece etiyolojik nedenin belirlenmesi sağlanabilir. Özellikle yaşlı hastalara hızlı müdahale hastanın gelecekteki morbidite ve mortalitesini doğrudan etkilediğinden büyük önem taşımaktadır Tedavi psikiyatrist ve hastanın primer doktorunun işbirliği ile yapılmalıdır. Deliryum uygun tedavi ile geri dönüşümlüdür. Tamamen ve hasar bırakmadan iyileşebilir. Tedavide öncelikli deliryuma neden olan etkenin ortadan kaldırılması gereklidir. Ayrıca ajitasyon halüsinasyon, konfüzyon gibi belirtilere yönelik farmakoterapiler yapılır. Bu konuda kullanılması gereken ilaç haloperidol'dür. Perfüzyon yolu yada oral yoldan verilebilir. İntra musküler yol tercih edilmez.

Önerilen dozlar için örnekler:

Oral Yol: 1-5 mgr/gün, 10 damlası 1 mgr'dir. Dozun çoğunluğunun akşam verilmesi sedasyon açısından da uygundur.

Perfüzyon Yolu: Bu alternatif yol çok ajite hastalarda acil müdahale için kullanılabilir, hasta 5 dakika içinde sakinleşebilir. 5 mgr'lik ampul formu ile haloperidol 500 cc sıvı içinde yavaş perfüzyon olarak 5-8 saatte gidecek şekilde uygulanır.

Antikolinerjik etkinliği yüksek klorpromazin, tioridazin gibi nöroleptiklerin kullanımı da önerilmez. Bunun yanında uzun etkili benzodiazepinlerin, diazepam gibi ilaçların acil şartlarda ortaya çıkan deliryumda tedavi değeri son derece düşüktür ve alkol yoksunluğuna bağlı deliryum gibi durumlar dışında kullanılmaması daha iyi olur. Ancak çok sınırlı durumlarda örneğin ağır ajitasyon durumlarında çok kısa etkili bir benzodiazepin olan lorezepam ampul veya dil altı tb kullanılabilir. Ayrıca ailenin ve tedavi ekibinin başa çıkmalarını kolaylaştıracak şekilde bilgilendirilmesi ve sosyal, çevresel düzenlemelerin yapılması gerekir. Örneğin; ziyaretin kısıtlanması, odaya saat konulması...

Gerek semptomatik gerekse etiyolojik tedavinin yetersiz olduğu durumlarda birincil hastalığın morbidite ve mortalitesi artar veya kişide kalıcı beyin hasarı oluşabilir

buna bağlı olarak, ciddi kişilik sorunları veya uyum güçlükleri yaşanabilir. Bu klinik tablonun prodromal belirtilerinin tanınabilmesi ve erken evrelerde tedavi edilebilmesi için riskli hastalıklar ve hastaların önceden yakın takibe alınması gereklidir.

Kaynaklar

Baral I: travmanın Psikososyal boyutu: IN: Travma. Editörler: ErtekinC, Taviloğlu K., Güloğlu R., Kurtoğlu M. İstanbul 2005:535-42.

Baral I, Enderer M, Gök Ő, Özkan S: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Yönünden Psikiyatri Dışı Kliniklerde Değerlendirilen Deliryum Olguları. Nöropsikiyatri Arşivi 1995;1:23-35.

Güncel Psikiyatri Kitabı. Editörler Işık E, Taner E. Ankara: 2008.

15 Acil Psikiyatri

İLHAN YARGIÇ

Acil Psikiyatrik Değerlendirme

Acil psikiyatrik değerlendirme yapılacak hasta genellikle kaotik bir psikolojik ve sosyal durum içindedir. Hasta genellikle bir yakını tarafından, hatta bazen polis tarafından getirilmiştir ve aynı zamanda sosyal bir krizin ortasında olabilir. Hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme riski değerlendirmeyi zorlaştırabilir. Suskun, negativist, iş birliği kurmayan ya da saldırgan hastalarla karşılaşılabilir. Hekimin sadece tıbbi bilgisi değil iletişim becerisi ve kriz yönetimi de bu durumları uygun şekilde ele alabilmede önemlidir. Hekimin tutumu hastanın neleri söyleyeceğini ya da söylemeyeceğini belirler. Bu nedenle acil psikiyatrik değerlendirmenin önemli bir bölümünü spesifik dinleme teknikleri, gözlem ve yorumlama oluşturur. Hasta yakınlarından bilgi almaya da önem verilmelidir.

Hekim serin kanlı, ilgili, dürüst ve tehdit edici olmayan bir tavır içinde olmalı; hasta ve yakınlarına güven vermelidir. Acil başvuru adli bir durumla da ilişkili olabileceği için başvuru tarihi ve saatini de içeren detaylı notlar tutulmalıdır. Hasta telefonla aramışsa mutlaka kimlik bilgileri ve açık adresi alınmalı, gerekli durumlarda ambulans ya da polis yönlendirilmelidir.

Acil psikiyatrik değerlendirmede yapılabilecek önemli bir potansiyel hata, psikiyatrik belirtilerin altında yatabilecek fiziksel hastalıkları atlamaktır. Kafa travması, tıbbi durumlar (Ör: ensefalit), alkol-madde kullanımı, serebrovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar ve çeşitli ilaçlar psikiyatrik belirtilere yol açabilirler. Bu nedenle tıbbi öykü dikkatli alınmalıdır. İşlevsel-organik (psikiyatrik-tıbbi) etiyolojileri ayırt etmede yardımcı olabilecek noktalar şunlardır:

- 1) 40 yaşın üstünde ya da 12 yaşın altında olmak
- 2) Akut başlangıç
- 3) Psikiyatrik ve medikal özgeçmiş
- 4) Görsel halüsinasyon ve koku halüsinasyonu

- 5) Bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu
- 6) Nörolojik belirtiler
- 7) Bilinç kaybı
- 8) Anormal yaşamsal bulgular
- 9) Alkol ya da madde kullanımı
- 10) Yeni başlanmış ya da değişmiş ilaç tedavisi
- 11) Çoklu ilaç kullanımı

İdeal olarak, bütün hastalarda geniş biyokimya, tam kan sayımı ve idrar toksikolojisi (madde taraması) yapılması uygundur. Beyin görüntülemesi şu durumlarda endikedir: Kişilikte ani değişimler (Özellikle 50 yaşının üstündekilerde), ani ortaya çıkan afektif ya da psikotik tablolar, kafa travması öyküsü, fokal nörolojik belirtiler, hareket bozuklukları, uzamış katatoni özellikle, konvülsiyon, deliryum.

Bazen tanıdan bile daha öncelikli olarak hastanın stabilize edilmesi gerekir. Örneğin saldırgan bir hasta ile karşılaşınca, önce kendine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek fiziksel ve farmakolojik girişimler yapılmalıdır. Ayrıca hastanın yaşamsal işlevlerinin korunması ve gözlenmesi gereklidir. Örneğin uzun süredir katatonide olan bir hastada dehidratasyon olasılığı atlanmamalıdır.

Hastaya ve yakınlarına anlaşılır ve yeterli açıklamalar yapılmalı ve güven verilmelidir. Hasta yakınlarına bilgi verirken mümkünse hastanın izni alınmalıdır. Unutulmamalıdır ki hastanın kendisine ya da bir başkasına yakın zamanda ciddi zarar verme ile ilgili düşünceleri hasta-hekim sırrına girmez.

Hasta durumunun ve hastalığının farkında değilse, intihar riski taşıyorsa, başkalarına zarar verme potansiyeli varsa, bilinç ya da ciddi muhakeme bozukluğu varsa hastanın onayı olmadan da acil müdahale, tedavi ve yatış yapılabilir. Hasta ciddi intihar riski taşıyorsa ya da başkalarına zarar verme potansiyeli yüksekse acil müdahale, tedavi ve yatış için yakınlarının izni de gerekli değildir. Örneğin intihar planı ve hazırlıkları yaptığını ve bunu en kısa sürede gerçekleştireceğini söyleyen, psikotik özellikli major depresyon tablosundaki (intihar için en riskli durum) bir hastanın yakınlarının bütün sorumluluğu üzerlerine aldıklarını belirten bir kağıt imzalayarak hastanın yatışına engel olmaları mümkün değildir. Burada adli olarak sorumluluk sadece hekimdedir ve hekim sorumluluğunu ancak uygun şartları sağlamak koşuluyla başka bir hekime devredebilir. Öyle bir yazı alarak hastanın eve gönderilmesinden sonra hastanın intihar etmesi halinde hekim yasal olarak sorumlu olacaktır. Örneğin komşusunu öldürmesini söyleyen sesler duyduğunu ve evde silah olduğunu, yarın sabah bunu yapacağını söyleyen bir paranoid şizofreni hastasının eşi ya da babası, hastanın yatışını hiçbir şekilde engelleyemez. Hekim, gerekli gördüğü durumda, hastanın kendisi ve yakınları istemese de zorla yatış yapıp, yaptığı işlemi en kısa zamanda savcılığa bildirmekle yükümlüdür.

Her hastada olduğu gibi acil psikiyatriye gelen hastanın da şikayeti ya da sorunu belirlenir, şimdiki ve geçmiş öyküsü alınır, ruhsal durum muayenesi yapılır, şimdiki ve geçmiş fiziksel hastalık öyküsü alınır, psikososyal durumu saptanır, fizik ve nörolojik muayenesi ve ilgili laboratuvar tetkikleri yapılır.

Saldırgan Hasta

Potansiyel saldırgan davranışı öngörebilmek önemlidir. Fazla alkol alımı, madde intoksikasyonu, tehditkar tutumlar, saldırganlık öyküsü, progresif psikomotor ajitasyon, psikotik bir hastadaki paranoid düşünceler, saldırma emri veren işitsel halüsinasyonlar, katatonik eksitasyon, tutuklanma ya da kriminal davranış öyküleri, kesici/delici alet bulundurma risk etkenleridir. Bazen saldırganlık riskini abartarak hastaya yaklaşmak da hastayı saldırganlaştırabilir. Örneğin sadece iritabilitesi olan bir hastaya tespit gömleği giydirmeye kalkmak onu saldırganlaştıracaktır.

Saldırgan hastayla karşılaşan hekim, hastanın, kendisinin ve diğerlerinin güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri almalıdır. Saldırgan düşüncenin ya da davranışın bir psikiyatrik bozukluktan kaynaklanıp kaynaklanmadığına karar verilerek uygun ve etkili bir tedavi planı düzenlenir.

Hastayla görüşme, arada uygun bir mesafe bırakılarak ve mümkün olduğunca potansiyel silahlar (şırıngalar, kül tabaları, kalemler vs.) ortadan kaldırılarak yapılmalıdır. Gerekli durumlarda yardımcı personel ya da güvenlik görevlisi görüşmeye eşlik etmelidir. Paranoid bir hastayı, sıkıştırıldığını hissettirebilecek şekilde odanın kapıdan uzak bir köşesine oturtmamaya dikkat edilmelidir. Özellikle paranoid hezeyanları olan hastalarla göz temasını sürekli tutmamak, yavaş ve tedbirli hareket etmek, hiçbir şekilde sırtını dönmemek, elleri her zaman açıkta ve görünür bırakmak dikkat edilmesi gereken hususlardır. Klinisyenin davranış ve görüşme biçimi tehdit edici, cezalandırıcı ve otoriter olmamalıdır. Yardımcı, anlayan ve yargılamayan bir tutum önemlidir.

Saldırgan davranışın ayırıcı tanısı:

1- Birincil psikiyatrik bozukluklar: Psikoz, mani, demans, kişilik bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, sanrısız bozukluk

2- Madde ya da ilaç intoksikasyonu ya da yoksunluk tablosu

3- Organik bozukluklar: Serebral neoplazm, serebral enfeksiyonlar, temporal lob epilepsisi

Saldırgan davranış olmadan engellenmeye çalışılmalıdır. Eğer hasta kızgınlık ya da ajitasyon belirtileri gösteriyorsa, işbirliği kurmuyorsa, personel derhal çağrılmalı ve medikasyon uygulanmalı, gerektiğinde tesbit kullanılmalıdır. Sedasyon için haloperidol 5-10 mg IM ya da IV tek başına ya da benzodiyazepine kombine uygulanabilir. Haloperidol (Norodol® 5 mg amp) hasta stabilize olana kadar yarım ila bir saatte bir tekrarlanabilir (hızlı tranklizasyon). Genellikle 50 mg'ın üzerindeki dozlara gerek olmaz.

Diazepam (Diazem® 10 mg amp) parenteral olarak 5-10 mg uygulanabilir. IV verildiğinde solunum depresyonu açısından dikkat edilmeli, 1-2 dakika içinde yavaş uygulanmalı ya da serum fizyolojik içinde verilmelidir. Benzodiyazepinler merkezi sinir sistemini baskılayarak solunum depresyonu ve konfüzyona neden olabilirler. Bu nedenle deliryumu ya da organik beyin patolojisi olanlarda, merkezi sinir sistemini baskılayan diğer nedenlerin varlığında, alkol ve madde intoksikasyonu olanlarda tercih edilmemelidir. Konvülsiyon öyküsü olan hastalarda antiepileptik ilaçlar uygulanabilir.

Haloperidol uygulanan hastalar 24 saat içinde distoni, akatizi gibi rahatsız edici ama genellikle tehlikeli olmayan ekstrapramidal belirtiler gösterebilirler. Çok nadir de olsa distoniye bağlı laringospazm hayati tehlikeye yol açabilir. Ekstrapramidal yan etkiler için biperiden (Akineton® 5 mg amp) IM enjeksiyonu uygulanabilir. Klorpromazin enjeksiyonunun (Largactil®) güçlü sedatif etkisi ve düşük ekstrapramidal yan etkileri nedeniyle ülkemizde saldırganlık durumlarının tedavisinde sık tercih ediliyor olması ciddi bir tıbbi hatadır. Klorpromazin MSS'yi baskılar, ayrıca hepatotoksiktir ve ciddi kardiyovasküler yan etkileri vardır. Birçok tıbbi durumda kontrendikedir. Tıbbi durumunu değerlendirmedığımız bir hastaya bu tedaviyi uygulamak ciddi hayati tehlikelere yol açabilir.

Saldırgan olmayan, sadece ajite olan bir hastada, parenteral tedaviye alternatif olarak ağızda eriyen tabletleri olan antipsikotikler (Olanzapin, Risperidon) ya da benzodiyazepinler (Lorazepam) hastayı daha fazla ajite etmemek için tercih edilebilir.

İlaçlarla saldırganlığın engellenemediği durumlarda ya da ilaç tedavisini uygulayabilmek için hastanın fiziksel olarak tespit edilmesi gerekebilir. Bu amaçla kullanılan deri kayışlar en güvenli yoldur. İşbirliği kurmasa bile hastaya işlemin neden yapıldığı açıklanmalıdır. Fiziksel tespiti en az 4 kişi yapmalıdır. Hastanın kolları ve bacakları karyolanın kenarlarına özel kayışlarla bağlanırken göğsü de yine özel bir kayışla yatağa tespit edilir. Tespitteki hasta sürekli gözlem altında olmalı ve hayati fonksiyonları ile konforu izlenmelidir. Aspirasyonu engellemek ve hastanın tehlike algısını azaltmak için başının altında bir yastık bulundurulmalıdır. Genellikle tespit edilen hasta bir süre sonra sakinleşir. Tespitteki hastaya ilk yapılacak yaklaşım sözel müdahaledir. Ondan sonra IV ya da IM antipsikotik ilaçlar uygulanabilir.

İntihar

İntihar, çeşitli psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerle ilişkili karmaşık bir fenomendir. İntihar düşüncesi ve girişimi farklı birçok psikiyatrik bozuklukta olabilmekle beraber herhangi birine özgü değildir.

Ülkemizdeki intihar oranları batılı ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Türkiye'de DİE verilerine göre kaba intihar oranları (intihar ettiği bildirilen vakalar) 1974-1998 arasında çok fazla değişmemiş, genelde yüzde 1.5 ile 3 arasında kalmıştır. Son 10 yılda Türkiye'deki kaba intihar oranları, özellikle erkeklerdeki intihar oranları artma eğilimi göstermiş ve yüzde 2.5'in üzerine çıkmıştır. İntihar etme yöntemlerine bakılınca; ası (%68.75) ve silahla (%26.5) intihar ilk 2 sırayı oluşturur. Bu yöntemler genelde intihar eden kişiyi herkesin gördüğü ve olayı saklamanın güç olduğu yöntemlerdir. İlaç içerek intiharların oranı %4.7'dir. Bu yöntem intihar girişimlerinde en çok kullanılan yöntemdir. Bu yöntemde kurtulma olasılığının daha fazla olması, ölüm oranlarına az yansımada etkilidir. Ancak intihar toplumumuzda ölen kişinin yakınları tarafından bir utanç sebebi görülüp gizlenme eğilimindedir. Bu yöntemle gerçekleşen ölümlerin saklanma olasılığı daha fazladır.

Türkiye'de en önemli intihar nedeni hastalıktır. İntihar oranı erkeklerde kadınlardan daha fazladır. 1995 yılı verilerine göre, Türkiye'de kaba intihar oranı erkekler için yüzde 2.91 iken, kadınlar için yüzde 1.81'dir.

İntihar edenler her iki cinsiyette de 15-34 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. Türkiye'de her iki cinsiyette de yaş ilerledikçe intihar oranlarında azalma olmaktadır. Kadınların erkeklere nazaran daha genç yaşlarda intihar ettikleri görülmektedir.

Türkiye'de en önemli intihar nedeninin hastalık olduğu görülmektedir. İkinci sırada önemli neden olarak aile geçimsizliği ve üçüncü sırada geçim zorluğu ve ticari başarısızlık gelmektedir. Yıllara göre hastalık nedeniyle intihar edenlerin oranında azalma, geçim zorluğu ve ticari başarısızlık nedeniyle intihar edenlerin oranında ise artma gözlenmektedir.

İntihar engellenebilir ölüm sebeplerinden olduğu için zamanında müdahale etme konusunda hekime çok büyük sorumluluk düşmektedir. Hastalar intihar girişimi sonrası değerlendirilmek için yönlendirilmiş olabilir, görüşme sırasında intihar düşüncelerinden söz edebilirler, yakınları tarafından intihar riskiyle acile getirilmiş olabilirler. Bu hastaların değerlendirilmesinde, intihar girişiminin tekrarlama riskinin değerlendirilmesi, psikiyatrik bozukluğun tanımlanması, yakın zamana ilişkin duygusal ve psikososyal zorlanmaların aydınlatılması, diğer bilgi kaynaklarından (aile, arkadaşlar vs.) bilgi toplanılması, tedavi ve engelleyici müdahalelere yönelik planların saptanması gerekir.

Bütün intihar tehditleri manipulatif görünseler bile ciddiye alınmalı ve kişiyi provake edecek yaklaşımlardan kaçınılmalıdır. Çaresizlik ve ümitsizlik belirten her hasta özenle sorgulanmalıdır. Sorunlarına ve çatışmalarına tüm çabalarına rağmen hiçbir çıkış olmadığını düşünen hastalar yüksek risk grubunu oluşturur. Depresif olup birdenbire iyileşen hastalara dikkat edilmelidir. Depresif bir hasta intihar kararını netleştirdiğinde rahatlayabilir. İntihar riski yüksek olan hastalar kendileri istemeseler bile zorla kapalı bir psikiyatri servisine yatırılmalıdır.

İntiharla İlişkili Etkenler

1- Demografik

a) Cinsiyet: İntihar girişimi oranı kadınlarda ve gençlerde, intihar ile ölüm oranı erkeklerde yüksektir. Bunun nedeni kadınların daha az öldürücü pasif yöntemler (ilaç içme gibi) kullanması ve iletişim amaçlı girişimler olabilir.

b) Medeni Durum: Hiç evlenmemişlerde en yüksek oranda, daha sonra sırasıyla dullar, boşanmışlar, çocuksuz evliler ve çocuklu evliler şeklindedir.

c) Meslek: İşsizlik bir risk etkenidir. Diğer yandan sosyal statü arttıkça intihar riski de artmaktadır. Sosyal statüde ani düşüş de intihar riskini artırır. Ekonomik kriz ver işsizlik dönemlerinde intihar oranları artar. Meslek dağılımına baktığında, en çok intihar görülen meslek grubu hekimliktir. Genel toplumdan farklı olarak hekimler arasında en sık kullanılan yöntem ilaç alımıdır.

2- Psikiyatrik Bozukluk: İntihar girişiminde bulunanların ya da intihar edenlerin %95'inde psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Psikiyatrik tanılar arasında major depresyon (%80), şizofreni (%10) ve madde kullanım bozukluğu (%25) intihar riskinin en yüksek olduğu grupları oluşturur. Hezeyanlı bozuklukla giden kısa reaktif psikoz, şizoafektif bozukluk, kaygı bozuklukları, antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, intihar davranışına yol açabilen diğer psikiyatrik bozukluklardır. Duygudurum bozuklukları olan hastaların %15'i intihar nedeniyle ölmektedir. Biyolojik, davranışsal, bilişsel ve psikososyal boyutları ile intihar davranışı esasen depresif bir durumu yansıtır. Kayıp algısı, çaresizlik, çözümsüzlük, umutsuzluk algısı ve özgüven kaybı önemlidir. Psikotik özellikli major depresyon intihar için en riskli psikiyatrik tablodur.

Umutsuzluk, zevk duygusu kaybı ve çözülme içinde olan, psikotik düşünce tanımlayan, duygudurumu hızlı değişme gösteren ve alkol-madde kullanım bozukluğu olan depresif hastalarda intihar riski en yüksektir. Postpartum psikozun ve premenstrüel sendromun kadımlar arasında intihar riskini arttırdığı bilinmektedir.

Şizofrenik bozukluk tanımlayan hastalarda intihar davranışı daha çok işitsel halüsinasyonlar (emir veren sesler duyma) tanımlayanlardır. Genç şizofreni hastalarda da risk daha yüksektir. Şizofrenik bozukluğun düzelmesiyle görülen "post-psikotik depresyon" döneminde intihar riski dikkate alınmalıdır. Tekrarlayıcı intihar girişimleri, borderline kişilik bozukluğunun temel bulgularındandır. Gerçek ya da hayali red durumları bu hastaları intihar davranışına yönlendirir.

3- İntihar Girişimi ya da Tehdidi Öyküsü: İntihar girişimi öyküsü olan hastalar, 5-6 kat daha fazla tekrarlamaya eğilimindedirler. İntihar sonucu ölen hastaların %19-40'ının daha önce intihar girişimi öyküsü vardır.

4- Aile Öyküsü: Ailede duygudurum bozukluğu, alkolizm öyküsü olması, intihar sonucu ölüm oluşu intihar riskini artırır.

5- Fiziksel Hastalıklar: Postmortem çalışmalar, fiziksel hastalıkların bütün intihar olgularının %25-75'inde mevcut olduğunu göstermiştir. İntihar olgularında fiziksel hastalığın %11-51 oranında neden olduğu bildirilmiştir. Yaşla bu oran artmaktadır. Kronik ağrı, operasyon, kronik hastalık, terminal dönem hastalık riski arttırmaktadır. Çeşitli çalışmalarda kanser, epilepsi, multipl skleroz, kafa travması, kardiyovasküler hastalık, Huntington hastalığı, demans, AIDS, Cushing hastalığı, hemodiyaliz hastalarında intihar riskinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu etken ülkemizde intiharla en yakın ilişkili nedenlerden biridir.

6- Sosyal Etkenler: Yalnız yaşama, sosyal izolasyon, yas dönemi, yakın zamanda ciddi stres ya da önemli birinin kaybı intihar riskini artırır. İntihar oranları, kırsal alanda yaşayanlarda kentsel alanda yaşayanlardan daha düşüktür. Etnik ve azınlık gruplarında, savaşlarda intihar oranları azalmaktadır. Sosyal sınıf yükseldikçe intihar riski artarken, sosyal statüde ani düşüş de riski arttırmaktadır.

7- Biyolojik Etkenler: Ailesinde intihar etmiş kişiler bulunanlarda intihar riskinin yüksek olduğu, ikiz çalışmalarında da tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre intihar oranlarının belirgin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Hipofiz-adrenal aksı incelenmiş, plazma kortizol düzeylerindeki yükseklikle birlikte idrarda 17-hidrokokortikosteroidlerin ve serbest kortizolün yüksekliği, intihar davranışıyla ilişkili bulunmuştur. Deksametazon supresyon testi pozitif çıkan major hastalarında daha yüksek intihar oranları bildirilmiştir. İntihar girişiminde bulunan hastalarda merkezi serotonin çalışmaları yapılmıştır. En önemli biyolojik belirleyicinin serotonin döngüsü olduğu, BOS'ta düşük 5-HIAA gösteren depresif grupta intihar riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Merkezi serotonin döngüsünde azalma, intihar riskini arttırmaktadır.

Değerlendirme

İntihar eğilimi siyah-beyaz ya da artı-eksi gibi sınıflandırılmaz. İntihar eğilimi bir spektrum oluşturur. Ölümü düşünme ve pasif ölüm düşüncelerinden (“Keşke Allah bir hastalık verse de ölsem”) intihar düşüncelerinin olması, ancak buna niyetli olmamaya, intihar planları yapmaya, intihar için hazırlık yapmaya ve en sonunda intihar girişiminden kurtulduğuna üzölmeye kadar çeşitlilik gösterir. İntihar eğilimi olan kişiler hemen her zaman ambivalandırlar ve bu ambivalansın iki tarafının ağırlığı değışkenlik gösterir. Örneğın bu gece %90 ölmeyi arzulayan bir kişi bu geceyi atlattıktan sonra yarın ölme isteğı %30'a düşebilir.

Klinisyen hastanın intihar riskini iyi değerlendirmek için risk etkenlerini göz önüne almalıdır. 15-34 yaş arası, erkek, alkol bağımlısı, saldırgan davranışları olan, daha önce intihar girişimi olan, daha önce psikiyatri kliniğında yatarak tedavi görmüş kişiler en yüksek riski oluşturur. Yakın zamanda planlı bir intihar girişimi olmuş ve kurtulduğuna sevinmeyen hastalar mutlaka yatırılmalıdır.

Hastanın ölüm isteğı ve intihar düşüncelerinin olup olmadığı uygun bir dille mutlaka sorulmalıdır. Rutin psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası olan bu soru, intihar riskini arttırmaz.

Tedavi

Acile başvuran ya da intihar girişimi sonucu getirilen hasta ile görüşmede, aktif dinleme, ruhsal destek ve empatik tutum temeldir. Ölüm hakkındaki düşünceleri mutlaka konuşulmalı, çevre koşulları değerlendirilmelidir. Suçluluk duyguları, yakın zamanda yakınına kaybetme, değersizlik, işe yaramamazlık düşünceleri, umutsuzluk, sosyal geri çekilme, kaygı hali, uyku, iştah ve libido kaybı gibi belirti ve bulguların varlığı intiharın riskinin ciddiyetini ifade eder. Yöntemin tehlike derecesi, intihar düşüncesinin dürtüsel mi tasarlanmış mı olduğu, hastanın hayatta kaldığı için pişman olup olmadığı, girişime yol açan ruhsal ya da yaşamsal durumların değışip değışmediğı, kronik sorun ya da çatışmaların devam edip etmediğı ele alınmalıdır.

Hiçbir intihar olgusu yaşam işlevlerini düzelttikten sonra ruhsal yönden değerlendirilmeden evine gönderilmez. Hastanın intihar düşüncesi devam ediyorsa, girişimin başarısız sonuçlanmasından pişman ise, major depresyon, psikotik bozukluk ya da madde kullanım bozukluğu tanımlıyorsa, psikososyal destek yok ya da yetersiz ise yatış özellikle düşünölmelidir. Ayrıca hasta intihar düşüncesini ısrarlı bir se-

kilde belirtir ve bu konuda belirgin planı varsa; hastada ise güçlü intihar dürtüsü varsa ve bunu kontrol etmede güçlük çekiyorsa; hasta psikotik ve intihar düşüncesi varsa; hastanın çok ciddi bir intihar girişimi olmuşsa; ciddi fiziksel bir sorun varlığında; detaylı tanınan ya da tedavi kaynakları gerektiğinde; ayaktan izleme sürecinin olumlu gitmemesinde; intihar düşüncesinin gittikçe yoğunlaşmasında; mental hastalık, madde kullanımı ile birlikte olduğunda da hospitalizasyon planlanmalıdır.

Hastanın klinik durumuna göre tedavi seçilir. Sıklıkla antidepresif ilaçlar, psikoterapi ve zaman zaman EKT uygulanması tedavide kullanılır.

Acil Psikoterapi (Kriz Müdahale): İntihar eğilimi olan hastalarda karakteristik bilişsel çarpıtmalar vardır. Sıklıkla son zamanlardaki bir kayıp yaşantısı ve yalnızlık, sevilme duyguları çekerler. Hiç kimseden destek alamazlar ve yeterli güven duygusu duymazlar. Depresyonun bilişsel üçlüsü (içinde bulunduğu durumu, geçmişini, geleceğini olumsuz görme) bu hastalarda sıklıkla saptanır. Acılarından başka birşey düşünemez hale gelirler ve çıkış yolu bulamazlar. Yaşam, onları tek bir seçeneğe itmektedir: “Bu dayanılmaz, sonlanmaz acıyı çekmeye devam edecekmiyim ya da kendimi öldürerek buna bir son mu vermeliyim?” Geçmişlerinde olan ya da geleceklerinde olabilecek olumlu olayları değerlendiremezler. Bu hastaları, yaşamak için ne kadar çok nedenleri olduğuna inandırmak nadiren olasıdır. Bunları duymazlar. Duydukları, kendileriyle tartışan ve yargılayan bir terapisttir. Terapistin kendilerini anladığını ve acılarını paylaştığını hissetmeleri, daha çok yardımcıdır. Bilişsel çarpıtmaları üzerinde durulabilir, hastaya bunların geçici ve değiştirilebilir olduğunu göstermek gerekebilir. Görüşmenin, içinde bulunduğu rahatsızlığı ele alıp geçmişi araştırmaya yönelik ilerlemesi terapötik olabilir. Hastanın çevresi ile ilişkileri irdelenmelidir. Hastanın sıkışmış bilişsel dünyasını açmaya yardımcı olunmalıdır. Aynı zamanda hastanın intihar hakkındaki ambivalansının bilincinde olmasına yardımcı olunmalıdır. Yaşamak isteyen, hayatta kalmasından ötürü mutlu olan parçasıyla çalışılmalıdır. Uygun olan hastalarla intihar etmeme kontratı yapılabilir.

Konversiyon Bozukluğu

Ülkemizde acil başvuruların önemli bir kısmını oluşturur. Bu hastalar çoğunlukla acil polikliniğe ya da acil dahiliye polikliniklerine götürülürler. Konversiyon bozukluğunun başlıca özelliği istemli motor ve duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer genel tıbbi durumları düşündüren belirti ya da kayıpların varlığıdır. Bayılma, kol ve bacaklarda güçsüzlük, boğazda düğümlenme hissi, psödoepileptik nöbetler, afoni en sık karşılaşılan türleridir. Bu belirtiler, çatışmalar ya da diğer psikolojik stres etkenleri ile ortaya çıkar. Tipik örneği evde çıkan bir tartışma sırasında bayılan düşük sosyokültürel seviyeden kadın hastalardır. Motor belirtiler arasında koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güçsüzlük, afoni, yutma güçlüğü ya da boğazda yumru hissi ve üriner retansiyon vardır. Duyu belirtileri arasında dokunma ya da ağrı duygusu kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ve halüsinasyonlar vardır. Bu belirtiler organik bir patolojiye bağlı değildir.

Kişi tıbbi açıdan ne kadar bilgisizse sergilediği belirtilere inanılması o kadar güç olur. Örneğin çevresinde felçli ya da epilepsili bir kişi bulunmuşsa bu hastada gözlenen paralizi ya da psödoepilepsi gerçeğine daha çok benzer. Ancak şu unutul-

mamalıdır ki konversiyon bozukluğu olan hasta rol yapmamaktadır. Örneğin konversiyon körlüğü olan bir kişi görmesini engelleyen hiçbir organik bozukluk olmasına rağmen gerçekten görmemektedir. Ancak hastanın tavırları klinisyende rol yaptığı izlenimini uyandırabilir. Konversiyon belirtileri, bilinen anatomik yollara ve fizyolojik mekanizmalara uymaz. Bir paralizi, motor innervasyon örüntülerine uymayıp belirli bir hareketi yapamamayı ya da vücudun bir bölümünü hareket ettirememeyi kapsar. Konversiyon belirtileri çoğu zaman tutarsızlık gösterir. Başka bir şeyle ilgilenirken felçli ekstremiteler istemeden hareket ettirilebilir.

Belirtilerin telkinle, fenobarbital verilerek yapılan görüşmelerle, hipnozla kaybolması konversiyon bozukluğunu düşündürür. Telkin ile geçici bir iyileşmenin tanısız değeri yoktur, organik bozukluklarda da şikayetler telkin ile azalabilir ya da bir süre ortadan kalkabilir. Konversiyon bozukluğu tanısı ancak etyolojik nörolojik ya da genel tıbbi durumları dışlamak için tam bir tıbbi araştırma yapıldıktan sonra konmalıdır. Daha önce bu tanıyı almış bazı hastalarda uzun bir süre sonra durumu açıklayacak organik bir etiyoloji saptandığı bildirilmiştir. Multipl skleroz, Miyastenia Gravis ve idiyopatik ya da madde kullanımının yol açtığı distoniler konversiyon bozukluğu ile karışabilir.

Grand mal epilepsi ve bir tür konversiyon bozukluğu olan büyük histerik nöbetin ayırıcı tanı özellikleri:

Grand Mal

- * Tetikleyici neden olmayabilir
- * Ençok 1-2 dakika sürer
- * Aniden tehlikeli olabilecek düşme
- * Herhangi bir yerde olabilir
- * Bilinç kaybı vardır
- * Bilinç kaybı olabilir, olmayabilir.
- Sesleri duyup anımsayabilir. Nöbet sırasında konuşabilir. Amnezi olabilir.
- * Seyrek olarak başlangıçta çılgılık - anlamsız sesler
- * Stereotipik tonik-klonik fazlar
- * Dilini ısırabilir
- * Refleks bozuklukları vardır
- * İdrar inkontinansı olabilir
- * Uykuda olabilir
- * Siyanoz olabilir
- * Post-iktal konfüzyon vardır
- * Nöbet sonrası uyuma isteği vardır
- * Bir günde birden fazla ortaya çıkması nadir
- * Nöbet sırasında tipik EEG bulguları vardır
- * Serum prolaktin artmıştır

Konversiyon

- * Ruhsal stresle ortaya çıkar
- * Daha uzun, bazen saatlerce
- * Düşme tehlikeli değildir
- * Genellikle insanları önünde korunarak düşer
- * Bilinç kaybı olabilir, olmayabilir. Sesleri duyup anımsayabilir. Nöbet sırasında konuşabilir. Amnezi olabilir
- * Bağırma-çığlık-sızlama
- * Kendini yerden yere atma
- * Dil ısırma nadirdir
- * Refleksler normaldir
- * İdrar inkontinansı nadirdir
- * Uykuda görülmez
- * Solukluk olabilir
- * Bayılma sonrası konfüzyon yoktur
- * Genellikle ağlayarak açılır
- * Günde defalarca olabilir
- * EEG normal ya da bozuk olabilir
- * Serum prolaktin düzeyi artmaz (trisiklik antidepressan ve fenotiyazin kullanımları hariç)

Psikanalitik kurama göre, konversiyon bozukluğunda bilinçdışı psikolojik çatışmanın sembolik çözümü somatik belirtiyi oluşturur. Konversiyon anksiyeteyi azaltmakta ve kişiyi çatışmasının ayırımında olmasından korumaktadır (birincil kazanç). Konversiyon bozukluğu sayesinde kişi, bilinçli olarak amaçlamadığı halde, birtakım çıkarlar sağlayabilir, istemediği görev ve sorumluluklardan kaçabilir (ikincil kazanç). Hastanın belirtisine karşı aldırılmaz bir tavır içinde bulunması (la belle indifference) her zaman görülmesi de tipiktir.

Kırsal toplumlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerde, tıbbi ve psikiyatrik kavramlar hakkında daha az bilgi sahibi olan kişilerde Konversiyon Bozukluğu daha yaygındır. Her yaşta görülebilir. Kadınlarda daha sıktır. Konversiyon belirtileri genellikle genç erişkinlik döneminde akut olarak başlar ancak giderek artan belirtilerle de gözlenebilir. Bireysel konversiyon belirtileri kısa sürer, rekürrens sık görülür.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, Konversiyon Bozukluğu tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travması öyküsünün sık olduğunu göstermiştir. Belirtilerin “somatik belleğin” ürünü olduğunun üzerinde durulmaktadır. Ülkemizde klasik olarak konversiyon kavramı içinde değerlendirilen histerik psikoz vakalarının kronik kompleks dissosiyatif bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Çocukluk çağına ait ağır psikolojik travmalara bağlı olan bu bozuklukta flash back ve diğer post travmatik dissosiyatif yaşantılara bağlı psödopsikotik belirtiler görülebilir. Konversiyon belirtileri, Somatizasyon Bozukluğunun bir parçası olarak bulunabilirler. Dissosiyatif Bozukluğu olan hastalarda sık görülür. Hipokondriaziste İşlev Bozukluğu yoktur. Belirtiler ağrı ya da cinsel işlevle sınırlı ise sırasıyla Ağrı Bozukluğu ya da Cinsel İşlev Bozukluğu tanısı konur. Belirtiler başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa (Panik Atağı sırasında görülen yutma güçlüğü gibi) Konversiyon Bozukluğu tanısı konmaz. Yapay Bozuklukların ve simülasyonun (temarüz) belirtileri amaçlı olarak ortaya çıkartılır ya da böyle belirtileri varmış gibi davranılır. Temel güdü, Yapay Bozuklukta hasta rolünü benimsemek, Simülasyonda ise parasal karşılık almak, görevden kaçmak, yasal takipten kurtulmak gibi daha belirgin amaçlardır.

Ayrırcı Tanı

1) Organik Patolojiler: Multipl skleroz ve geçici iskemik atak nörolojik belirtilere yol açabilir.

2) Simülasyon (Temarüz): Askerlikten muaf olmak ya da mahkemede ceza almamak gibi somut nedenlerle herhangi bir hastalığı taklit etmektir. Konversiyonda tiyatral bir hava vardır ve örneğin tehlikeli düşmeler olmaz. Bu da çevredekilerde hastanın numara yaptığı hissini oluşturabilir. Oysa, örneğin konversif yürüyememesi olan bir hasta gerçekten bilinç düzeyinde yürümek istediği halde yürüyememektedir. Oysa aynı hasta yattığı yerde bir yandan diğer yana dönmek gibi paraprak bir hastanın yapamayacağı bir hareketi yapabilir.

3) Yapay Bozukluk (Munchausen Sendromu): Simülasyonda olduğu gibi somut bir çıkar olmaksızın kişinin hasta rolünü uzun süreli olarak benimsemesi ve bu şe-

kilde ilgi odağı olması durumudur. Örneğin cilt altına kirli sıvılar enjekte ederek garip cilt lezyonlarıyla doktorları gezen ya da antikoagülan alarak kendinde yaygın peteşiler oluşturarak acile başvuran ve yaptığını gizleyen hastalar bildirilmiştir. Bazı hastalar ise psikiyatrik belirtileri taklit edebilmektedir. Yapay bozukluğun belki en tuhaf şekli bakmakla yükümlü olduğu kişide (örneğin çocuğunda) hastalık belirtileri oluşturarak tıbbi yardım arayışında bulunma halidir (Munchasen by Proxy).

Acil Değerlendirme ve Tedavi

Konversiyon Bozukluğu olan hastalar genellikle acile birkaç kişi tarafından gürlütülü bir şekilde getirilirler ve hem hastayı hem de çevresini ilgilendiren bir stres mevcuttur. Bu nedenle hastanın ve çevresinin bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınması gerekir. Hastanın yaşadığı kronik ve akut stres etkenleri ve geçmişinde böyle durumların olup olmadığı, olmuşsa nasıl sonlandığı öğrenilmelidir. Hastayı getiren kişiler çoğu kez yaşanan çatışmanın merkezini oluşturmaktadırlar; örneğin hastanın kendisiyle tartışırken bayıldığı eşi gibi. Hasta, kendisini getiren kişilerden ayrı bir odaya alınmalı; yakınlarından bilgi alınırken hastanın yanında sadece bir hemşire bırakılmalıdır. Eğer konversiyon belirtilerinden hemen önce bir çatışma olmuş ve hastanın belirtileri bilinen nöroanotomi, fizyoloji, patoloji ile çelişiyorsa ileri tetkiklere gerek yoktur. Hatta karmaşık muayene ve ileri tetkikler hastanın ikincil kazançlarını pekiştirebilir. Yukarıda anlatılan çerçevede doğru tanı ve ayırıcı tanı yapıldıktan sonra hastaya ve çevresine fiziksel bir bozukluğun olmadığı açıklanarak yatışmaları sağlanmalıdır. Mevcut belirtilerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve krize müdahale edilmesi acilen yapılması gereken şeylerdir ancak asıl tedavi uzun vadeli ve eğer hasta uygunsa psikoterapi uygulanmalıdır. Acil şartlarda Konversiyon Bozukluğu hastalarının telkin edilebilir olma özelliklerinden yararlanarak belirtilerin geçeceği telkin edilir. Çok dramatik, çok gürlütülü bir şekilde gelen ve anlamlı bir iletişim kurulamayan vakalarda ilk önce sakinleştirici ilaçlarla hastayı sakinleştirmek gerekebilir (10-20 mg Diazepam). Bu yolla ancak iletişim kurmanın mümkün olmadığı durumlarda başvurulmalıdır. Hastaların çoğu çevrelerinden uzaklaştırıldıktan kısa bir süre sonra sakinleşirler ve doktorun destekleyici yaklaşımı ile konuşarak açılırlar. Hastayı psikososyal açıdan yeterince değerlendirip bilgilendirmeden bir enjeksiyon yapıp göndermek belirtileri o anda yatıştırırsa dahi “hastalık davranışı”nı pekiştirecektir.

Anksiyete Bozuklukları

Panik bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu acilde sık karşılaşılan olgulardır. İlgili bölümde detaylı anlatıldığı için burada belirtileri ve etiyolojisinden bahsedilmeyecektir. Hasta panik atağı sırasında gelmiş dahi olsa verilecek herhangi bir ilacın etkisi daha başlamadan panik atağı büyük ihtimalle sona erecektir. Ancak sık, ard arda panik nöbetleri yaşayan hastalara ağızdan benzodiazepin türü ilaçlar verilebilir; hızlı etkili olduğu için Alprazolam tercih edilir. Diazepam ağızdan verildiğinde etkisi daha

yavaş başlar, damardan verilmesi solunum depresyonu riski nedeniyle tercih edilmez, kas içine verildiğinde biyolojik etkisi ağızdan vermeye göre daha üstün değildir. Anksiyeteli hastaya sıcak ve empati kurarak yaklaşılmalı, kalp çarpıntısı vb. bedensel yakınmalarına ilişkin açıklama yapılmalı ve güvence verilmelidir. Böylece hastayı ikna etmek amacıyla karmaşık tetkiklerin gereksiz yere tekrar tekrar yapılması önlenir.

Hiperventilasyon Sendromu

Stresle ortaya çıkan karpopedal spazm, ekstremitelerde uyuşukluk, baş dönmesi, çarpıntı, sık ve yüzeysel solunum, hava açlığı belirtilerinin olduğu bu tablo hastanın bir süre aralıklı olarak torba içine soluk alıp vermesi ve böylece asidozun düzelmesi ile acilen basit bir şekilde düzeltilir. Hastaya yavaş ve derin nefes alıp vermesi telkin edilmelidir. Ağır durumlarda metabolizmayı düzeltmek için medikasyon gerekebilir. Ayırıcı tanıda beyin sapını etkileyen hastalıklar (özellikle kafa travması), salisilat zehirlenmesi, pulmoner emboli, kardiyovasküler hastalıklar akla gelmelidir.

Psikoaktif Madde Kullanımı ile İlgili Acil Durumlar

Tıbbi bir neden olmaksızın duygulanımı ya da davranışları değiştirmek amacıyla alınan alkol, esrar, eroin, nikotin, halüsinojenler, sakinleştiriciler, uyku vericiler gibi maddelere psikoaktif maddeler denir. Bu maddelerin kullanımına bağlı klinik tablolar ilgili bölümde anlatılmıştır, burada sadece acil durumların (zehirlenme ve yoksunluk gibi) belirtilerine ve akut tedavilerine yer verilecektir.

Alkole İlgili Acil Durumlar

Alkol Zehirlenmesi (Sarhoşluk)

Belirtiler

İç ve dış inhibisyonların kalkması, peltek konuşma, nistagmus, dikkat bozukluğu, ataksi, yakın geçmiş hafızanın ve muhakemenin zayıflamasıdır.

Ayırıcı Tanı

Sakinleştirici ve uyku vericilerle zehirlenme, hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz, subdural hematoma, post-iktal durumlar, hepatik ensefalopati, menenjit ya da ensefalit, akut pankreatit.

Laboratuvar Testleri

Kan alkol seviyesi, kan şekeri (hipoglisemi için), elektrolitler ve BUN (alkolik ketoasidoz ve dehidratasyon için), toksikoloji taraması (diğer maddelerin alınımı yönünden), tam kan sayımı (anemi ve enfeksiyonlar için), kanama ya da semptomatik karaciğer hastalığı olanlar için aPT, PTT ve trombosit sayımı.

Tedavi

Hastaya yargılamadan sıcak ve nazik bir tutumla yaklaşılmalıdır. Saldırganlık eğilimi gösteriyorsa görüşmeyi bir personelle birlikte yapmak yararlı olur.

Kan basıncı, vücut ısısı, solunum sayısı, nabız gibi yaşamsal bulguları izlenir.

Hipoglisemi, dehidratasyon, hipotermi, metabolik asidoz, kusmukların aspirasyonu, solunum zorluğu, kafa travması, yara, kırık, çıkık, subdural hematoma, mide ya da ösofagus kanamaları gibi alkolizmle birlikte görülebilen tıbbi problemlerin olup olmadığı araştırılır, varsa tedavi edilir.

Hastaya sıcak bir çay, kahve verilmesi basit zehirlenmede (sarhoşluk) yeterlidir. Benzodiazepin verilmesi zehirlenmeyi (sarhoşluğu) arttırır. Ancak hasta saldırgansa tesbit edilir ve sakinleşmesi için 5-10 mg gibi düşük dozda Benzodiazepin verilebilir. Antipsikotikler tercih edilmemelidir.

Alkol Koması

Koma tedavisi ile ilgili temel ilkeler geçerlidir. Solunum yolu açık tutulmalı, zehirlenmeye yol açabilecek ilaçlar ve özellikle diğer psikoaktif maddeler yönünden taranmalıdır.

Genel koma tedavisi yanında Wernicke ensefalopatisini önlemek için 100 mg Tiamin IM ve alkolün yol açtığı hipoglisemiyi önlemek için 50 cc %50 Dekstroz verilir.

Alkol ile birlikte opiat kullanan vakalarda naloxan 0.01mg/kg verilir.

Patolojik Alkol Zehirlenmesi

Az miktarda alkol alımı ile ortaya çıkan idiyosinkratik zehirlenme. Agresif, impulsif davranışlar, paranoid düşünceler olur ve kişiler daha sonra bu dönemi hatırlamazlar. Kişilik bozukluğu sıklıkla eşlik eder. Hastanın ve çevresinin güvenliği sağlanır, gerekirse hasta tesbit edilir, benzodiazepinler ya da IM antipsikotik ilaçlar verilir.

Alkol Yoksunluğu ve Alkol Yoksunluğu Deliryumu (Deliryum Tremens)

Belirtiler

Alkol yoksunluğu, birkaç saatten birkaç güne kadar değişen bir zaman (en sık 24-36 saat) dilimi içinde gelişir. Otonomik hiperaktivite (taşikardi, terleme vb), elde tremor, uykusuzluk, bulantı ya da kusma, psikomotor ajitasyon, anksiyete, grand mal konvülsiyonlar, gelip-geçici görsel, takdil ya da işitsel halüsinasyonlar ya da illüzyonlar görülebilir.

Deliryum tremens, çok fazla ve uzun süreli alkol kullanımının sonlandırılması ya da azaltılmasından sonra 24 saatten 7 güne kadar değişen bir süre içinde (en sık 48-72 saat sonra) gelişir. Enfeksiyon, kafa travması, beslenme bozukluğu, deliryum tremens öyküsü risk etkenleridir.

Alkol yoksunluğuna deliryum belirtileri eşlik eder. Otonomik sinir sistemi hiperaktivitesi (terleme, taşikardi, hipertansiyon, taşipne, hipertermi) diğer deliryum nedenlerinden ayırmada yardımcı olur. Beraberinde kullanılan ilaçlar (beta-blokörler taşikardiyi, narkotikler midriyazisi, antipretikler ateşi) belirtileri maskeleyebilir.

Tedavi

Alkol yoksunluğu vakalarının hangilerinin giderek deliryuma gireceklerini bilmek mümkün olmadığı ve deliryum tremenste ölüm riski %10-25 olduğu için dikkatle ele

alınmalıdır. Hafif alkol yoksunluğu vakaları ayaktan tedavi edilebilir, deliryum tremens vakaları hastaneye yatırılıp yaşamsal bulgular yönünden yakın takibe alınmalıdır.

Benzodiazepinler hastayı sakinleştirir, otonomik hiperaktivite belirtilerini ve aşırı hareketliliği kontrol altına alır, deliryum halini önler. Hastaların genellikle sedatif ilaçlara direnci olduğu için yüksek doz benzodiazepin gerekir. Doz hastaya göre ayarlanır. Diazepam, ağızdan ilaç alabilenlere 40-120 mg/gün, ağızdan alamayanlara sakinleşinceye kadar her 10-20 dakikada bir 5-10 mg IV, sakinleştikten sonra her 45-60 dakikada bir 10 mg IV verilir. Deliryum tremenste diazepam 50-120 mg/gün dozunda ve kan basıncı, nabız ve solunumun yakın kontrolü ile verilir. Kas içine verilen diazepamın emilimi ve tutarlı bir kan düzeyi sağlanması güçtür. Antipsikotik ilaçlar; hipotansiyon, otonomik belirtiler, ekstrapiramidal yan etkiler oluşturdukları, epilepsi eşliğini düşürdükleri ve alkolle "cross tolerans" göstermediği için ciddi psikotik belirtiler olmadıkça tercih edilmezler.

Tiamin: Gelişebilecek bir Wernicke ensefalopatisini engellemek için ilk 5 gün Tiamin 100 mg IM ya da IV verilir. Tiamin yanında vitamin B12 ve folat (1mg) verilir.

Magnezyum: Kronik alkoliklerde hipomagnezemi sıkıtır ve epileptik nöbetlere yol açabilir. Magnezyum sulfat 1 gr., IM ya da IV, 48 saat boyunca her 6-12 saatte bir ya da Magnezyum oksid, ağızdan (ensik yan etkisi diaredir), 250-500 mg, günde 4 kez 48 saat boyunca verilir.

Alkol yoksunluğuna bağlı epileptik nöbetler jeneralize tonik klonik vasıfıdadır, yoğun alkol kullananların %25-30'unda görülür. Epilepsi öyküsü olanlarda daha sıkıtır. Alkol kesildikten sonraki 8-24 saat içinde (hemen her zaman deliryumdan erken) görülür. Serum magnezyum düzeyi kontrol edilmeli ve eksikse düzeltilmelidir. Antikonvülzanlar profilaktik olarak etkisizdir, ancak alkole bağlı olamayan epilepsi vakalarında kullanılmalıdır. Alkolü bıraktığı dönemde epileptik nöbet geçirenlerin ancak %1-2'si status epileptikusa girer ve bunların pek çoğunda birincil epilepsi vardır. Şu durumlarda alkol kesilmesi dışında bir etiyoloji aranmalıdır: Epileptik nöbet deliryumun başlangıcından sonra görülürse, fokal ya da multipl ise, yüksek ateş varsa, kafa travması varsa, status epileptikusa girerse.

Sıvı-elektrolit dengesizliği: Aşırı hareketlilik, kusma, ateş hallerinde sıvı kaybı fazladır ve elektrolit dengesizlikleri görülebilir. Ağızdan alabilen hastalarda şekerli su, çay, hoşaf gibi şekerli sıvılar ve ayran gibi tuzlu sıvılar bol bol (günde 3-5 lt.) verilir. Ağızdan alamayanlara %5 Dekstroz ve serum fizyolojik günde 3-4 lt. verilir.

Alkol yoksunluğuna ile beraber ya da bu olmaksızın kronik alkolizm zemininde açlık derecesinde kötü beslenmeye bağlı metabolik asidoz görülebilir. Bulantı, kusma ve karın ağrısına yol açar. Glukoz karaciğerde keton yapılmasını önler.

Deliryum tremenste ölüm nedenleri: elektrolit dengesizliği, enfeksiyon, kardiyak aritmiler, korkutucu halüsinasyonlardan kaçmak için yüksek bir yerden atlama ya da araç önüne atlama vb.

Alkol Zehirlenmesi Deliryumu

Yukarıda bahsedilen alkol zehirlenmesi ve deliryumun temel belirtileri bulunur. Tedavisi deliryum tremens gibidir.

Wernicke-Korsakoff Sendromu (WKS)

Tiamin eksikliği nedeniyle gelişen bu sendrom, alkoliklerde beslenme yetersizliğine bağlıdır.

Belirtiler

a) *Sendromun Akut Başlayan İlk Evresi Wernicke Ensefalopatisi:* Konfüzyon, nistagmus (dikey ve yatay), gözün dış rektus kaslarının zayıflığı ya da felci, konjuge göz hareketlerinin bozulması ile belirgindir.

b) *Ataksi*

c) *Amnestik Sendrom:* Hem uzak hem de yakın hafıza bozulmuştur. Konfabulasyona yol açar.

Wernicke-Korsakoff sendromunun belirtileri İngilizce olarak "COMA" kısaltması ile ifade edilebilir (C: konfüzyon, O: oftalmopleji, M: memory impairment, A ataxi içindir). Hasta bu belirtilerin hepsini göstermeyebilir.

Tedavi

Acil tıbbi müdahale gerekir.

100 mg tiamin ve 1 mg folat IV verilir, daha sonra birkaç hafta süreyle günde 100 mg tiamin vermeye devam edilir. Tiamin yüklemesi ile sendromun akut kısmı düzeldiği gibi hafıza kusuru kısmını teşkil eden Korsakoff sendromu gelişmeyebilir.

Alkolik Halüsinoz (DSM-IV'de: Alkolün Yol Açtığı Psikoz, Halüsinasyonlarla Giden)

Canlı işitsel ya da diğer halüsinasyonlar vardır. Diğer bilişsel işlevler doğaldır. Yönelimi tamdır ve seslerin halüsinasyon olduğunun farkında olabilir. Sesler, genellikle suçlayıcı ve tehdit edicidir. Bu nedenle bu hastalar kendilerine ya da başkalarına zarar verebilirler. Halüsinasyonlar alkol alımı ya da yoksunluğu sırasında ya da epizotlar arasında olabilir. Deliryum tremensten daha seyrektrir. Deliryum ile ilişkisi yoktur. Alkol kötüye kullanımı olan şizofrenik bir hastadan ayırt edilmesi güç olabilir. Halüsinasyonlar genellikle alkolün kesilmesinden sonraki 30 gün içinde kaybolur.

Alkol Paranoyası (DSM-IV'de: Alkolün Yol Açtığı Psikoz, Hezeyanlarla Giden)

Bu hastalar alkol alırken çok kıskanç, saldırgan ve paranoid olurlar. Tedavisinde küçük dozlarda antipsikotik ilaçlar kullanılır.

Optium ve Türevleriyle (Eroin, Morfin, Kodein, Meperidin vb. Narkotikler) İlgili Acil Durumlar

Opiyat Zehirlenmesi

Belirtiler

a) IV alımdan 2-5 dk sonra başlayan uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (10-30 dakika süren öforinin ardından).

b) Alınan opiumun türevine, alım yoluna, alınan miktara bağlı olarak 2-6 saat süren yorgunluk, halsizlik, sıkıntı, üzüntü, moral bozukluğu, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon. Sosyal işlevselliğin bozulması ve yargılama bozukluğu zehirlenmeler sırasında en baştan itibaren vardır.

c) Pupillerde konstriksiyon (ya da aşırı dozdan kaynaklanan anoksiye bağlı pupiller dilatasyon), uyku hali ya da koma, peltek konuşma, dikkat ya da bellek bozukluğu. Gerçeği değerlendirme yeteneğinde bozulma ya da deliryum olmaksızın illüzyonlar ya da halüsinasyonlar görülebilir.

Ayırıcı Tanı

Alkol ve Sakinleştirici Maddeler: Göz bebeğinde daralma olmaz.

Kokain, Amfetamin, Halüsinojenler: Göz bebekleri genişler. Zehirlenme çok ağır olmadıkça midriyazis opiyat zehirlenmesi belirtisi olarak ele alınmamalıdır.

Tedavi

a) *Temel Önlemler:* Solunum yolu açılır, hipotansiyon ve hipoksi düzeltilir, sıvı verilir. Solunum depresyonu en önemli tıbbi problemdir. Benzodiyazepin gibi bu etkiye sahip başka maddelerin birlikte alımında, yüksek dozda IV alımında, bu etkiye tolerans gelişecek kadar yeterli süre geçmemiş olanlarda daha belirgindir.

b) *Tıbbi Komplikasyonların Tedavisi:* Akciğer ödemi, bakteriyel pnömoni, aspirasyon pnömonisi, endokardit, menenjit, selülit vb. Vücut ısısının artışı sayılan ciddi enfeksiyonlar yönünden dikkatli olmayı gerektirir. Akciğer ödemi, eroin kullanımında sık görülür ve %20 ölümle sonuçlanır. Eroinin neden olduğu akciğer ödemi sıvı fazlalığından değil akciğer kapillerinin sızıntı yapmasındandır. Dolayısıyla digital ve diüretiklerle değil entübasyon ile ve yeterli oksijen verilmesi ile tedavi edilir.

c) *Nalokson:* Aşırı dozda opioid ile zehirlenen hastalarda saf opioid antagonist olan Nalokson 0.01 mg/kg (2 ampul) IV verilir. Solunum depresyonu ve koma açılır. Cevap alınmaz ya da yetersiz cevap alınırsa 5-10 dakika sonra aynı miktar nalokson tekrarlanır. Üçüncü kez verildikten sonra da açılmıyorsa tanı gözden geçirilmeli ya da başka maddelerin de alınmış olabileceği düşünülmelidir. Naloksonun yarı ömrü tüm opioidlerden kısa olduğu için hasta her 15 dakikada bir olmak üzere 4-8 saat gözlenmelidir. Hasta açıldıktan bir saat sonra yeniden komaya girebilir. Opioid bağımlılığı olan hastalarda nalokson hasta açıldıktan sonra ciddi yoksunluk tablolarına yol açabilir ve bu durumda hasta saldırganlaşabilir. Hayati tehlike yoktur, nalokson yıkılınca bu tablo sona erer.

Opiyat Yoksunluğu

Belirtiler

a) Birkaç hafta ya da daha uzun süreli çok fazla dozda opiyat kullanımının sonlandırılmasından (eroïn gibi kısa etkililerde 8-12 saat, metadon gibi uzun etkililerde birkaç gün) sonra ya da azaltılmasını takiben ya da opiyat antagonistinin verilmesi ile ortaya çıkar.

b) Disforik duygudurum, bulantı ya da kusma, kas ağrıları, göz yaşarması ve burun akıntısı, pupillerin genişlemesi, piloereksiyon, terleme, diyare, esneme, ateş, uykusuzluk.

Yoksunluğun öznel belirtileri erken başlar. Bunlar anksiyete, aşırma, depresyon, irritabilite kas krampları, sırt ağrısı, kemik ağrısı, genel disforidir. Tipik yoksunluk morfin ve eroinde son kullanımdan 8-12 saat sonra başlar, 48 saat sonra max düzeyine ulaşır,

c) Nezleye çok benzer, 5-7 gün içinde azalarak kaybolur. Opioid yoksunluk sendromunda epileptik nöbet görülmez. Epileptik nöbetin görülmesi Meperidin (Demorol) ya da alkol, sedatifler gibi maddelere bağımlılığı düşündürür.

Tedavi

Öldürücü değildir. Diğer bazı ülkelerde, bir opioid türevi olan Metadon sadece yoksunluğun fiziksel belirtileri olduğu zaman verilir. Hastanın kullanmakta olduğu madde dozuna karşılık gelen miktarda ağızdan Metadon günde 20-40 mg verilerek başlanır ve kademeli olarak (günlük %10-30) azaltılarak bir hafta ya da bir ayda azaltarak kesilir. Metadonun idame kullanımı tartışmalıdır. Ülkemizde Metadonla detoksifikasyon ruhsatlı olmadığı için eroïn bağımlılarının tedavisinde madde tamamen kesilerek günde 50-120 mg Diazem ve sıvı verilmesi ile yetinilir. Bunun yanında analjezik, miyorelaksan, antiemetik, antidiyareik ilaçlarla semptomatik tedavi yapılır. Otonomik sistemi baskılamak için Klonidin gibi bir alfa adrenerjik bloker kullanılabilir. Günde 4 kez 0.2 mg, birkaç gün devam edilir, 2 haftada azaltarak kesilir.

Ağrı sendromlarının tedavisinde yararlanılan kodein, meperidin gibi narkotik analjeziklerin uygunsuz kullanımına bağlı gelişen klinik tablolarla dozun yoksunluk belirtilerinin enaz çıkacağı şekilde yavaş azaltılması daha uygundur. Yoksunluk belirtilerinin hiç yaşanmamasının mümkün olmadığı unutulmamalıdır.

Kokain ve Amfetamin Benzeri Etkileyenlerle İlgili Acil Durumlar

Kokain ve Amfetamin Benzeri Etkileyen Semptomimetikler ile Zehirlenme

Belirtiler

Kokain damara, deri altına enjekte edilerek ya da buruna çekilerek; amfetamin

ağızdan alınarak kullanılır. Kokainin etkileri kullanımdan hemen sonra başlar, 24 saat içinde tamamen kaybolur.

Akut tıbbi etkileri:

Taşikardi (bazen bradikardi)

Terleme ya da titreme

İştahsızlık ve kilo kaybı

Kan basıncında yükselme (bazen düşme)

Psikomotor ajitasyon (bazen retardasyon)

Kas zayıflığı, respiratuvar depresyon, göğüs ağrısı ya da kardiyak aritmiler

Konfüzyon, konvülsiyonlar, diskineziler, hiperrefleksi, distoniler ya da koma

Psikiyatrik etkileri:

Öfori (bazen duygulanımda küntlük)

Aşırı hareketlilik, düşüncede hızlanma, basınçlı konuşma

Kişiler arası ilişkilerde duyarlılık

Anksiyete, hipervijilans, gerginlik ya da öfke, kalıplaşmış yineleyici davranışlar

Yargılama bozukluğu

Deliryum olmadan, gerçeği değerlendirme yeteneği bozulmaksızın halüsinasyonlar ya da illüzyonlar görülebilir

Kokain kullanımına bağlı fiziksel belirtiler:

1) Sık intranasal kullanıma bağlı nazal septum lezyonları, rinit, sinüzit

2) Epileptik nöbetler

3) “Kar ışıkları” (snowlights): görme alanının periferinde ışık çakmaları

Ayrıcı Tanı

Mani, paranoid bozukluk, panik atak (çarpıntı ve hiperventilyasyon olmasıyla panik atağa benzer ancak panik atak sırasındaki korku ve disfori yerine genellikle öfori olur), diğer semptomimetikler ile zehirlenme. Kronik kokain kullanımı anormal beyin aktivitesi ortaya çıkardığı için bıraktıktan sonra dahi epileptik nöbet ya da panik ataklara neden olabileceği unutulmamalıdır.

Acil Tedavi

Ölümler aşırı doza bağlı MSS depresyonu, solunum ve dolaşım yetmezliğine bağlıdır.

1) Solunum yolları açık tutulmalı

Soğutma: yüksek vücut ısısı için

Beta blokerler: sempatik hiperaktiviteyi baskılar

Diazem: epileptik hecemeler ve anksiyete belirtileri için

Haloperidol: psikotik belirtiler için

Birlikte görülen psikiyatrik bozuklukların (depresyon, anksiyete bozukluğu) tedavisi.

Antidepresanlar ve dopamin agonistlerinin ilaç arama davranışını azaltma etkileri vardır ancak kapsamlı psikososyal programlar olmadan madde bağımlılığı tedavisi hemen hemen olanaksızdır.

Kokain ve Amfetamin Benzeri Etkileyen Sempatomimetiklerin Yoksunluğu

Belirtiler

Kokain ya da amfetamin benzeri etkileyen sempatomimetiklerin çok fazla ve uzun süreli kullanımının sonlandırılması ya da azaltılmasından sonra birkaç saat ya da birkaç gün içinde disforik duygudurum gelişir. Ek olarak şu fizyolojik belirtiler gözlenir:

- 1) Yorgunluk
- 2) Canlı, hoş olmayan rüyalar
- 3) Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon
- 4) Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
- 5) İştah artması

Tedavi

Bu tablo ölümcül değildir. Yukarıda sayılan psişik belirtilerin acil tedavisi gerekmemektedir. Ancak bu maddelerin bırakılması intihar riskinin artmış olduğu ağır bir depresyona yol açabileceği için hastanın gözlenmesi gerekir. Yoksunluk belirtileri haftalarca sürebilir. Daha uzun sürdüğü takdirde altta yatan bir psikiyatrik bozukluktan şüphelenmek gerekir.

Kannabisle (Esrar) İlgili Acil Durumlar

Kannabis (Esrar) Zehirlenmesi

Belirtiler

Esrar kullanımından kısa bir süre sonra başlar; nefes yolu ile kullanılmışsa 3 saat, ağız yolu ile kullanılmışsa 3-5 saat içinde geçer.

Davranışsal/psikolojik belirtiler: Öfori, anksiyete, muhakeme bozukluğu, zaman akışının yavaşlamış olarak algılanması, motor koordinasyon bozukluğu, toplumsal çekilme, şüphecilik. Deliryum gelişmeden ve gerçeği değerlendirme yeteneği bozulmadan hallüsinasyon ya da illüzyonlar ortaya çıkabilir.

Fiziksel belirtiler (2 saat içinde gelişir):

1. Konjonktivaya kan oturması
2. İştah artması
3. Ağız kuruluğu
4. Taşikardi

Tedavi

Panik halindeki hastaya güven vermek, esrar dozunu fazla kaçırdığını ve bir kaç saat içinde düzeleceğini tekrar tekrar söylemek çoğu kez yeterli olmaktadır. Psikotrop ilaç kullanmak gerekmez.

Esrarı yüksek dozda ve uzun zaman kullananlarda huzursuzluk, uykusuzluk, terleme, bulantı, kusma şeklinde hafif bir yoksunluk tablosu da görülebilirse de tedavi gerektirmez.

Kannabisin (Esrarın) Yol Açtığı Psikoz

Esrar, çok miktarda özellikle ağızdan alındığında genellikle paranoid hezeyanların ön planda olduğu uzun süre devam eden psikotik bir tabloya yol açabilir. Tedavisinde antipsikotikler kullanılır.

Halüsinojenlerle (LSD) Alüsinojenlerle (LSD vb) İlgili Acil Durumlar

LSD, meskalin, metilendioksümetamfetamin (MDMA ya da ekstazi diye de bilinir), fensiklidin (PCP), psilosibin, dimetil triptamin (DMT). Bu maddeler ağızdan alınır. Bu gruptakilerden en sık kullanılanı LSD'dir ve belirtileri 1 saat içinde başlayıp 8-12 saat içinde kaybolur. Diğer hallüsinojenlerin etki süreleri 1 saatten az ya da en fazla 3 gün olabilir.

Halüsinojen Zehirlenmesi

Belirtiler

1. *Davranışsal/Psikolojik*: Belirgin anksiyete ya da depresyon, referans fikirleri, aklını kaybedeceği korkusu, paranoid düşünce, yargılama bozukluğu vb.
2. *Algı Değişiklikleri (Tam Bir Uyanıklık Durumunda Ortaya Çıkar)*: Algıların özel olarak keskinleşmesi, depersonalizasyon, derealizasyon, illüzyonlar, halüsinasyonlar, sinesteziler. Yüksek ses işitildiğinde renkler görülebilir, geometrik şekiller görülebilir, sesler ya da ışık olduğundan çok daha şiddetli algılanabilir, şekiller çarpık ya da eğri-büğrü görülebilir. Maddenin alımından sonraki bu kısa ama yoğun reaksiyona kötü seyahat ("bad trip") adı verilir.

3. Fiziksel Belirtiler:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| a) Pupiller dilatasyon | e) Bulanık görme |
| b) Taşikardi | f) Tremor |
| c) Terleme | g) Çarpıntı |
| d) Koordinasyon bozukluğu | |

PSP saldırganlığa yol açar; nistagmus, miyoklonus ve ataksi yapar.

Tedavi

1. Hasta kendisine ve çevresine zararlı olabileceği için öncelikle güvenli bir ortam sağlanmalıdır.
2. Duyusal uyarılar azaltılır.
3. Durumunun geçici olduğu anlatılarak güvence verilir.
4. Beta blokerler otonomik belirtileri azaltır.
5. Benzodiazepinler ya da antipsikotikler ajitasyon ya da psikotik belirtilerin kontrolü için kullanılabilir.
6. Konfüzyonu arttırabileceği için antikolinergik yanetkili ilaçlardan kaçınılmalıdır.

Halüsinojene Bağlı Algı Bozukluğu (“Flashback”)

Bir halüsinojen kullanımının sonlandırılmasının ardından halüsinojenle intoksikasyonda bulunduğu sırada yaşanmış olan bir ya da birden fazla algısal belirtinin yeniden yaşanması. Örneğin geometrik haalusinasyonlar, periferik görme alanlarında hareketlerin yanlış algılanması, renk parıltıları, renklerin belirginleşmesi, hareket eden cisimlerin görüntülerinin izleri, nesnelerin çevresinde ışık haleleri, makroskopi ve mikroskopi gibi belirtiler madde kullanımı bittikten çok sonra bile tekrar yaşanmaktadır. Kişi bu durumdan ileri derecede rahatsız olmaktadır.

Bu klinik tablo, tıbbi durumlar (beynin anatomik lezyonları, parsiyel epilepsi nöbetleri gibi), başka psikiyatrik bozukluklar (deliryum, demans, şizofreni gibi) ve hipnopompik halüsinasyonlardan ayırt edilmelidir. Halusinojen maddelerin yol açtığı bu klinik durumda kişi huzursuz, panik içinde ve intihar eğilimi içinde olabilir.

Çoğu vakada birkaç ay içinde düzelme görülürse de bazı vakalar yıllarca devam edebilir. Özgün bir tedavisi yoktur, açıklayıcı ve destekleyici olunmalıdır.

İnhalanlarla İlgili Acil Durumlar

Tutkal, sprej boya, temizlik maddeleri, benzin gibi uçucu maddeler; toluen gibi çözücüler; eter, kloroform, nitrous oksid gibi anestetikler; bilinç durumunu değiştirmek için kötüye kullanılabilir.

Heterojenik bir grup olduğu için farmakolojik özellikleri ile ilgili genelleme yapmak mümkün değildir. Bazaar algılar ve halüsinasyonlara yol açarlar. Bazıları karaciğer ve böbrek üzerinde toksik etkiye sahiptir, bazıları kardiyak aritmilere neden olur. Tiner kullanımı periferik nöropati ve ilerleyici nörolojik bozukluklar, aerosol boyalar beyin hasarı yapar. Yoksunluk tablosu görülmez.

İnhalan Zehirlenmesi

Belirtiler

Davranışsal/Psikolojik Değişiklikler: Kavgacılık eğilimi, saldırganlık, apati, yargılama bozukluğu vb.

Bulgular:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1) sersemlik hissi | 8) koordinasyon bozukluğu |
| 2) nistagmus | 9) sendeleyerek yürüme |
| 3) letarji | 10) peltek konuşma |
| 4) termor | 11) reflekslerin yavaşlaması |
| 5) kas zayıflığı | 12) psikomotor retardasyon |
| 6) öfori | 13) stupor ya da koma |
| 7) görme bulanıklığı ya da çift görme | |

Tedavi

Özel bir tedavisi yoktur. Tedaviye genellikle adli nedenlerle gönderilirler ve moti- ve değildirler.

Fensiklidin ya da Benzeri Maddelerle İlgili Acil Durumlar

PCP (melek tozu) çoğunlukla sigaraya sarılarak içilen (burundan ya da intravenöz de alınabilir) ya da eroin içine karıştırılır. Bazı kişilerde agresif davranışlar ortaya çıkarır. Tipik olarak esrar ya da alkol gibi başka maddelerle birlikte kullanılır. Akut zehirlenme sırasında intihar görülebilir.

Fensiklidin Zehirlenmesi

Belirtiler

Davranışsal/Psikolojik Değişiklikler: Kavgacılık eğilimi, saldırganlık, dürtüsellik, öngörmezlik, psikomotor ajitasyon, yargılama bozukluğu vb.

Bulgular:

- 1) nistagmus
- 2) hipertansiyon ya da taşikardi
- 3) uyuşma ya da ağrı duyumunda azalma
- 4) konvülziyonlar
- 5) dizartri
- 6) ataksi
- 7) kas rijiditesi
- 8) hiperakuzi

Tedavi

Tedavi semptomatiktir, hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlamaya yöneliktir. Fensiklidin zehirlenmesinde hasta ile konuşarak yatıştırmaya çalışmak işe yaramaz. Hasta dış uyaranlardan uzak sakin bir odada tutulmalı ve saldırgan ise tespit edilerek 10-20 mg Diazepam ağızdan verilmelidir. Diazepam konvülziyonları durdurmada da etkilidir.

Bazı hastalarda tek PCP dozundan sonra haftalar süren bir psikotik dönem görülebilir. Antikolinerjik yan etkilerinin az olması nedeniyle güçlü bir antipsikotik olan Halloperidol her saat başı 5-10 mg IM verilmeli ancak yüksek dozlardan kaçınılmalıdır.

PCP zayıf bir baz olduğu için asidik mide sıvısında tutulur ve zehirlenme durumunda belirgin gastrointestinal resirkilasyon meydana gelir. Mide sıvısının emilmesi yarılanma süresini kısaltır. Nazogastrik yolla amonyum klorid ya da IV askorbik asit verilerek idrarın asiditesinin artırılması son yıllarda artık önerilmemektedir.

Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitiklerle İlgili Acil Durumlar

Benzodiazepinler, barbitüratlar ve glutethemid (Doriden) gibi barbitürat olmayan sedatifler bu gruptandır. Benzodiazepinlerle zehirlenme, yoksunluk ve deliryum durumları alkolinkine benzer. Ancak bu ilaçların alkol ile birlikte alınmaları klinik tabloyu karıştırmakta ve ağırlaştırmaktadır. Tıpkı alkol gibi demans, amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duyu durum bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu yapabilirler ve tedavileri benzerdir.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Koroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
- Arkonacı O. Acil Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1989.
- Hillard JR. Manual of Emergency Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
- Hyman SE. Manual of Psychiatric Emergency. Boston: Little, Brown and Company; 1984.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: William Wilkins, 1985.
- Okman T. Türkiye'de intihar istatistiklerinin metodolojisi, sistemi ve eğilimi. Kriz Dergisi 5: 43-57, 1997.
- Petit JR. Acil Psikiyatri El Kitabı. Çeviri: M Coşkun. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006.
- Yargıç İ, Özkan M. Acil Psikiyatri. E Adam, V Şar, R Tükel, A Üçok, O Yazıcı, editörler. Psikiyatri Ders Kitabı. İstanbul: Emek Matbaacılık; 1998.

16 Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp

SEDAT ÖZKAN, MİNE ÖZKAN

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleri ile bir bütündür. Bedendeki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler. Ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmalar da bedeni etkiler. Psikiyatri, doğa bilimlerinden sosyolojik bilimlere, antropolojiden felsefeye geniş ölçüde klinik tıp bilimlerinden davranış bilimlerine dek alanların verilerini irdeleyen bir tıp dalıdır. Bu çok yönlü ve geniş yelpazedeki ilgi alanı psikiyatrinin insan varlığına, hastalıklara ve insan mutluluk ve yaratıcılığına yaklaşım felsefesinin ve klinik uygulamasının temelini oluşturur. Hekimlik, teşhisleri tedavi etmenin çok ötesinde ve öncesinde hastalığı olan kişiyi bütüncül olarak anlamak ve yardımcı olmaktır. Hekimlik uygulaması, tıp ile psikiyatriyi, davranış bilimleri ile biyolojik bilimleri bütünlüyen bir anlayışı kavramayı ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıkları (biyopsikososyal) bir bütünlük içinde ele almayı ve çözümlemeyi gerektirir. Konuyu tek boyutlu araştırmak ya da kavramak değil, insan varlığına, hastalıklara ve tedavisine ilişkin biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Tarihsel Gelişim

Antik çağlarda fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında bir ayırım yapılmaz ve her ikisinin de tanrılar ya da şeytani ruhlarla ilişkili olduğuna inanılırdı. İlk defa Hipokrat (M.Ö. 460-370) hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalıklara yol açtığına işaret etmiştir. Hipokrat; “Baş olmayınca gözü, beden olmayınca başı tedavi edemediğimiz gibi, bedeni de ruhsuz tedavi edemeyiz.” diyerek psikosomatik tıbbın felsefesini özetlemiştir. 16. yüzyıldan başlayarak doğa bilimlerindeki gelişmeler, insan bedeninin de gözlem ve deneyle araştırılmasını gündeme getirmiş ve bilimsel tıp başlamıştır. 19. yüzyılın mekanik tıp anlayışı tüm hastalıkları hücresel patoloji zemininde gelişen yapısal ve işlevsel bozukluk olarak yorumlamış, medikal

model ağırlık kazanmıştır. 20. yüzyıldaki çoğu gelişme birçok ruhsal bozukluğun ve bedensel bozuklukların bazılarının, yapısal organik bozukluklarla değil, çeşitli duygusal ve çevresel zorlanmalarla ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur.

Psikoanalitik yaklaşımlar, bazı tıbbi hastalıkların kökeninde psikodinamik çatışmaların rolünü ortaya koymuş, bazı fiziksel belirtileri sembolik psikolojik anlamları içinde, psikolojik çatışmalarla yorumlamaya yönelmişlerdir. Tıbbi hastalıkların etyolojisinde genetik, edinilmiş biyolojik süreçler, çevresel, psikososyal ve sosyokültürel etkenler vardır.

Biyopsikososyal Sistem Yaklaşımı

Tıp ile psikiyatrinin çakıştığı ve bütünleştiği alanda, insan varlığına ve hastalıklara biyopsikososyal model içinde yaklaşma felsefesi ve klinik uygulaması esastır (Köknel, Veliöglu, Lipowski, Engel, Leihg).

Lipowski, konsültasyon- liyezon psikiyatrisinin getirdiği en önemli kavramsal katkının biyolojik, psikolojik, sosyal alanları birlikte bir sistem modeli içinde ele alan, bütüncü yaklaşım olduğunu belirtir. Psikosomatik tıp anlayışının çağdaş yorumunu ve biyopsikososyal tıp yaklaşımını ifade eden liyezon psikiyatrisi, çağdaş tıp bilimleri ile davranış bilimleri arasında 'bütünleyici' bir köprüdür.

KLP'nin bir sistem ve klinik alan olarak gelişmesinde önemli yapı taşları şöyledir:

a) Psikiyatri kliniklerinin ve hastalarının genel tıp ve hastane içinde ele alınması gerektiği anlayış ve uygulaması,

b) Psikosomatik tıp anlayışındaki gelişmeler,

Bu yüzyılın başındaki psikoanalitik yaklaşım ve özellikle psikobiyolojik ve bütüncül yönelimli yaklaşımlar liyezon psikiyatrisinin gelişmesine önemli katkı sağlamıştır. Bu süreçte yapı taşlarını oluşturan gelişmeler kısaca şöyle özetlenebilir:

* Cannon'un emosyonların fizyolojisine ilişkin bulguları,

* Alexander'in belirli psikosomatik hastalıklar ile özgül duygusal çatışmaların ilişkisine yönelik görüşleri,

* Wolf'un stresin psikofizyolojisine ilişkin çalışmaları,

* Dunbar'ın belirli psikosomatik hastalıklarda, belirli kişilik profilleri olduğu yönündeki gözlemleri,

* Selye'nin tüm tıp için geçerli olan yaklaşımı Genel Adaptasyon Sendromu 'stres-otonom sinir sistemi ilişkisi'.

Tanım

İşte 'Liaison' psikiyatrisi, kavramsal ve klinik açıdan insan varlığına, sağlığına ve hastalıklara biyolojik, psikolojik ve sosyal-çevresel bütünlüğü içinde ele alma, tanıma ve çözüm üretme çabasının çağdaş tıptaki uzantısıdır. Genel sistem kuramı anlayışını esas alan, klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile psikiyatri arasındaki işbirliğine dayanan, tıbbi durumlar ile psikişik durumlar arasındaki etkileşim ve bağlantıyı araştıran bir klinik psikiyatri alanıdır.

Liyezon psikiyatrisi ‘psikiyatrik-psikososyal tıp’ ‘kliniklerarası psikiyatri’, genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile işbirliğine dayanan, tıbbi durumlar ile psişik ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran, klinik tıp alanında fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik sendrom ve psikososyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan psikiyatri disiplini. Genel tıp ve klinik uzmanlık alanları ile psikiyatri arasındaki bağlantı ve işbirliğini yürüten bölümdür. Yalın olarak tıpta psikiyatri tıbbın psikiyatrisi olarak algılanabilir.

Lipowski, bir psikiyatri üst disiplin ve uzmanlık alanı olarak değerlendirdiği konsültasyon-liyezon psikiyatrisini şöyle tanımlamaktadır:

1- Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik tanılarının araştırılması, tedavisi, izlanması ve engellenmesi, klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması.

2- Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı) sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi.

3- Tıp ile psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılması.

Böylece temel işlevleri, psikiyatri dışı kliniklerdeki hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması (klinik), psikiyatrik-psikososyal tıp alanında eğitim, tıbbi hastalarda psikiyatrik-psikososyal araştırmalar olarak özetlenebilir.

Dünyada 1920’lerden bu yana genel hastanelerde bir sistem olarak uygulanan KLP, çağdaş tıptaki gelişmelere paralel olarak 1960’lardan sonra bilimsel bir disiplin olarak yaygınlaşmıştır. 1991 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi disiplinini psikiyatri üst uzmanlık alanı olarak onaylandıktan sonra, 2003 yılında Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi “Psikosomatik Tıp” bir bilim dalı ve üst uzmanlık alanı olarak en yaygın ve sistematik biçimde ABD’de kumsallaşmış, üst uzmanlık olarak onaylanmıştır.

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin Ülkemizde Gelişimi

Kültür tarihimiz ve kültürümüzde ruh sağlığının tarihsel gelişimine baktığımızda, Mevlana ve İbn-i Sina; beden, ruh ve beyin arasındaki bütünsel etkileşim ve ayrılmaz bütünlüğün önemini vurgulamışlardır. Anadolu’da Selçuklular döneminde, psikolojik ve fizyolojik bakımın bir arada olduğu “iyileştirme evleri” vardı. Anadolu’da 1200’lerde kurulmuş olan Gevher Nesibe Şifahanesi (Kayseri) tıp fakültesi ile psikiyatrisi birlikte barındırmış, ve burada akli dengesi bozuk olan hastalara müzik ve su tedavisi uygulanmıştır. Gevher Nesibe Şifahanesi, fiziksel ve ruhsal tedavi ve bakımı birleştiren kanaatimce dünyadaki ilk tıp fakültesi ve “liyezon” psikiyatrisi kliniğidir. Cumhuriyetin kuruluşu ve 1933 Üniversite reformu ülkemizde tıbbın çağdaşlaşmasında dönüm noktasıdır. Ülkemizde çağdaş anlamda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimleri’nin (KLP) öncüleri, 1970’li yıllardan 1990’lı yıllara kadar işlev gösteren psikosomatik üniteler olmuştur.

İlk kez 1989 yılında İstanbul Üniversitesi (İÜ) İstanbul Tıp Fakültesi (İTF) Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde, yüzyıla uzanan fakülter birikim ve deneyim içinde, psikiyatrideki gelişmeler doğrultusunda, psikiyatrik-psikososyal tıp anlayışı doğrultusunda, klinik, eğitim, araştırma objektifleri ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi kurulmuştur. 1994 yılından itibaren İstanbul, Ankara, İzmir, Erzurum, Trabzon, Adana gibi illerimizin üniversite kliniklerinde de KLP birimleri kurulmaya başlanmıştır. İÜ İTF KLP Birimi, 1997 yılında da Bilim Dalı olmuş, bunu 2000'li yıllarda Ankara Üniversitesi, Ege Üniversitesi ve Dokuzeülül Üniversitesi Tıp Fakülteleri izlemiştir.

Bu disiplin bir anlamda tıbbın ve tıbbi hastalıkların psikiyatrisidir. Genel klinik tıpta psikiyatri olup, birinci basamak, genel hastane ve uzmanlık alanlarındaki hizmet sunumu genel olarak şu alt basamaklarda incelenebilir:

* Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar (Kardiyoloji, endokrinoloji, romatoloji, nefroloji, göğüs hastalıkları vs.'de psikiyatri)

* Nörolojik hastalıklarda psikopatoloji

* Kanser ve psikiyatrik bozukluklar (Psikoonkoloji)

* Kronik hastalıkların psikiyatrisi, yaşam boyu tedavisi süren hastalıklara uyum

* Cerrahi girişimlerde psikiyatrik

* Organ kaybında ya da organ naklinde

* Ortopedi/fizik tedavi ve rehabilitasyonda

* Ağrı psikiyatrisi-ruhsal durum etkileşimi

* Kadın hastalıkları ve doğumun psikiyatrik yönleri

* Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların psikiyatrisi

* Ölmekte olan hastaların bakımında psikiyatrik sorunlar

* Psikosomatik bozukluklar

* Somatoform bozukluklar

Bir başka grupta, fiziksel hastalığı olmadığı halde fiziksel yakınmalarla doktor doktor dolaşan ve çoğul fiziksel yakınmalarla kendisini ifade eden depresyon olguları ve psikosomatik bozukluklar sıklıkla tanınmamakta, gereksiz tetkikler yapılabilmekte, hastalar sıklıkla yanlış yönlendirilmektedir.

Özetle, hiç aklımızdan çıkarmamalıyız ki ruhsal tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır.

Miyokard enfarktüsü geçiren hastalardan amputasyon ameliyatı geçirenlere kadar, kronik hastalığı olan hastalardan psikosomatik hastalıklara kadar ya da terminal dönemdeki hastaların kısacası tüm hastaların belirli durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamasına başvurması büyük önem taşır. Örneğin, kanseri olan bir hastayı ele alalım, kanser hastalığını tedavi ederken, hastanın bir birey olarak yaşadığı kaygı, ruhsal çöküntü ya da hastalığını inkar, tedaviyi reddetme ya da aşırı bağımlılık hali gibi tepkilerini anlayıp tedavi etmek, hekimlik anlayışının gereğidir. Miyokard enfarktüsü geçiren bir hastada da örneğin panik halini dikkate almazsanız, by-pass uygulanan bir hastanın ameliyat öncesi uyumunu sağlamazsanız, mastektomi uygulanan ya da amputasyon ameliyatı geçiren bir hastanın psişik du-

rumunu göz önünde bulundurmazsanız önemli bir tedavi boşluğu ortaya çıkaracaktır. Bazen bir tedavi ömür boyu sürebilmektedir. Örneğin hemodiyaliz tedavisi gören ve kronik böbrek yetmezliği olan hastanın makineye yaşam boyu bağlanmakla ilgili yaşadığı psikolojik sorunları ya da diyabetli bir hastanın kronik bir hastalıkla ömür boyu birlikte yaşamakla ilgili güçlüklerini değerlendirmemek, hastanın sağlığına dönük kapsayıcı bir tıbbi yaklaşımda kabul edemeyeceğimiz eksikliklerdir. Bu konuda o kadar çok örnek verilebilir ki, hamilelik ve doğum sonrası görülen ruhsal tepkiler, felç sonrası depresyonu, Cushing hastalığındaki depresyon, sistemik lupus eritamatözisteki psikotik bozukluk, intihar girişimiyle başvuran bir hastada sadece fiziksel işlevleri düzeltip, ruhsal tedavi ve desteği sunmamak; sağlık anlayışına, tedavi ve bakım ilkelerine uymayan bir yaklaşım olur. Genel hastane psikiyatrisi uygulamamızda yeni tedavi yöntemlerinin (kemoterapi, IVF) ve ilaçların psikiyatrik komplikasyonlarını ele almak da önemli bir yer tutmaktadır.

Fiziksel hastalıkların birçoğunda davranışsal, duygusal, bilişsel ve kişilerarası tepkiler gelişir. Gelişen psikososyal tepkiler, hastalık, hasta, aile ve hekim için yeni güçlükler yol açar. Fiziksel hastalığın kendisi beyin işlevlerini bozarak, ciddi ruhsal bozukluklara yol açabileceği gibi, hastalığın algılanması ve hastanın yaşam alanlarına etkisine bağlı olarak da ciddi ruhsal bozukluklar; depresyon, anksiyete bozukluğu vb gelişebilir. Psikopatolojik tepkiler, fiziksel hastalığın görünümünü, şiddetini, ortaya çıkışını, gidişini etkiler. Tedavide kullanılan ilaçlar, ileri tanı ve tedavi yöntemlerinin; açık kalp ameliyatı, organ nakli, hemodiyaliz, katater uygulamaları, yoğun bakım vb. psikiyatrik yan etkileri ve komplikasyonları söz konusudur.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında, psikiyatri ile diğer klinik tıp disiplinleri arasındaki işbirliği gerektiren alanlar ana psikiyatrik bozukluklarla sınırlı değildir. Akut organik durumlar, her türden duygudurum bozuklukları, uyum güçlükleri, psikoseksüel sorunlar, mevcut fiziksel durumla açıklanamayan ya da oransız yakınmalar, hastanın uyumunu ve işbirliğini, hastalığın seyrini olumsuz etkileyen davranışsal, duygusal, kişiliğe ya da ortama ilişkin tüm sorun alanları psikiyatrik yardım ve işbirliğini gerektirir. Fiziksel hastalıklara, organik mental, psikososyal, psikofizyolojik, davranışsal, uyum ile ilgili boyutları ile biyopsikososyal bütünlük içinde yaklaşmak gerekir.

Fiziksel Durum ile Ruhsal Durum Arasındaki Etkileşim Şekilleri

- a) Fiziksel ve ruhsal bozuklukların rastlantısal birlikteliği.
- b) Ortak bir sebebe bağlı fiziksel ve ruhsal bozukluğun gelişmesi.
- c) Fiziksel hastalığın psikiyatrik komplikasyonları.

Fiziksel durumlar ile ruhsal hastalık arasındaki ilişki iki şekilde olabilir. Mevcut fizyopatolojik süreçler, beyin işlevlerini etkileyerek psikiyatrik bozukluğa yol açabilir. Psikiyatrik sorun, fiziksel hastalık, hastane ortamı, tedavi yöntemlerine psikolojik-davranışsal bir tepki olabilir.

- d) Psikiyatrik hastalığın fiziksel komplikasyonları.
- e) Fiziksel hastalığın psikolojik sebepleri (psikosomatik).

Medikal-Psikiyatrik Durumların Etkileşim Biçimleri

Tıbbi durumlar ile psikiyatrik durumlar arasındaki etkileşim eksenleri şöyle kavramsallaştırılabilir:

1. Etiyopatogenez boyutunda (psikosomatik ve veya somatopisşik),
2. Davranışsal boyut,
3. Tedavi süresi,
4. Uyuma ait süreçler,

Genel Tıpta Psikiyatrik Bozukluklar

Psikopatolojinin tıbbi birimlerce erken, doğru ve yeterince tanınmaması hatta yanlış tanınması, genel hastane psikiyatrisinin en önemli ve güncel sorunlarındandır. Hastalığın davranışsal, ruhsal durumunu da dikkate alma anlayışının yeterince benimsenmemesi, psikiyatrye ilişkin yargılar, eğitim eksikliği, bilimsel olmayan tutumlar, psikiyatryi alternatif görme alışkanlığı bu güçlüğü yaratan faktörlerdendir. Her hastada ruhsal sorunların veya bozuklukların geliştiğı düşüncesi de, bunların gelişmesinin doğal, beklenen bir durum olduğu düşüncesi de yanlıştır. Sağlıklı ya da normal bir uyum tepkisi ile açık ruhsal bozuklukları ayırt etmek ve hastada varolan tablonun oluşumunda, ortaya çıkışında ve tedavisindeki fiziksel-ruhsal etki-leşimi anlayabilmek gerekir.

Genel tıpta psikiyatrik bozukluklar bu alt gruplarda tanımlanabilir;

- * Hastalığa duygusal tepkiler
- * Uyum bozuklukları
- * Organik beyin sendromları ‘deliryum- demans yelpazesi’
- * Depresif hastalık
- * Anksiyete bozuklukları
- * Psikotik bozukluklar
- * Somatoform bozukluklar
- * Psikofizyolojik bozukluklar
- * Kişilik değışiklikleri-bozukluklar
- * Alkol-madde kullanımına ilişkin bozukluklar
- * Dürtü, davranım, uyku bozuklukları
- * Cinsel işlev bozuklukları

Genel toplumun %15’inde ruhsal bozukluk gösterilmiş iken, genel hastanedeki hastaların %30-60’ının önemli ruhsal bozuklukların olduğu ve bu bozuklukların tıbbi hastalığa ikincil olarak geliştiğı belirtilmiştir. Çeşitli kliniklere başvuran hastaların %20-50’inde fiziksel hastalık yanında, tedavi gerektirecek düzeyde psiki-yatrik ve psikososyal rahatsızlık vardır.

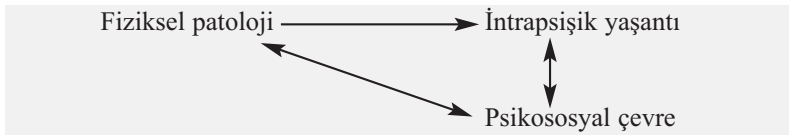
Hastalığa duygusal tepkiler; Her fiziksel hastalık bir krizdir. Hastaneye yatırılma ve hastalığa bağlı olarak kişi bedensel yanında ruhsal zorlanmalar yaşar. Bunlar; narsisistik bütünlüğü tehdit altında hissetme, yabancılar korkusu, ölüm korkusu, ayrılık kaygısı, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceğı korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceğı endişesi, vücut işlevlerini ya da bu işlevler üzerinde dene-timini kaybedeceğı endişesi, suçluluk, cezalandırılma endişe ve tepkileri, hastalığı-na ilişkin duygusal sorunlar (üzüntü, endişe, korku, kaygı, depresyon), hastaneye

uyum sorunları, uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği, hastanın bağımlı hale gelmesi, bağımsızlığını kaybedeceği korkusu, ailesinden uzak kalması, yakınlarıyla ilişki kuramaması, tedavi için gereken tetkik, ilaç masrafları karşılamama, ekonomik güçlükler, gelecek endişesi, sosyal kayıplardır. Eski çatışma ve çözümlenmemiş odak noktaları belirgin hale gelir.

Fiziksel hastalık, bireyde, basit ve doğal sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, narsisistik bütünlüğün tehdit edildiği duygulanımına dek tepkiler uyandırır. Hastalığa, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişmekle birlikte, hastalığa karşı gelişen duygusal tepkilerin en yaygın olanları şunlardır: Matem reaksiyonu, depresyon, kaygı, inkar, öfke, gerileme ve bağımlılık, suçluluk, hostilite, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, reddedici olma ve karşı gelme, anksiyete, stres ve güçsüzlüktür. Kayıp tepkisi ile gerçekçi kabulleniş arasında çeşitli evreler vardır.

Hastanın tepkisi fiziksel hastalığın özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, psikososyal çevrenin desteği ve etkileşim özelliklerine göre şekillenir. Fiziksel hastalığın ne olduğu, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hasta için bunların sembolik anlamı, fiziksel işlev kaybı ve bu kayba ilişkin hastanın değerlendirmesi, kaybın kişisel anlamı ve önemi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, kişilik yapısı, gelişimsel faktörler, inançlar, tutumlar, daha önceki zorlanmalara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları, ailenin hastalığa tepkisi da o sırada vereceği duygusal cevapları değerlendirmede yardımcı olabilir. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, değerlendirdiği, belirtilere karşı koyduğu ya da koymadığı davranış ve tutumlar hastalık davranışını belirler. Yani, fiziksel hastalıkta gelişen tepkilerde;

- 1- Fiziksel hastalığın özelliklerine
- 2- Hastanın bir birey olarak özelliklerine
- 3- Psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur.



Bu üç alan arasındaki etkileşim duygusal tepkiyi belirler. Her fiziksel hastalıkta, hastalığa tepkileri değerlendirirken şu üç katman arasındaki etkileşim dikkate alınmalıdır

Bu çerçevede hastalık dinamikleri şöyle tanımlanabilir :

I. Biyolojik

- * Kalıtsal yapısal etkenler
- * Temel fizyolojik süreçler
- * 'Gerçek' işlev kaybı
- * Etkilenen organ 'amputasyon, mastektomi gibi'
- * Hastalığın nitelik ve şiddeti
- * Hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam evresi

II. Psişik

- * Hastalığı algılama şekli
- * Kişilik yapısı
- * Benlik savunma düzenekleri
- * Streslerle baş etme gücü ve stili
- * Obje ilişkilerinin olgunluğu
- * Yaşam dönemi
- * Daha önceki psikiyatrik ve psikososyal uyum yetenek ve öyküsü
- * Daha önceki hastalık yaşantılaması ve ilişkisi (deneyim ve tutumlar)
- * Yaşam idealleri

III. (Psiko) Sosyal

- * Medeni durumu
- * Aile ilişkilerinin dinamiği
- * Kişisel-kültürel tutumlar
- * Değer yargıları
- * Aile ve toplumdaki yeri ve statüsü
- * Ailenin ve toplumun mevcut hastalığa ilişkin tutumları
- * Kişilerarası, profesyonel ve mesleki uyum ve işlevleri

Genel Tıpta Depresyon

Genel klinik tıpta depresif hastalık en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Epidemiyolojik çalışmalar, fiziksel hastalığa ve benimsenen depresyon tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte %12-36 oranında depresyon geliştiğini ortaya koymaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalarda fiziksel hastalıkların ortalama %33'ünde orta şiddette depresyon, %27'sinde major depresyon ortaya çıkmaktadır. Yatarak tedavi gören tıbbi hastalıklardaki araştırmalarda %30-58 oranında depresif belirtiler, %30'unda orta şiddette depresyon, %11 oranında major depresyon oranı sıklığı bildirilmektedir. Bu hastaların %25'inde depresyon fiziksel hastalık öncesinde ortaya çıkmaktayken, %75'inde depresyon, fiziksel hastalıklardan sonra hastalığa ve etkilerine tepki biçiminde gelişmektedir.

Yatan hastalarda depresyon sıklığının daha fazla olması fiziksel hastalığın şiddetinin artmasıyla depresyon riskinin yükseldiğini düşündürmektedir. Tıbbi hastalarda ortaya çıkan depresyonun hastaya ilişkin sosyodemografik özelliklerden önce, fiziksel hastalığın niteliği ve şiddeti ile ve hastalığın neden olduğu psikososyal tanılar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Genel tıpta depresyon, en yaygın ruhsal durum olmakla birlikte, çoğunlukla bu durum tanınmaz, fark edilmez ve tedavi edilmez. Bunun hekimlerin eğitimi, hastalık ve hastaya bakış açısı, hastaların kendilerini ifade biçimi, sağlık sistemindeki yapılanma, toplumun hastalıklara ve hastaya bakış açısı ile ilgili çok değişik sebepleri vardır.

Ortaya çıkan tabloyu 'ya organik, ya ruhsal' diye düşünmek önemli bir hatadır. Klinik olarak düşündüğümüzde depresyon, fiziksel hastalığın komplikasyonu olabilir, sebebi olabilir, rastlantısal birliktelik olabilir, etkileşimsel birliktelik olabilir.

Yani;

* Fiziksel ruhsal bozuklukların rastlantısal birlikteliği olabilir. Depresyon fiziksel hastalığın baş edilmesini güçleştirir, komplikasyonlarını artırır, fiziksel durum ruhsal bozukluğun seyrini etkiler. Örneğin; depresyon+l enfoma gibi.

* Ortak bir sebebe bağlı olarak fiziksel ve ruhsal bozukluğun gelişmesi biçiminde olabilir. Örneğin; endojen depresyon+pankreas kanseri gibi.

* Fiziksel hastalığın psikiyatrik komplikasyonu olabilir ki, fiziksel hastalığın kendisi ve/veya tedavi yöntemleri psikiyatrik bozukluğu ortaya çıkarabilir. Mevcut fizyopatolojik süreçler beyin işlevlerini bozarak depresyona sebep olabilir. Depresyon, fiziksel hastalık, hastane ortamı, hastalığın etkisi ve yaşantıya getirdiği ya da algılanan sınırlılıklara karşı psikolojik-davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir. Sıklıkla her iki türden etkileşim vardır. Örneğin, felçlerden sonraki ilk altı ayda gelişen depresyon gibi.

Her hastada depresyon geliştiği düşüncesi de, depresyon gelişmesinin doğal, beklenen bir durum olduğu düşüncesi de yanlıştır. Sağlıklı ya da normal bir uyum tepkisi ve açık ruhsal bozuklukları ayırt etmek gerekir. Tıbbi hastalarda depresyonun etiyojisi, tanı ve tedavisinin özgün yöntemleri vardır. Biyolojik durumu dikkate almadan, ruhsal işlevleri bütüncül kavrayamayız.

Fiziksel hastalıklarda depresyon gelişiminde, biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktör vardır. Bunlar;

* Hastalığın kendisi ‘fiziksel hastalığın niteliği ve seyri’

* Nörobiyolojik ‘endokrin, hormonal, nütrisyonel, elektrolit’ etkiler

* İlaçlar ‘kortikosteroidler, antihipertansifler, hormonlar, antikanser ilaçları, anititbc ilaçları, oral kontraseptifler’

* Kişinin uyum yetenekleri, hastalık öncesi kişilik ve yaşamı ve sosyal çevresi

* Psikolojik tepkilerin özellikleri

Fiziksel hastalığın neden olduğu kriz, narsisistik zedelenme, kayıp algısı, kişinin öz-saygı ve beğenisini zedeler. Fiziksel hastalığa ilişkin kayıp algısı ve umutsuzluk yaşantılaması “psikolojik yas”, depresyonun gelişmesinde rol oynar. Özsaygı azalması, depresyonun gelişiminde zemini hazırlar. Fiziksel hastalık ya da hasar durumlarında akut ya da kronik hastalıklarda, organ kayıplarında vücut imajı, kendilik değeri zedelenir. İş, aile, sosyal yaşam, ilişkileri etkilenir, bilinmeyen örtülü çatışmalar ‘Benlik enfarktı, işlevsellikte azalma, kayıp algısı’ ortaya çıkar. Hastalığı nasıl algıladığı, baş etme stili, çevre destek sistemleri, etkilenen organın sembolik anlamı, algısı hastanın yaşam dönemi, zorlanmaya verilen cevap biçimleri, uyum potansiyeli, benlik gücü, sosyal çevrenin hastayı ve hastalığı algısı önemlidir. Bunlar depresyon gelişiminde rol oynar.

Depresyon araştırmaları yaşam olayları ile depresyonun gelişimi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Psikososyal zorlanmalar ve zorlayıcı yaşam olaylarının depresyon gelişimindeki etkisine göre fiziksel hastalıkların kişinin ruh sağlığına etkisi çok daha dramatiktir. Kanserden MI’ya, koroner by-pass’tan mastektomiye kadar elem, çaresizlik duygusu, kayıp yaşantısı, yaşam olaylarının sarsılması, narsisistik zedelenme bir tür benlik enfarktüsüne neden olur. Hastalarımızın ifadesiyle “bedenim bana ihanet ediyor” şeklinde yaşanmaktadır. İnsanın son tahlilde kendi özgür iradesi içinde ve en önemli olan özvarlığının kendisine darbe vurmasıdır.

Depresyonun kendisi tıbbi hastalığa benzer bedensel belirtiler gösterebilir. Fiziksel hastalıklarda depresif sendrom ile fiziksel hastalıklarda depresif belirti ve bulguların ayırıcı tanısına dikkat edilmelidir. Depresyon tanısında bedensel 'vejetatif' değil, bilişsel bulgular yardımcıdır. Tıbbi hastalarda depresyon tanı ve ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken unsurlar vardır;

* Fiziksel hastalığa doğal beklenen tepki ile aşırı uygunsuz ya da patolojik durumun ayırt edilmesi

* Bazı belirti ve bulguların tıbbi hastalığa bağlı bedensel bulgular mı, depresyona bağlı psikofizyolojik bulgular mı olduklarının ayırt edilmesi ayırıcı tanıda önemlidir.

Depresyon Belirtileri Şunlardır: '2 haftadır devam eden'

* Depresif duygudurum ve görünüm

* Sık ve kolay ağlama davranışı

* Sosyal geri çekilme

* Karamsarlık, acı çekme

* Hastalığı ceza gibi algılama

* Kendini çevreye yük olarak algılama

* Çevresel olaylara tepkisizlik

* Olumsuzlukları ve engellenmeleri felaketçi yorumlama

* İlgi ve zevk duygusunda azalma

* Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri

* Huzursuzluk veya sinirlilik

* Sürekli kaygı

* İntihar, ölüm düşünceleri

* Psikomotor retardasyon veya ajitasyon

* Yorgunluk ya da enerji kaybı

* Uyku ve iştahta değişim

Tıbbi hastalık, depresyonun vejetatif bozukluklarına benzer belirtiler ortaya koyabileceği gibi, depresyon fiziksel hastalığı andıran psikosomatik ve vejetatif bozukluklara yol açabilir. Bu nedenle, fiziksel hastalıklarda depresyon tanısında uyku, iştah bozukluğu, anoreksi gibi vejetatif belirtilerden çok, afektif ve bilişsel belirtiler esas alınmalıdır. Bu nedenle fiziksel hastalıklarda depresyon tanısı koymak için çeşitli görüşler geliştirilmiştir.

Tıbbi Hastada Major Depresif Bozukluk Ölçütleri:

Aşağıdakilerden en az beşinin 2 haftadan fazladır devam ediyor olması belirtilerden en az birinin depresif duygu durumu veya anhedoni olması gerekir.

(Fiziksel hastalıkla ilişkili bedensel belirtileri dikkate alma)

1- Yaygın ve sürekli depresif duygu durumu

2- Hemen hergün ve yaklaşık gün boyu devam eden ilgi alanları ve etkinliklere dönük yaygın ilgi ve zevk duygusu azalması 'özellikle insanlar arası ilişkide ilgi azalması'

3- Değersizlik duyguları veya uygunsuz suçluluk duyguları 'kişi durumu hakkında değil, kendisi hakkında kötü hissetmektedir' 'hastalığı, işlediği yanlışlıklar için ceza gibi algılama'

4- Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri 'ölüm korkusu değil', belli bir planı içermeyen intihar düşünceleri veya intihar girişimi.

5- Organik mental bozukluk, hastalık ve tedavi yöntemlerine bağlı açıklanamayan düşünce yetisi ve dikkati odaklaştırmada azalma, kararsızlık.

6- Hemen hergün psikomotor retardasyon veya ajitasyon ‘sadece huzursuzluk veya yavaşlama değil’

7- Hasta, yeterli olmasına rağmen tedaviye katılmıyor, tıbbi durum düzelmesine rağmen kendini iyi hissetmiyor veya tıbbi durumun el verdiğiinden daha alt düzeyde işlevsellik gösteriyorsa. Afektif ve bilişsel belirtilerle ilişkili ve orantılı olarak.

8- Kilo kaybı veya kilo artımı (%5)

9- İnsomni veya hipersomni ‘hemen hergün’

10- Yorgunluk veya enerji kaybı ‘fiziksel hastalık veya tedavilere bağlı olmayan bu ölçüt yatan yada terminal hastalarda kullanılmamalıdır’

Depresyon tanısında esas alınabilecek çekirdek afektif ve bilişsel belirtiler şöyledir.

Başarısızlık duyguları,

İlgi kaybı,

Cezalandırılma hissi,

İntihar düşünceleri,

Karar verme güçlüğü,

Ağlama hali,

Haz yetisinin kaybı

Bu belirtilerin yoğunluğu, süresi, şiddeti, yaygınlığı, sürekliliği, genel sosyal ve fizyolojik işlevleri bozma derecesi, fiziksel durumla ve psikososyal güçlüklerle ilişkisi tanı ve ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Depresyonun Klinik Görünümleri

Fiziksel hastalıkta ortaya çıkan depresyonun birincil major depresyondan farklılıkları vardır. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon geç yaşta ortaya çıkmakta, EKT’ye daha iyi yanıt vermekte, taburculuğu takiben iyileşme daha hızlı olmakta, bilişsel belirtiler tabloya hakim olmakta, ailede daha az alkolizm ve depresyon öyküsü bulunmakta, intihar düşünceleri ve eylemi daha az gözlenmektedir. Belirtiler daha çok, ölmüş olmayı dileme, intihar düşünceleri, suçluluk duyguları, disfori, distraktibilite, ümitsizlik, içe kapanmadır.

Fiziksel Hastalığa Eşlik Eden Depresyonun Sonuçları

Tıbbi hastalarda depresif belirti ve sendromlar yaygın olmakla birlikte çoğunlukla tanınmazlar. Oysa ki, fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon;

* hastaların uyumunu,

* tedaviye yanıtını,

* fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler.

* depresyondaki kişilerde sağlık harcamaları,

* işten uzaklaşma

* ölüm oranları daha yüksektir ve yaşam kalitesi ileri düzeyde bozulmaktadır.

Silverstone (1990), akut olarak yaşamı tehdit eden bedensel hastalığı olanlarda depresif duygu durumunun mortalite ve morbiditeye etkilerini araştırdığı çalışmasında, depresif hastaların %47'sinde ölümcül komplikasyonların ya da ölümlerin olmasına rağmen, depresif olmayanlarda bu tür komplikasyon ya da ölümlerin %10 oranında gözlendiğini belirtmiştir. Fiziksel hastalığı olanlarda artmış mortalite ve morbidite oranları muhtemelen nöroendokrin ve immun sistemdeki değişimlere bağlıdır. Depresyonda mitojen uyarısına azalmış lenfosit cevabı, öldürücü hücre (killer cell) aktivitesinde azalma ve nötrofil aktivitesinde bozukluk gözlenmiştir. Ayrıca immun baskılanma depresyonun şiddeti ile yakından ilişkilidir. Biyolojik ölçütlerin yanı sıra fiziksel hastalığı olan depresif hastalarda morbidite ve ölüm oranlarının artmasında depresif hastanın tıbbi tedaviye motivasyon ve uyumunun azalması da katkıda bulunmaktadır. Tedaviye uyum zorluğu, yeni komplikasyonların gelişmesi ve morbidite oranlarının artması, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.

Fiziksel hastalıklarda depresyon tedavi edilebilir, depresyonun "beklenebilir" "anaşılabilir" olması tedavi gereksinimini reddettirmez. Depresyon zamanında başvuru ve uygun yöntemler ile rahatlıkla tedavi edilebilir. Bu hastaların tedavisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında uzmanlaşmış psikiyatristler ile işbirliği tedavide başarı oranını arttıracaktır. Depresyonun tedavisi sadece ruh sağlığına yardımcı olmayacak, hastanın genel sağlığına, uyumuna, yaşam kalitesine, fiziksel hastalığın seyri- ne, morbiditesine yani bütüncül sağlığına ve mutluluğuna önemli etki edecektir. Fiziksel tedavi ve uyumuna yardımcı olmak bir bütün oluşturmaktadır. Fiziksel hastalıklarda ruhsal sorunları tanımak ve tedavi etmek sağlık anlayışının doğal gereğidir.

Tıbbi Hastalıklar ve Depresyon

Tıbbi hastalıklar ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Çok sayıda çalışmada depresyonun hipertansiyon, kalp hastalıkları, kanser, inme, diyabet gibi hastalıklar için başlatıcı bir faktör olabileceği bildirilmiştir. Yani, depresyon tıbbi duruma öncülük edebilir ya da hastalığın erken belirtilerinden olabilir. Depresyon fiziksel hastalığı takiben ortaya çıkabilir. Bu tür vakalarda depresyon hastalığın patofizyolojik bir sonucu ve/veya hastalığa psikolojik bir reaksiyon olabilir.

Depresyona Neden Olabilen Tıbbi Durumlar

Endokrin Bozukluklar

Hipertiroidi
Hipotiroidi
Cushing Sendromu
Addison Hastalığı
Hiperparatiroidi
Hiperprolaktinemi
Feokromasitoma
İnsulinoma

Maligniteler

Beyin Tümörleri
Akciğer ve Pankreas Karsinomları
Lenfoma
Karsinoid Sendrom
Nörolojik Hastalıklar
İnmeler
Parkinson Hastalığı
Alzheimer Hastalığı

Diyabet	Multipl Skleroz
Premenstural Sendrom	Epilepsi
Menopoz	Migren
Metabolik Hastalıklar	İmmunolojik Hastalıklar
Elektrolit Dengesizliği	SLE
Karaciğer Yetmezliği	Romatoid Artirit
Böbrek Yetmezliği ve Diyaliz	PAN
Amiloidozis	Sarkoidozis
Gut	Dev hücreli Arterit
Porfiri	Kalp-Damar Hastalıkları
Anemi	Post MI
Vitamin ve Mineral Eksiklikleri	Hipertansiyon
Berberi	Hipoksi
Hipervitaminöz	Koroner by-pass
Pellegra (Nikotinik Asit)	Diğer
Pernisiyöz anemi	İşitme ve Görme Sorunları
Wernicke Ansefalopatisi	Kronik Ağrı
Hiperkalsemi	Deri Hastalıkları
Hipomagnezemi	Cerrahi Operasyonlar
Enfeksiyonlar	Organ Nakli/ Ampütasyon
Nörosifiliz	İlaç ve Maddeler
Hepatit	Ethoruximide Phenytonin
Ebstein-Barr Virüsü	Antikonvülzanlar
Tüberkiloz	Oral Kontraseptifler
Bruselloz	Kortikosteroidler, Tiroid Hormonları
Ensefalit, İnfluenza	Psikotrop İlaçlar
AIDS	Barbitüratlar, Antihipertansifler
	Propranolol, Methylidopa
	Antitüberkiloz ilaçlar: INH
	Alkol, Organofosfat İnsektisitler
	Ayrıca; Anfetaminlerin, Barbitüratların,
	Kortikosteroidlerin, Kafein, Nikotin,
	Kokain ve Diazepam'ın da Kesilmesi
	Depresyona yol Açabilir.

Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastaların uyumunu, tedaviye yanıtını, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler. Depresyondaki kişilerde sağlık harcamaları, işten uzaklaşma ve ölüm oranları daha yüksektir ve yaşam kalitesi illeri düzeyde bozulmaktadır.

Tedavi Yaklaşımları

Depresyon zamanında başvuru ve uygun yöntemler ile rahatlıkla tedavi edilebilir. Bu hastaların tedavisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında uzmanlaşmış psikiyatristler ile işbirliği tedavide başarı oranını arttıracaktır. Depresyon tedavisi bu anlamda bütüncül ve entegratiftir. Hastalık değil, hasta merkezli yaklaşım gereklidir.

Fiziksel hastalığa eşlik eden majör depresif sendrom tanımlayan hastalarda, hızlı ve yoğun bir tedavi başlanmalıdır. İlk aşamada tanı ve ayırıcı değerlendirilmesi te-

davi tercihleri açısından en önemlisidir. Bedensel uyum ve dengesinin sağlanmasıyla, ruhsal uyum ve dengenin sağlanması arasında bir uyum vardır. Bu ilişkiyi kavramak, bilimsel ve insancıl yaklaşım gerektirir. Organik hasar üzerinde odaklaşıp, insan deneyiminin psikolojik boyutlarını dikkate almamak hekimlik anlayışına uymaz. Öte yandan, sadece insancıl yaklaşım, yeterince bilimsel donanımdan yoksunsa etkin ve yararlı olamaz. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon, erken fark etme, uygun yaklaşım ve tedaviyle ileri ölçüde düzelmektedir.

Tedavi programı biyolojik tedavileri ‘psikofarmakoloji ve EKT’, kriz müdahale psikoterapisini ve psikososyal tedavileri birlikte içermelidir. Psikoterapi ‘bilişsel, davranışçı, interpersonal, psikoanalitik, destekleyici’ etkilidir. Kuşkusuz, her olguda bilgilendirme, anlayış, empati, gerçekçi güvence vermeyi içeren psikolojik yaklaşım önceliklidir. Hastanın duygularını ifade etmesini cesaretlendiren, özgüvenini destekleyen yaklaşım esastır. Sistematik psikoterapi uygulamalarında akut olgularda ‘organ kaybı, kanser vb.’ kriz müdahale psikoterapisi, kronik fiziksel hastalıklarda ise bilişsel yönelimli psikoterapi tercih edilmelidir. Organik duygudurum bozukluğu şeklinde çıkan depresyon olgularında ise alttaki fizyopatolojik bozukluğun düzeltilmesi önceliklidir.

Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete, hoş olmayan heyecansal endişe, kaygı halidir. Anksiyete, duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı hali olup, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşikleri vardır. Benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygu durumudur ve bir sinyaldir (Freud). Davranışsal açıdan bir koşullanma ve yanlış öğrenmedir. Anksiyete, kişinin kendini tehlikede ve emniyetinin yeterli olmadığını hissetme durumudur. Fiziksel hastalığın getirdiği engellenmeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut oran ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığın anlam, önem ve sembolik öznel algısı ve çeşitli gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler, kişide anksiyete yaratır. Anksiyete bozukluklarının genel nüfustaki yaygınlığı %4-7 olarak bildirilmişken, tıbbi hastalardaki oranının ve yaygınlığının daha yüksek olduğu ‘%10-%20’ kabul edilen bir bulgudur. Genel olarak psikiyatrik konsültasyon istenen olguların %5-18’ini anksiyete tabloları oluşturmaktadır. Öte yandan anksiyete nörozu hastaların fiziksel yakınmalar nedeniyle hastaneye daha sık başvurduğu bildirilmiştir. Ciddi, akut, yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Hastalığın anlam ve önemine ilişkin bilinç dışı unsurlar, kişilik organizasyonu, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, anksiyetenin gelişim ve şiddetinde etkilidir. Tıbbi servislerde anksiyetenin önemli bir nedeni de hastalık hakkında bilgi eksikliğidir. Hastalığın niteliği, tedavi yöntemleri ve servisin yapısı da tıbbi hastalarda anksiyetenin şiddetini etkiler.

Tıbbi hastalarda anksiyeteyi değerlendirirken; hangi noktada tıbbi hastalık yaşıntılanmasına ilişkin gerçekçi endişe biter, nerede psikopatolojik bir sendrom olarak anksiyete başlar ayırd etmek kolay değildir. Kaygı ve uyanıklık, gerginlik hali,

bir ölçüde zorlanmaya bir yanıt olarak doğaldır ve uyuma dönük baş edebilme için geçerlidir. Ancak kaygı hali, belirli ve gerçek bir uyarandan bağımsız ya da oran-sız ise, otonomik bir seyir kazanınca, şiddeti kişinin günlük yaşantısını bozacak dü-zeyde ise, geçici değil süreklilik kazanmış ise, uyumu daha da güçleştirmişse, kay-gı ile baş etmede olumsuz davranış ve savunmalar gelişmiş ise, normal sınırlar aşılmış ve psikopatolojik bir durum gelişmiştir. Klinik uygulamada bedensel yakınma-lar çok şiddetli ve yakınmalar tıbbi hastalık ile orantılı değil ise, kaygı ve yakın-maların ortaya çıkışı ve şiddeti, psikopatolojiye ilişkin afektif ve bilişsel belirtiler ile ilişkili olabilir ve bu anksiyete bozukluğu açısından anlamlı ve dikkat çekicidir.

Tıbbi hastalarda ortaya çıkan kaygı ve sıkıntı halleri, bu hastalarda kaydedilen örneğin, yüksek ateş gibi, genel ve özgül olmayan bir bulgudur. Anksiyete, fiziksel hastalığa, tıbbi ortama ya da tedavi uygulamasına ikincil gelişebilir. Akut ve duru-ma özgü olabileceği gibi, bir kişilik özelliği de olabilir. Tıbbi hastada anksiyeteyi değerlendirirken, alttaki biyolojik faktörleri, eşlik eden psikiyatrik durumu davra-nışsal ve sosyal dinamikler içinde, hastayı bir bütün olarak ele alıp tanıya varmak mümkündür. Tıbbi hastalardaki anksiyete şu dört şekilde olabilir;

1- Organik anksiyete bozukluğu. Bu durumda anksiyete tıbbi hastalığın ve/ve-ya ilaçların bir komplikasyonudur.

2- Bir başka psikiyatrik hastalığın belirtisi olabilir. Depresif hastalık, fobik du-rumlar, obsesif-kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu, psikotik duru-mlar, OBS, borderline kişilik bozukluğu vb. durumlarda anksiyete bir belirti olarak sıklıkla gelişir.

3- Hastalık ve/veya hastanede yatıyor olma durumuna ilişkin streslerle ilgili, psikojenik reaktif anksiyete bozukluğu.

4- Geçici bir durum olarak anksiyeteli uyum güçlüğü.

Anksiyetenin tıbbi sebepleri:

Organik anksiyete sendromu yapabilme potansiyeli yüksek, tıbbi hastalıkların bazıları şunlardır:

- * Angina pectoris
- * Kardiyak aritmiler
- * Hipoglisemi
- * Hipertiroidizm
- * Hipokalsemi
- * Hipoksi
- * Mitral kapak prolapsusu
- * Feokromasitoma
- * Sedatif ve uyuşturucu yoksunluk sendromu
- * Cushing hastalığı ve sendromu
- * Addison hastalığı
- * Insulinoma
- * SLE
- * Anemi

- * Anafilaksi
 - * Pankreatik karsinom
 - * Karsinoid sendrom
 - * KOAH
 - * Pulmoner ödem
 - * Ansefalopatiler
- Anksiyeteye neden olabilme potansiyeli olan ilaçlar.
- * Sempatomimetik ve stimülan maddeler
 - * Alkol yoksunluğu
 - * Aminofilin
 - * Antihipertansifler
 - * Kafein
 - * Antikolinerjikler
 - * Levodopa
 - * Digital(toksisite)
 - * Efedrin, epinefrin
 - * Halüsinojenler
 - * Nöroleptikler (akatizi)
 - * Nikotinik asit
 - * Streoidler
 - * Teofilin
 - * Tiroid preparatları

Anksiyete, fiziksel hastalığa, tıbbi ortama ya da tedavi uygulamalarına ikinci gelişebilir. Böyle bir hastada öncelikle anksiyetenin fiziksel hastalığa ve ilaçlara bağlı sebepleri olup olmadığı ayırt edilmelidir. Anksiyete hali, akut ve duruma özgü olabileceği gibi, kronik bir tutum, davranış özelliği de olabilir. Başlıbaşına bir psikiyatrik bozukluk olabileceği gibi, fizyolojik işler bozukluğuna, bir diğer psikiyatrik hastalığa veya ilaçlara ikincil gelişmiş de olabilir. Bunlardan da öte, doğrudan doğruya fiziksel hastalık ve komplikasyonların yaşantılanmasına karşı gelişen bir uyum tepkisi olabilir.

Herhangi fiziksel hastalığı olan bir hastada şu bulguların oluşu birincil anksiyete bozukluğundan öte fiziksel hastalığa ikincil ve tepkisel gelişen bir bozukluğu ifade eder:

- * 35 yaşdan sonra oluşu
- * Öz ve soy geçmişte anksiyete bozukluğunun olmayışı
- * Ciddi zorlayıcı duygusal çatışma ve yaşam olaylarının olmaması
- * Anksiyete ile baş etmede davranışsal savunmalar (sakinme, agorofobi) gelişmemiş olması ve klasik anksiyolitiklere yetersiz cevap oluşu.

Fiziksel hastalık ortaya çıkınca insanların birçoğunda geçici ya da kalıcı kaygı ya da depresyon hali görülür. Kişi fiziksel hastalık ya da hasar durumlarında akut-kronik hastalıklarda, organ kayıplarında yaşamını, bedenini, geleceğini, amaçlarını tehdit altında hisseder. Beden imajı, öz-güven zedelenir, özgürlüğü, yeterliliği sı-

nırlanır, ya da öyle algılar, cinsel işlevler, insanlar arası roller zorlanır. Her fiziksel hasar, kayıp ve kayıp tehdidi, bilinç dışı çatışmaları gündeme getirir. Fiziksel hastalığa ilişkin kayıp algı ve yaşantılanması, psikolojik tehdit ve yas psikopatolojisinin gelişmesinde rol oynar. Anksiyete, kişinin kendini tehdit altında hissetmesidir. Ciddi, akut yaşamı tehdit eden hastalıklarda anksiyete en fazladır. Depresyonda ise kayıp tepkisi ve özgüven azalması esastır. Her hastalığın nesnel anlamı yanında, kişinin o hastalığı algılayış şekli, atıfları, tutumları ve kişiliği, psikopatolojinin gelişmesinde rol oynar. Kohut, ciddi bir fiziksel hastalıktaki disfori halini, hastalığın ortaya çıkardığı durumun kendilik “self” duygusunu zedelemesine bağlamaktadır.

Hastalığın anlam ve imalarına ilişkin bilinçdışı unsurları kişilik organizasyonu, yaş yaşam dönemi, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, benlik gücü hastada anksiyetenin ortaya çıkış ve şiddetinde etkilidir. Ussallaştırma, inkar, kaderci kabulleniş ya da regresif davranışlar, hastalığın yarattığı anksiyeteye karşı ortaya konan baş etmeye dönük psikolojik, bilişsel veya davranışsal savunmalar olabileceği dikkate alınmalıdır.

Fiziksel hastalığı olanlarda sıklıkla yaşanan endişe sağlığını, bireyselliğini kaybedeceği çevreye muhtaç olacağı, sevdiklerinin ve yakınlarının kendini terk edeceği kaygısıdır. Kronik fiziksel hastalığı olanlarda daha da yoğundur. Hekim hastanın sosyal destek sistemlerini incelemeli ve çevre ile hasta arasındaki ilgi ve iletişim desteklenmelidir. Yatan hastalarda, yakınlarının hastayı ziyareti bu anlamada önemli ve yararlıdır. Ailelerin ve genellikle eşin yaşadığı yeni sorumluluk alanları, tek başına birçok aile içi, sosyal ve ekonomik güçlüklerle uğraşma zorunluluğu gerginlik yaratır. Hastalık ilerledikçe ya da hasta yoğun bakımdan servise nakledilince, yalnız kalacağı endişesi artar. Yoğun bakımdan servise alınan hastalarda başlangıçta rahatlamadan çok kaygı yaşanır. Terminal hastalarda hekimin “yapılabilecek bir şey yok” düşüncesi ile hasta ziyaretini azaltması, bu kaygıyı daha da artırır. Duyu organı işlev kaybı olan ya da afazik hastalarda iletişim zorluğu arttıkça, kaybı ve iletişim gereksinimi artar. Bir hekimin hastasına girişim ve tedavi uygulayıp, ameliyat öncesinden taburculuğa dek hasta ile iletişim kurmaması kaygı yaratır, hasta terkedilmişlik duygusuna neden olur, ilişkideki temel güven duygusu sarsılır. Hekim her şeyden önce hastasıyla doğrudan ilişki kurmalı, onu dinlemeli, tanı tedavi yöntemleri yapılması gerekenler ve kısıtlamalar konusunda hastayı bilgilendirmeli, hastanın kendi tedavisinde etkin katılım ve rol alması sağlanmalıdır. Hastanın bu anlamda bilgilendirilmesi ve katılımı, hem kaygıyı azaltacak, hem de uyumu ve ilişkiyi güçlendirecektir. Koroner yoğun-bakım hastalarında ve ameliyat olacak hastalarda fiziksel sağlığı kaybetme endişesi yanında, davranışları üzerindeki denetimi kaybedeceği endişesi gelişir. Bazı hastalarda zihinsel denetimlerini ve “aklını kaybedeceği” endişesi ön plana çıkar. Bu endişe ameliyatı ve tedaviyi reddetme davranışına yol açabilir. Makineye bağlı yaşayan bir diyaliz hastasında ya da incelemeler, diyetler ile bireysel özgürlüğünü ve alanını kısıtlanmış hisseden bir diyabet hastasında, bağımlılığı ve kısıtlamaları kabul edememe panik yaratır. Adolesan dönemindeki hastalarda bağımlılık gereksinimine uyum daha da güçleşir. Çevreye ve başkalarına bağımlı olma zorunluluğu yoğun kaygı yaratır.

Hastalarda gözlenen uyum güçlükleri, uygunsuz davranışlar ve kızgınlık davranışının kökeninde bu kaygının olabileceği dikkate alınmalıdır. Hastanın hastalığı ve haya-

tı üzerinde denetiminin olabileceğini destekleyen her girişim yararlıdır. Bu hastalarda iyi bir iletişim kurulmalı ve neleri yapamayacaklarının yanında hastalık ve tedavi programları içinde neleri yapabilecekleri gösterilmelidir. Hastanın kendi tedavisinin gidiş ve seyrine ilişkin kayıt tutması, bu arada kaydedilen olumlu gelişmelerin farkına varmasının sağlanması yararlıdır. Ciddi panik bozukluk geliştiren hastalara kendi gerginliklerini azaltmaya yönelik gevşeme yöntemlerinin öğrenilmesi yararlıdır.

Birçok hasta, kültürel, eğitimle ilgili ya da toplumsal nedenlerle hastalığına ve tedaviye ilişkin yanlış kanı ve düşünceler geliştirmiş olabilir. Bu yanlış görüşlere dayanan endişeler gelişmiş olabilir. Ailenin, toplumun, çevrenin, fiziksel hastalığa ve bununla bağlantılı işlev kaybına ilişkin tutumları önemlidir. Hekim, fiziksel durum ve işlev kaybına ilişkin tıbbi, bilimsel bilgileri açıklamalı ve yanlış kanılar düzeltilmelidir. Hasta ile hastalığı ve komplikasyonlarına ilişkin neler düşündüğü ve hissettiği konuşulmalı. İçsel öznel endişelerini açıklamasına fırsat verilmesi, hastaların nesnel bir zemine dayanmayan endişeleri ve belirtileri, yaşadığı içsel özel korkulara ilişkin ipucu verir. Hastanın içsel duygu, endişe ve tepkileri anlaşılmalı ve bu endişeler hasta ile birlikte ele alınmalıdır. Amputasyon uygulanacak bir hasta için kaybolacak doku ve organın hasta için özel bir anlamı vardır. Fiziksel otonomisini, toplumsal rollerini kaybedeceği endişelerinin yanında cinsel işlevlerinin bozulacağına ya da çekiciliğinin azalacağına ilişkin endişeler gelişmiş olabilir. Bazı hastalar hastalıkları ve uygulanan girişimler konusunda hiçbir kaygıların olmadığını ifade edebilirler. Hiç kaygının olmaması ya da olmadığını ifade edilmesi aslında birtakım korkuları inkar davranışı olabilir. İnkâr tutumu geçici olarak uyuma dönük olabilir. Ancak uzun süreli devamı ilerdeki uyumu zorlar.

İnkâr, başlangıçta hastalığa ilişkin ölüm korkusu ve diğer kaygıların baş edilebilmesinde geçici olarak doğal ya da yararlı olsa da birçok hasta yavaş yavaş gerçek durumu sezer ve korkuları yaşar. Bu korkuları kimseyle paylaşmamak kaygı ve terk edilmişlik duygularını artırır. Hekimi hastalık ve ölüm konusundaki kendi tutumu, psikolojisi, hastanın tutumunu etkiler.

Fiziksel hastalığı olanlarda anksiyetenin tedavisi öncelikle ayırıcı tanının yapılmasını ve bütüncül yaklaşımı gerekli kılar. Ruhsal durum fiziksel hastalık, kişilik yapısı, hastalığın komplikasyonları, psikososyal ortam arasındaki etkileşimle anlaşılmalıdır. Anksiyetenin akut mu kronik mi olduğu, şiddeti ve seyri anlaşılmalıdır. Hastalık ve hastaneye yatışa ilişkin doğal ve geçici kaygı durumlarına genellikle bilgilendirme, açıklama, eğitim ve gerçekçi güvence veren temel terapötik ilişki içinde yardımcı olunur. Anksiyete hali fiziksel bir sebebe bağlı ise önce bu durum düzeltilmelidir. Örneğin, hipoglisemiye bağlı gelişen anksiyete glikoz gerektirir, hipoksiye bağlı gelişen anksiyetede her şeyden önce ilaçlar değil, oksijen gereklidir. Angina pectorisde ise nitrogliserin ile beraber anksiyolitik ve sedatif ilaçlar kullanılabilir. Çünkü burada sıklıkla eştanı söz konusudur. Anksiyete alta yatan bir diğer psikiyatrik bozukluk (depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, psikoz,...) ile ilişkili ise, uygun etiyolojik tedavi uygulanır.

Anksiyetenin sistematik tedavisinde psikofarmakolojik, psikoterapötik ve davranışsal tedavi yöntemleri vardır.

Somatoform Bozukluklar

Herhangi bir fiziksel hastalık olmadığı ya da saptanmadığı halde fiziksel yakınmalarla hastaneye başvuran hastalar, genel hastane psikiyatrisinde önemli bir gruptur. Bu grup hastalar doğrudan psikiyatriste başvuramazlar, özellikle poliklinik ve acil başvurularında yatan hastalara göre daha fazla oranda karşımıza çıkmaktadır. Tıp hizmetleri bu kişiler tarafından sıklıkla ve gereksiz yere kullanılmakta, hatta bu hastaların birçoğunda çoğul operasyon ve hospitalizasyonların söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu konuda yapılmış olan birçok araştırmanın sonuçları, çeşitli bedensel yakınmalarla hekime başvuran hastaların %20 ile %84'ü arasında değişen oranlarda, bu yakınmaları açıklayacak herhangi bir organik etkenin bulunmadığını ortaya koymaktadır.

Yapılan muayene ve tetkiklerde hastanın yakınmalarını açıklayacak herhangi bir objektif bulgu saptanmaması, o kişinin hiçbir şeyi olmadığı anlamına gelmemelidir. Objektif olarak saptanmasa da hastanın “belirtileri” vardır. Somatoform bozukluklar çerçevesi içinde ele alınabilecek bu gibi durumların ortak özellikleri, genel tıbbi bir durumu düşündüren ve genel tıbbi bir durumla, bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da başka bir mental bozuklukla tam olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerin varlığıdır. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya neden olmalıdır. Yapay bozukluk ve temaruzun tersine, belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkmamaktadır.

Duygusal ve davranışsal sorunlar ve bedensel belirtilerle kendini gösteren birçok rahatsızlık, özellikle somatoform bozukluklar, iç çatışmaların, diğer kişilerle ilgili çatışmaların ve/veya yaşam koşullarıyla ilgili sorunların üstesinden gelinmesinde sistemin herhangi bir neden ya da çeşitli nedenlere bağlı olarak, yeterli ya da başarılı olamaması sonucunda ortaya çıkar. Belirtiler, sistemde bir değişiklik ya da sorun olduğunun işaretleridir, yani normal işlevselliğin bozulmuş olduğunu belirler. Buna göre, ister fiziksel, ister duygusal düşünsel ya da davranışsal olsun, kişinin kendi bünyesinde oluşan ya da içinde bulunduğu ortamdan kaynaklanan değişiklikler karşısında ortaya çıkan tepkiler, uyuma yönelik yada uyumu yönelik olmayan bir mesaj niteliğindedir.

DSM IV'te somatoform bozukluklar;

- * Somatizasyon bozukluğu
- * Farklılaşmamış somatoform bozukluk
- * Konversiyon bozukluğu
- * Psikojenik ağrı bozukluğu
- * Hipokondriazis
- * Vücut dismorfik bozukluk
- * Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk olarak sınıflandırılır.

Somatizasyon, genel olarak kişinin duygulanımlarını, çatışmalarını, psikik gereksinimlerini vücut belirtileri ile algılaması, yaşantılaması, ortaya koyması ve iletişim biçimi olarak kullanması sürecidir. Somatizasyon olgularının ortak özellikleri;

* Tüm fiziksel ve laboratuvar incelemeleri sonucunda organik ya da fizyopatolojik bozukluk bulunmamasına rağmen, kendilerinde bedensel bir hastalık bulunduğu inancı,

* Vücutları ile ilgili normal fizyolojik değişiklikleri ciddi bir hastalık şeklinde yorumlama,

* Kendi sağlıkları ile aşırı şekilde uğraşmaları,

* Israrlı şekilde fiziksel, tıbbi incelemelere yönelmeleri,

* Sosyal ve kişilerarası ilişkilerini “hasta” rolü çerçevesinde yürütmeleri, “doktor doktor dolaşma” halinin yaşam biçimi olarak sürdürülmesi,

* Yakınmalarının ruhsal kökenli olabileceğini kabullenme güçlüğü ve ruhsal-duygusal durumu ifade etme güçlüğü (aleksitimi),

* Tablonun genellikle basit bir fizyolojik düzensizlik ya da iş-aile durumunda ki değişiklik sonrası ortaya çıkması.

* Hastalığın başlangıcı psikolojik olarak anlamlı bir zaman ve ortamla ilgili olması.

Herhangi organik ya da fizyopatolojik bir sebebi olmadan bedensel yakınmalar tanımlayan bir hastada, hemen somatoform bozukluk tanısını düşünmek doğru değildir. Ayrıca herhangi bir hastada somatizasyon sürecinin olması, fiziksel hastalığın olmadığı anlamına gelmez. Fiziksel ve/veya somatoform yakınmaları olan bir hastada, bu semptomlar bileşkesinin fiziksel hastalıklarla ve diğer psikiyatrik sendromlarla ilişkisi aydınlatılmalıdır ve somatizasyon tablosunun tıbbi hastalıklara eklenebileceği veya bir diğer psikiyatrik sendroma bağlı olabileceği dikkate alınmalıdır.

Delirium ve Demans

Genel hastane psikiyatrisi uygulamasında tıbbi hastalıklara eşlik eden psikiyatrik morbidite içinde, depresyondan sonra, organik beyin sendromları ikinci en yaygın sorun alanıdır. Genel hastanede psikiyatrik konsültasyonlar içinde organik beyin sendromu %12-27 arasında bildirilmiştir (Wise, Murray, Halers, McKegey). Organik beyin sendromları içinde, delirium ve demans en yaygın sendromlardır.

Organik beyin hastalığı, acil tıbbi-psikiyatrik müdahale gerektirir. Tıbbi-cerrahi hastalarda, özellikle yoğun bakım acil birimlerinde izlenen hastalarda, ortaya çıkan davranış bozukluklarında, öncelikle O.B.S. olasılığı dikkate alınmalıdır. Bu sendromların erken tanınması, tıbbi hastalığın tedavisi, hastanın uyumu ve sendromun geri dönüşümsüz aşamaya gelmesi, ya da yaygın hasar bırakmaması açısından çok önemlidir. Bu tablolar, tıbbi birimlerle işbirliği içinde mümkün olduğunca kendi birimlerinde tedavi edilmeli, zorunlu durumlarda tıbbi-psikiyatrik liyezon servisine nakledilmelidirler.

Organik bozukluklar ve buna bağlı belirti ve bulgular akut başlangıçlı ve geri dönüşümlü ise, akut organik beyin sendromu, ‘delirium’; ‘beyindeki bozukluklardan doğan işlev kayıpları’ şu ya da bu ölçüde geri dönüşümsüz ve değişmez nitelikte ise, kronik organik beyin sendromu ‘demans’ olarak tanımlanır. Tıbbi servislerde hastalarda ortaya çıkan davranış bozuklukları, şaşkınlık, huzursuzluk, durgunluk, yönelim bozukluğu, bilinç bozukluğu, ruhsal işlevlerde karışıklık, algı kusurları, bellek bozuklukları, duygulanımda uygunsuzluk, düşünce akışında ve içeriğinde bozukluk gibi belirti ve bulgular gözlenince, O.B.S. olasılığı düşünülmelidir.

Kalp Hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri (Psikokardiyoloji)

Çağdaş tıp ve psikiyatrideki gelişmeler beyin, psikososyal zorlanmalar, duygulanımlar ve kalp arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin mekanizmasını klinik ve deneysel olarak ortaya koymuştur. Psikokardiyoloji bu ilişkiyi inceleyen bir disiplindir.

Kalp hastalıkları ve kardiyak cerrahi girişimlerinde ortaya çıkan psikolojik durumların tanı ve tedavisi ile uğraşan psikokardiyoloji, liyezon psikiyatrisi bilim dalı hizmet yelpazesi içinde bir alt disiplindir.

Kardiyovasküler hastalıklar ve psikiyatri arasında ilişkiler komplekstir. Hem kalp ve damar sistemi üzerine psikososyal faktörlerin etkilerini, hem de mental durum üzerine kardiyovasküler sistem değişimlerinin etkilerini içerir. Psikolojik ve davranışsal faktörler sempatoadrenal sistem aracılığıyla doğrudan kalbi etkiler. Ailesel yatkınlık, sigara kullanımı, hipertansiyon, aşırı yeme, kolesterol yüksekliği, agresyon, anksiyete, öfke, depresyon, uyku bozuklukları, stres yanında günümüz insanların gittikçe yaygınlaşan A-tipi davranış özellikleri de kalp hastalığı gelişimindeki risk faktörlerindedir.

Zorlayıcı yaşam olayları ile hem depresyon, hem kalp krizinin gelişimi arasında ilişki bildirilmiştir. Kayıp veya yas durumlarında; sevilen yakının ölümü, sosyal rol kaybı veya sağlığın kaybı depresyon gelişimi bilinmektedir. Yas durumlarında ani kardiyak ölüm bildirilmiştir. Kayıp ve yas durumlarında depresyon gelişimi nörobiyolojik ve davranışsal açıdan kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. Öte yandan başarı ile ödüllendirilmeyen ve memnuniyetsizliğin olduğu ve uzun süreli zorlayıcı çalışma durumlarında veya ani emeklilik durumlarında mevcut koroner hastalıktan ölüm riski %80 artmaktadır. İşte burada ani kayıp ve depresyon gelişimi söz konusudur. Uygun ve geçerli yeni sosyal sistemin yaratılması ve sağlıklı-duygusal ilişkiler depresyon ve kalp hastalığının ölüm riskini azaltmaktadır.

Kalp Hastalığı İçin Psikolojik Risk Faktörleri

- * Kişilik özellikleri
- * Düzensiz yaşam
- * Stres
- * Ani yaşam değişiklikleri
- * Kayıp olayları
- * A Tipi kişilik özellikleri

Kalp Hastalıkları ile Ruhsal Durum Arasındaki İlişki

* Psikolojik durum ve ruhsal zorlanmalar kalp hastalığının gelişimini kolaylaştırabilir.

* Psikosomatik etkileşim olabilir (Ruhsal kökenli bedensel işlev bozukluğu).

* Ruhsal durum kalp hastalığının seyrini ve gidişini olumsuz etkileyebilir.

* Hastalık sonrası kaygı, panik, depresyon, kişilik değişiklikleri ortaya çıkabilir.

* Hastalık yeni gerilimlere, güçlülere neden olduğu gibi, örtülü ruhsal gerilimleri ortaya çıkartabilir.

* Hastalık düzeldiği halde, hastalık davranışı devam edebilir.

Kalp hastalıkları depresyon, ansiyete ve bilişsel bozukluklar başta olmak üzere sayısız psikiyatrik problemlere katkıda bulunurlar. Kişilik yapısı, zorlayıcı yaşam olayları ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkinin yanında, kalp hastalığı sonrası ruhsal bozuklukların ortaya çıkışı ve bu durumun hastalığın seyrini ve tedaviyi olumsuz yönde etkileyişi, bir kısır döngü oluşturması söz konusudur. Kalp hastalığının bireydeki psikolojik etkileri şunlardır:

- * Bağlımlılık hakkında endişelerde artma.
- * Otonomi ve kontrol kaybı.
- * Benlik saygısında azalma.
- * Yakınlarının sevgisini kaybedeceği endişesi.
- * Ölüm korkusu.
- * Cinsellik kaybı korkusu.

Sadece kardiyak hastalıkla uğraşmanın psikolojik etkileri değil, aynı zamanda beyin perfüzyonu ve beslenmesinin bozulması, bununla birlikte kalp hastalığının tedavisinin psikiyatrik etkileri vardır. Özellikle hipertansiyon tedavisinde kullanılan antihipertansiflerin depresyon yapıcı etkileriyle depresif bozukluk görülmektedir.

Kalp hastalıkları ve özellikle MI, psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. MI geçiren hastalarda bir dizi zihinsel ve davranışsal uyum süreçleri yaşanır. MI geçiren hasta için en önemli tehlike, belirti başlangıcıyla hastaneye varış arasında geçen süre aralığı olarak gecikmedir. MI'dan ölümlerin %55-80'i ilk dört saat içinde olurken, kişinin kendi yararına enerjik bir yol izlemesini engelleyen inkar (yadsıma) savunma mekanizmasıdır. Basit anlamda kişisel tehlikesini yok sayılmasıdır. Aslında inkarın anlamı "kalp krizi" geçirme korkusudur, yani hasta tam da başına gelen şeyden korkmaktadır. Buna yardımcı diğer savunma düzenerleri de, yer değiştirme (bu ağrı kas ağrısından başka bir şey olamaz) ve akla uydurma-mantığa bürümeye (bu genç yaşta kalp krizi geçirecek değilim ya!) gibi kullanılır. MI'da akut fazda ciddi duygusal zorlanma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Kişi dışı etkenler gözardı edilirse, ilk müdahalede gecikmenin öğrenim düzeyi, meslek, sosyoekonomik durum ya da kalp hastalığı öyküsü ile ilişkili olmadığı ileri sürülmüştür.

Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlikte enfarktüs ve zedelenme yaşamaktadır. MI sonrası akut dönemde ilk bir iki gün içinde yaşanan inkar ve anksiyete, üçüncü günden sonra tetkik sonuçları gelip tanı netleştikçe, hastalığın kısıtlamalarının algılanmaya başlandığı süreçte yerini çöküntüye bırakma, kalıcı bir hal alırsa da depresyon süreci başlamaktadır. Depresyon ve kardiyovasküler hastalığın seyri, iskemik kalp hastalıklarında akut dönemde kaygı ve panik, orta ve geç dönemde depresyon ortaya çıkar. KAH hastalarında akut dönemde kaygı, panik ve inkar davranışı, kronik dönemde ise kayıp algısı ile birlikte depresyon gelişmektedir.

Anjina pektoristen koroner by-pass cerrahisine kadar uzanan yelpazede kalp-damar hastalılarının hemen hepsi hastanın kaygısını artırır ve çeşitli psikiyatrik tablolara neden olur.

Kalp Hastalarında ve Cerrahi Girişim Uygulanmış Hastalarda En Sık Kaygı Nedenleri

- * Ölüm korkusu
- * Sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu
- * Narsisistik yaralanma
- * Obje kaybı ve suçluluk
- * Bedensel bütünlüğün zedelenmesi
- * Fonksiyon kaybı veya kayıp tehdidi
- * Bilinmezlik korkusu
- * Narkoz kaygısı
- * Beden üzerinde kontrol kaybı endişesi
- * Yaşantısını denetleyemeyeceği endişesi
- * Ağrı
- * Diyet, zararlı alışkanlıkların bırakılması gibi tedaviye uyumda güçlük
- * Yaşam biçimindeki değişikliklerle ilgili sorunlar
- * Cinsellikle ilgili kaygılar
- * Sosyal yeterlilikle ilgili kaygılar
- * Yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesi
- * Estetik kaygılar
- * Ekonomik güçlükler ile ilgili kaygılar

Bu hastalarda kaygı gelişmesinin beklenen ya da doğal oluşu tedavi ve bakım gereksinimini reddettirmez. Sebebi ne olursa olsun, kaygıya sonuçta psikopatolojik ve nörofizyolojik değişiklik ve bozukluk eşlik eder. Kaygılı bir hastada otonom sinir sistemi aktivitesi bozulmuştur. Kaygılı durum kalp üzerinde ayrıca bir yüklenmeye yol açar. MI komplikasyonlarının artmasına neden olur. Kaygı ve panikten sonra inkar davranışı ön plana geçer.

Kalp Hastalarında En Sık Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

- * Anksiyete Bozuklukları
- * Depresyon
- * Nöropsikolojik bozukluklar
- * Somatizasyon bozukluğu
- * Psikoseksüel bozukluklar

Kalp Damar Cerrahisinde Psikiyatri

Cerrahi girişimler, ciddi psikososyal ve psikiyatrik sorunlara yol açma potansiyelindedirler. Bu hastalarda ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası dönemlere özgü psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Gerekli görülen olgularda koroner by-pass cerrahisi bilimin ve teknolojinin insanlığa sunduğu bir hizmettir. Hem yaşam süresini hem yaşam kalitesini artırır. Hastanın ameliyata psikolojik yönden hazırlanması ve

ameliyat sonrası psikolojik destek, bakım ve tedavinin bir parçasıdır. Kalbin-beynin ve ruhsal durumun birlikte yeni yaşama hazırlanması birbirini tamamlar.

- * Ameliyat Öncesi Dönem
- * Ameliyat Dönemi (ameliyat ve yoğun bakım dönemi)
- * Ameliyat Sonrası Dönem (cerrahi girişimden 72 saat sonrası)

Ameliyat öncesi dönemde hastalarda genel olarak kaygı ve korku nedenleri;

- * Narkoz kaygısı, uyanamama,
- * Ölüm riskine ilişkin endişeler,
- * Vücudun hasar göreceği korkusu,
- * Ağrı, acı çekeceği korkusu,
- * Beden üzerinde denetimini kaybedeceği korkusu,
- * Sakatlık, yeti yitimi, muhtaçlık ve bağımlılık korkusu,
- * Kendi kendine yeterliliğin kaybı,
- * Narsisistik bütünlüğün zedelenmesi,
- * Kontrolün kaybı duygusu, narkoz altında sınırlarını açıklama korkusu,
- * Cinsel ve sosyal yaşama yönelik endişeler,
- * Estetik kaygılar,

Cerrahi girişimler öncesi kaygı düzeyi çok yüksek olanlar ile kaygıyı inkar edenler (bastırma) ameliyat sonrası uyum açısından riskli grubu oluştururlar. Bu dönemde kaygı, ajitasyon, uyum güçlüğü, uyku sorunları ön plandadır. Ameliyat öncesi kaygı diğer cerrahi gruptaki hastalara göre bu grupta daha fazladır. **Ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyata psikolojik olarak hazırlanması, bilgilendirilmesi çok önemlidir.** Hastalar kardiyak cerrahinin onların yaşam süresini uzatması yanında yaşam kalitelerini de arttırabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. İzlediğim birçok koroner by-pass hastasında ameliyat ile organ kaybının olmayacağı, kalp işlevlerinin artacağı, yaşam süresi yanında yaşam kalitesinin de artacağını bilmeleri ile kaygılarında azalmalar gözlenmiştir. Cerrahi girişim ile ilgili kaygılar, ölüm korkusu ve belirsizlik huzursuzluk davranışlarını kolaylaştırır. Bu hastalarda huzursuzluk psikiyatrik bir bozuklukla bağlantılı olarak gelişmiş olabileceği gibi doğrudan merkezi sinir sistemi bozukluğu ile de ilgili olabilir.

Psikiyatrik Komplikasyonlar Açısından Etkili Faktörler

- * Ameliyattan beklentiler, bilgi düzeyi
- * Ameliyat öncesi kaygı düzeyi
- * Ameliyat öncesi depresif duygu durumu
- * Hastalık öncesi öyküde major psikiyatrik bir bozukluğun varlığı
- * Yaygın inkar davranışı

Kardiyovasküler Cerrahide en Sık Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

- * Depresyon
- * Kaygı bozuklukları
- * Mani

* Travma sonrası stres bozukluğu

* Nöropsikolojik bozukluklar

* İyatrojenik ajanlarla zehirlenme

Kalp hastalarında ve cerrahi girişim uygulanmış hastalarda psikiyatrik ve psikolojik destek gerektiren durumlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir:

Kalp Hastalarında ve Cerrahi Girişim Uygulanmış Hastalarda Psikiyatrik ve Psikolojik Destek Gerektiren Durumlar

* Koroner hastalığın ortaya çıkışını, seyrini ve gidişini etkileyen psikolojik sorunlar

* Kalp hastalığı olmadığı halde sürekli göğüs ağrısından yakınma ve uygun tedaviye rağmen yakınmaların geçmemesi

* Riskli davranışların devam etmesi (diyet, sigara, alkol kullanımı vb)

* İlaç yan etkileri

* Kardiyak hastalarda kaygı bozuklukları, panik halleri, sürekli kaygı

* Çökkünlük, depresyon, karamsarlık

* Fobik düzeyde aktiviteden sakınma

* Uykusuzluk, kabus görme, gece sık uyanma

* Sıkıntı

* Uyum güçlüğü

* Umutsuzluk

* Çaresizlik

* Suçluluk düşünceleri ve duygusu

* Sosyal geri çekilme

* Zevk duygusunda azalma

* Zihinsel karışıklık

* İsteksizlik

* Düşünce ve dikkatte bozulma

* Bellek bozuklukları

* İlgili alanı daralması

* İnkâr, tedaviyi reddetme

* İntihar düşüncesi veya (aktif/pasif) intihar girişimi

* Geleceğe dönük plan yapamama, yaşam ideallerin yok olması

* Mesleki işlevlerden uzaklaşma

* Yas tepkileri

* Kişilik değişiklikleri

Kardiyak rehabilitasyon uygulanan hastalarda duygusal gerginliğin azaldığı ve işlevselliğin arttığı bildirilmiştir. Grup olarak kardiyak rehabilitasyon uygulamasının bireysel uygulamaya kıyasla depresyon ve kaygı durumlarının daha çabuk düzeldiği ve evlilik yaşamlarındaki doyumun daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda kalp hastalarının konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve kardiyoloji, kalp damar cerrahisi ekip işbirliği içinde ortak ele alınması tanı, ayırıcı tanı ve tedavide çok önemlidir. **“Kalbin, beynin ve psikolojik durumun birlikte yeni yaşama hazırlanması birbirini tamamlar”**

Kanser Hastalarının Psikiyatrisi (Psikoonkoloji)

Fiziksel hastalıkların içerisinde kanserin özel bir yeri vardır. Kanser belirsizlikler içeren, ağırlı ve acılı bir ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı yaratan bir hastalık olarak algılanır. Kişiyi, hastalığın tipine, evresine ve psikososyal çevreye göre değişmekle beraber, kanser diğer fiziksel hastalıklar içerisinde çağrıştırdıkları ile en ciddi krize yol açan hastalıklardan biridir. Bu haliyle kanser bir yıkım gibi algılanır ve en dramatik anlamıyla kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Kriz; sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidine, uyuma uzanan bir süreçtir. Kişi gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye zorlandığı bir dönem yaşar. Baş etme, gerçeğin kabulü ve mümkün olan en az acı ile en iyi kaliteli yaşamı sürdürebilmeye dönük tüm psikolojik ve davranışsal çabalarıdır.

Onkolojide gelişmeler ve tıbbi hastalara psikiyatrik-psikososyal hizmetleri sunmak için konsültasyon-liyezon psikiyatrisi servislerinin genel hastanelerde daha yaygın yapılmasını, psikiyatrik tıp şemsiyesi içinde psikoonkoloji disiplininin sekillenmesini sağlamıştır. Psikoonkoloji ya da psikiyatrik onkoloji:

- 1- Kanserlin hasta, aile ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini,
- 2- Psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser risk ve seyrindeki etkilerini araştıran ve kanser hastalarına psikolojik tıp hizmetlerini sunan bir disiplindir. Tıptaki gelişmeler, toplumun hastalıklara ilişkin tutumları, hastalık, sağlık ve ölümle ilgili yaklaşımlar, psikiyatri bilimindeki gelişmeler birbirlerini karşılıklı etkilemiştir.

Kanserde Psikiyatrik Bozukluklar

Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de, tüm tepkilerin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşünceleri de yanlıştır. Kanser hastalarında, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ve bu durumun gerek hastalığın seyri, gerekse tedaviye uyumu dikkate alınınca, bu hastalarda rutin psikiyatrik değerlendirmenin önemi anlaşılır. Bu alanda yapılan kapsamlı araştırmalar %25-55 oranında depresyon ve %40-60 oranında organik beyin sendromu olduğunu ortaya koymaktadır. Depresyon ve organik beyin sendromu, kanser hastalarında en yaygın psikiyatrik morbiditedir.

Kanserli hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- * Uyum bozuklukları
- * Anksiyete bozuklukları
- * Depresif sendromlar
- * Organik beyin sendromları (deliryum, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri)
- * Kişilik bozuklukları
- * Ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar
- * Psikiyatrik boyutu olan diğer sendromlar.

Kanser hastaları tanı, tedavi ve palyatif dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal,

ruhsal, davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. bu tepkilerin bir kısmı normal ve hatta uyuma dönüktür. Bu tür tepkiler tedavi ekibince anlayışla karşılanmalı ve hatta destek görmelidir. Bozuk veya uyumsuz tepkiler ise, genellikle psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerektirir. Hastalığın değişik evrelerine göre bu tepkileri tanı, tedavi, tedavi sonrası nüks, terminal-palyatif dönemlere göre ele almak doğru olacaktır.

Tanı Aşaması

Bazı insanlar, vücut işlevlerindeki en küçük bir değişikliği kanser olarak yorumlarlar ve “ikna olmak” için sürekli hekim ve hastanelere başvururlar. Bu yelpazenin diğer ucunda ise, tıbbi yardımı reddeden ve hatta kansere ilişkin belirti ve bulgular gizleyenler vardır. Hekim, hastasında kanser olasılığını düşününce, gerekli muayene ve tetkikleri yapar, bu olasılık dışlanır veya kesinleşir. Bazı hastalar tüm testler negatif çıksa da, kanser oldukları inancını sürdürürler ve hatta bazen atipik belirti ve bulgular geliştirirler. Bu belirtiler veya hastalık davranışı tutumu, günlük işleri bozduğu zaman, ilgili hekim açıklayıcı tutumla psikiyatrik değerlendirme talep etmelidir.

İnsanlar, kanser tanısı karşısında birçok farklı tepkiler gösterirler. İlk aşamada en yaygın tepki, şoke olma ve inanmamadır. Gerçeğin hemen inkarı, çoğu kez, katlanılması çok güç, bazıları için imkansız, gerçeğin yarattığı kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Bir anlamda, gerçeği reddederek, olmamış kabul ederek hasta, kendini dayanılmaz kaygıdan korur. Bu nedenle çoğu hastada psikolojik açıdan önceden hazırlanması ve çevre, sosyal, duygusal desteklerin sağlanarak yavaş yavaş bunun söylenmesi daha doğru olabilir. Ardından, kızgınlık ve depresyon gelişir. Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edememesi, depresyon gelişim riskini artırır. Onkoloji servislerinde çalışan uzmanlar, bu hastaların kaygı, tepki ve kızgınlıklarını ailelerine ve bazen de tedavi ekibine yansıtabileceklerinin bilincinde olmalıdırlar. Bu dönemde kaygı, yemeden-içmeden kesilme, dikkat dağınıklığı, huzursuzluk gibi durumlar normaldir. “Niye ben” türü hiddetlenmeler ve isyan duyguları görülür.

Bolund kanserdeki krizi dört aşamalı bir süreç olarak tanımlamıştır:

- 1- Şok hali
- 2- Tepki aşaması
- 3- Direnme
- 4- Uyum

Kanser tanısı, katastrofik çağrışımları ile ilk aşamada şok tepkisine neden olur. Kişi, kendi bedenine yabancılaşır, gelecek yatırımları tehdit altındadır. Yaşam krizi içindedir. Bu aşamada en yaygın uyum stili, inkardır. İnkâr katlanılması mümkün olmayan gerçeğin bilinç dışında tutulması, benlik bütünlüğünün korunması çabasıdır. Sıklıkla, ayrıştırma, yansıtma gibi psikolojik savunma tepkileri gelişir. Söyleneni işitmiyor, gerçeği kavramıyor gibidir. Kişiye göre birkaç saatten, birkaç gün ve hatta haftaya kadar uzayabilir. Bu aşamada hastaya zaman tanımalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailevi desteği sağlanmalıdır.

İkinci aşama tepki fazladır. Kişi gerçeği kabule yönelmiş ve ona duygusal tepki göstermektedir. Temel tepki biçimi kaygıdır. Yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri ve bedene yabancılaşma duygusu, bu anksiyetede temel unsurlardır. Anksiyete hali değişik belirtilerle kendini ifade eder. Bolund kaygının ifade ediliş şekillerini şöyle tanımlamaktadır **‘Psikodinamik formülasyon’**.

Üçüncü aşama, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşama yönelttiği uyum dönemidir. Hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Tedavi seçeneklerinin belirtilmesi ve bir tedavi programının sunulması kabullenışı kolaylaştırır. Bu aşama ile birlikte, kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, varoluşunu yeniden yorumlamaya başlar. Kimliğini, yaşamın amacını, kendi narsistik amaçlarını, yaşam tercihlerini sorgular. Güven ve denge arayışı içindedir.

Elisabeth Kübler Ross, kanserde psikolojik aşamaları hastanın kanser tanısını nasıl karşıladığından, izleyen tepkilerin sürecine dek 5 aşamada tanımlamıştır:

- 1- İnkâr
- 2- Öfke
- 3- Pazarlık
- 4- Depresyon
- 5- Kabullenme

Green ve ark., kansere uyum ölçeğinde (MAC-mental adjustment to cancer) uyum mekanizmalarını şöyle sıralamışlardır:

- 1- Savaşma ruhu
- 2- Çaresizlik ve umutsuzluk
- 3- Bunaltılı aşırı uğraş
- 4- Kadercî kabulleniş
- 5- Kaçınma ve inkâr

Tanıyı takiben maladaptif tepkiler de gelişebilir. Hasta tanıyı ve olasılığı tümünden inkâr edip, tedaviyi reddedebilir. Tedavinin reddi, ölümün kaçınılmaz olduğu hissinden de kaynaklanabilir. Diğer yaygın bir tutum, daha az tehlikeli, diğer tıbbi olasılıklara yönelmek ve zaman zaman tıp dışı “tedavilere” başvurmaktır. Uyumu bozucu yanıtlar, süreklilik kazanmış ve hastanın tedavisini aksatıyorsa psikiyatrik girişim gerektirir.

Burada en çok tartışılan konu, tanıyı söylemeli mi söylememeli mi konusudur. Hasta ve ailesi ile hastanın durumunu konuşmak, değerlendirmek kuraldır. Öte yandan kendisi hakkındaki gerçeği öğrenmek, her insanın doğal ve temel hakkıdır. Günümüzde özellikle Doğu ülkelerinde ve kısmen Avrupa’da bu konuda “sessiz tutum” halen yaygındır. A.B.D’de ise hekimlerin çok büyük çoğunluğu (%97) hastaya kanser tanısının söylenmesi taraftarıdır. Amerika’da 1960 yılında ise hekimlerin %90’ı kanser tanısını hastaya söylememekte idiler. Öte yandan **“hastanın hakları”** konusundaki yasal ve tıbbi düzenlemeler de söylenmesi yönündedir. Aslında burada temel soru, söyleyip söylememek değil, nasıl söylemek olmalıdır. Gerçeğin söylenmesi tıbbi uygulamada ve her insanın doğal hakkı anlayışı içinde esas alınmalı ve bunun nasıl olması gerektiği üzerinde düşünülmelidir. Bu “nasılın”da kanımca temel

cevabı, umudu yok etmeden gerçeğin kabullenişini sağlamak yönünde olmalıdır. Aslında zaten psikolojik olarak gerçeği inkar etme ihtiyacını yaşayan hastalar, tanı söylenirse de söylenmese de inkar edeceklerdir. Öte yandan söylenmese de zaten birçok hasta sözsüz iletişim ve ortama ilişkin unsurlardan bu sinyali almaktadır.

Tanının söylenmesinde esas, empati, ilgi, anlayış ve destektir. Hasta umudunu kaybetmeyecek, tedavisini kabul etme ve sürdürmesine fırsat verecek biçim ve çerçevede bilgilendirilmelidir. Hastaya tanı tolere edebileceği şekilde, sürede ve süreçte söylenmelidir. Bu bir kezde değil, birkaç görüşmede yapılabilir. Bu alanda bir diğer nokta da, tanıyı doğrudan tedaviyi sürdüren, sorumlu ve yetkiye sahip olan onkolog veya ilgili uzmanın söylemesidir.

Birçok hasta ilginç bir şekilde, seçici inkar geliştirirler. Yani tolere edebilecekleri ölçüde gerçeği kabul edip, tedaviyi gereksiz görerek, reddedecek biçimde bir tepkiye başvurmadan uyum gösterirler. Hastalar tolere edebilecek bir ölçü ve sınırdaki gerçeği kabul ederler. Tedavi seçenekleri, klinik ve sosyal destek yardım imkanları sunulduktan sonra söylenmesi en uygundur.

Tanı kesinleştikten sonra ilgi, açıklık, gerçekçi umutlandırma ile söylenmelidir. Hastanın anlayabileceği biçimde gerçeği inkar etmeden, tedavi ve bakım seçeneklerini içerecek şekilde söylenmesi uygundur.

Tanıyı takiben şok hali, inanamama, inkar, kızgınlık, depresif duygudurum ve uyku, iştah ve günlük işlevlerde bozulma gelişir. Aslında benzer duygusal tepkiler yaşamı tehdit eden tüm hastalıklarda görülür. Burada sevilen bir kişinin, objenin kaybedilmesi, ya da kaybedileceği endişesine benzer kaygı yaşanır. Benzer reaksiyonlar şu ya da bu ölçüde amputasyonda, ciddi yanıklarda da görülür.

Tedavi Aşaması

Tanıyı takiben birçok ileri tetkikler ve çeşitli tedavi yöntemleri gündeme gelir. Birçok hasta özellikle ilk tedaviye büyük umut besler ve her türden rahatsızlık ve uğraşmayı göze alır. Tedavi öncesi olası kayıplar ve yan etkilerin açıklanması işbirliği açısından önemlidir.

Cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özrürlük duygusu yaratır, ancak birçok hastada, hastalıklarının yaşamı tehdit edici boyutuna ilişkin endişeleri ön planda olduğu için, vücut imajı ve görünümüne ilişkin endişeler ikincil kalır. Bu endişelerin çok öncelikli olduğu hastalar ise, cerrahi girişimi erteler ve cerrahi dışı yöntemler aramaya yönelirler. Bu hastalar da cerrahi girişim uygulanınca, ardından depresyon gelişme riski yüksektir. Bazen yas ve kayıp tepkileri gelişir. Bu tepkinin şiddeti, hastanın vücut bölgelerine ilişkin yaşadığı duygusal ve sembolik anlamlarla ilişkilidir.

Radyoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkular yaratır. Uygulama öncesi bilgilendirme ve yanlış kanı ve endişelerin düzeltilmesi, amaçların belirtilmesi önemlidir. Hastanın hekim ve ailesi ile tedavinin her aşamasında bağlantısının sürdürülmesi, yalnızlık ve terk edilmişlik duygularının gelişmemesi için önemlidir.

Kemik iliği supresyonu ve infeksiyon riskinden dolayı, gereken zorunlu izolasyon, psikolojik durumu daha da kötüleştirir. Hastalarda mümkün olan her aşamada fiziksel yakınlık, ilgi, ruhsal açıdan önemli destek sağlar.

Tedavi Sonrası

Tedavi sonrası aşamada, nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plandadır. Yeni bir nüksün ortaya çıkması; kanser tanısı aldığı dönemdeki, hatta daha şiddetli tepkiler ve en sıklıkla uykusuzluk, anoreksi, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile belirgin depresyon ortaya çıkar. Hastanın her aşamada bilgilendirilmesi, her türden soru, endişe ve kaygıları ifade etmesinin cesaretlendirilmesi gerekir.

Hastalığa, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişmekle birlikte, hastalığa karşı gelişen duygusal tepkilerin en yaygın olanları şunlardır: Yas reaksiyonu, depresyon, kaygı, inkar, öfke, regresyon ve bağımlılık, suçluluk, hostile, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, reddedici olma ve karşı gelme, kaygı, stres ve güçsüzlük

Fiziksel hastalıkta gelişen tepkilerde;

- 4- Fiziksel hastalığın özelliklerine
- 5- Hastanın bir birey olarak özelliklerine
- 6- Psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur.

Bu üç alan arasındaki etkileşim duygusal tepkiyi belirler. Yani her fiziksel hastalıkta, hastalığa tepkileri değerlendirirken bu üç katman arasındaki etkileşim dikkate alınmalıdır.

Kanser ve Depresyon

Kanser hastalarında en sık ortaya çıkan psikiyatrik tanı, depresif sendromdur. Kanser hastalarında depresyon görülme sıklığı, tümörün türüne, hasta topluluğuna, ve tanı ölçütlerine göre farklılıklar gösterir. Kanser hastalarında depresyon tanısı, kanserin ve kanser tedavisinin fiziksel belirtilerinin depresyonun bedensel belirtileri ile karışabilmesi dolayısı ile güçtür. Araştırmacılar kanser hastalarında depresyon oluşumuna yönelik risk faktörleri olarak, geçmiş duygu durum bozukluğu öyküsü olması, alkolizm, kontrol edilemeyen ağrı, kanserin ilerlemiş safhada olması, depresyona yol açtığı bilinen eşlik eden diğer fiziksel bir rahatsızlık ya da ilaç kullanımı örn; kemoterapötik ajanlar olarak belirlemişlerdir.

Kanser tanısı ve tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik düşünceleri ve duyguları yaratır. Hastanın bu ileri zorlanma ile baş edebilmesi, yaşı, yaşam deneyimleri, daha önceki duygusal uyum yeteneği, kanserin yaşam amaçlarını (kariyer, aile) tehdit etme potansiyeline, psikososyal ve çevresel desteklerine ve doğrudan hastalığın kendi değişkenlerine; fiziksel hasarlar, organ kaybı, tedavi seyri, ağrının şiddeti, prognoz ve diğer birçok faktöre bağlıdır.

Kanser hastalarında depresyon gelişimindeki faktörler

- * Tıbbi süreçler ve M.S.S'ne etkiler,
- * Kanser tanı ve tedavisinin kaygı, yas ve katastrofik etkisi,
- * Alınan ilaçların; steroid, interferon, kemoterapi farmakojenik depresyon yapıcı etkisi,
- * Pre-morbid kişilik yapısı,

- * Zeminde bipolar afektif hastalık,
- * Fiziksel hastalığın şiddeti, fonksiyon kayıpları ve bu kayıpların algılanış şekli, hasta için öznel anlam ve önemi,
- * Terminal dönem,
- * Prognozun kötü olması,
- * İmpuls kontrolünün azaldığı delirium durumları,
- * Ağrının kontrol edilememesi,
- * Alkol ve madde kötüye kullanımı ve
- * Sosyal izolasyon.

Kanser Hastasında Depresyon Belirtileri

- * İlgi ve zevk azalması/kaybı
- * Sıkıntı, bunaltı, halsizlik
- * Ağlama, karamsarlık
- * Uyku Bozuklukları
- * İştahta artma/azalma
- * Aşırı sinirlilik
- * Bedensel şikayetler
- * Unutkanlık/konsantrasyon güçlüğü
- * Evlilik problemleri, ilişki problemleri
- * Gerginlik, huzursuzluk
- * İçe kapanma
- * Ölüm korkusu
- * Alkol kullanımı
- * İntihar düşüncesi/girişimi

Kanser Hastasında İntihar Riskini Arttıran Faktörler

Hastalığın ileri evrede olması
Hastalığın kötü seyretmesi
Kontrol edilemeyen ağrı
Depresyon, umutsuzluk
Deliryum
Engellenmişlik hissi
Kontrol kaybı
Daha önceden var olan psikolojik sorunlar
Ailede ve kişide intihar öyküsü
Aşırı yorgunluk

Kanser ve Kaygı Bozuklukları

Kanser hastalarında, başlangıçta tanı ve kriz dönemlerinde kaygı atakları sıklıkla görülür. Bu hastalarda kaygı yaratan kriz durumlarını şöyle tanımlayabiliriz:

- * Tanı aşaması,
- * Tetkik sonuçlarını beklerken,

- * Yeni bir tedavi öncesi,
- * Tedavi değişimi
- * Belirti ortaya çıkması,
- * Nüks görülmesi
- * Hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi

Kanser hastalarında anksiyete bozukluğu ortaya çıkma olasılığına neden olan biyolojik etmenler ortaya konmaktadır. Merkezi sempatik etkinlikte artma bildirilmiştir. Hastalığın ortaya çıkmasına sürmesine ya da artmasına neden olan diğer etkenler ise;

- * Hastalığın doğası
- * Hastalığın şiddeti
- * Yarattığı yeti yitimi
- * Hastada yarattığı olumsuz otomatik düşünceler
- * Hastanın işlevsel olmayan baş etme stratejileri
- * Hastanın immatür savunma düzeneklerini kullanması
- * Hekimin olumsuz ilişki kurması
- * Hekimin hastalıkla ilgili olumsuz ön yargıları
- * Hastalık için önerilen tedavi biçimi
- * Tedavi ortamının kötü koşulları
- * Uygulanan girişimlerin korkutucu oluşu
- * Sosyal desteklerin yeterli olmaması

Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yönleri

Nörolojik bilimlerdeki gelişmeler, psikopatolojinin nörobiyolojik temelini ve insan davranışının, duygulanımının, bilincinin ve bilişsel işlevlerinin ve bunlar arasındaki etkileşimlerinin mekanizmasını anlamamızı kolaylaştırmaktadır. Davranış bozukluklarının etiyojisi kalıtsal, gelişimsel, fiziksel olabileceği gibi, psikojenik ya da sosyojenik de olabilir. Ancak etiyojisi ne olursa olsun, psikopatolojik sendromların beyin düzeyinde nesnel olarak tanımlanabilecek patogenezi vardır.

Sinir sistemini etkileyen bozukluklar doğrudan insan psişizmasının düzen ve işlevlerini etkiler ve hastada değişik nitelik ve şiddette davranışsal, bilişsel ve duygulanıma ilişkin bozukluklar ortaya çıkabilir. Sistem hastalıkları çerçevesinde düşünülünce, nörolojik sistem hastalıkları, doğrudan psikiyatrik bozukluğa neden olabilecek potansiyeli en fazla olan gruptur. Öte yandan epilepsi, narkolepsi, migren, multipl skleroz, parkinson hastalığı, beyin tümörleri, demans gibi birçok hastalıkta esas belirti ve bulgular davranışsaldır. Bu hastalardaki birçok ruhsal belirti ve bulgular zaman zaman “histeri”, “depresyon”, “temaruz” gibi tanımlara götürebilmektedir. Diğer taraftan nöroloji kliniğine başvuran hastaların, bir kısmı birincil psikiyatrik bozukluktur. Nörolojik hastalıklar ve nöroloji kliniğine başvuran hastalar psikiyatrik açıdan değerlendirilmelidir.

Nöroloji, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi birimlerinin işbirliği yaptığı klinikler arasında ilk sıralarda yer alır. Nöroloji kliniğine başvuran hastalar psikiyatrik açıdan değerlendirildiğinde ortaya çıkan etkileşimler şöyledir;

* Birincil psikiyatrik bir hastalık olabilir. Nöroloji polikliniklerine başvuran hastaların %15-20'sinde esas tablonun psikojenik olduğu belirtilmiştir. Nöroloji kliniğinde yatan ya da ayaktan başvuran hastaların DSM-III-R tanı kriterlerine göre %49.9'una tanı konabilecek eşlik eden (komorbid) psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hastaların %17.5'inde herhangi nörolojik hastalık ya da nörolojik anlamıyla herhangi motor-duysal belirti-bulgu olmadığını, esas tablonun konversiyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir.

* Nörolojik tablo ile birlikte (eştanı) olan psikiyatrik bozukluklar. Nörolojik bozukluklara en sıklıkla anksiyete bozukluğu ve depresyon eşlik edebilmektedir.

* Nörolojik hastalığın psikiyatrik komplikasyonları (epilepsi-psikoz ilişkisi, inme sonrası depresyon).

* Mevcut davranış ve duygusal bozuklukların, alttaki organik bozukluğu şiddetlendirip, seyrini olumsuz etkilemesi.

* Merkezi sinir sistemini etkileyen bir bozukluk, mevcut ya da latent olan bir psikiyatrik bozukluğu açığa çıkarır, ya da nükse neden olabilir. Aslında beyni etkileyen ve zedeleyen her hastalık, daha önceden var olan subklinik psikiyatrik durumu açığa çıkarır, ya da şiddetlendirir. Kişilik özellikleri ya da bozuklukları artarak belirir. Beynin zedelenmesi demek, sinir sistemi davranış ilişkisindeki düzen ve hiyerarşinin bozulması, davranış organizasyonunun azalması demektir. Bilişsel işlevlerin bozulması davranış denetim ve düzenlenmesini, duygulanımın dengesini de bozar, hastanın yeni durumlarla başetmesini daha da güçleştirir. Kişilik yapısının temel özellikleri, abartılmış olarak serbestleyerek yüzeye çıkar. Obsesif, paranoid, histrionik vb... kişilik özellikleri uyum ve ilişkisi daha da güçleştirir.

* Nörolojik hastalığa tepki olarak gelişen duygusal süreçler ve psikososyal uyum sorunları, ister hasta olmanın getirdiği bağımlılık gereksinimi, ister duysal, motor işlev kaybı olsun, hastada bir kayıp tepkisi ortaya çıkarır.

Organik hastalık öncesi psikopatolojinin yüzeye çıkması yanında, hastalığa ve nörolojik kayıplara psikolojik tepkiler, denge ve uyumu daha da güçleştirir. Nörolojik hastalıkların önemli bölümü ciddi yeti yitimine yol açan kronik hastalıklardır. Bu tür hastalarda yeti yitimine ikincil ruhsal tepkilerin birçok psikiyatrik bozukluğa yol açması beklenir. Ancak bu hastalardaki psikiyatrik tanılarının benzer derecede yeti yitimine yol açan diğer fiziksel bozukluklardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu farklılık nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki etyopatogenetik ortaklıklardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca, nörolojik hastalığın sebep olduğu kayıpların somut, kısıtlayıcı, bağımsızlığı azaltıcı etkileri yanında, sembolik anlamları vardır. Kızgınlık, kaygı, çökkünlük, korku, isyan gibi tepkiler gelişebilir. Ortaya çıkan kaybın sembolik anlamına göre suçluluk, cezalandırılma gibi endişeler de gelişebilir.

Çeşitli nörolojik hastalıklara (MSS tümörü, travma, konvülsiyon, enfeksiyon) bağlı gelişen psikiyatrik bozukluklar, genel duygusal ve bilişsel belirtiler yanında, tutulan merkezi sinir sistemi bölgesine özgü davranış bozukluklarına neden olurlar. Psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü nörolojik bozukluklar patolojinin korteks, limbik sistem ve bazal gangliyonlarda olduğu bozukluklardır. Merkezi sinir

sisteminin bu bölgeleri bilişsel işlevler, düşünce, duygulanım, davranışlar ve kişiliğin de belirleyicisidir. Bu bölge lezyonlarında yüksek oranda nörolojik ve psikiyatrik bozukluk eştanısı görülmektedir. Nörolojik belirtiler gibi psikiyatrik belirtiler de lezyonun yerleşimine göre farklılık gösterirler. Psikiyatrik belirtilerin nörolojik belirtilerden önce ortaya çıkması yanlışlıkla psikiyatrik tanı konmasına neden olabilir. Bunun yanısıra birçok klinik durumda nörolojik-psikiyatrik ayırıcı tanı sorunu yaşanmaktadır. Bu klinik durumların başlıcaları psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla karıştırılabilen epilepsi, multipl skleroz, hareket bozuklukları, kas hastalıkları, tüm nörolojik tabloları taklit edebilen konversiyon bozukluğu, diğer somatoform bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, yapay (factitious) bozukluk ve temaruzdur. Demans ve Tourette bozukluğu gibi klinik tablolar ise nöroloji ve psikiyatrinin ortak ilgi alanındadır.

Nörolojik hastalarda psikiyatrik muayenenin tüm alanlarını ilgilendiren işlev bozuklukları görülebilir. Bilişsel işlevler, duygulanım (affect) ve duygudurum (mood), dil ve konuşma, düşünce süreci ve içeriği, davranışlar ve kişilik özellikleri, motor hareketler, bedensel işlevlerde değişiklikler olabilir.

Kronik Hastalıklar ve Psikiyatri

Kronik hastalıkların sıklık ve yaygınlığı 20. yüzyıl başlarından bu yana artmaktadır ve bütün ölümlerin %52'sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıkların ilk sıralarında koroner kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, inme, spinal kord yaralanması, romatoid artrit, kronik obstruktif pulmoner hastalık, kanser, AIDS yer alır.

Kronik hastalıklarda, hastalar ve onların aileleri birçok psikolojik engellerle karşılaşır. Bunlar:

- * Gelecek hakkında şüphe, belirsizlik
- * Hastalığını anlamlandırma (neden ben?)
- * Kontrol kaybı
- * Yetersizlik duygusu
- * Stigma
- * Hastalığı izleme
- * İzolasyon duygusu
- * Çevreye bağımlılık
- * Beden imajı endişeleri

Kronik hastalıklar sıklıkla ilerleyici, genellikle de fiziksel, psikolojik ve gelişimsel bozukluklara eşlik etmektedir. Kronik hastalığı olan hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların başlıcaları;

- * Depresif hastalık
- * Anksiyete bozukluğu
- * Uyum güçlükleri
- * Somatoform bozukluklar

- * Kişilik bozuklukları
- * Alkol ve madde kullanım bozukluğu
- * Organik beyin sendromları.

Kronik fiziksel hastalığa hastanın en belirgin tepkileri; korku, kırgınlık, endişe, kaygı, korku, inkâr ve depresyondur. Bu tepkiler; fiziksel hastalığın özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, psikososyal çevrenin desteği ve etkileşim özelliklerine göre şekillenir. Fiziksel hastalığın ne olduğu, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hasta için bunların sembolik anlamı, fiziksel işlev kaybı ve bu kayba ilişkin hastanın değerlendirmesi, kaybın kişisel anlamı ve önemi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, kişilik yapısı, gelişimsel faktörler, inançlar, tutumlar, daha önceki zorlanmalara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları, ailenin hastalığa tepkisi de o sırada vereceği duygusal cevapları değerlendirmede yardımcı olabilir. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, değerlendirdiği, belirtilere karşı koyduğu (ya da koymadığı) davranış ve tutumlar hastalık davranışını belirler.

Endokrin ve Metabolik Hastalıklar

Merkezi sinir sistemi ile hormonlar organizmanın homeostatik düzenini sağlayan temel sistemlerdir ve merkezi sinir sistemi ile hormonlar, davranışlar ve psikopatoloji arasındaki ilişki bilinmektedir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal sistem duyulanım, davranış, stres cevabı, uyum ve baş etme ile ilişkilidir. Endokrin sistem içinde özellikle böbreküstü bezleri, tiroid, paratroid, diyabetes mellitus ve prolaktin salınımı bozukluklarında en fazla psikiyatrik bozukluk bildirilmiştir. Bu bölge ve bu bölgenin işlevinde rol oynayan transmitterler bir tarafta davranış ve duyguların denetiminde rol oynarken, diğer taraftan otonom sinir sistemi ve endokrin sistem izlemlerinin düzenlenmesinde rol oynamaktadır.

Endokrin sistem hastalıklarının beyin işlevlerini bozarak psikiyatrik bozukluğa yol açması 3 şekilde olabilir:

- * Hipotalamus ve hipofizdeki yapısal ve işlevsel bozukluklar
- * Hormon düzeylerindeki değişikliklere bağlı nöronal işlevlerin etkilenmesi
- * Endokrin bozukluklara bağlı metabolik değişiklikler

Diyabet Hastalığında Psikiyatri

Diabetes mellitus (DM) çağdaş tıp ve teknolojideki ileri gelişmelere paralel olarak, tedavi edilebilen kronik bir hastalık olmuştur. DM, tüm topluluklarda ve tüm yaş gruplarındaki en yaygın endokrin hastalılardan birisidir. DM ciddi psikiyatrik komplikasyonları olan, çeşitli yaş dönemlerinde başlayabilen, sık görülen, hem metabolizmanın hem de vasküler sistemin bir bozukluğudur. Diyabetin diğer kronik hastalıklardan farkları: Sürekli katı bir diyet uyma zorunluluğunun olması, ilaçların çok düzenli kullanılmasının gerekliliği, insülin kullananlar için sürekli enjeksiyon gerekliliği, komplikasyonlar sonucunda birçok organ ve sistemi etkileyebilme-

si, komplikasyonlar ve yetiyitimi görece geç ortaya çıkabilmesi (hastanın fizik gücü görece korunur), HPA eksenini etkileyerek ruhsal bozukluklara neden olabilmesi ve hipoglisemik ataklar bilişsel bozukluklara neden olabilmesi olarak sayılabilir. DM, kronik fiziksel bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikosozyal boyutları olan bir durumdur. Diyabetli bir hasta için kronik bir hastalığa sahip olduğunu ve yaşam biçimini değiştirmesi gerektiğini kabullenmek çoğu zaman zordur. Hasta açısından, fiziksel özelliklerinin yanında, ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel, ailesel birçok sorun ve çatışmaları gündeme getirir. Hastanın var olan alışkanlıklarının değişmesine ve yeni bir yaşam biçimine alışmasına zorlayan, birçok komplikasyon riski kaygısı ile baş etmesini gerektiren bir hastalıktır.

Diyabetik bir hastada ruhsal durum-kan şekeri ilişkisi ve etkileşimi şu şekilde formüle edilebilir:

* Kan şekeri bozukluğu, beyin işlevlerini bozarak organik beyin sendromuna neden olabilir 'somatopsişik etkileşim'

* Psikosozyal zorlanmalar ve ruhsal çatışmalar, kan şekerinde oynamalar yapabilir 'psikofizyolojik etkileşim'

* Diyabet, ruhsal bozukluk gelişimini hızlandırabilir

* Ruhsal-davranışsal durum diyabetin seyrini, gidişini ve tedaviye cevabını etkileyebilir

* Diyabete, komplikasyonlarına ya da tedavi yöntemlerine anksiyeteli, depresif mizaçlı uyum bozukluğu gelişebilir

Diyabetik hastada davranışsal, duygusal, bilişsel, kişiler arası ilişkilere dönük tepkiler gelişir. Gelişen psikosozyal tepkiler, hasta, aile ve hekim için yeni güçlüklerle yol açar. Psikopatolojik tepkiler, diyabetin görünümünü, şiddetini, ortaya çıkışını, seyrini, tedaviye cevabını ve gidişini etkiler. Hastalığın getirdiği engellemeler, yeterliliğin kaybı endişesi, ölüm korkusu, hastalık önem ve sembolik anlamı, gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler kaygı yaratır. Kaygı hali, otonomik ve kronik seyir kazanmış ise, kişinin günlük yaşantısını bozacak düzeyde ise yardım gerektirir. DM hastasında hipoglisemik atakların neden olabileceği, organik kaygı bozukluğu ile psikojen bir bozukluk olarak kaygı hali ayırt edilmelidir.

Depresyon DM'de ortaya çıkan psikiyatrik tanılar içinde birinci sırada bildirilmiştir. Depresyon ile kan şekeri düzensizliğinin kontrol edilme güçlüğü arasında ilişki bildirilmiştir. Ayrıca depresyon, kronik hiperglisemiye yol açmakta ve mikrovasküler komplikasyonları arttırmaktadır. Depresyon kronik özürülük yaratan engellemeler ve komplikasyonlara yol açan böyle bir hastalığa tepkisel gelişmiş olabilir. Bazı ilaçlar depresyonun gelişmesini kolaylaştırabilir, gelişimsel yönden yatkın bir bireyde diyabet depresyonu ortaya çıkarmış olabilir. Yapılar araştırmalar diyabette organ komplikasyonlarına bağlı olarak kayıp geliştikçe görme kaybı, böbrek yetmezliği, yas etkisi ve depresyon daha sık geliştiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel hastalığı olmayan insanlara kıyasla diyabette major depresyon oranı en az 4 kat fazladır. Depresyon kadın diyabetik hastalarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir. İlginç olan bir diğer bulgu da insüline bağımlı diyabette, diyabet depresif belir-

tilerden önce ortaya çıkmaktayken tip 2 diyabette depresyon diyabetten daha önce ortaya çıkmaktadır. Öte yandan tip 1 diyabette hiperglisemi düzeyi ile depresyon şiddeti arasında bir ilişki bildirilmiştir. Diyabetin komplikasyonları arttıkça da depresyon şiddetlenmektedir. Diyabetin yanında major depresyonun ortaya çıkması tedavi programını ve kan şekerini düzenlemesini ciddi şekilde aksatmaktadır.

DM hastalarında depresyondan sonra organik beyin sendromu (OBS) ikinci en yaygın psikiyatrik sorun alanıdır. DM hastalarında anksiyete bozukluğu oranı %5-13 oranında bildirilmiştir. Anksiyeteye ilişkin psikosomatik belirti ve bulgular ile diyabete ilişkin belirti ve bulgular ayırıcı tanıda güçlük yaratabilir. Hasta panik bozukluğa bağlı belirtiler ile hipoglisemik durumu ayırt edemeyebilir. Anksiyete sendromunda sıkıntı, kaygı gibi duygusal belirtilerin yanında titreme, terleme, gerginlik, çarpıntı, baş ağrısı gibi fiziksel belirtiler olur. Panik hallerinde genelde obsesif düşünceler, korku hali, kompulsif davranışlar ve obsesif nitelikte süreklilik kazanmış bir endişe hali söz konusudur. Hastanın yakınmalarının arkasındaki endişe ve kaygı odakları araştırılmalıdır.

Diyabetin komplikasyonları, özellikle erkek hastalarda cinsel bozukluklar önemli bir komplikasyondur. En yaygın olarak sertleşme kusuru bildirilmiştir. Bu hastaların %50'sinde kaygı, depresyon, korku gelişmektedir. DM hastalarında gelişen cinsel güçlüklerde organik ve psikolojik faktörlerin ortak etkileşimi vardır. Yeme bozuklukları görülebilir. Anoreksi ve bulimia görülebilir, ergenlik çağındaki kızlarda daha sıktır. Gözden kaçabilen subklinik yeme bozuklukları tedavi işbirliğini ciddi biçimde bozabilir.

Ağrı

Hoş olmayan ve doku hasarı ile ilgili olarak yorumlanan ya da fizyolojik bir bozukluk şeklinde anlatılan bir duygu durumudur. Kişinin biyolojik, ruhsal ve psikosozyal sağlık ve iyilik durumları arasındaki karşılıklı etkileşime ilişkin bir yakınmadır. Ağrı biopsikosozyal denge ve uyumun bozulduğunun bir işaretidir.

Psikolojik faktörlerin, ağrı yakınma, tepki ve davranışını etkilemesi 3 eksende düşünülebilir;

- 1- Psikofizyolojik mekanizmalar
- 2- Psikosozyal etkenler 'kültürel, sosyal ve kişiler arası' ve öğrenilmiş davranışsal süreçler
- 3- Psikiyatrik eştanı
- Ağrı-Ruhsal durum ilişkisi;
 - 1- Somatoform ağrı bozukluğu
 - 2- Psikosomatik sendrom olarak ağrı bozukluğu 'Migren, temporamandibüler eklem ağrısı, fibromiyalji'
 - 3- Psikiyatrik ağrı + psikiyatrik eştanı
 - 4- Psikiyatrik durumun ağrılı sendromun gidiş, seyir ve tedaviye yanıtını olumsuz etkilemesi,
 - 5- Psikiyatrik durum ve ağrının ortak bir etiyopatogenez zeminde gelişmesi

6- Ağrılı uyarının psikolojik ve bedensel mekanizmalar da psikiyatrik duruma yol açması

Kronik ağrılı hastalarda majör depresyon görülme oranı %25.

Ağrılı sendromlarda depresif hastalıklar 3 alt grupta tanımlanabilir;

1- Ağrıya ikincil olarak gelişen depresif duygu durum ile giden uyum güçlüğü

2- Fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler. Hastadaki mevcut ruhsal kaygı ve depresyonun fiziksel durumu bozucu rol oynaması anlaşılır

3- Majör depresyon

Kronik ağrısı olan bir hastada yaklaşımın esası sadece nosiseptif uyarana değil, kişinin duygu birikimine, davranışına ve algısına odaklanma olmalıdır.

Cerrahi Girişimlerin Psikiyatrik Boyutu

Cerrahideki teknik ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastaların umudunu arttırmakta, hastanede yatış süresini kısaltmakta, ayaktan müdahaleyi ve evde bakımı olanaklı kılmaktadır. Ancak cerrahi girişimler bir yanda da hastalarda ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Cerrahi girişim acı ve ızdırabı gideren, hayat kurtaran bir tedavi olduğu kadar, kişinin doğrudan fiziksel tehdit altında hissetmesine ve bir yaşam krizine neden olmaktadır. Kişinin tamamen kontrolünü kaybettiği bir ortamda, en mahrem organlarına müdahaleye izin vermesi, kendisinin bile bilmediği iç organlarına bir yabancımanın dokunmasına razı olması söz konusudur ki, bu da doktoruna tam bir teslimiyet, güven, beklentilerde ve bağımlılıkta artış demektir. İnanamama, endişe, korku, irritabilite, öfke, suçluluk, yetersizlik, çaresizlik, güçsüzlük, kadercilik, bağımlılık, gerileme (regresyon), meydan okuma, kabul cerrahi girişime gösterilen tepkiler arasındadır.

Bu hastalarda ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası dönemlere özgü psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır.

* Ameliyat Öncesi Dönem

* Ameliyat Dönemi ‘ameliyat ve yoğun bakım dönemi’

* Ameliyat Sonrası Dönem ‘cerrahi girişimden 72 saat sonrası’

Ameliyat öncesi dönemde hastalarda genel olarak kaygı ve korku nedenleri;

* Narkoz kaygısı, uyanamama,

* Ölüm riskine ilişkin endişeler,

* Vücudun hasar göreceği korkusu,

* Ağrı, acı çekeceği korkusu,

* Beden üzerinde denetimini kaybedeceği korkusu,

* Sakatlık, yeti yitimi, muhtaçlık ve bağımlılık korkusu,

* Kendi kendine yeterliliğin kaybı,

* Narsisistik bütünlüğün zedelenmesi,

* Kontrolün kaybı duygusu, narkoz altında sınırlarını açıklama korkusu,

* Cinsel ve sosyal yaşama yönelik endişeler,

* Estetik kaygılar,

Ameliyat öncesi bu tür kaygı tanımlamayan ya da yüksek düzeyde kaygılı olanlar, hafif derecede kaygılı bekleyiş yaşayanlara göre, daha zor uyum sağlamakta ve daha fazla psikolojik sorun yaşamaktadırlar. Ameliyat öncesi kaygı tanımlamayanlarda, ameliyat sonrası kızgınlık, pişmanlık ve uyum güçlüğü gelişmektedir. Hafif kaygı ise hastayı ruhsal olarak hazırlamakta, bilgilenmeyle de işbirliği artmaktadır. Kaygıları çok yüksek olanlarda, ameliyat sonrası ağrı yakınması ve ağrı kesici kullanımını fazla olmaktadır.

Ameliyat öncesi kaygı gelişimini etkileyen faktörler ise;

- * Hastanın yaşı, gelişimsel dönemi
- * Hastanın kişilik özellikleri
- * Hastanın genel sağlık durumu
- * İçinde bulunulan hastalığın türü ve süreci
- * Tanısı belli olmadan yapılan veya tanı amaçlı yapılan cerrahi girişimler
- * Daha önceki hastalık, hastane ve ameliyat deneyimleri
- * Hasta için içinde bulunduğu durumun anlamı, önemi, tedaviden beklentisi
- * Ameliyat hakkında hastanın bilgilendirilme düzeyi
- * Hasta doktor ilişkisinin durumu
- * Hastane ve diğer personelle ilişkiler
- * Hastanın psikiyatrik özgeçmişi
- * Hastanın kullandığı ilaçlar ve yan etkileri
- * Hastanenin alışılmadık ortamı
- * Sosyal ve aile destek sistemlerinin işlevselliği
- * Mali, ekonomik sorunlar

Ameliyat sonrasında, hastaya, hastalığa ve yapılan girişime bağlı olarak çeşitli psikiyatrik bozukluklar görülür. Alttaki hastalık, etkilenen organ, hastanın ruhsal durumu, baş etme yöntemleri ve cerrahi girişimin niteliği bu bozuklukların tipi, şiddeti ve seyirini etkiler. Cerrahi girişimlerin genel psikiyatrik komplikasyonlarının yanı sıra her girişim tipinin (organ nakli, meme-rahim cerrahisi gibi...) kendine özgü psikiyatrik ve psikososyal sorun alanları vardır. Yapılan birçok araştırma sonucu cerrahi girişim uygulanan hastalarda toplumdakinden çok daha fazla, tıbbi hastalıklara göre anlamlı derecede fazla oranda psikiyatrik komplikasyon geliştiği bulunmuştur. **Ameliyat sonrası en acil psikiyatrik sorun akut organik beyin sendromu (deliryum) dur.** Ayrıca ameliyat sonrası psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesinde azalmaya bağlı diğer problemler yaşanabilir. **Cerrahi girişimlerin geç dönemlerinde yapı ve işlev kaybına bağlı olarak depresif hastalık gelişimi ön plana çıkar.** Psikiyatrik sendrom gelişen hastalarda, hastanede yatış süresi uzar. Bu nedenle bu hastaların tedavisi açısından psikiyatrik işbirliği oldukça önemlidir.

Ameliyat öncesi psikopatolojik özellik ya da sendrom tanımlayan hastaların önceden belirlenip, uygun girişim ve tedavi ile hazırlanması hastanın genel uyum ve iyilik halini artırır, ameliyatın komplikasyonlarını ve tıbbi psikiyatrik tanı olasılığını azaltır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi

Kadın ruh sağlığı tıbbi, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve estetik bir bütünlük arz eder. Kadın ve ruh sağlığı, tıbbi, psikolojik ve sosyolojik değişkenlerin iç içe ve birbirini doğrudan etkilediği özgün bir alandır. Menarş, hamilelik, doğum ve menapoz gibi gelişim dönemleri aynı zamanda kadının yaşantısındaki en önemli psikolojik dönemlerdir. Kadına özgü hastalıklar ve doğum kadının ruh sağlığını etkiler. Doğum ve kadın hastalıkları alanında menarş, premenstrual sendrom, hamilelik, yüksek riskli gebelik, doğum sonrası dönem, kürtaj, düşük, infertilite, kadın organlarına yönelik cerrahi girişimler (mastektomi ve histerektomi gibi), menapoz gibi dönemlerin hormonal, tıbbi boyutları yanında kendine özgü psikolojik zorlanmaları vardır.

Menstruasyonun başlaması kadının yaşantısında gelişimsel bir yaşam dönemi olmakta, biyolojik değişikliklerle birlikte kişisel, sosyal dönüşümleri de içermektedir. PMS, menstruasyondan yaklaşık bir hafta önce başlayan ve menstruasyonun başlamasıyla hafifleyip kaybolan, döngüsel, fiziksel, psikolojik, davranışsal ve duygusal belirtiler ile seyreden, çoğu adet görmeye tekrarlayan bir durumdur. Depresyon, doğum sonrası depresyon ve duygudurum değişimleri öyküsü olan, ailede PMS öyküsü olan kadınlar, PMS açısından riskli grubu oluştururlar. Doğum kontrol ilaçlarının bazı psikolojik yan etkileri olabilmektedir. Duygudurum değişikliği tanımlayan kadında hormonal kontrasepsiyonun ilk alımı ile duygudurum değişikliği arasında ilişki olup olmadığı özellikle disfori, depresyon ve premenstrual değişim öyküsü olan kadınlarda dikkatli ele alınmalıdır.

Gebelik doğal fizyolojik bir olay olmasına rağmen çiftlerin yaşamlarında yeni bir düzen gerektiren dönemin de başlangıcıdır, anne ve baba adaylarını, aileyi ruhsal yönden etkiler. Bu devrede eşler birçok yoğun duygu, çelişki ve sorumluluğu deneyimler. Pek çok kadın korkudan, ambivalan duygulardan, rahatlamaya kadar çeşitli duygular yaşar. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı gebeliğin gidişini etkilediği gibi, gebeliğin kendisi de ruhsal, duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik ve ebeveynlik bir rol geçişidir ve uyum sürecini gerektirir. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci vardır.

Bu dönem gelişimsel kriz yaratmaktadır ve hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi patolojilere yol açabildiği de bildirilmektedir. Gebelik ve doğumdaki ruhsal, davranışsal, duygusal değişiklikler aşağıdaki alanların etkileşimleri içinde değerlendirilmelidir:

* Kadının sosyodemografik özellikleri, içinde bulunduğu yaşam döngüsü, yaşam felsefesi, kişisel deneyimleri, duygusal dengesi, kadınlığa karşı tutumu

* Ailenin sosyo-ekonomik yapısı, evlilik ilişkisi, eş ve anne ile olan ilişkiler, başka bir çocuğun varlığı, aile içi ilişkiler, aile dinamikleri 'boşanma, ayrılık, şiddetli geçimsizlik', rollerdeki değişiklikler, çatışmalar

* Kültürel özellikler, sosyal, toplumsal baskılar, kültürel normlar

* Özgeçmişinde mental, ruhsal, fiziksel bir bozukluğun varlığı

* Soygeçmiş özellikleri, daha önceki deneyimleri veya duyuları

* Gebeliğin istenmesi ya da istenmemesi, gebeliğin planlanmış ya da planlanmamış olması

* Gebelikle ilgili bilinçli ya da farkına varılmayan düşünce, duygu, tutum, beklenti ve çatışmalar, gebeliği algılayışı, gebelikle ilgili beklentileri

* Vücut biçimi değişiklikleri ve algılanması, beden imajı

* Gebelikte tıbbi risklerin olup olmadığı

* Anne olmaya ilişkin ruhsal yapı ve kişilik organizasyonu, anneliğe hazır olup olmama

* Ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, destek sistemleri, baş etme biçimleri

* Bu dönemdeki diğer yaşamsal stresörlerin varlığı

* Endokrin, hormonal değişiklikler birbirini etkiler ve birlikte ele alınmalıdır.

Gebelikle ruhsal değişikliklerin ortaya çıkmasında, özellikle gebeliğin istenen ve planlı olmaması, kadının eğitim düzeyinin düşük olması, çalışmama ve sosyal desteğin yetersizliği etkileyen faktörlerdir. Gebelik sırasında ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların neden olabileceği risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir:

* Kendine bakımda yetersizlik

* Beslenme yetersizliği

* İntihar

* Riskli davranışlar (hızlı araba kullanma vb...)

* Alkol ve madde kullanımı

* Düşük doğum ağırlığı

* Erken doğum

* Daha önceden mevcut ya da yeni olarak ortaya çıkan her türden majör psikolojik rahatsızlık

Doğumu takip eden ilk altı ayda, kadın hayatındaki diğer dönemlere oranla psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Yapılan çalışmalar doğum sonrası dönemin hamilelik dönemine kıyasla üç dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde doğum sonrası dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada, olguların %30'una psikiyatrik tanı konulduğu, hastane anksiyete depresyon ölçeğine göre %32.5'inin depresyon puanı 8-14 arası (riskli grupta), %37.5'inin anksiyete puanı 11-16 arasında (riskli grupta) oldukları saptanmıştır. Doğum sonrası erken dönemde ruhsal durumu etkileyen değişkenler arasında özgeçmişte psikiyatrik bozukluk, tıbbi hastalık olması, gelir düzeyinin düşük olması, gebeliğin plansız olması, sosyal desteğin yetersizliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özgeçmişte psikiyatrik bozukluk, tıbbi hastalık bulunan, gelir düzeyi düşük olan, gebeliği planlı olmayan, sosyal desteği yetersiz olan gebelerin doğum sonrası dönemde psikiyatrik açıdan riskli grubu oluşturduğu, doğum öncesi dönemden itibaren takip edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar üç grupta incelenebilir:

1- Doğum Sonrası Hüznü (Postpartum Blues): Doğumu takiben annelik rolü ile ilgili uyum güçlükleri ile birlikte biyolojik ve hormonal değişimlerin, eşle ilişkideki problemlerin, yetersiz sosyal desteğin neden olduğu annelik hüznü, kadınların %50-85'inde görülmektedir.

2- Doğum Sonrası Depresyon (Postpartum Depresyon): Doğum sonrası majör depresyon, kadınların %12-16'sında görülen, ciddi ve yaşamı tehdit edici bir

bozukluktur. Doğum sonrası depresyon doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde oluşan major depresyon olarak tanımlanmasına rağmen, bazı çalışmalarda doğumu takiben 6-12 haftalarda en sıklıkla belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu dönemde uykusuzluk, dikkat azalması gibi belirtiler depresyon gelişimi açısından öncü belirtilerdir.

3- Doğum Sonrası Psikozu: Doğum sonrası psikoz akut ve ciddi bir durumdur. Başlangıç ani ve hızlıdır. Her bin doğumdan bir ikisinde karşılaşılr. Belirtileri arasında duygu durum değişkenliği, ajitasyon, konfüzyon, düşünce dezorganizasyonu, halüsinasyonlar ve uykusuzluk sayılabilir. Geniş ölçüde biyolojik etmenler rol oynamaktadır. Daha önceden doğum sonrası psikoz geçmişi ya da iki uçlu bozukluk geçmişi olan kadınlar risk altındadırlar. Bu durumlarda doğum sonrası psikoz tekrarlama riski %70'tir. Kendine ve bebeğe zarar verme riski vardır. Psikiyatrik yatış gerektiren bir tablodur.

Menapoz, hormonal değişikliğin belirgin olduğu bir dönemdir. Yaşlılık ya da yaşlılık algısı, üretkenlik kaybı, çekiciliğin kaybı endişesi, çocukların yetişmesi ve evden ayrılması bu döneme ilişkin özel psikososyal sorunlardır. Menapoz sonrası depresyonunda, vücuda odaklanma ve kaygı yüksektir. Ayrıca bu dönemdeki kadınlarda aile içi ilişkilerde ve diğer sosyal ilişkilerde zorlanmalar görülebilir.

Tıbbi Hastalığı Olanlara Psikolojik Yaklaşım

Fiziksel hastalığı olan kişilerde psikolojik tedavinin amaçları;

- * Psikolojik, psikososyal sorunları ve psikiyatrik bozuklukları düzeltmek ve azaltmak
 - * Psikolojik acıyı azaltmak
 - * Psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak
 - * Kaygı, depresyon, felaketçi tepkiler ve diğer psikiyatrik belirtileri düzeltmek
 - * Hastalıkta ve yaşamlarında kendi denetimlerinin olduğu duygusunu geliştirip, arttırmak
 - * Hastalıkla ilişkili fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş edebilmek, etkin yöntemleri ve tutumları geliştirmek
 - * Hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki iletişimi güçlendirmek
 - * Mücadele ve yaşama güç ve dürtüsünü arttırıcı ruhsal-davranışsal uyumu güçlendirmek
 - * Öfke, kırgınlık, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek
 - * Gelecekte ve varoluşla ilgili bilinmezlikte baş etme yollarını incelemektir.
- Psikoterapi kişinin bütünüyle ilgilenir. Bireysel ve grup psikoterapi çeşitleri ve farklı yöntemleri vardır ama hepsi aşağıdaki faktörleri içerirler;
- * Hasta ve profesyonel arasında güvenli bir ilişki,
 - * Düşünceler, duygular ve problemler hakkında rahatça ve açıkça konuşma fırsatı,
 - * Endişe edici düşüncelerle, olumsuz duygularla ve günlük problemlerle baş etmede yardımcı olma,

Psikolojik yaklaşımın ilkeleri;

- * Empatik tutum gösterilmeli
- * Sempatik, kavrayıcı, destekleyici ve tıbbi etik ilkelere uygun insan-insana iletişim kurulmalı
- * Aşırı sembiyotik ya da sakınma davranışından kaçınılmalı
- * Temel güven duygusu verilmeli, esnek olunmalı
- * Hastanın kişisel tasarruf ve gizliliğine saygı gösterilmeli
- * Bilgilendirilmeli
- * Açık iletişim ile hastalığı ve endişeleri ile ilgili konularda yanlış bilgi ve tutumları düzeltilmeli
- * Kızgınlık, öfke, suçluluk gibi (örtülü) duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesi ve hastalıkla ilgili düşünce ve duygularını anlatması cesaretlendirilmeli
- * Hasta ile aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki iletişim güçlendirilmeli
- * Tedavide erken katılım ve işbirliği sağlanmalı
- * Hastalık ve yaşamlarında kendi denetimi olduğu duygusu geliştirilmeli
- * Umudu koruyarak, gerçekçi kabulleniş sağlanmalı
- * Kaygı, depresyon, felaketçi tepki gibi davranışsal belirtiler düzeltilmeli
- * Psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesi arttırılmalı
- * Uyum için zaman tanınmalı
- * Önce olumlu tepkileri desteklenmeli, hastadaki yedek güçler harekete geçirilmeli
- * Nelerin mümkün olmayacağından önce yapabilecekleri ortaya koyulmalı
- * Psikososyal destek sistemleri harekete geçirilmeli
- * Bağımlılık gereksinimini arttırmayacak, bireyselliği ve gizliliği zedelemeyecek şekilde destek verilmeli
- * Aşırı tutarsız, bozuk giden, tedaviyi bozan tutumlar ortaya çıkınca tüm tedavi ekibi ortak-kararlı-tutarlı bir tutumu benimsemeli
- * Davranış bozuklukları ve psikiyatrik sendromlar, tıp bilimi disiplini ve etiği içinde ele alınmalı
- * Sorunlar karmaşıklaşmış yangın çıkmadan ilgili Liyezon psikiyatrisi birimi ilişkiye geçilmeli ve işbirliği istenmeli
- * Hekim açıklayıcı, yardım edici, güven verici, yol gösterici olmalı
- * Hastanın özgüvenini ve kendine saygısını destekleyici, mevcut gücünü kullanmayı cesaretlendirici bir tutum benimsemiş olmalı

Hastayı anlamaya çalışan bir yaklaşım en doğrusu olacaktır. Konuyu tek boyutlu araştırmak ya da kavramak değil, insan varlığına, hastalıklara ve tedavisine ilişkin bütüncül yaklaşımın geliştirilmesi merkezi önem taşımaktadır. Tıbbi hastalığı olanlarda, psikiyatrideki didaktik ve kategorik sınıflamaya girmeyecek, ancak ruhsal yardım gerektiren ve tedaviden yararlanacak birçok hasta vardır. Dar ve hastalık merkezli yaklaşımlar, fiziksel hastalık çerçevesindeki insan algı ve yaşantısını yeterince kavramaz. Biyomedikal teknolojik yaklaşımdan öte, insana empatik varoluşsal yaklaşım gerekir. Bu bağlamda psikopatolojiye ilişkin biyolojik süreçleri, bedensel etkileri, psikososyal kavramlar ve insan varoluşuna ilişkin yaklaşımlarla bütünleştirmek gerekir. Her hekim beden-beyin-ruh-çevre bütünlüğü ve karşılıklı etkileşimini dikkate almalıdır.

Beyin ve psikoloji sağlığın ve hayatın lideridir. Hastanın psikolojisi ne kadar çözüm üretici, pozitif, değişken koşullara adapte olabilir ise, beden tedaviye o kadar yanıt verir. Hastalarımızda biyolojik tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve bakım ayrılmaz bir bütündür. Bu hastaların ve hasta ailelerinin fiziksel hastalığa bağlı olarak yaşadığı güçlüklerle baş etmelerinde, hastalığa uyumu kolaylaştırmada, psikososyal ve psikiyatrik sorunların tedavi ve bakımında, yaşam kalitesini arttırmada ve yardıma ihtiyaç duydukları konularda hizmet verilmelidir.

KLP, tıp, psikiyatri, koruyucu hekimlik alanlarında bütüncü köprü oluşturan bir disiplindir. Tıbbın psikiyatrisi olan bu disiplin, sağlık sisteminde felsefe ve uygulamada biyopsikososyal, psikosomatik anlayışın uygulamasıdır. Beden-beyin-ruh-çevre etkileşimini, önemini ortaya koyan bir uygulamadır. Fiziksel tedavi ve bakım ile psikolojik tedavi ve bakımın birlikteliğini ortaya koyar. Tıp ile psikiyatrisi bütüncüştiren, tıbbi uygulamaya psikolojik bütünlük sağlayan bir disiplindir.

Kaynaklar

- Blumenfield M, Strain JJ. Psychosomatic Medicine (eds). By Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Llyod GG, Guthrie E. Handbook of Liason Psychiatry (eds). Cambridge University Pres, Cambridge, 2007.
- Özkan S. Psiko-Onkoloji. Z. Armay (Yrd.Yazar) Novartis Oncology, İstanbul 2007.
- Özkan S. Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yönleri (Broşür). Psikiyatrik Tıp Merkezi Yayınları, İstanbul, 2007.
- Özkan S. Kalp Hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. (Broşür). Psikiyatrik Tıp Merkezi Yayınları, İstanbul, 2007.
- Özkan M. Genel Tıpta Psikiyatrik Konsültasyon Süreci. İçinde: Özkan S. (Düzenleyen). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999. İstanbul, 2000:31-5.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Roche Yayınları, İstanbul 1993.
- Robinson MJ, Owen JA. Psychopharmacology in Textbook of Psychosomatic Medicine edited by Levenson JL, The American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2005:871-922.
- Rundell JR, Wise MG. Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. The American Psychiatric Press, Washington DC, 1996.
- Theodore AS, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. Handbook of General Hospital Psychiatry. 5. ed. Mosby, Philadelphia PA, 2004.

17 Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları

ARŞALUYS KAYIR

Aşk ve cinsellik düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutları ile iki insanın etkileşim içine girmesi ve bir çekim alanı oluşturmasıdır. Aşk genel olarak olumlu kelimeler çağırırsa da yaşarken içinde olumsuz duyguları da barındırdığı bilinir. Düşünsel boyut, kendini bir başkasına açma kararı vermektir. Bunlar geçmiş, bugün ve gelecekle ilgili duygular, ümitler, değerler, korkular ve savunmalar olabilir. Duygusal boyutta bir başkasına sevgi duyma, onu koruma, merak etme, düşünme ve ona güven duyma, benzerlik ve farklılıklarını keşfetme isteği vardır. Davranışsal boyutta dokunma, sarılma, okşama gibi yakın fiziksel ilişki, bakma, gülme ve baş sallama gibi yüz iletişimi, öpüşme ve cinsel ilişki vardır. Görüldüğü gibi, yakınlık kurmak insanın kendisini duygu ve düşüncelerini ve hatta bedenini, iç dünyasını bir başkasına açmasıdır. İlişkiler ve cinsellik insana sevimliye değer olduğu duygusunu yaşatır. Bu, kadınlığın ve erkekliğin bir açıdan onaylanmasıdır. Kadın veya erkek çoğu insan düzenli paylaşımlı yakın ilişki içinde olmayı ister.

Cinselliği tanımlamak anormal cinselliği tanımlamak kadar kolay değildir. Akla gelen kelimeler haz, arzu, üreme, aşk veya yakınlıktır.

Psikanalitik görüşe göre cinsellik ve ruhsal gelişim arasında yakın ilişki vardır. Freud cinselliğin doğumla başladığını belirtmiş, cinsel dürtü kuramını geliştirmiştir. Doğumdan ölüme kadar bir yaşam dürtüsü olarak süren insan cinsel davranışı tek bir biçime uymaz. İnsanlar cinsel dürtü, güç ve tercih ettikleri cinsel anlatım ve doyum açısından farklıdır. Bireyin toplumdaki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür ortamı, kadın veya erkek oluşu, yaş, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler. Tedaviyi üstlenen kişinin bu değişkenleri bilmesi, kendi değer yargılarını karşındakine yüklememesi açısından önemlidir.

Mastürbasyon

Cinsel eğitim en dar anlamda, ebeveyn-çocuk etkileşimi sonucunda oluşur. Mastürbasyon (kendi kendini doyuma ulaştırmak) çocukluk yıllarında keşfedilir ve haz

verici bir kişisel eylem olarak sürer. Ergenlik döneminde artan mastürbasyon cinsel birleşme fantezileri ile doludur ve bireyin bir eşten etkilenmesine hazırlık oluşturur. Mastürbasyon, sürekliliği olan bir ilişki kurulduktan sonra da, eşin yokluğu veya hastalığı halinde, ona yakınlık duyulmadığında, hatta eşten bağımsız olarak sağlıklı bir cinsel eylem olarak yaşam boyu sürebilir. Ancak bir eşe tercih edildiğinde veya zorlayıcı bir eylem olduğunda bir aksamadan söz edilebilir. Mastürbasyon cezalar veya yasaklar, hastalık, kısırlık gibi söylentilere rağmen bireylerde evrenselliğini sürdürmektedir. Kinsey, hemen tüm erkeklerin ve kadınların yaşamlarında bir zaman mastürbasyon yaptıklarını belirtmiştir. Geleneksel toplumlarda kadının genital bölgesine dokunması himeni koruma endişesi ve cezalandırılma korkusu nedeniyle engellendiğinden, mastürbasyon oranı düşmektedir.

Cinselliğin Fizyolojisi

Cinsel sorunları anlama ve yardımcı olmada, cinselliğin fizyolojisi, anatomisi ve cinsel yanıt döngüsünün bilinmesi gereklidir. Normal kadın ve erkekler cinsel uyarılmaya karşı bir dizi fizyolojik yanıt verirler. Beynin tüm bölgelerinin cinsel işlevler üzerinde etkili olduğu bilinmekle birlikte, limbik sistem ve hipotalamus merkezi roldedir.

Testosteron hem kadın hem de erkekte libido üzerine etkilidir. Östrojen kadınlarda sevişme ve cinsel birleşme isteğinden sorumluyken, progesteron cinsel istek ve sevişme arzusunu bastırır, analık ve sarılma duygularını artırır.

Normal biyolojik yapı ve hormon işleyişi; insanda cinsel yanıt verebilme, böylelikle cinsel istek kapasitesini etkileme açısından gereklidir. Ancak cinsel istek ve davranış cinsel biyolojiden önemli ölçüde bağımsızdır, bunu belirleyen egemen unsur bilişeldir yani insan bilinçli olarak cinsel fantezilerin, anıların, ve uyarıcı karşısında verdiği cinsel yanıtın farkındadır. Cinselliğin öğrenilmesi çocuklukta başlar ve aşamalarla bir partnerle olan ilişki içerisinde öğrenilerek geliştirilir.

1960-1970' lerde cinsel alanda yapılan devrim ve kültürel değişimler sonucunda cinselliğin fizyolojisi ve cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları alanında araştırmalar artmıştır. Masters ve Johnson (1966) cinsel yanıtın dört-basamaklı bir modelini tanımlamıştır.

- 1- Uyarılma
- 2- Plato
- 3- Orgazm
- 4- Çözülme

1- Cinsel yanıtın birinci basamağı, uyarılma evresidir. Burada cinsel uyarana yanıt olarak cinsel uyarılma gelişir. Bu fiziksel uyarmadan, cinsel fanteziye kadar değişebilen çeşitlilikte bir uyarıcı olabilir. Cinsel uyarılma yoğunlaştığında,

2- Plato evresinde haz alma sürer ve,

3- Orgazmik evre cinsel hazzın doruk noktasıdır. Cinsel gerginliğin istem dışı olarak rahatlamasıdır. Çoğu kez hazla birleşir. Cinsel gerilim çözülür, karın kasları ve peniste ritmik hareketler olur. Erkeklerde boşalma da buna eklenir. Böylece son evreye geçilir.

4- Çözülme evresinde cinsel uyanmaya eşlik eden bedensel değişimler normale döner. Orgazm ile gevşeme kişide kendini iyi hissetme, kas sisteminde rahatlama olarak görülür. Orgazmdan sonra erkeklerde cinselliğe bir süre ara verilir. Bu süre birkaç dakikadan birkaç saate veya günlere uzar ve yaşla bu süre artar. Erkek bu süre içinde yeni bir orgazm için uyarılmazken, kadın peşpeşe orgazma hazır olabilir.

Cinsel İşlev ve Bozuklukları

Cinsel sorunlar birey için haz ve doyum duygusunu kaybetmekten öte bir sıkıntı kaynağıdır. Cinsel sorunlar insanda sevilme, terk edilme korkusu, yalnızlık, kendine güvensizlik, kadınlığına veya erkekliliğine kötü davranılmış olma, küçük düşme, mahcup olma, gururun incinmesi gibi duygular yaşatır. Çift ilişkilerinde sıcaklık, sevgi, cinsellik, yakınlık ve korunma gibi duygusal doyumlar, maddi doyum kaynaklarından çok daha fazla kırılganlığa açık ve risk altındadır. Eskiye göre cinsel sorunlarda azalma veya artma olmadı. Ancak insanlar artık cinselliklerinin önemini daha çok farketmeye başladılar. Sorunlarını edilgen bir biçimde sürdürme yolunu seçmiyorlar. Çift ilişkisinin ve cinselliğin aksamasının bir ruhsal sağlık konusu olduğunu sağlıkçıların da farketmesi ve önemsemesi, insanların kliniklere gelmelerini kolaylaştırmıştır. Cinselliğin hasta ve tedavi eden kişiler için utanılacak bir konu olduğu düşüncesi artık doğru değildir. Suskunluk ve gizemin sona erip tedavi süreçlerine yol açılması sevindirici bir durumdur.

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel ilgi ve yanıtın normal, alışlagelmiş tarzın dışına çıkması ve normal olmayan halin süreklilik kazanması durumudur. Ancak bu tanımları iki açıdan eleştirebiliriz. Öncelikle bir insanın çeşitli zamanlarda ve farklı insanlarla cinsel ilgi ve performans sınırları o kadar geniştir ki, “normal” deyiimi insan cinselliğinde neyin normal sayılacağı sorusunu akla getirir. İkinci nokta da bir sorunun varlığı ve bunun tedavi gerektirdiği konusunun öncelikle birey tarafından algılanması ve varsa eşinin de benzer şekilde düşünmesi önemlidir. Örneğin; vajinismus olan çiftler çoğu zaman tedavi için acele etmezler ve birleşme olmadan da mutlu ve doyumlu bir cinsel yaşamları ve ilişkileri olduğunu söylerler.

Cinsel İşlevlerde Etkilenme Alanları

İki kişi arasındaki cinsel etkileşimi ve sorun alanlarını 5 fazda inceleyebiliriz.

- 1- Cinsel yaklaşım-cinsel istek ve eylemin başlaması ve karşılık görmesi
- 2- Cinsel uyarılma-psikolojik ve fizyolojik uyarılma. Sarılma, öpüşme, okşama, sevişme sırasında genitallerin uyarılması
- 3- Cinsel birleşme
- 4- Orgazm-erkeklerde boşalma
- 5- Cinsel Doyum (Tablo 1)

Cinsel işlev bozuklukları dışında çiftler arasında daha sık rastlanan sorun alanları şunlardır; sevişme sıklığı, sevişme biçimi, sevişmenin başlatılması ve geri çevrilmesi, cinsel fantezilerin denk düşmemesi, sevişme öncesi tartışmalar ve sevişmenin engellenmesi, başka birine duyulan ilgi.

Tablo 1. Cinsel Etkileşmenin Farklı Evrelerinde Cinsel Sorunlar

Evre	Erkek Sorunları	Kadın Sorunları
Cinsel Yaklaşım	Cinsel arzunun eksikliği, cinsel iğrenme: nadiren hissedilmesi; cinselliğe ilgisizlik; nazlanma hissi; “başarısızlık” korkusu;	Arzunun yokluğu veya pasif direnç, taciz, tikslenme ve kaçınma davranışı
Cinsel Uyarılma	Sertleşme işlev bozukluğu; Sertleşme süre ve şiddetinin giriş için yetersiz olması	Uyarılma işlev bozukluğu; Uyarılma süre ve şiddetinde yetersizlik
Cinsel Birleşme (Koitus)	Ağrılı cinsel ilişki (Disparoni) Genital bölgede yanma, bıçak saplanması hissi ve/veya kaçınma	Vajinismus Vajina girişindeki kasılmaya bağlı olarak penis girişinin olanaksızlığı veya ağrı
Orgazm	Erken boşalma; (Prematür ejakülasyon) Penisin vajinaya girişinden önce veya giriş sırasında ya da girişten hemen sonra boşalması Boşalma yetersizliği; Tam sertleşme ve yoğun uyarılmaya rağmen boşalmanın olmaması Doyumsuz boşalma; Haz duymadan veya orgazm hissi olmadan “fizyolojik” orgazm	Orgazm zorlukları; Orgazma varamamak veya nadiren varmak Doyumsuz orgazm; Haz duymadan veya orgazm hissi olmadan “fizyolojik” orgazm
Orgazm Sonrası Tepki	Orgazm sonrası disfori; İrritabilite, iç sıkıntısı, uyku bozukluğu, ağlama nöbetleri, genital bölgede irritasyon	

Bir Cinsel Sorun Ne Zaman ve Nasıl Ortaya Çıkar?

Değerlendirme

Cinsel sağlık değerlendirmesinde biyolojik bir sorunun olmaması en temel başlama noktasıdır. Ancak çoğu kez psikolojik, sosyokültürel ve ilişkisel boyuttaki sorunlar ön plana çıktığından psikiyatri klinikleri tedavide doğru adres olur.

Bir cinsel sorun primer ve sekonder olabilir. Primer olan, cinsel eylem başladığından beri bireyin sürekli aynı sorunu yaşamasıdır. Sekonder deyimi ise belli bir doyumda olan cinsel işlevsellikten sonra bir bozulma için kullanılır. Bazı sorunlar primer diğerleri de sekonder olur. Örneğin vajinismus toplumumuzda hemen her zaman primerdir. Ereksiyon güçlüğü de sıklıkla sekonderdir. İlk (inisyal) işlev bozuklukları ilk cinsel deneyimlere denk düşer. Örnek olarak “ilk gece” denilen ilk koital deneyimde, kısmen veya kısa süreli ereksiyonun olmaması veya vajinanın istemsiz kasılması ve birleşmenin olmaması verilebilir. Bu sorunlar cinsel deneyimsizlik, endişe ve korkunun eşlik ettiği durumlardır. Bunlar cinsel deneyimin artmasıyla ya kendiliğinden düzelir veya kısa bir danışmanlık yeterli olabilir. Gereksiz organik tetkikler sorunu pekiştirir. İnisyal cinsel sorunlar primer işlev bozukluklarından ayırt edilmelidir.

Cinsel işlev bozukluklarında eş ile ilgili sorunlar göz ardı edilmemelidir. Sev-gilisi ile uyarılan, kocasıyla hiç uyarılmayan kadında eşle ilgili uyarılma sorunu vardır. Ancak cinsel yakınlığın yaşandığı eşle ortaya çıkan sorunların tümü eşle ilgili değildir. Sorunun ortaya çıkışından beri sadece bir tek eşle ilişkisi olmuş olan hastanın cinsel sorunlarının sadece eşe bağlı olduğu sonucunu çıkarmak mümkün değildir. Örneğin; primer vajinismus veya ilk kez bir kadınla cinsel ilişkide bulunan erkekte erken boşalma gibi.

Durumsal işlev bozuklukları sorunların bazı belirli koşullarda ortaya çıkmasıdır. Yaygın tip ise her koşulda sorunun olmasıdır. Örneğin, ereksiyon güçlüğü sürekli ilişkide olurken geçici ilişkilerde olmaz veya tersi olur. Aynı şekilde sürekli birlikte olduğu eşle orgazm olamayan kadın, kendi kendine veya bir diğer eşle orgazm olabilir. Bir cinsel sorun tatilde kaybolabilir ya da bir iş gerginliği veya evlilik çatışması cinsel isteksizliğin başını çekebilir.

Bir cinsel işlev bozukluğunun şiddeti öncelikle sıklığı ve sürekliliği ile tanımlanabilir. Örneğin daha giriş olmadan erken boşalma veya girişten kısa bir zaman sonra boşalmanın olması gibi. Cinsel sorunun süresi de diğer bir tanımlayıcı özelliğdir. Çoğu hasta uygun bir tedavi fırsatı bulamadan önce uzun bir süre sorunu ile yaşamıştır. Yanlış ve eksik tedavi yaklaşımları da hastaların umudunu kırmakta ve çaresizlik duygusu yaratmaktadır.

Kadın ve Erkeklerde Cinsel İsteksizlik-Cinsel Kaçınma Sorunları

Cinsel yaklaşım evresinde cinsel isteksizlik ve iğrenme (aversiyon) çok önemli sorunlardır. İsteksizliğin cinselliği tamamen etkilemesi nadirdir, hayatları boyunca hiçbir kimseye ya da herhangi bir cinsel eyleme dair istek duymamış bireylerin sıklığı oldukça azdır. Buna karşılık, daha sık olarak cinsel istekte azalma (hiposeksüalite) eğilimi görülür. İsteksizlik sıklıkla belli bir eşe veya sevişme şekline karşı olur. Örneğin, cinsel birleşme eylemine karşı isteksizlik olabilir fakat öpüşmeye ya da mastürbasyona karşı ilgi kaybı olmaz. Bu tür isteksizlik, kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür.

Cinsel isteksizlik tanısı koyarken isteksizliğin her koşul için geçerli olduğundan emin olmak gerekir. Örneğin eşine karşı isteksiz ama masturbasyona veya cinsel fantezi kurmaya karşı istekli olan bir kişi cinsel isteksizlik tanısı almaz. Eşle olan genel ilişkinin doyumsuzluğu cinsel isteksizliği etkileyen en önemli nedenlerden biridir.

Cinsel isteksizlikle birlikte neredeyse daima cinsel kaçınma görülür. Özellikle eşin cinsel arzu ve talepleri olduğunda kaçınma davranışı artar. Pasif dirençle igranme kadınlarda daha sık görülürken, erkeklerde ise başarısızlık korkusu veya beklentisi daha sıktır. Her iki durumda da kaçınma davranışına iticilik eşlik eder. Eşlerin cinsel istekleri ya öfkeli bir şekilde geri çevrilir, ya çaresiz bir sabırla katlanılır veya uzak durulur.

Klinik başvurularda cinsel isteksizlik kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Genellikle doyum az bir çift ilişkisini yansıtır. Bazı kadınların cinselliğe kendiliğinden ilgileri yoktur fakat eşleri sevişme başlattığında yanıt verirler; uyarılırlar ve orgazm da yaşayabilirler.

Erkeklerde de kadınlarda olduğu gibi bazen cinsel ilgi kaybı olabilir, fakat özellikle bu nedenle erkeğin yardım istemesi daha azdır. Genellikle ereksiyon güclüğü veya cinsel performansla ilgili bir nedenle bize başvururlar. Bir başka neden de erkeklerin her zaman sekse ve sevişmeye hazır oldukları kalıp yargısıdır. Bu da erkeklerin cinsel isteklerinin azaldığını veya yok olduğunu anlamalarını zorlaştırır. Hastanın yakınmasını dinlerken penis yerine cinsel arzu üzerine sorular sormak daha aydınlatıcı ve rahatlatıcı olacaktır.

Cinsel isteksizlik eğer primer bir sorun ise olası bir organik neden araştırılmadır. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve fiziksel hastalıklar ve bazı ilaçların yan etkileri de gözden kaçırılmamalıdır. Ancak erkeklerde de cinsel ilginin azalmasında eşle genel ilişki bozukluğunun rolü vardır.

Cinsel ilgi düzeyi değerlendirilirken, sadece eşe karşı olan cinsel ilgi değil, aynı zamanda kendiliğinden cinsel fantezi sıklığı, masturbasyon sıklığı, başka kadın veya erkeklerin çekici bulunup bulunmaması dikkate alınır.

Kadınlarda cinsel fobiler, tek başına bir cinsel sorun olarak görülebildiği gibi sıklıkla başka bir işlev bozukluğu ile beraber olur. Fobik kaçınma genellikle spesifik olabilir; penis, meni, ön sevişme, dokunma fobisi gibi. Bazı durumlarda da fobi cinsel uyarılmayı tamamen ketler. Bazı erkekler eşlerinin cinsel heyecanının çok fazla oluşunu, vajinal ıslaklığı veya öpüşmeyi itici bulurlar. Cinsel fobiler cinsel təciz, ensest gibi erken travmatik yaşantılarla bağlantılı olabilir.

Erkek ve Kadında Uyarılma Sorunları

Uyarılmanın yetersiz olduğu durumlarda erkekte ereksiyon zorluğu olurken, kadında genital bölgede ıslanma-kabarma olmaz.

Buna erkekte sertleşme güclüğü, kadında uyarılma bozukluğu diyoruz. Empotans (iktidarsızlık) ve frijidite (soğukluk) tüm kişiliğe yönelik bir eksiklik anlamı taşıdığı için bu deyimler artık kullanılmamaktadır.

Tablo 2. İnsan Cinsel İsteğinin Psikolojik Arttırıcı ve Azaltıcıları

Arttırıcılar	Azaltıcılar
Olumlu algı, düşünce, duygu, davranış ve/veya fanteziler	Olumsuz algı, düşünce, duygu, davranış ve veya fanteziler
Arttırıcı Etkenler	Azaltıcı Etkenler
Eş çekici ve caziptir.	Eş çekici değildir.
Eşle cinsel fantezileri uyum içindedir.	Eş cinsel fanteziye denk düşmez.
Eş baştan çıkarıcıdır.	Eş yanıtızsızdır.
Ortam davet edicidir.	Kızgınlık ve düşmanca duygular vardır.
Eş sevişmeye katılır.	Ortam yardımcı değildir.
Cinsel fanteziler vardır.	Cinsel fanteziler yoktur.
Aşk vardır.	Başkasına yönelik aşk vardır.
Yenilik, yeni teknikler vardır.	Monotonluk ve alışılmışlığın dışına çıkamama vardır.
Cinsel uyarılma yeterlidir.	Yetersiz cinsel uyarı.
Ortam gerginlik verici değildir, huzurludur.	Depresyon, anksiyete, öfke
Güven vardır.	Tehlikeli durumlar (hastalık vs.)

Eretil Disfonksiyon-Sertleşme Güçlüğü

Sertleşme güçlüğü genel olarak psikolojik çatışma, anksiyete, öfke veya ahlaki yasaklar nedeniyle cinsel dürtülerin ifade edilememesinden kaynaklanır. Eretil disfonksiyon, herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonun tekrarlayıcı ya da akıcı biçimde sağlanamaması veya sürdürülememesidir. Geçici ereksiyon güçlükleri her erkeğin hayatında olur ve geçer. Hemen tetkiklere girişmek doğru değildir, performans anksiyetesini arttırır, güçsüzlük imajını pekiştirir.

Sertleşme güçlüğü olan erkeklerde penis ya tamamen sönmüştür, ya da kısmen sertleşir veya ejakülasyon öncesinde girişe yeltenildiğinde veya girişten hemen sonra sertlik kaybolur. Çoğu erkekte işlev bozukluğu cinsel birleşme sırasında ortaya çıkar, mastürbasyon veya ön sevişme sırasında sertleşme zorluğu olmaz. Ereksiyon psikolojik etkenlere çok duyarlıdır. Özellikle anksiyete, fiziksel hastalıklar, ilaçların yan etkisi ve alkol önemli etkenlerdir. Çok az olgu için söz konusu olan ereksiyon yetisinin hiç olmaması (hiçbir durumda sertleşmenin olmaması, gece veya sabah uyanıldığında “spontan ereksiyonun” olmaması) her zaman fiziksel inceleme gerektirir. Geleneksel toplumlarda eşcinsellik aile içinde bilinmediğinden, isteği dışında evlendirilmiş ya da henüz evlenmemiş bir erkeğin babası tarafından sertleşme veya birleşme olmaması nedeniyle bize getirilmesi karşılaştığımız durumlardır. Böyle olgularda, erkeğin cinsel yönelimine uygun olmayan bir ilişki içinde ereksiyonun yeterli olmaması normaldir.

Ereksiyon eksikliği çoğu zaman ejakülasyonun olmaması ile birlikte görülür. Fakat bazı erkekler sönmük bir penisle de boşalırlar. Bunlar zayıf hissedilen, doyum olmayan orgazmlardır.

Kadınlarda Uyarılma Sorunları

Kadınlarda sevişme ve cinsel birleşme sırasında uyarılma az olduğunda ya da zor olduğunda alınan cinsel haz doyurucu değildir. Bu evrede olması beklenen fizyolojik tepkiler olmaz. Özellikle vajinal ıslanma, genişleme-kabarma ve cinsel heyecanlı bağlantılı duyular olmaz veya çok azdır. Diğer nedenler cinsel birleşmeye ilişkin endişe veya yetersiz sevişmeye bağlıdır. Bunlar uyumlu bir cinsel birleşmenin olmaması, eşin erken boşalması veya orgazm beklentisi gibi sorunlardır.

Erkeklerin tersine, uyarılma güclüğü olan kadınlar cinsel ilişkiye girebilirler. Yetersiz ıslanma ağrı ve rahatsızlığa neden olur. Çoğu iğrenme tepkisi gösterir. Ancak çok az kadın, fiziksel yakınlık ve sıcaklık nedeniyle sevişme ve birleşmeden hoşlanabilir. Genelde orgazm sorunu yaşayan bu kadınların bazıları ani, kısa ve zayıf orgazmlar yaşayabilirler. Kliniğe “cinsel soğukluk” yakınmasıyla gelen kadınlarda bu durumun çoğu zaman eşe ve cinselliğe ısınamama veya soğuma ile ilişkili olduğunu görürüz. Hiç uyarılmama nadir bir durumdur. Kadın uyarılma sorununu anlatırken sıklıkla eşiyile olan ilişkisini ölçü alır. Sorularla uyarıldığı durumları bulmak doğru değerlendirme biçimi olduğu gibi kadının kendine güvenini kazanması konusunda terapötik bir etki sağlar. Örneğin böyle bir sorunla gelen bir kadına menstrüasyon öncesi, sırası ve sonrasında isteğinde ve uyarılmasında fark olup olmadığı sorulduğunda kadının isteği olduğu zamanı daha iyi anladığı görülür.

Kadınlarda Cinsel Birleşme Sorunları

Vajinismus ve ağırlı birleşme, cinsel birleşme sırasında karşılaşılan sorunlardır.

Vajinismus ve Birleşmeyen Çiftler

Vajina girişini saran kasların istem dışı kasılması olan vajinismus, psikolojik bir korunma tepkisidir. Cinsel birleşmenin çok acı vereceği, penisin vajinaya sığmayacağı düşünceleri tabloya hakimdir. Anatomik olarak bu kadınların genital organları normaldir. Fakat her giriş hamlesinde vajinal kaslar o kadar çok kasılır ki, erkek bir duvarla karşılaştığını, girişin sağlanamadığını belirtir. Vajinismus tamamlanmamış evliliklerde sık rastlanan bir nedendir. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsel birleşme gerçekleştirememiş 449 çiftin %67'sinde kadından kaynaklanan cinsel sorunlar (%81 vajinismus), %7'si erkekten kaynaklanan cinsel sorunlar (%10.5 erektil disfonksiyon, %5 prematür ejakulasyon), %26'sı da her ikisinden kaynaklanan cinsel sorunlar nedeniyle birleşme gerçekleştiremediği bildirilmiş. Vajinismus, sıklıkla birkaç yıllık olabilmektedir. Kliniğimize evlilik süresi 25 yıla kadar varan hastalar da başvurmuş ve tedaviye devam edenler düzelmiştir. Son yıllarda medya ve internet yardımı ile bilgilenerik iki-üç yıl ve iki-üç aylık evli çiftler de tedavi merkezlerine daha çabuk ulaşmaya başlamıştır. Batı toplumlarında nadir olarak bildirilen vajinismus, ülkemizdeki tüm cinsel tedavi birimlerine cinsel sorunla başvuranlar arasında en sık görülen hastalıktır. Bir cinsel yakınma ile kli-

niğimize gelen üç kadından ikisi vajinismustur. Çift uzun zaman bu sorunu sır olarak sakladığı için toplumdaki gerçek oran bilinmemektedir. Bekaretin önemini koruduğu geleneksel doğu ülkelerinde batıya göre hastalık oranı yüksektir. Fakat göçlerin yaşandığı gerçeğinden hareket edersek, orijini doğu kültürü ile doğup büyüyen bir kadın batıya göçtüğünde de vajinismus olma riskini taşır. Kliniğimize daha önce Türkiye'den göçmüş ve halen Almanya, Kıbrıs ve Amerika'da yaşamakta olan hastalar da başvurmuş ve tedavi edilmişlerdir.

Kasılmanın yanısıra vajinismus'u olan kadınların bazıları aynı zamanda cinsel birleşme ve vajinal girişe karşı fobiktirler. Bu fobik kaçınma koit girişimlerini frustre edici ve ağrılı hale getirir. Bilinç düzeyinde bu kadınlar birleşmek ister, fakat istemsiz kasılma ve "zarar verecek penis"i bedenden uzaklaştırma koşullanmış bir şekilde sürer. Her cinsel birleşme girişimi kadında yoğun endişe, sıkıntı, ağlama ve korku uyandırır, paniğe benzer bir yanıt verir. "O ana kadar herşey çok güzel" diyen kadın, "o an" hızla hazdan bir başka duygu ve görüntüye geçer. Eşi de haz ve şehvet duygusundan hızla teselli etmeye geçerek kadını sakinleştirir ve ömür boyu onu bekleyeceğini tekrarlar. Böylece "giriş tehlikesi" durdurulduğunda yatışma olur. Kaçınma davranışına yukarıda belirtilen pasif tutumu ile eşlik eden erkeğin sorunun çözümünün ertelenmesinde rolü vardır. Bu nedenle zarar verme ve zarar görme endişesiyle çiftler istedikleri halde birleşememe sorunu ile kliniklere başvururlar.

Vajinismus olan kadınlar sıklıkla bağımlı, çocuksu, sevgiyi yitirmekten korkan, cinsel tecrübesi sınırlı, cinsel birleşme deneyimi olmayan, geleneklerine bağlı olma özelliklerini taşırlar. Çoğunlukla babalarının tersi olan yumuşak, anlayışlı ve bağımlı erkekler seçerler.

Bu gruptaki kadınların genital organları ile ilgili çarpıtılmış düşüncelerinin olması sıkça rastlanan bir durumdur. Çoğu zaman vajinanın bir penisi içine alamayacak kadar dar olduğunu düşünürler. Himen deflorasyon anı, ölüme kadar götürebilecek abartılı felaket beklentileri ile doludur. Bu tür çarpıtılmış düşünceler genelde olabilir, çünkü kadın genitallerine bakmaktan ve dokunmaktan kaçınmıştır. Çoğu zaman jinekolojik incelemeden kaçınan kadında bazan kalın himen gibi fiziksel nedenler olsa da doktorun himene müdahalesi hastaya yarardan çok zarar verir. Himenektomi kaçınma ve kendini kapatma davranışına çare değildir. Bu nedenle bazen cinsel organların fizyolojisi ve anatomisi hakkında kısa bir bilgilendirme dahi hastaların sorunlarının uzamasını önlemeye yarayabilir.

Vajinismus olan kadınların genelde cinsel uyarılma ve orgazm sorunu yoktur. Ancak her defasında başarısızlık duygusu ile karşılaşma çiftte sevişmeden kaçınmaya ve sekonder cinsel isteksizliğe neden olabilir. Bu çiftler çoğunlukla mutlu bir beraberlik tablosu sergilerler.

Ağrılı Cinsel Birleşme (Disparoni)

Disparoni cinsel birleşme sırasında ağrı duyulması halidir. Kısmen girişten sonra olan ağrı, vajina ıslaklığının bozulmasına, sıyrıklara veya vajinismusta olduğu gibi kasların spazmına bağlıdır. Derin girişlerdeki ağrının endometriosis, over kisti veya pelvik en-

feksiyon gibi tam veya kısmi organik nedenleri olabilir. Disparoni öncelikle jinekolojik inceleme gerektirir. Psikojenik disparoni'de ağrının fobik beklentisi vardır. Bu soruna yol açan psişik nedenler arasında çift ilişkisindeki çatışma önemli yer tutar.

Erkeklerde de nadir olarak cinsel ilişki sırasında ağrı görülebilir. Buna bağılı olarak ereksiyon güçlüğü veya cinsel birleşmeden kaçınma görülebilir.

Orgazm ve Ejekülasyon Sorunları

Orgazm evresinde ortaya çıkan sorunlar; erkekte prematür ejakülasyon, retarde ejakülasyon veya ejakülasyonun olmaması, kadında ise orgazm olma güçlüğüdür.

Erken Boşalma-Çabuk Boşalma (Premature Ejeculation, Rapid Ejeculation)

Erken boşalmanın çeşitli tanımlamaları hala tartışma konusudur. İlk kez cinsel ilişkide bulunan genç erkeklerde çabuk boşalma siktir. Sonradan çoğu erkek cinsel ilişki sırasında boşalma hızı üzerinde kontrol geliştirebilir. Erken boşalma kadının orgazm olmasını bekleyemeden boşalma değildir, çünkü kadının da orgazm zorluğu söz konusudur. Erken boşalmanın tanımı; vajinal girişten önce, giriş sırasında ve girişten hemen sonra (1-3 dakika veya 10-20 git-gel) erkeğin boşalma refleksini kontrol edememesidir. Klinikte en sık karşılaştığımız durum penisin girişinden hemen sonra olan boşalmadır. Seyrek görülmekle birlikte eşler giyinirken de boşalma olabilir.

Erken boşalma genellikle primer bir sorundur. Öyküde çoğunlukla rahat olmayan koşullarda hızlı ve bazen suçluluk duygusu ile yapılan mastürbasyon vardır. Erken boşalmanın sekonder olarak geliştiğı durumlar arasında gerginlik zamanları, eşe karşı bilinçdışı öfke sayılabilir.

Her erkek boşalmayı uzatmayı öğrenebilir, ancak erkeklerin sadece bir bölümü cinsel birleşmeyi uzatmayı çabuk boşalmaya yeğlemiştir. Çabuk orgazm olan erkeklerin temelde cinselliğe bakışı, uzatan erkeklerden farklıdır. Birinci gruptakiler boşalmayı cinsel ilişkide fiziksel gerginliğin hızla artması ve patlaması şeklinde yaşar; diğerleri ise uyarılma ile oynamaktan daha çok haz alırlar. Erken boşalma, hazları kısa kesmek gibi bir yaşam tarzını da yansıtabilir.

Erken boşalanlar sıklıkla mastürbasyon ve sevişmede cinsel birleşme olmadıkça boşalmayı çok daha fazla uzatabilirler. Cinsel ilişki sırasında düşünceleri başka yöne çevirme, anestezik kremler, ön sevişmeyi kısa tutma çok işe yaramaz, sadece kişinin hazzını kaçıır. İlişkide boşalmayı uzatabilmek için önden mastürbasyonla boşalma veya ilk sevişmede hızla boşalıp ikinciye uzatma umudu de işe yaramaz çünkü sevişme çöşkusu düşer.

Geç Boşalma (Retarde Ejeculation)

Çok nadir olan veya kliniklere nadiren başvuru olan bu sorunda penis sertleştiğı, uyarılma da yeterince sürdüğü halde erkekte boşalma olmaz veya güç olur. Çoğu za-

man cinsel birleşmede boşalma olmaz. Bir kadının varlığında boşalma güçlüğü de yaşanabilir. Çok nadiren de masturbasyonda görülebilir. Ancak sevişme, ilişki ve masturbasyonda da olabilir. Sorun genellikle erkeğin kadınlarla olan ilişkisindeki ketlenmeler ve bilinçdışı çatışmalarla ilgilidir. Değerlendirmede kadınlardaki orgazm sorunları ile benzerlik gösterir. Geç boşalan erkek eşinin veya sevgilisinin talebinden dolayı veya çocuk sahibi olamadığı için bize başvurur. Tedaviye devam etme ve tamamlama isteği düşüktür.

Retarde ejakülasyon, retrograd ejakülasyondan ayırt edilmelidir. İkincide sübjektif orgazm duygusu vardır, fakat penisten ejakülat çıkmaz geri gider. Bunun nedeni çoğu kez fizikselidir (prostataktomi, diyabet ve major trunkilizan gibi). Orgazm sonrası idrarın bulanıklığı farkedilebilir.

Doyumssuz Boşalma ve Orgazm

Boşalma olduğu halde orgazm hazzını hiç hissetmeyen erkek sayısı azdır. Bu belirtinin altında genellikle cinselliğin yoğun duygusal yanıtlarını yok sayma veya kendini korumaya geçme yatar. Böyle durumlarda, bedensel yanıt ya hiç yoktur veya çok azdır, semen fışkırmaz, musluktan akarcasına bir boşalma olur.

Nadir olan bazı durumlarda boşalma ve birleşme sırasında ağrı olur. Nedeni çoğunlukla fizikselidir. Bazan boşalma endişesi kasların spazmına neden olur.

Kadınlarda Orgazm Sorunları

Kadınlarda orgazm sorunları kadının orgazm olma kapasitesi kadar seviştiği erkeğin deneyimine de bağlıdır. Bir işlev bozukluğu sayılıp sayılmayacağı bireyin sosyal tutum ve beklentileriyle de ilgilidir. Birçok kadın cinsel birleşmede düzenli ve kolayca orgazm olmaz. Önceleri kadınların orgazm olmaması normal karşılanırdı. Yakın zamanda tutum değişti. Bazı kadınlar cinsel yakınlık ve ilişkiden hoşnut oldukları halde orgazm olamamaktan dolayı kendilerini eksik hissedebilirler. Bu eksikliğe bazen de eşler özellikle dikkat çekerler.

Cinsel ilişkilerde orgazm güçlükleri uyarılma sorunları ile olabilir veya orgazmın ketlenmesine bağlıdır. Orgazmın ketlendiği gruptaki kadınlar, sevişmeyi başlatabilir, çabuk uyarılabilir, sevişme veya cinsel birleşmeden haz alabilirler fakat cinsel uyarılmanın bir yerinde takılıp kalırlar. Total anorgazmi hiçbir şekilde orgazmın olmaması halidir. Durumsal anorgazmide çoğu kez masturbasyon veya ön sevişmeyle orgazm yaşanır. Sekonder anorgazmi sıklıkla kadının eşiyle olan genel ilişkisine bağlıdır. Non-orgazmik deyiminin küçültücü bakışından kaçınmak için “pre-orgazmik” deyimini kullanılmaya başlanmıştır çünkü bu deyim değişebilirliği içermektedir.

Orgazm kadında genellikle klitoral uyarılma ile başlar ve vajinal kontraksiyonlara yol açar. Onun için orgazmı vajinal ve klitoral olarak değil de cinsel birleşmeli ve birleşme olmadan sürtünme yoluyla orgazm olarak ayırmak daha doğrudur. Bir dokunma olmadan erotik uyarılmalarla da kadınlar orgazm olabilirler. Orgazm gereksinimi erkeklerde kadınlardan daha fazladır. Hastalık, yorgunluk gibi durumlarda da kadınlar erkeklere oranla daha fazla etkilenirler. Cinsel birleşme ile orgazmın hedeflenmesi or-

gazmı zorlaştıran bir durumdur çünkü vajina içi orgazmı tetiklemek için duyarlı bir bölge değildir. Klitoral bölge orgazmı tetikleyen en önemli alandır. Vajina içinde olduğu belirtilen “G noktası” orgazmı klitoris kolaylığında tetikleyen bir yer değildir.

Orgazm Sonrası Disfori

Orgazm sonrasında keyif kaçır ve iğrenmeye benzer tepkiler verilir. Bunlar işlev bozuklukları değildir. Fakat cinsel yaşantıyı tanımlayan bir özelliktir. Bazı kadın ve erkekler cinsel birleşme veya mastürbasyondan sonra genital irritasyon veya tatsız ağrılar, ertesi gün veya gün boyu süren yorgunluk ve bitkinlik bildirmiştir. Bu belirtilerde cinsellikle başetmeye bağlı ruhsal sorunlar vardır. Bu belirtiler, işlev bozukluğu olan kadın ve erkeklerin cinsel birleşme sonrasında yaşadıkları kızgınlık, hayal kırıklığı, üzüntü, başarısızlık duygusu veya kullanılmışlık duygusundan ayırt edilmelidir. Kliniğimize başvuran bir çiftte kadın sevişme ve orgazmdan sonraki gün iç sıkıntısı yaşadığını belirtiyordu. Yalnız kalma ihtiyacı ona, evlendiğinde ikili yaşamın çok zor olacağı kaygısını yaşıyordu.

Cinsel Doyumsuzluk

Cinselliğin son derece önemli olan bir diğer boyutu da cinsel doyumdur. Bu, kişinin cinsel iletişiminden hoşlanması ve mutluluk duymasıdır. Kişinin bir cinsel ilişkiden hoşnutluk derecesi, sadece bir cinsel işlev bozukluğunun olup olmamasına değil, aynı zamanda ilişkinin cinsel ve cinsel olmayan boyutlarına da bağlıdır. Cinsel doyumumsuzluk çoğu zaman eşler arasındaki genel ilişkideki güçlükleri yansıtır. Eşler arasındaki çekimin azalması, sevişmede çeşitlilik ve deneyim eksikliği, isteksiz tekrarlanan cinsel ilişkiler de cinsel doyum azaltır.

İlişkileri iyi olan, aralarında sevgi ve güven bağı olan çiftlerin sorunlarını dış yardım ile veya yardımsız çözme şansı daha yüksektir.

Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığı-Toplum Çalışmaları

İlk kez Kinsey ve arkadaşlarının (1948, 1953) ABD’de 6000 kadın ve 6000 erkekle yaptıkları toplum çalışmasında, erkekler arasında ereksiyon sorunu yaşla artış gösteriyor. Sorun oranı 20’li yaşlarda %0.1, 40’larda %1.9, 60’larda %18.4’e ulaştığı görülüyor. Yine Kinsey’e göre 35 yaşındaki erkeklerde %2-4 arasında cinsel disfonksiyon varken bu oran 80 yaşında %77’ye çıkmaktadır.

Kadın çalışmalarında orgazm ile ilgili bilgi var ancak cinsel ilgi ile ilgili bilgiler daha sınırlı. İngilterede nüfusun %20 si hipoaktif cinsel istek bozukluğu gösterirken kadınlarda bu durum daha yaygındır. Kadınlarda uyarılma bozukluğu %33’tür.

Kadınlarda yaş ilerledikçe orgazm azalıyor, evli kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %13’ünün hiçbir şekilde orgazm yaşamadığı bildirilmiş.

Toplumumuz için cinsel sorun sıklığı verileri kısıtlı, ancak klinik başvurular cinsel birleşmenin toplumumuz için bir sorun olduğu konusunda dikkatimizi çekmiştir. Ka-

dında ve erkekte ilk cinsel birleşmenin %65 ve %58 oranında sorun olduğu belirtilmiş. Cinsellik konusunda yapılan anket çalışmalarında özellikle geleneksel toplumlarda yantıların her zaman doğru bilgiyi yansıtmayacağı da bir gerçektir.

Klinik Başvurular

Batıda en sık cinsel sorun başvuruları erkeklerde kısmen ve geçici ereksiyon güçlüğü, kadınlarda da sevişmekten zevk alamamadır.

Psikiyatri kliniklerine doğrudan cinsel yakınmalarla gelenlerde ise en sık başvuru nedeni cinsel birleşme sorunlarıdır. Bu sorunların başında kadınlarda vajinismus, erkeklerde ereksiyon güçlüğü gelmektedir. Türkiye’de vajinismus sıklığı yüksek iken (%52), İngiltere’de cinsel ilgi azalması ile başvuranların sıklığı (%52) daha yüksektir.

Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi

Cinsel sorunların psikolojik nedenleri 3 başlık altında toplanabilir:

Yatkınlık Yaratacı Faktörler

- * Yetiştirilme tarzı (baskıcı)
- * Bozuk aile ilişkileri
- * Yetersiz veya yanlış cinsel bilgiler
- * Travmatik cinsel deneyim

Başlatıcı Faktörler

- * Doğum
- * Evlilik
- * Eşler arasında genel ilişki bozukluğu
- * Eşte cinsel sorun
- * Sadakatsizlik
- * Organik hastalıklara tepki
- * Yaş
- * Depresyon ve anksiyete
- * Travmatik cinsel deneyimler

Sürdüren Faktörler

- * Performans anksiyetesi
- * Başarısızlık korkusu
- * Suçluluk duygusu
- * Eşler arasında çekicilik kaybı
- * Eşler arasında iletişim eksikliği
- * Genel ilişideki bozukluklar
- * Yakın ilişkiye girme korkusu

- * Cinsel bilgi yetersizliği
- * Cinsel mitler
- * Kısıtlı ön sevişme
- * Psikiyatrik hastalıklar
- * Kendini tanımada yetersizlik

Cinsel sorunlar, çeşitli nedenlerin değişebilen birleşiminden doğar. Çeşitli cinsel sorunlarda ortak olan etkenlerin başlıcaları:

- * Yetiştirilme tarzı (baskıcı)
- * Cinsel dürtünün düşüklüğü
- * Cinsel bilgi eksikliği ve/veya yanlışlığı
- * Cinsel deneyim eksikliği
- * Eşle olan genel ilişkinin zayıflığı
- * Cinsel performansla ilişkin kaygı

Cinsel dürtü insandan insana değişir. Fakat bu farkların ne kadarının yapısal olduğu bilinmemektedir.

Yanlış cinsel bilgi bazen eksik cinsel bilgidен çok daha zararlı olabilmekte, hastaların kaygılarını arttırmaktadır.

Anksiyete önemli bir cinsel sorun nedenidir. Birçok cinsel sorunun sürmesinde daha önceki “başarısızlığın” yineleyebileceği korkusu vardır. Cinsel performans endişesi ve cinsel ketlenmeler cinsel işlev bozukluklarının o anlık ve özel nedenleridir, fakat bu tür sorunların daha derin yapıları olabilir. Yerleşik bir nevrotik sorun, çözülmemiş ödipal sorun, terkedilme korkusu, evlilikle ilgili kızgınlıklar veya cinsellikle ilgili ahlaki ve dini suçluluk duygularının hepsi gerilimli bir cinsel ortam doğurur bu da cinsel aksamalarla sonuçlanır.

Fiziksel Hastalıklar

Kadın ve erkeğin karmaşık cinsel yanıtları çoğul nedenlerin bütününe dayanır. Dolayısı ile cinsel tedavilerde daima organik faktörler de değerlendirilir. Hem fiziksel hastalıklar hem de tedavileri için kullanılan ilaçlar cinsel performansı etkileyebilir. Medikal hastalıkların yol açtığı halsizlik, keyifsizlik, yorgunluk ve ağrı bireyin erotik ilgi ve cinsel ilgisini azaltır. Bazen hastalık, hamilelik ve doğum nedeniyle sevişmeye ara verildikten sonra sorun başlayabilir. Diabetik erkeklerin yarısından çoğunda ereksiyon sorunu görülebilir. Miyokard enfarktüsü sonrasında görülen cinsel işlev bozuklukları fiziksel nedenlerden çok kaygıya bağlıdır. Onkolojik sorunlardan sonra görülen aksaklıklar daha çok beden imajı ve kendine güvenle ilgilidir. Fiziksel hastalıklardaki cinsel işlev bozukluklarının bir bölümünün psikojenik olabileceğini gözardı etmemek gerekir. Cinsel işlevi etkileyebilecek birçok ilaç vardır. En önemlileri antihipertansifler ve trankilizanlardır. Oral kontraseptiflerin rolü hala kesin değildir. Anksiyolitik, sedatif ve hormonların etkisi kadınlardan çok erkeklerin cinsel eylemlerinde etkilidir. Fazla alkol kullanımı cinsel performansı bozmaktadır.

Böyle durumlarda psikiyatrik yardım için önemli faktörler şunlardır.

a) Cinsel Sorunu Olan Bireyin Tepkileri: Başarısızlık beklentisi, zarar görme veya ağrı beklentisi, benlik değerinin bozulması, depresyon gibi nedenler başlıcalarıdır.

b) Eşin Tepkileri: Anksiyete ve zarar verme korkusu nedeniyle kaçınma

c) Çiftin İlişki Şekli: Uyumsuzluk ve daha önceki cinsel uyumun iyi olmaması önemli faktörlerdendir.

d) Profesyonellerin Yaklaşımı: Konuyu konuşmaktan kaçınma, alelacele yapılan açıklamalar ve cinsel bilgi yetersizliği.

Fiziksel hastalığı olan ve cinsel sorun tarif eden birey veya çifte yardım yaklaşımı şu noktaları hedefler:

a) Cinsel yakınması olan hastanın hastalığının getirdiği gerçek sınırlılıklarını bilmesi ve

b) Mümkün olduğunca her iki eşin ihtiyaçlarını karşılayabilmelerine yardımcı olmak.

Bu hastaların cinsel yönden canlanmaları kuşkusuz yaşam kalitelerini ve yaşama sevinçlerini arttıracaktır.

Cinsel Sorunla Gelen Hastanın Değerlendirilmesi

Genel öykü içinde, hastanın cinsel öyküsü, eşle olan ilişkileri ve cinsel tekniklere ait ayrıntılı bilgi alınır. Mümkün olduğu kadar hastanın partneri ile de görüşülmelidir. Günlük yaşamda sevgiyle giden bir ilişki yoksa doyurucu bir cinsel yaşamın olması pek mümkün olmaz.

Eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında cinsel sorunlar da birlikte görülebilir. Fiziksel hastalık ve tedavi öyküsü ayrıntılı sorgulanmalı ve daha önce fiziksel incelemesi yapılmamış ise ereksiyon sorunu olan erkekte açlık kan şekeri, testosteron, gonadotropin düzeyi gibi uygun laboratuvar testleri istenir.

Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi

Cinsel sorunların tedavisinde ilaç ve hormon tedavilerinin, hipnoz ve destekleyici yöntemlerin etkinliği geçicidir. Sorunun değerlendirilmesi ile intrapsişik çatışmaların derecesine göre dinamik, analitik psikoterapi cinsel sorunların tedavisinde hala geçerlidir. Ancak cinsel sorunlar her zaman derin ve ciddi bir psikopatolojinin sonucu değildir. Bu anlayıştan hareket ederek son yıllarda cinsel soruna odaklanan kısa süreli cinsel terapiler daha fazla uygulanmaktadır. Masters ve Johnson'un 15 yıllık laboratuvar ve 11 yıllık klinik deneyime dayanan çalışmaları 1970 yılında yayınlandı. "İnsan cinsel yetersizliği" adlı bu kitapta "cinsel terapi" (sex therapy) yöntemi anlatılmıştır ve belirgin tedavi etkinliğine ulaşıldığını gösteren kanıtlar vardır. Sonraki yıllarda başta H. Kaplan olmak üzere çeşitli klinisyenler bu yöntemi benimsemiş ve geliştirmiştir.

Kliniğimizde de çok geçmeden, 1979 yılında kurulan Psikoterapi ve Medikal Psikoloji Seksiyonu'nda cinsel tedavilere başlandı. Psikoterapistlerin bilgi ve dene-

yimlerinin artması, cinsel sorunların tedavisinin psikiyatrideki yerinin bilinmesi ile başvurular ve düzelmeler hızla arttı. Kliniğimizde hastanın değerlendirilmesine göre grup psikoterapileri, bireysel ve çift terapileri uygulanmaktadır. Özellikle vajinismus olan kadınlarla grup psikoterapileri 1989 yılından bu yana yapılmaktadır. Psikodrama uygulamaları ile geliştirdiğimiz bu yöntemde cinsel sorunun düzelmesinin yanı sıra bireyler, grubu çok yönlü kazanımlarla tamamlarlar.

Cinsel tedavide genel yaklaşımın dört temel özelliği vardır.

Psikoterapide amaç, terapistin sorunu çözmesi değil, hastanın sorun çözme kapasitesinin artırılmasıdır. Yalnız sorunu çözmekle kalmaz, yaşamla ve çevresindeki insanlarla daha kaliteli, daha doyurucu bir alışverişe girer.

Cinsel sorunla gelen çift önce birlikte görüşmeye alınır. Çiftin iletişiminin artmasına yardım edilir. Sorunu çözme sorumluluğu verilir. Bilgilendirme aşamasında cinsel ilişkinin anatomi, fizyoloji ve psikolojisi anlatılır. Yanlışlar düzeltilir ve eksikler tamamlanır. Derecelendirilmiş bir seri cinsel ev ödevleri verilir. Bilişsel-Davranışçı tedaviye dayanan bir yöntemle tedavi çok yoğun olarak 8-10 oturumda tamamlanır. Sevişme basit fiziksel dokunmalarla başlatılır. Çift sıralı olarak yarım saatin üstünde karşılıklı aktif ve pasif olarak genitaler dışında bedene odaklanır. Buna "sensate focus 1" denir. Sorundan bağımsız olarak orgazm ve cinsel birleşmeye yasak konur. Daha sonra genitalerin okşanması, karşılıklı mastürbasyon önerilir (sensate focus 2). Dereceli ödevler korku alanlarını veya bilmedikleri konuları konuşmalarını sağlar. Daha sonra genelde kadının üstte olduğu pozisyonda birleşme önerilir.

Tedavi Sonuçları

Cinsel tedavilerde iyileşmenin koşulu tedaviyi sürdürme ve işbirliğinin sağlanmasıdır. Grup terapilerinde grubun iyileştirici yönünün de etkisiyle tedaviyi terk oranları düşük ve iyileşme oranları yüksektir.

Klinik çalışmalar birçok hastanın bu tür direkt bir yöntemle etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermiştir. En iyi sonuçlar literatürde 'vajinismus ve erken boşalma'da alınmaktadır. Kliniğimizde de vajinismus (100%'e yakın) ve çabuk boşalma yakınmalarında oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır.

Aşkla başladık sevgiyle bitirelim. Bir çiftte sevgi ilişkisinin varlığı (şefkat dozu kaçmadan) tedavi şansını arttıran en önemli özelliktir.

Kaynaklar

Arentewicz G. Schmidt G : The Treatment of Sexual Disorders. Basic Books. N.Y. 1983

Cinsel Yaşam ve Sorunları CETAD 2006.

Gephard, P. and Johnson, A.P., The Kinsey Data: Marginal Tabulations of the 1958-63 Interviews Conducted by the Institute for Sex Research (Indiana University Press: Bloomington, Ind., 1979).

Hawton K: Sex Therapy: A practice guide, Oxford University press, New York . 1985

- Hazan: Love and Attachment (al) Contemporary Issues and Treatment Considerations, 1999.
- Kaplan SH: The New Sex Therapy. A Brunner/ Mazel Pub. New York.1974
- Kaplan SH: The Sexual Desire Disorders, A Brunnel Mazel Pub. N. Y. 1995.
- Kayır A.: Kadın ve Cinsel Sorunları (ed) Ş. Tekeli. Kadın Bakış Açısından 1980'ler Türkiye'sinde Kadın, İletişim Yay, İstanbul, 1990, 1993, 1994 (s.325-338).
- Kayır A, Geyran P, Tükel MR, Kızıltuğ A.(1990). Cinsel sorunlarda başvuru özellikleri ve tedavi seçimi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İzmir.
- Kayır A, Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları, Psikiyatri Ders Kitabı Ed. E. Adam, V. Şar, R. Tükel, A. Üçok, O. Yazıcı. İ. Ü. Yay. No.4139, İst. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı No.: 190, Isbn: 975-404-529-1.
- Kinsey A.C., Pomeroy WB, and Martin C.E. (1948). Sexual Behaviour in the human male, WB Saunders Comp., Philedelphia.
- Nathanson LD.: Shame and Pride. Affect, Sex and The Birth of The Self, N.Y, London,1992.
- Özdemir Ö, Şimşek F, Özkardeş S, İncesu C, Karakoç B. The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. Journal of Sex& Marital Therapy 2008;34:268-79.
- Sternberg JR, Barnes L. M.: The Psychology of Love , Yale University Press, New Haven, London, 1988.

18 Farklı Cinsel Kimlikler

ŞAHİKA YÜKSEL

Cinsel Sağlık

Cinsellik çok boyutludur. Dünya Sağlık Örgütü'nün Cinsel Sağlık tanımı; "Cinsellik fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir". Cinsel sağlık bir kişinin cinsel yaşamını bir zorlama olmadan, mutlu ve zarar görmeden sürdürebilmesidir. İstenmeyen gebelikler, güç kullanma, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliği yaşama halidir.

Kısaca, kişi cinselliği istediği kişi ile ve istediği biçimde yaşamalıdır. İster ikisi de aynı cinsiyetten, ister farklı cinsiyetten olsun kişilerin cinselliği farklı boyutları ile paylaşımları en doğal insan hakkıdır. İsteyen kişi karşı cinsten bir partnerle, isteyen kişi kendi cinsinden bir partnerle ve sadece istediği zaman, zor baskı altında kalmadan sevişmeyi ya da sevişmemeyi seçebilir. Heteroseksüel (karşıt cinsel) kişiler karşı cinsten bir partner seçerken, homoseksüel (eşcinsel-lezbiyen) kişiler kendi cinsinden partner seçer.

Cinsel Kimlik

İnsan yaşamının doğumdan itibaren cinsiyet (gender) ve cinsellik (seks) çerçevesinde örgütlendiği söylenebilir. Çok seyrek rastlanan interseks vakaları hariç, anatomik cinsiyet doğuştan belirleniyor. Kadın veya erkek cinsel organları ile doğuyoruz. Kimlik (identity) bir bütündür. Birbirinden kavramsal olarak ayrılabilen bireysel ve sosyal içiçe iki parçası vardır. Sosyal kimlik kişinin toplum-

daki yeri ve onun için tanımlanmış rollerden oluşur. Kişisel olanı ise, kendi iç ruhsal süreçlerini barındırır. Kimliğin temel parçalarından olan cinsel kimlik (sexual identity) kişinin ait olduğu cinsi bilme hissidir “ben kadınıym”/“ben erkeğim”. Cinsel kimlik; erken çocukluk yaşlarında belirlenen, kişinin kendini hangi cinsiyetle özdeşleştirdiğine ilişkin öznel bir durumdur.

Eşcinsellik

Kendi cinsini cinsel isteğin yöneldiği obje olarak cazip bulan, kendi cinsi ile uyarılan ve cinsel ilişki kurduğunda kendi cinsiyetinden bir kişi ile yakınlığı seçen kişilere eşcinsel denir. Eşcinsellik her iki cinsiyet için kullanılan bir terimdir. Kendi cinsi ile cinselliği arzu eden ve yaşayan kadınlara lezbiyen denir. Son yıllarda türk dilinde de her iki cinsiyet içinde gay terimi yaygın olarak kullanılmaktadır. Hem kadınlara hem erkeklere cinsel arzu duyan, uyarılan ve iki cinsle de cinsel ilişki kuran kişilere biseksüel denir (GLB). Eşcinsel kişilerin genital-anatomik yapıları normaldir ve cinsiyetlerini değiştirme talepleri yoktur. Eşcinseller cinsel kimliklerinin anatomik yapısı ile uyumlu kişiler olup sadece cinsel arzu ve hayatlarında değil yaşamın tüm alanlarında kendilerini “kendi cinsine yakınlık duyan ve yaşayan” bireyler olarak görürler. Eşcinsellik veya karşıt cinsellik cinsel uygulamaya bağlı bir durum değildir. Yaşam boyu bedensel olarak cinsel ilişkisi olmayan bir kişinin cinsel arzusu, arzusunu kışkırtan uyarılara göre cinsel kimliği eşcinsel, karşıt veya biseksüel cinsel olabilir.

Etiyoloji

Halen cinsel yönelimin gelişimi ile birçok soru vardır. Cinsel yönelimi belirleyenlerin önemli bir bölümü; biyolojik yatkınlıklar, cinsel organlar, genetik yapı ve hormonlar, doğum öncesi belirlenmiştir. Ancak, doğumla getirilen özellikler cinsel yönelimin tek belirleyicisi değildir. Bu durumun önemli kanıtlarından biri tek yumurta ikizlerinin, diğer kardeşlerden daha sık olarak aynı yönelimde olmakla birlikte, mutlaka aynı cinsel yönelime sahip olmamalarıdır. Eşcinsel ve karşıt cinsel olan kişilerin cinsel hormonlarının profilinde fark yoktur. Cinsel kimliğin psikolojik belirleyenleri olarak ilk yetiştirme özellikleri, erken yaşta yaşanan travmalar, anne ilişkisinin yetersizliği gibi faktörlerin sorumlu olduğu ileri sürülmüştür. Varsayılan etkenlerin hiç biri tarafsız, önyargılarla planlanmamış, nesnel bilimsel araştırmalarla desteklenmemiştir. Eşcinsellerde eşcinsel olmayanlar gibi farklı ilişkiler yaşanan, heterogen ailelerden gelmektedir. Ayrıca, eşcinselliğin pek çok hayvan türünde de olduğu bilinmektedir.

Yaygınlık

Tanınması ve görünürlüğü toplumsal tutuma ve kültürel tabulara göre değişkenlik gösteren eşcinselliğin tarih boyu her toplumda bulunduğu biliniyor. Eşcinselliğin sıklığının araştırılması farklı sorunlar nedeni ile problemlili olup bu konuda ilk önemli toplumsal taramayı, Amerikalı 5000 kadın ve 5000 erkekten oluşan bir grupta Kinsey 1950’de yapmıştır. Kinsey’in çok özenle metodunu kurduğu ve duyarlı

olarak ekibi ile uyguladığı bu öncü araştırmada 18 yaşından büyük erkeklerin %37'si, kadınların %13'ünün yaşamlarında en az bir kere kendi cinsi ile bir cinsel ilişki yaşamış olduğu görüldü. Bu ilk çalışmadan sonraki 60 yıl içinde yapılan taramalarda, erkeklerin %10 kadınların yaklaşık %8'i yaşam boyu sadece kendi cinslerini cinsel olarak cazip bulmakta, kendi cinsi ile ilişki fantezisi kurmakta ve cinsel ilişki kurduklarında bunu kendi cinsiyetinden bir kişi ile yaşamakta veya yaşamak istediğini bildirmektedir.

Ruh Sağlığı ve Eşcinsellik

Eşcinsellik-lezbiyenlik bir ruhsal hastalık değildir. Karşıt cinsel olmak gibi, GLB'lik de kişinin kendi isteği ile seçilen bir özellik değildir. Çok erken yaşlarda belirlenmiş bir durumdur. Ama kişinin cinsel kimliğini keşfi zamanla ve aşamalı olur. Cinsel arzu ve fanteziler, cinsel eylem daha sonraki yaşlarda ergenlikle birlikte giderek netleşir.

Eşcinsellik tarihin farklı devrelerinde, ruhuna şeytan girmiş kişiler veya günah olarak kabul edilmiştir ve toplumsal, kültürel, dini değerlerle dışlanmış, aşağılanmış ve şiddet uygulanmıştır. Eşcinselliğe, psikiyatrik tanı sistemlerinde kişilik bozukluğu, cinsel bozukluk, cinsel yönelim karmaşası gibi farklı gruplarda yer verilmiştir. 1973'de APA (Amerikan Psikiyatri Birliği) ve 1990'da DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) kararı ile psikiyatrik tanı sınıflamalarından çıkarılmıştır. Toplumsal önyargılar ve yaygın homofobik anlayış nedeniyle eşcinselliğin-lezbiyenliğin bir hastalık olmadığı kabulü kolay olmamıştır.

Bilimsel dayanağı olmaksızın, bir başka iddia eşcinsel olmanın aynı zamanda bir ruhsal hastalığa yakalanma riski taşıdığı ve hastalandığı ileri sürülmüştür. Ruhsal hastalıkların sıklığını heteroseksüel ve lezbiyenler arasında karşılaştıran çalışmalarda eşcinsel ve lezbiyenler arasında ruhsal hastalıkların daha yüksek oranda olmadığı bilinmektedir. Tek fark, eşcinsel kişilerin kimliğini gizleyerek, farklı bir kimlikle kendisini karşıt cinselmış gibi taktim ederek yaşaması; eşcinsel olduğu bilinen ve bu nedenle buldukları ortamda baskı şiddete maruz kalmaları veya içselleştirdikleri homofobileri ile depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere farklı anksiyete bozuklukları heteroseksüellere göre daha yüksektir. Sayılan ruhsal hastalıklarla yalıtılmışlık, kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi, kabul edememesi kendi içselleştirdikleri homofobisinin rolünün dikkate alınması ve koruyucu ruh sağlığı açısından gerekli önlemler alınması ihmal edilmemelidir.

Açığa Çıkma-Kendisi Olma (Come Out): Gençlerin cinsel ilgisinin arttığı ve cinsel deneyimlerin başaldığı bir devre olarak ergenlik bütün gençler için önemli ve kırılabilir riskinin olduğu bir devredir. Eşcinsel, lezbiyen ve biseksüel ergenler (GLB) akranları karşıt cinsel gençlerden farklı olarak ek zorluklar yaşarlar. Toplumda herkes karşıt cinsel rolde görünür. Eşcinsel bireylerin kendilerine model alabileceği örnekler yoktur. Toplumsal baskı ve dışlanma nedeniyle GLB gençlerin kendilerini tanıma-keşfetme devresinde, cinsel ilgilerinin akranlarından farklı olduğunu keşfetmeleri çok sancılı olur. Toplumda egemen olan homofobik önyargılar

değiştirecek bilgi kaynakları yoktur. Anne babaları ve yakınlarına kuşkularını ve yeni keşiflerini soramazlar. Cinsel eğitimin yer aldığı okullarda bile eşcinsellikle ilgili doğru bilgi bulunmaz. Gençlerin çok önemli bir destek kaynağı olan akran arkadaş danışmanlığı da GLB bireyler tarafından kolayca kullanılamaz. (veya GLB bireyler, gençlerin çok önemli bir destek kaynağı olan akran arkadaş danışmanlığını da kolayca kullanamaz) Kendi bedenlerini ve cinselliklerini tanıdıkça, durumlarını ve sorunlarını açılazamaz, sorunlarını paylaşamazlar, suçluluk duyguları ile içlerine kapanırlar, bu nedenle intihar riski artar.

Homofobi

Türkiye, cinselliğin ve cinsel yönelimlerin zor ve ağır yaşandığı, kendi cinsine yakınlık duyan GLB bireylerin kimliklerini görünmez tutarak yaşamak zorunda kaldığı, homofobik bir ülkedir.

Heteroseksist ideolojinin bir ürünü olarak homofobi, karşıt cinsel olmayan kişilerin kimliklerinin yok edilmesi veya gizli kalmasını dayatmaktadır. Aynı karşıt cinsellikte olmak gibi eşcinsellik de tam zamanlı, yaşamın özel ve kamusal alanlarını kapsayan, bir kimlik ve var oluş biçimidir. GLB kimliklerin gizlenmesi talebi cinsel bir kaçamağın gizlenmesine sınırlı değildir. Kişilerin kendilerini sahte bir kimlikle karşıt cinsel olarak takdimi beklenir. Bu değerler içinde büyüyen eşcinsel kişiler de kendi cinsine yakınlık duyma korkusu taşır. Aynı homofobik anlayış içselleştirilmiştir. Ergenlikle birlikte cinsel duygu, heyecan ve fantezilerinde kendilerinden haberdar olmaları artarken aynı zamanda homofobinin ve toplumsal olarak paylaşılan olumsuz değerlerin etkisiyle kendilerini suçlu görmelerini engellemek, kendilerini oldukları gibi kabul etmeleri için desteğe ihtiyaçları vardır.

Tedavi-Müdahale

Eşcinsellik hastalık değil, eşcinseller niye doktora gider? GLB kişiler aynı karşıtcinsel kişiler gibi farklı ruhsal hastalıklar ve problemlerle yardım isterler. Sık rastlanan başvuru nedenleri arasında aile ile sorunlar başta gelir. Türk Ceza Kanununa göre eşcinsellik hiç bir zaman suç olmamıştır. Ama ailede ve kamusal alanda farklı zorluk yaşayabilir. Ailelerin çocuklarının eşcinselliği kabulü zor olur. Gençlere destek vermedikleri gibi zorla değiştirmeye çalışabilirler. Aileler çocuklarının cinsel kimliğini değiştirme taleplerini sadece küçük çocuklara değil otuzlu yaşlarda bile yapabilir. Bazı aileler erkek çocuklarını cinsel ilişkiye zorlayabilir veya onları evlendirerek durumu örtmeğe çalışabilirler. Bu tür girişimler cinsel kimliği değiştirmeyeceği gibi aynı zamanda GLB için travmatik deneyimler olur. Gerçekçi olmayan beklentinin başvuranlarda ve ailelerinde değiştirilmesi gerekmektedir.

Eşcinsellik bilimsel olarak bir hastalık olarak görülmemekle birlikte eşcinsel olduğu bilinen erkeklere askerlik yaptırılmaz. Askerlik muayenesi sırasında, eşcinselliğin kanıtlanması için kişinin cinsel kimliğinin; kendi cinsiyetinden biri ile olduğunun görsel malzemelerle belgelenmesi istenmesi tıp ahlakına uygun değildir.

İçselleştirilmiş homofobisi yüksek olan ve cinsel kimliğini reddeden bazı GLB'ler cinsel kimliklerini değiştirmeyi talep edebilirler. Cinsel yönelimi değiştirmek için psikoanalitik yaklaşımlar, davranışçı tiksindirerek kaçınma oluşturacak, caydırması beklenen tedaviler uygulanmışsa da bu tedavilerden hiçbiri kişinin kimliğini değiştiremeyeceği için etkin olmamıştır. Bugün bu yaklaşımlar uygulanmıyor ve uygulayanların mesleğini kötüye kullandığı kabul ediliyor.

Eşcinsel kişiler tek tür özel bir grup değildir. Cinsel kimliklerinin ortak olması dışında kişilikleri, beklentileri, ilişkileri farklıdır. Seçilen yaklaşım, ilkeleri ortak olmakla birlikte o kişinin özelliklerine uygun bir tedavi yöntemi olmalıdır. Temelde kişinin kendini kabulüne dayanan (gay affirmative) tedavi anlayışı benimsenerek, kişinin kendini keşfetmesi ve içselleştirdiği homofobi ile başa çıkmasının yolları araştırılır. Eşcinsellerin kendilerini tanımaları ve kabulü için, psikoterapide eşcinsellekle ilgili toplumda yaygın olan hatalı inanış üzerinde çalışılır. Eşcinsellik bir kerere kabul edilen bir durum değildir. Bu kişiler gelgit yaşarlar ve kendilerini kabul etmeden önce sıklıkla benliklerine yabancı oldukları bir evreden geçerler. Hastalıklı olarak kabul edilmeyen eşcinselleri, heteroseksüelliğe döndürme amacıyla tedavi uygulanmasının ahlak ve tıp ahlakı içinde yerinin olmadığı belirtilmelidir.

Bütün sağlıklı insanlar "iyi" bir kişi olmak, bir gruba ait olduğu hissini yaşamak ve sosyal olarak kabul görmek ister. Aynı zamanda yakınlık (intimacy) gereksinimleri vardır. Kimliklerin gizlenmesi mutsuzluk pahasına olur. Diğer yandan homofobik bir ortamda açığa çıkma tehlikeli ve zordur, ayrıca kişi yersiz yere kendini suçlu hissedebilir. Son yıllarda sayıları artan Lambda, Kaos GL gibi sivil toplum kuruluşlarında, kendine yardım grupları, gençleri ve aileleri bilgilendirmek ve destek/paylaşım sağlamak için önemli bir kaynak sağlamaktadır.

Transseksüalite

İnsanlar genellikle kendilerini anatomik cinsiyetleriyle aynı cinsiyette hissederler. Bu durumun tek istisnası 6/100.000 de, 2 kadın ve 4 erkek, olarak bildirilen transseksüalitedir. Kişinin kendi beden cinsiyetinden rahatsız olup karşı cinse ait beden yapısına sahip olma isteğine cinsiyet disforisi ve bu isteğin yaşamın her alanında sürekli olarak bulunan en uç biçimine ise transseksüalite denir. Cinsel Kimlik Bozukluğu, 1980'de DSM-III ile tanı sistemine girmiş en yeni tanı gruplarından birisidir. DSM-IV-TR'de transseksüalizm terimi yer almaz ve "cinsel kimlik bozukluğu" ifadesi kullanılmıştır. Bu yazıda yaygın olarak "Transseksüel" kullanacaktır.

Cinsel kimlik konusunda çalışan uzmanlar arasında transseksüelliğin bir hastalık olmadığı ve hastalık sınıflandırmalarından çıkarılması gerektiğini ileri sürenler bulunmaktadır. Transgender terimi klinik ve tıbbi bir yorumun sınırlılıklarını aşmak ve geçiş ya da ara durumların da dikkate alınması gereken durumlar olduğunu daha anlaşılır kılmak için geliştirilmiştir ve giderek daha çok kullanılmaktadır. Transseksüellik bugün cinsel kimlik bozukluğu başlığı ile ruhsal hastalık sınıflandırmalarında yer almaktadır. Ruhsal hastalıklar arasında kalmasını savunan yazarların temel savı; transseksüel tanımı öznel bir durumdur. Transseksüel kişilerin

tıbbi ve cerrahi girişimler yapılması için talepleri vardır. Doktorların bu tür geri dönüşü olmayan cerrahi yaklaşımlar talep edilen durumlarda kişinin kendisini diğer cinsiyetten olarak hissetmesinin bir ruhsal hastalık belirtisi olmadığı ve süreklilik taşıdığı değerlendirilmeleri gerektiği ileri sürülmektedirler.

Transvestism (cross-dressing) karşı cins elbiseçiliği olarak da adlandırılabiliriz. Gerçek yapısı ile az bilinen bir alandır. Büyük bir çoğunluğu heteroseksüeldir. Küçük bir bölümü henüz ameliyat olmamış transgender kişilerdir.

Etiyoloji

Yoğun araştırmalara karşın, transseksüelliğin gelişimini açıklayabilir belirli bir biyolojik kanıt yoktur. Çocuğun ilk gelişim devresinde aile özellikleri sorumlu tutulmakla birlikte, heteroseksüellerde olduğu gibi, bu grupta da heterogen aile özellikleri olduğu gözlenmiştir.

Sürecin nasıl belirlendiği net olarak açıklanamasa da ilk yıllarda edinilir ve dönüştürülemez olan, cinsel kimlik gelişimine bağlı bazı özelliklerin transseksüelite gelişiminde rol oynadığı kabul edilmektedir. Ergenlikle birlikte biyolojik cinsiyete uygun olarak gelişen özelliklerden rahatsız olur, bedenlerini saklamaya çalışırlar. İstedikleri değişiklikler sağlanmadığında okul reddi, depresyon gibi sorunlar gelişebilir. Bu devrede gençlerin ve ailelerinin tıbbi ve psikolojik desteğe ihtiyacı vardır. İdeal olarak, çocukların uzunlamasına izlendiği çalışmaların yapılması ve olayın doğal gidişinin incelenmesi gerekir. Uygulamacılar olayın yapısını, aile dinamiklerinin rolünü tarafsız değerlendirmelidir. Gencin zorlanmaması, sert yaptırımlarla beden cinsiyetine uygun giyinme ve yaşamaya zorlanması cinsiyet disforisini arttıracaktır.

DSM-IV, Cinsel Kimlik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

1. Sürekli ve şiddetli olarak kendi anatomik beden yapısından rahatsız olmak,
2. Doğumdan sahip olduğu beden yapısı ve cinsiyet organlarının iğrenç, hatalı ve/veya hastalıklı olduğuna kökten inanmak,
3. Sahip olmak istediği cinsiyete ilişkin tutum, davranış ve rolleri yaşamının ilk yıllarından beri benimsemiş olmak.

Cinsiyet Değiştirme Ameliyatlarında Standart Değerlendirme, Karar Verme ve Bakım İlkeleri

Tanımı gereği, bir transseksüel doğumdan sahip olduğu beden yapısından rahatsız olup değiştirmek isteyecektir. Cinsel kimlik bozukluğu olan kişiler hormonal ve cerrahi tedavi isteği ile farklı hekimlerine başvurabilir. Özellikle eşcinselliğe karşı ön yargıların, ayrımcılığın ağır olduğu toplumlarda eşcinseller, toplumsal baskıları azaltmak amacı ile ameliyat talebinde bulunabilir. Oysa, geçici istek gösterenlerde ve eşcinsellerde cinsiyet değiştirme ameliyatına yer yoktur. Konu bu alanda dünyada standart ve iyi tıbbi uygulama verilen merkezlerde kullanılmakta olan “Heny Benjamin International Gender Dysphoria Association” standartları temel alınarak

tartışılacaktır Henry Benjamine Cinsiyet Değiştirme ameliyatlarında standart değerlendirme, karar verme ve bakım ilkeleri ilk kez 60'lı yıllarda yayınlamış ve sürekli olarak güncellenmektedir.

Genel İlkeler: 18 yaşın üstünde olmak, geri zekalı veya psikotik olmamak, bir psikiyatri kliniğinde ruhsal durumu ve ameliyatla ilgili beklentileri açısından incelenmiş; endokrin, ürolojik veya jinekolojik ve genetik yönde değerlendirilmesi yapılmış olmak. Bir yıldan uzun bir süredir gerçek yaşamında geçmek istediği cinsiyetin rol ve davranışları ile yaşamak.

Cinsiyet değiştirme, geri dönüşü olmayan bir süreç olduğu için psikoterapi eğitimi görmüş ve cinsel kimlik bozuklukları konusunda deneyimli klinisyenler tarafından, yazılı olarak, önerilmelidir.

Hormonal Cinsiyet Değiştirme: Transseksüel kişilerde hormon kullanımının amacı kişinin gonadal cinsiyetine ait seks özelliklerinin ortadan kaldırılması ve kişinin kendisini ait hissettiği diğer cinsiyete ait seks özelliklerinin ona kazandırılmasıdır. Erkeklere verilen feminizan hormon (östrojen veya progesteron) tedavisi ile sakal, bıyık gibi erkeğe özgü yüz kıllanmasının gerilemesi ve meme gelişmesini sağlaması da beklenir. Kadınlara androjen hormon tedavisi verilmesi ile erkeğe ait görüntü sağlanabilmektedir. Hormon tedavisine başlamadan, hastaya bu tedavinin etkileri ve yan etkiler hakkında bilgi verilmelidir. Bir transseksüele ne zaman hormon tedavisine başlanacağını ruh sağlığı uzmanı önermelidir. Hormon tedavisi endokrinoloji uzmanı tarafından başlamalı ve kontrol edilmelidir

Ameliyat Kararı: Hormon kullanımı ile değişen ikincil cinsel özelliklere ve bedeninde oluşan değişikliklere kişilerin tepkisi ve sosyal uyumu gözlemlenmekte, yeni cinsel kimliğini tümüyle benimsemiş olan ve bundan sonraki yaşamını bu kimlikle uyum içinde geçirebileceği yargısına varılan üyelere cinsiyet değiştirici ameliyata hazır olduğu yönünde rapor düzenlenebilir. Bu rapor biri sürekli izleyen olmak üzere üç ruh sağlığı uzmanı tarafından hazırlanmalıdır.

Cinsiyet değiştirme ameliyatı için, hastanın en az 12 ay süreyle karşıt cins sosyal kimliğinde yaşıyor olması gerekmektedir. Uzun süreli bir psikoterapi zorunluluğu olmakla birlikte, asgari altı aylık bir psikoterapi ile ameliyat sonrası değişiklikler için hazırlanan kişilerin, uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Yasal Süreç: Türk Medeni Kanunu'nun 40. maddesi ile 2000 yılında yapılan düzenleme ile cinsiyet değiştirme ameliyatlarına yasal olarak izin verilmiştir. İlgili maddede "Cinsiyetini değiştirmek isteyen kişi önce mahkemeye başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini ister. İzin verilebilmesi için, istem sahibinin 18 yaşını doldurmuş ve evli olmaması; ayrıca transseksüel yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğunu bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporuyla belgelemesi şarttır" denilmektedir. Sürekli olarak üreme yeteneğinden yoksun olmanın transseksüel yapıda olma ile ilişkisi olmadığı halde kanunda yer almış olması bilimsel bir hata olup, pratikte de rapor düzenlenirken sorun çıkarmaktadır.

Verilen izne bağılı olarak amaç ve tıbbi yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmi sağlık kurulu raporuyla doğrulanması halinde, mahkemece nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir.

Kliniğimizde iki yıllık bu değerlendirme sürecinde grup psikoterapisi uygulanmaktadır. Bu gruplar bir yandan kişinin cinsel kimliği ve diğer özelliklerinin değerlendirilmesini sağlarken, diğer yandan benzer sorunları olan kişilerle tanışma olanağı vererek öz-yardım grubu özelliği de taşıyabilmektedir. İyi hazırlanmış ve ameliyata uygun olan transseksüellerde ameliyattan sonra yaşam kalitesinin arttığı ve intihar riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir

Kaynaklar

- Atamer YM The Legal Status of Transsexuals in Turkey International Journal of Transgenderism 2005;8:65-71.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington: 1994.
- Baird V. Cinsel eşitlilik: Yönelimler Politikalar Haklar ve İhlaller. İstanbul: Metis Yayınları. 2004.
- Butler J. Cinsiyet Belası. İstanbul: Metis Yayınları, 2008.
- Cabaj, RP, Stein TS Textbook of Homosexuality and Mental Health, Washington: American Psychiatric Press: 1996.
- <http://www.lambdaistanbul.org/php/main.php>
- Kendler, KS, Thornton L, Gilman SE, Kessler R C, Sexual Orientation in a U.S. National.
- Sample of Twin and Nontwin Sibling Pairs. Am J Psychiatry 2000;157:1843-6.
- Lev A.L Transgender Emergence The Howarth Clinical Practice Press 2004 New York.
- The Standards of Care for Gender Identity Disorders. Sixth Version. 2001 Symposium Dusseldorf <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0405.htm>.
- Yüksel ř. Ruhsağlığı ile İlgili Destek İsteyen GLB Bireyler ve Aileleri ile Çalışmak” Kaos GL 2006;29: 22-6.
- Yetkin N. Homofobi, Terapistler, Homofobi Karsiti Eğitim Kaos GL 2006;29:27-9.

19 Kişilik Bozuklukları

BİLGİN SAYDAM

“Kişilik” kavramının açıklanmasında, “biyo-psiko-sosyal bütün olarak insan” tanımının merkezindeyiz: Biyolojik ve sosyal alanlar arasında gelişen psişe’nin, “bütün” içindeki yerini, arada’lığının ve aracı’lığının işlevini, kişilik örgütlenmelerinde görebiliyoruz.

Kişilik, bireyin duruş, ifade, davranış ve çevreye uyumundan çıkarsamayla, öznenin ‘özgün’ içsel işleyiş stilini belirleyen yapı taşlarını ve dinamikleri, -az çok durağan bütünlüğü içinde- tanımlama ve anlama ereğiyle tasarılanan ‘psşik kurum / aygıt’ olarak tarif edilebilir. Süreklilik kazanmış algılama, duygu, düşünce, tutum ve davranışların, ilişki ve sorun çözme özelliklerinin bütünüdür; karmaşık dinamik ve açık bir “iç” örgütlenmedir. Bu “iç” örgütlenme, çevre ile ilişkileri, yani “dış” örgütlenmeyi de şekillendirir.

Mizaç

Kişilik, bir maddesel taban, yani biogenetik ve pre-/peri-natal öğelerin belirlediği yapısal veriler üzerinde inşa olur: Bu yapısal temel için, latince kaynaklı ‘temperament(is)’ kavramının karşılığında, bazı ayrıştırmalarla, “mizaç”, “huy”, “yaredilış”, “tıynet”, “fitrat”, “tabiat / doğa” terimleri kullanılabilir.

Mizaç/huy, kişiliğin, emosyonel, motivasyonel ve adaptif davranış otomatizasyonlarının yapısal çekirdeğidir ve kortiko-striato-limbik sistemlerle ilintilidir. Bireyin, zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebatkârlığındaki çeşitlenmelerin bileşkesi olarak, yaşamın ilk üç yılında netleşmeye başlar. Korku ve öfke gibi -âcil eylem gerektiren- temel ilkel/ayrışmamış emosyonları içerir. Modern bilimsel verilerle desteklenen mizaç sınıflamasında, eski çağların vücut sıvılarını referans alan metaforik yaklaşımıyla paralellikler mevcuttur: Hipokrat (İ.Ö. 460-370) dörtlüsünü, İ.S. ikibinlerde Cloninger’ın mizaç tiplemesi, birebir karşılar: Hipokrat’ın melankolik-hüzünlülüğü, yüksek “zarardan kaçınma” davranışına karşılık gelir. Kolerik-

sinirlilik, “yenilik arayışı”nın, sanguin-iyimserlik “ödül bağımlılığı”nın, flegmatik-soğukkanlılık ise “sebatkârlık” özelliğinin artmış baskınlığına işaret etmektedir.

Mizaç kişiliğın daha katı olan çekirdeğini teşkil etse de, tek belirleyeni değildir: Biyogenetik ve perinatal öğelerin belirlediğı bu birincil yapısal olasılıklar batar-yası, ortamın koşul ve olanaklarıyla şekillenirler.

Karakter

İkincil niteliğıyle “karakter” kavramı, tarihselliğı içinde kişiye özgü olan fizik ve psikosozyal açılım ve sınırlanmalarla betimlenir. Bu açılım ve sınırlanma, birey ve çevre arasındaki karşılıklı dinamik etkileşimle belirlenir. Karakter kişiliğın ‘kavramlaştırıcı’ çekirdeğidir. ‘Bireysel’ amaç, yöntem ve değerleri şekillendirir. Sevgi, empati, sabır, ümit gibi işlenmiş, karmaşık ikincil emosyonları içerir. Karakter oluşumu, kavramsal öğrenmeyle birlikte gelişen, soyutlama, sembolizasyon, analitik ve endüktif mantık süreçlerinin işlevsel sonucudur. Psikodinamik bakış bu süreçler içinde, benlik savunma düzeneklerinin gelişmesini, kendilik ve nesne tasarımlarının ayrıştırılma ve bütünleştirilmesini ayırt eder.

“Sağlıklı” karakter yapısı, bireyin fizik-dürtüsel-emosyonel gereksinimleri ile çevresel-sosyal normatif baskılar arasındaki uyumsuzluk ve gerginliğı yumuşatarak, huy’un çevreye işlevsel uyumunu ve uyum içinde yaratıcı açılımını sağlar. Üçüncü etken olarak, ‘zekâ’nın nicelik ve nitelik çeşitlemeleri de, kişilik işlevlerinin biçimlenmesinde etkin rol oynar.

Kişilik

Psikodinamik Bakış

Nesne İlişkileri Kuramı, bebeğın, -gereksinimlerinin kılavuzluğında- nesneye bağlanması ve duygusal yatırım yapmasını esas görür. Yaşamın başında, doğuştan getirilen yapısal yatkınlık ve eğilimler vardır. Kalıtsal psikofizyolojik kalıpların belirlediğı bu afekt öncülleri ve içgüdüler, çevreyle etkileşim içinde, türün hemen tüm üyelerinde aynı olan, parça-bölük davranış örüntülerine zemin teşkil ederler ve erken nesne ilişkileri içinde biçimlenirler. Tüm ilişki taraflarının aktif olduğı etkileşimler, kendiliğın oluşmasına, dolayısıyla kişiliğın şekillenmesine katkıda bulunur. Süreçte belirleyici olan ‘ilişki’dir; en erken ve en yakın ilişki nesneleriyle (olağan koşullarda, anne ile) yaşananlar, en belirleyici olanlardır.

Bebeğın çevreyle etkileşiminde yaşadıkları, kabaca iki kategoride ele alınabilir: 1. ‘tamam’layan/doyuran haz yaşantıları, ve 2. ‘eksik’leyen/engelleyen acı yaşantıları. Bu yaşantıların oluşturduğı psişik çökeltiler, ‘kendilik parça tasarımları’nı, ‘nesne parça tasarımları’yla, durumsal ilişkiye uygun ‘afektif’ tonlamalar üzerinden birleştirerek, kendiliğın yapı taşlarını oluşturur. Parça tasarımların ayrıştırılarak, ‘bütünleşmiş, ambivalan kendilik ve nesne tasarımları’ haline gelmesi, “kendilik olgunlaşması” --ve konumuzla ilişkisi içinde “kişilik olgunlaşması”-- ile eş anlamlıdır.

İşlevi ve Bozukluğu

Kişilik İnsanı Şekillendirir: Kişi hem dünyasını “bilir”, hem de dünyasınıca “bilinir”. Kişilikte, her hangi bir ân ve hâlde, kendinin ve dünyanın ne/nasıl olduğu bilgisi içkindir. Dolayısıyla kişiliğin işlevini, bireysel şekillenme, süreklilik, kalıcılık, bilinirlik (tahmin edilebilirlik), çevreye işlevsel uyum ve algı, duygu, düşünce, davranış otomatizasyonu olarak özetleyebiliriz. Sağlıklı kişilik yapısı, “yeni” ile karşılaşmada, bireyin muhafaza ettikleriyle, yeni açılım ve kazanımlarının, tutarlılıkla bağlantılandırılmasına olanak verir. Kişilik olgunluğu, algı, duygu, düşünce ve davranış repertuarını çeşitlendirmek ve ayırtırmak, bu seçeneklere rahatça ulaşabilmek ve yaratıcı açılımlar için kullanabilmenin yanısıra, zenginliğini paylaşabiliyor olmak da demektir. Bu tarif, psikososyal uyum, doyum ve gelişime karşılık gelir.

Kişilik kalıpları en sağlıklı yapılarda bile çok esnek değildir. Bu atâlet ve muhafazakârlık, kişinin yaşam akışı içinde tutarlı bütünlüğünü sağlar; açılımlarını destekler. “Huy canın altındadır”, “Can çıkar huy çıkmaz”, “Huy sütle girer, canla çıkar”, “Huylu huyundan vazgeçmez”, “İnsan yedisinde ne ise, yetmişinde de odur” gibi deyimlerde kişilik yapısının ağıdalı niteliği vurgulanmaktadır. Mevcut olan zorlayıcı muhafazakârlık, -uyumu ve doyumunu optimize ettiği ve aşkınlık olasılığını taşıdığı sürece-, işlevsel ve “sağlıklı” kabul edilebilir.

Kişilik Bozukluğu’nda (KB) Bu Dinamik İşlev-Sellik Bozulu: Patolojik tutarlılık, değişime kapalı bir katılık içerir. Kişi, bireyselliği ve birlikteliği içinde yaşamın akışına yabancılaşır; kendi patolojik şematizasyonunda donuklaşır. Duruma ve zamana direnç, KB’nun asal özelliğidir. Bu rijid ve uyum-bozucu yapılanmalarının karşılığı, öznel/çevresel sıkıntılar ve sosyal/mesleki alanlarda işlevselliğin olumsuz etkilenmesidir. ‘Bozuk’ kişilik tarzları sosyal ortalamalardan ciddi sapmalar gösterirler; kültürel ve alt-kültürel norm ve değerlerle açıklanamazlar. Kişiliğin temel özelliği olan “dinamik” süregelenlik ve genel-geçerlilik, kişilik bozukluklarında, katı bir “aynılık -değiş(e)mezlik” halini almıştır. Derinliği olan çok-boyutlu bir kişilik yapısı yerine, tek-boyutlu bir karikatürizasyon gelmiştir. Sorun, abartılı yaşanan, ifade edilen ve esnemeyen kişilik özelliğinin kendisinde değildir; bu özelliğin yaşamın tüm alanlarına ve evrelerine sızan ve başka seçeneklere izin vermeyen dışlayıcı baskınlığındadır.

KB, Kişiliğin Yetersiz ve/veya Çarpık İşlevselliğine İşaret Eder: Bireysel şekillenme, tek-boyutlu ve karikatürize, çevreye işlevsel uyum bozuk ve patolojik, otomatizasyon rijid, kapalı ve tek-işlemlerli, yaratıcı açılım ve aşkınlık ketlenmiş ve güdüktür. KB gösteren kişiler, yaşamın renklerine ve gereklerine, yaratıcı uyum sağlayamazlar. “Yeni” uyarılara, “eski” rijid yanıtlarını körlemesine tekrarlarlar; mevcut sorunları gidermek yerine daha da ağırlaştırırlar.

Tanımlama ve sınıflamada, DSM sistemini takip edeceğiz. Çok-eksenliliği tercih etmeyen ICD-10’da, KB tanıları ve tanı ölçütleri, büyük ölçüde DSM-IV sınıflaması ile uyumaktadır. DSM’nin temel farklılığı, Kişilik Bozuklukları’nı 1980 yılından bu yana sendromal bozukluklardan ayrı bir eksenle kodlamasıdır. Bu ayrış-

tırma, hem KB tanılarının, psikoz, depresyon, anksiyete bozuklukları gibi görece majör psikiyatrik tabloların gürültüsünde gözden kaçmalarını engellemiş, hem de, KB'nun, "temel-deki bozukluk" niteliğine dikkat çekmiştir. Kişilik Bozukluklarında, sendromal bozukluklardan, yani hastalıklardan farklı olarak, hastanın nesi olduğunu aramayız, nasıl (bir insan) olduğunu sorgularız.

Kişilik Bozukluğu DSM-IV-TR Genel Tanı Ölçütleri

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü, aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder:

- 1) biliş (kognisyon) (yani, kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
- 2) duygulanım (afektivite) (yani, duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
- 3) kişilerarası işlevsellik
- 4) dürtü kontrolü

B. Bu örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.

C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.

E. Bu örüntü, başka bir mental bozukluğun görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.

F. Bu sürekli örüntü, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) veya genel tıbbî bir durumun (örn. kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu genel tanı ölçütleri, herhangi bir özgül KB'na yaklaşımda, gözetilmesi gereken fon bilgisidir.

Kişilik, dolayısıyla da KB en geç ergenlik/genç erişkinlik döneminde kendini belli eder. Bu bir başlangıç değildir; kabaca, nihai şekillenme yaşıdır. Zira geriye dönük değerlendirmeler, KB profilinin, hep bir biçimde belirleyici olduğunu ve yaşa özgü vurgular yaptığını gösterir. Çocuk ve ergenlerde de KB tanısı konulabilir. Yine de 'Kişilik Gelişiminde Bozukluk'tan söz etmek, kesin tanılardan olabildiğince kaçınmak bu yaş grubu için daha doğru olacaktır. DSM-IV-TR'de, herhangi bir psikososyal gelişim dönemine özgü olmaması kaydıyla, diğer tanı ölçütlerini karşılayan maladaptif kişilik özellikleri için, en az bir yıl devam etmiş olma şartı aranır. Yalnızca Antisozyal KB, salt 18 yaş sonrasına ait bir tanıdır.

Her kişilik modeli, "bozuk" olsun olmasın, bir "insan-lık" ve "dünya-lılık" kavrayışını içkindir. Genel varoluş biçemi ve ilişki yöntemleri olarak ele alındığında, kişilik bozuklukları, diğer "sağlıklı" kişilik yapılanmaları yanında, yalnızca farklı olan ve muteber olmayan, yani toplumun onayladığı varoluş biçemlerinden belirgin olarak sapan, saptığı için de patolojik addedilen, sonuçta istatistiksel tes-

bitten başka şey olmayan, farklı “öteki”ne ait algı/duygu/düşünce/davranış şematisasyonları gibi gözükebilir. Ancak bu sapmaların içerdiği sıkıntı, uyum zorlukları, yeni açılım ve çözümlere kapalı olma, kısıtlanmışlık hali ve işlevsellik kaybı, hem birey, hem de çevre için bu sorunlu varoluş modellerini patolojik tanımlamalara zorlar. Bu bağlamda KB, “süreğen hastalık” tanımlamasına karşılık gelir.

KB yaşam kalitesini bozar. Bu tanının istatistiksel karşılığı, düşük eğitim düzeyi, düşük evlilik oranı, düşük sosyoekonomik düzey, sorunlu cinsellik/birliktelik, yüksek alkol-madde bağımlılığı, yüksek şiddet, yüksek suç eğilimi, yüksek işsizlik, yüksek evsizlik, yüksek kaza, yüksek intihar riski, yüksek psikiyatrik rahatsızlık, yüksek mutsuzluk oranlarıdır. KB sorunlu bireye, ailesine, çevreye ağır yükür; ortaya çıkış şekilleri ve sıklığı, tüm ırklarda aynıdır. Bozukluk ölçüsünde olmayan, kişilik yapısındaki bazı, bireysel ve sosyal işlevselliği bozucu öğelerin varlığı, daha az yoğun ve şiddetli sorunlara sebebiyet verseler de, toplumda ağır sıkıntılara yol açabilecek kadar yaygındırlar.

KB profillerinde karşılaştığımız, zayıf ve kırılabilir narsisistik nüveleri koruma gayretiyle inşa edilmiş, katı savunma mekanizmalarının oluşturduğu yapılarıdır. Korumacı kişilik zırhının altındaki yoğun anksiyete, psikososyal gelişimde ilkel düzeyde (erken) takılmaların sonucudur. Deskriptif psikiyatrinin KB tanısına, klasik psikoanalitik sınıflamadaki en yakın patoloji grubu, “karakter nörozları”dır.

Sorunlu bir doyum-uyum gerilimini taşıyor olsa da, KB kendi içinde tutarlı ve anlamlı çözüm girişimlerinin kurumlaşması ve kemikleşmesidir. Derinlerdeki bilinçdışı arzu ve korkuların sürüklediği ilişki şemaları, en erken ilişkilerdeki ketleyici ve zorlayıcı yaşantıların damıtılmasıyla yoğunlaşmış ve dogmatize olmuş ürünlerdir. KB kurgusu, özneyi ve nesnelere, gerçekliğini doğrulayacak etkileşimlere zorlar. Yaşantılar, yani bilgi girişleri, öğrenme-değişme-yenilenmeye izin verecek etkinlikte reflekte ve entegre edilmeden, tek-boyutlu ve hep aynı sonucu veren bir kısa-devre üzerinden tasnif edilir. Kategorik yanıtlar kısır-döngünün devamlılığına katkı sağlar. KB işletim kurgusu, birey her ne türden uyarıyla karşılaşsın karşılaşılsın, hep aynı yorum ve yanıtı üretecek şekilde programlıdır.

KB seyri zaman akışı içinde oldukça stabildir. Klinik tablo, yaşamın çeşitli alanlarında uzun süreli zorlanmalar şeklinde belirir. Benliğe-uyumlu (‘ego-sintonik’) yaşantı ve davranış modelleri, ‘normal’ ve ‘olağan’ addedilir. Kişi, varolan sorunların çözümü için kendisinde bir şeylerin değişmesi gerekliliğini, yani ‘otoplastisite’yi öngörmez. Ya değişimleri için neden görmezler; ya da durumlarından rahatsız ve değişim konusunda istekli, ama ümitsizdirler. Bağımlı KB ve Kaçınan KB’ndaki benliğe-uyumsuzluk gibi bazı istisnalar dışında, mevcut sorunların varlığını reddederler, kabul etseler dahi başkalarını suçlarlar, çevrenin değişmesini ve kendi sistemlerine uyum sağlamasını talep ederler. Bu beklenti ‘allo-plastik’/‘hetero-plastik’ olarak adlandırılır. İstisna olarak Şizoid KB’ndaki kayıtsızlığı ve Kaçınan KB’nun değişim arzusunu belirtebiliriz.

“Bozuk” kişi, ‘durum’dan bütünüyle emindir; memnun olmasa da emindir: ‘Kendisi ve dünyası’ böyledir; zira böyle olmak zorundadır ve böyle kalacaktır.

Bunu en içinden bilir. Bu bilgi, başlangıcında –biogenetik, sosyal, psikodinamik– farklı nedenselliklere bağlanabilse de, nihayetinde ‘kerâmeti kendinden menkul bilgi’ haline gelmiş, bağımsız-laşmış bilgidir. Dolayısıyla, alloplastisitenin gerçekçi bir öneri ve talep olmadığını söyleyebiliriz. Zira KB şeması, patojeni dinamosunu kendi içinde taşır, ve rijid kurgusunu hep yeniden oluşturur. Çevre talebe uygun değişse bile, kişi yine aynı kalacaktır.

Tanı

Kişilik ve mevcutsa, KB yapısının irdelenmesi tüm psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde gereklidir. Genel KB ölçütleri olan süreklilik, rijidite, genelgeçerlik ve erken başlangıç tüm psikopatolojik tablolarda aranmalıdır. Anlık kesit tanısı değil, zaman içinde süreç tanısı konmalıdır. Egosintonisite, sorunların nitelik ve şiddetini sislendirir: Bilgi toplamada kaynak çeşitliliği gereklidir. Savunma düzenekleri, nesne ilişkileri ve psikososyal gelişimi değerlendirmek için psikodinamik temel bilgi ve deneyim şarttır. Açık uçlu, yönlendirmeyen görüşme tekniği esas olsa da, yarı yapılandırılmış görüşme form ve ölçeklerine de başvurulmalıdır. Projektif testler temel dinamikler hakkında önemli ipuçları verir. Eksen-I, Eksen-II ve Eksen-III bozuklukları ayrıştırılmalıdır. Tanı koymada, hasta ile ilişkinin dinamikleri çok önemlidir. Kültürel/sınıfsal genellemelerin kolaycılığında kaçınmalıdır. Her kişilik özelliği, kendi oluşum çerçevesi içinde, yani özgün kişisel, sosyo-ekonomik ve kültürel etkenler gözetilerek değerlendirilmelidir.

Organisite taramasında yardımcı olarak nöropsikolojik batarya, EEG, BT, MR, PET, SPECT gibi yöntemler, KB’nda bazı spesifik ve nonspesifik bulguları göz önüne sererse de, asıl önemleri, tıbbi nedenlere bağlı ikincil kişilik değişimlerini ayırtmaya olanak vermeleridir. Projektif testler (Rorschach, TAT, DAP / HTP vb.) kişilik yapılanmasını, eksiklik ve çatışma profillerini ve savunma mekanizmalarını tesbitte yardımcıdır. MMPI-PD, SCID-II, DIPD, DIB-R, TCI (Mizaç ve Karakter Envanteri) benzeri soru formları, yapılandırılmamış görüşmelerde gözden kaçabilecek noktaları değerlendirme imkânı verir.

DSM-IV-TR, Kişilik Bozukluklarını üç özgün kümede ayrıştırır. Bu ayrıştırma, tüm DSM sistematolojisi gibi, etyopatogenetik sınıflama kaygılarından uzak bir fenomenolojik yaklaşımın ürünüdür:

A-Kümesinde, Paranoid (PKB), Şizoid (ŞKB) ve Şizotipal (ŞTKB) Kişilik Bozuklukları yer alır; yabancılaştırıcı bir his veren, uzak, garip, tuhaf, sıradışı kişilik yapıları sergilerler. B-Kümesi Kişilik Bozuklukları, Antisosyal (ASKB), Narsisistik (NKB), Sınır/Borderline (SKB) ve Histrionik (HKB) alttiplerinden oluşur; dürtüsellik, duygusallığı dramatik şekilde ön plana çıkartan, gürültülü, çalkantılı tarzda, labil, tutarsız ilişkiler ortak noktalarıdır. C-Kümesinde, Kaçınan/Çekingen (KKB) ve Bağımlı (BKB) Obsesif-Kompulsif (OKKB) Kişilik Bozukluklarını görüyoruz; korku ve kaygının belirlediği, iç huzursuzluğunun dışarıya en açık şekilde yansıdığı kişilik patolojisi tabloyu belirler. Dördüncü bir ek grupta, bu üç kümeye girmeyen,

Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) KB profillerini (Karışık KB, Depresif KB, Pasif-Agresif KB, Sado-Mazohistik KB, Sadistik KB vb.) toplayabiliyoruz.

Kişilik Bozukluklarının, Eksen-II içi eştanısı çok yüksektir: Aynı kişide, mevcut 10+1 ana KB profilinden sıklıkla 4-6 tanı birden konulabilir. Pratikte gözlemlediğimiz, farklı kişilik özelliklerinin biraradalığıyla ortaya çıkan karmaşık tipolojilerdir. Bu durum, klinik/kategorik sınıflamanın gereksindiği tanı yöntemlerinin yetersiz özgünlüğüyle ve KB tanılarındaki ihtiyârî ayrıştırılmalarla bağlantılıdır.

Paranoid KB çekirdek patolojisi, sürekli güvensizlik ve kuşkuculuktur. Başkalarının davranışı hep kötü niyetli olarak yorumlanır. Yeterli temele dayanmaksızın sömürüldüğünden, aldatıldığından, kendisine zarar verildiğinden kuşulanılır. Dost ve arkadaşların bağlılığı, güvenilirliği üzerine yersiz kuşkular vardır. Sır küpüdürler; zira haklarında bilinenlerin kendilerine karşı kötü niyetle kullanılacağından endişelenirler. En sıradan söz ve olaylardan aşağılandığı ya da tehdit edildiği anlamı çıkartılır. Bu kişiler kindardır; onurunu kıran davranışları, haksızlıkları ve görmezlikten gelinmesini bağışlamaz. Anlaşılmaz biçimde, karakterine ve itibarına saldırdığı yargısına varır ve öfkeyle ya da karşısaldırı ile ani tepkiler verir; gerilim artarsa tehlikeli olabilir. Israrlı hak arama davranışı bazen yaşam amacı halini alabilir. Haksız yere eşinin ya da cinsel eşinin sadakatsizliğiyle ilgili kuşuklara kapılır. Otorite figürleri ile sıkça çatışmaya girer.

PKB'nun genel toplumda görülme sıklığı, %0.5-2.5 arasındadır. Ayırıcı tanıda yarar sağlayacak ölçütler şunlardır: Hezeyanlı Bozukluk Persekütuar Tip ve Şizofreni Paranoid Tip, hezeyansı taslaklar değil, gerçek hezeyanların varlığı ile ayrılır. Psikotik Özellikli Duygudurum Bozukluğu ısrarlı ve açık, çoklu psikotik belirtiler gösterir. Şizotipal KB'nda büyüsel düşünce ile tuhaf algı, konuşma ve davranış belirleyicidir. Şizoid KB paranoid düşünce taşımaz. Sınır KB ve Histrionik KB'nda mevcut tepkisellikte kuşkuculuk belirleyici değildir. Antisosyal KB, kişisel çıkarın birincilliği ve kuralcı-katı vicdan yerine, "vicdansızlık" ile ayrışır. Narsisistik KB insanları kendinden uzak tutarken, kusurlarının görüleceği korkusuyla davranmaktadır. Obsesif-Kompulsif KB'ndaki rijid, ısrarlı tutum, güvensizlik ve kuşkudan gelmez. Kaçınan KB küçük düşme korkusu nedeniyle güvensizdir. Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği Paranoid Tip, ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler (örn. BTA Kokainle İlişkili Bozukluk) gelişim öyküsü değerlendirilerek ayırtdılır. Fiziksel eksikliklerin (örn. işitme kaybı) gelişmesine eşlikçi paranoid özelliklerde ve yabancı sosyokültürel çevrede yalnız veya azınlıkta olma (örn. mültecilik) durumlarında nedensellik açıklayıcıdır. Paranoid KB ile en sık ŞTKB, ŞKB, SKB, NKB, KKB ve OKKB birlikte görülür.

Şizoid KB örüntüsü toplumsal ilişkilerden kopma ve başkalarıyla birlikte oluşan ortamlarda duyguların anlatımında kısıtlılıkla birliktedir. Bu kişiler ailenin bir parçası olamadığı gibi, yakın ilişkilere girmeyi de istemezler; yaklaşmaktan zevk almazlar. Aşırı uyarılardan kaçınırlar; her zaman tek bir etkinlikte bulunmayı yeğlerler. Tek başına giriştikleri faaliyetlerde başarılı olabilirler. Cinsel deneyim yaşamaya karşı ilgileri azdır. Çok az etkinlikten zevk alırlar. Birinci derece akrabaları

dışında yakın arkadaş ve sırdaşları yoktur. Övgü ya da eleştirilere karşı ilgisiz görünürler. Duygusal soğukluk, kopukluk ya da tekdüze bir duygulanım dikkati çeker. Stres tepkisi mahiyetinde kısa psikotik ataklar yaşayabilirler.

Genel toplumda görülme sıklığı %7.5'e yakındır. Ayırıcı tanıda, Hezeyanlı Bozukluk, Şizofreni ve Psikotik Özellikli Duygudurum Bozukluğunda ısrarlı ve açık, çoklu psikotik belirtilerin varlığı belirleyicidir. Otistik Bozukluk ve Asperger Bozukluğu gibi Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, çok şiddetli sosyal bozulma, basmakalıp davranış ve ilgilerle birlikte. Şizotipal KB'nda algısal, bilişsel ve davranışsal çarpıklıklar, Paranoid KB'nda kuşkuculuk ve paranoid düşünceler, Narsisistik KB'nda kabul ve övgü istek ve beklentisinin varlığı ve hırslılık, Kaçınan KB'nda sosyal uzaklaşmanın utanç duygusu ve reddedilme korkusuyla, Obsesif-Kompulsif KB'nda ise işe yoğunlaşmayla ilişkili olması, yakınlık yeterliğinin potansiyel mevcudiyeti ayırıcı tanıda yardımcı olacaktır. Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Apatetik Tip) ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtilerde ŞKB tanısıyla karışabilir. Şizoid KB tanısında sıklıkla ŞTKB, PKB ve KKB eş-tanısına rastlarız.

Şizotipal KB bilişsel ya da algısal çarpıklıkların ve alışlagelmişin dışında davranışların yanı sıra yakın ilişkilerde birdenbire rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girme becerisinde azalma ile kendini gösteren, toplumsal ve kişilerarası yetersizliklerin olduğu sürekli bir örüntüdür. Referans fikirleri hezeyan düzeyinde değildir. Davranışları etkileyen ve kültürel değerlerle uyumlu olmayan acayip inanışlar ya da büyüsel düşünce mevcuttur. Olağandışı algısal yaşantılar arasında bedensel yanılsamalar da vardır. Tuhaf düşünüş biçimi ve konuşma yabancılık hissi doğurur. Kuşkuculuk ya da paranoid düşünce, uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım, acayip, alışıldığın dışında davranış ya da görünüm tipik ŞTKB belirtilerindedir. Birinci derece akrabalar dışında yakın arkadaş veya sırdaşları yoktur. Merkezî bir özellik olarak nitelendirebileceğimiz, yakından tanımakla azalmayan aşırı toplumsal anksiyete, kendisi hakkındaki olumsuz yargılardan çok paranoid korkulardan doğar. Baskın duygudurum, disforidir.

ŞTKB'nun genel toplumda görülme sıklığı %3.0'ın altındadır. Hezeyanlı Bozuklukta, Şizofreninin akut veya rezidüel döneminde, Psikotik Özellikli Duygudurum Bozukluğu'nda ısrarlı, açık psikotik belirtilerin varlığı, Yaygın Gelişimsel Bozukluk kategorisinde Otistik Bozukluk ve Asperger Bozukluğundaki çok şiddetli sosyal bozulma, basmakalıp davranış ve ilgiler, İletişim Bozukluklarında dengeleyici iletişim çabası ve dilde şiddetli bozulma ayırıcı tanıda yardımcıdır. Şizoid KB ve Paranoid KB'nda bilişsel-algısal çarpıtmalar ve tuhaflık ön planda değildir. Narsisistik KB'nun sosyal kapanıklığı, kusurlarının farkedileceği korkusuydur. Sınır KB dürtüsel ve manipülatif davranışlarla, Kaçınan KB uzaklaşmanın, utanç ve red korkusuyla belirleniyor olmasıyla ayırt edilir. Genel Tıbbî Duruma (örn. İnteriktal Temporal Lob Epilepsisi) Bağlı Kişilik Değişikliği, Paranoid Tip ve Kronik Madde Kullanımıyla gelişen belirtiler arasında da benzer patolojilere rastlanır. Ergenlik dönemi sırasında görülen şizotipal özelliklere, döneme özgü duygusal kargaşa eş-

lik eder. Bazı yabancı kültürel ve alt-kültürel inanç, ritüel ve tavırlar da yanlış olarak Şizotipal KB tanısını düşündürülebilir. Şizotipal KB'nun, Şizoid KB, Paranooid KB, Sınır KB ve Kaçınan KB ile eştanısı sıktır.

ŞTKB, ICD-10'da "Şizotipal Bozukluk" adlandırmasıyla, KB kategorisinden çıkartılmış, "Şizofreni, Şizotipal ve Hezeyanlı Bozukluklar" içinde yerleştirilmiştir. Gerçekten de bazı veriler, ŞTKB'nun Şizofreni Spektrumu Bozuklukları içindeki yerine işaret etmektedir: Şizofrenlerin akrabaları arasında yüksek ŞTKB yaygınlığı, nöropsikolojik bulguların benzerliği, büyüsel düşünce, yorumlama sapmaları / referans fikirleri, algısal çarpıtmalar gibi 'pozitif', ve sosyal izolasyon, yetersiz insan ilişkileri gibi 'negatif' belirti profillerinin yakınlığı, bazı biyokimyasal indikatörler (plazma HVA değerleriyle 'pozitif' belirtiler arasında pozitif korelasyon, 'negatif' belirtiler arasında negatif korelasyon; dopaminerjik amfetaminin 'pozitif' belirtileri kötüleştirilmesi, 'negatif' belirtileri iyileştirilmesi...) ve ek olarak tedavi yaklaşımindaki benzerlikler bu yönde değerlendirilebilir.

Antisosyal KB (ICD-10'da 'Dissosyal KB') eskilerin 'psikopati', 'sosyopati' tanımlarının karşılığıdır. 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarına saygısızlık ve saldırma örüntüsüdür. Yasalara uygun toplumsal davranış biçimine ayak uyduramama, tutuklanmaya neden olan eylemlerin tekrarlanmasıyla kendini gösterir. Yalancılık, sahtecilik, dolandırıcılık, kişisel çıkarı ve zevki için başkalarını aldatma ile belirli dürüst olmayan tutum tipik özelliğidir. Dürtüsellik, gelecek için uzun soluklu tasarılar yap(a)mama, yineleyen kavga-dövüş ya da saldırılara neden olan sınırlılık ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başkalarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürememe ya da mali yükümlülüklerini yerine getirmeme alışkanlığı ile kendini gösteren sürekli bir sorumsuzluk diğer tanı ölçütleridir. Bu insanlar, empati yoksunlardır; başkasına zarar vermiş, kötü davranmış olmalarına karşı ilgisiz kalırlar ya da yaptıklarına kendilerince mantıklı açıklamalar getirirler; "üstbenlik boşlukları"ndan söz edilecek kadar vicdan azabından uzaktırlar. En az 18 yaşında olma ve 15 yaşından önce başlayan "Davranım Bozukluğu"nun (DB) varlığı tanı koymak için önkoşuldur.

DB, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun toplumsal değer ve kuralların hiçe sayıldığı, yineleyicilik ya da süreklilik gösteren bir davranış örüntüsüdür: İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık (kavga-dövüş, kabadayılık, silah kullanma, fiziksel acımasızlık, darp/soygun, cinsel zorlama), eşyalara zarar verme (yangın çıkarma, kasti tahrip), dolandırıcılık ya da hırsızlık (çalma, dolandırma, sahtecilik), kuralları ciddi biçimde bozma (ailenin yaşağına karşın geceyi dışarıda geçirme, evden/okuldan kaçma) tanı koydurucudur. DB, toplum, eğitim ya da meslek işlevselliğinde ciddi sorunlara yol açar.

ASKB'nun genel toplumda görülme sıklığı, kadınlar için %1.0, erkekler için %3.0 civarındadır. Şizofreni ve Mani'den ayırıcı tanısı, bu iki Eksen-I bozukluğundaki açık psikotik belirtilerin varlığı ve önceden Davranım Bozukluğunun olmaması ile mümkündür. Madde Kullanımıyla İlişkili Bozukluk, tanımlama gereği, madde kullanımı ile ilintilidir; çocuklukta başlamaz. Narsisistik KB, Histrionik KB

ve Sınır KB'nda dürtüsel saldırganlık belirleyici değildir ve önceleyen Davranım Bozukluğu yoktur. Paranoid KB'nda çıkar değil, intikam ve hınç saldırganlığın temelindedir. Sadistik KB'nda, nesne umursamazlığı ve çıkar yerine, özellikle nesneye odaklanmış eziyet ve aşağılama birincildir. Davranım Bozukluğu görece daha hafif patoloji ve Erişkin Antisosyal Davranışı fonda KB patolojisinin yokluğuyla ASKB'ndan ayırtdedir. ASKB komorbidite tablosunda Narsisistik KB, Histriyonik KB, Sınır KB ve Sadistik KB ile sık karşılaşılıyor.

Sınır (Borderline) KB, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellüğün şekillendirdiği sürekli örüntünün tanımıdır. Gerçek ya da kurgusal bir terk edilmeyi engellemek için çılgınca çabalar gösterme, ilişki nesnelere yüceltme ve değersizleştirme kutupları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkiler, yaşamsal önemi haiz doyurulamaz nesne açlığının merkezi konumuna işaret eder. Kimlik kargaşası, belirgin ve sürekli, tutarsız benlik algısı veya kendilik duyumu ile kendini gösterir. Dürtüsellığı, kendine ciddi zararlar verme olasılığını taşır. Yineleyen intihar tehditleri ve girişimleri veya kendine zarar verme gibi davranışlarda, ilişki nesnelere etkileme ve onları belli tutumlara zorlama çabaları fark edilir. Belirgin tepkiselliğin doğurduğu afektif instabilite, boşluk hissi, uygunsuz, yoğun kontrol edilemeyen kızgınlık ve öfke, stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır disosiyatif belirtiler SKB tablosunu oluşturan diğer öğelerdir.

SKB'nun genel toplumda görülme sıklığı kadınlarda %1.5, erkeklerde %0.5'tir. Ayrırcı tanıda çok sık karışıklık yaratan Duygudurum Bozuklukları'nda, manipülatif davranışlar ve tepkisellik daha azdır. Histriyonik KB, kendine zarar verme davranışı, boşluk/yalnızlık duyguları ve yakın ilişkide öfkeli kopuşların belirleyici olmamasıyla ayrılır. Antisosyal KB'nda manipülatif eylemler, ilgi ve yakınlık için değil, güç ve çıkar içindir. Narsisistik KB ve Paranoid KB'nun tutarlı kişilik yapısı, düşük dürtüsellik ve düşük red kaygısı SKB'nda yoktur. Şizotipal KB düşük tepkisellik ve tuhaflıkta sürengelik gösterir. Bağımlı KB terkedilme tehdidine itaatte artış ve ilişki kopuşlarına yeni nesne arayışı ile yanıt verir. Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Labil Tip), Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler, ikincil kişilik değişiklikleridir. Kimlik sorunları, gelişimsel bir geçiş evresiyle ilişkili ve daha hafif seyirlidir. Sınır KB tanısına en sık eşlik eden KB tanıları, Histriyonik KB, Antisosyal KB, Narsisistik KB, Paranoid KB, Şizotipal KB ve Bağımlı KB'dur.

Histriyonik KB tanısı, aşırı duygusalılık ve ilgilenilme arayışı gösteren bir örüntüye işaret eder. Bu insanlar ilgi odağı olmadığı durumlarda rahatsızlık hissederler. Etkileşimleri çoğu zaman uygunsuzca, cinsel yönden ayartıcı davranışlarla belirlidir. İfadesi aşırı abartılı olsa da duyguları yüzeyseldir ve hızlı değişir. İlgi çekmek için fizik görünümelerini kullanırlar. Ayrıntıdan yoksun konuşma biçimleri aşırı düzeyde başkalarını etkilemeye yöneliktir. Gösteriş ve yapmacıklık yine ilgi arayışının ifadesidir. Telkine (dolayısıyla hipnotik telkine) yatkındırlar; olayların etkisiyle duygusal olarak sürüklenirler. İlişkilerin, olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünürler.

HKB'nun genel toplumda görülme sıklığı % 2.0-3.0 arasındadır. Sınır KB, boşluk hissi, kendine zarar verme, yakın ilişkilerde öfke kopuşları ile, Narsisistik KB, üstünlüğünün onayı olarak övgü beklentisi ile, Antisosyal KB, ilgi için değil güç ve çıkar için manipülatif davranış ile, Bağımlı KB, gösterişli duygular olmadan, bakım için başeğen davranış ile HKB'ndan ayırte edilir. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Dezinhibe Tip), Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler de HKB tablosunu taklit edebilirler. Histrionik KB tanısıyla birlikteliği en sık KB tanıları şunlardır: Sınır KB, Narsisistik KB, Antisosyal KB, Bağımlı KB.

Narsisistik KB düşlemlerde ya da davranışlarda marazi bir üstünlük duygusu, beğenilme gereksinmesi ve empati yapamamanın tanımladığı bir örüntüdür. Çok önemli ve değerli olma duygusu, gerçek ya da kurgusal başarı ve yeteneklerin abartılmasına eşlik eder. Narsisistler mutlak başarı, güç, zeka, güzellik, kusursuz sevgi düşlemleri üzerine hayal kurarlar, "özel" ve eşsiz olduklarına, ancak kendi üstün benzerleriyle ilişki kurabileceklerine inanırlar. Çok beğenilmek isterler; karşılığını vermeden, her durumda her şeye 'doğal olarak' hakları olduğuna inanırlar ve bunun kabulünü beklerler. İlişkileri kendi çıkarı için kullanırlar; empati istek ve yetileri yoktur. Başkalarını kıskanırlar ya da kıskanıldıklarına inanırlar. Küstah, kendini beğenmiş davranış ve tutumlar, giderek yalnızlaşmalarına neden olur.

DSM ölçütleri, daha çok, kibirli ve büyülenmeci bir kişilik fenomenolojisini, yani "açık NKB" nu yansıtır. "Gizli / örtük" NKB olarak adlandırabileceğimiz tipolojide, kişisel üstünlük ve ayrıcalık fantezileri açıkça ifade bulmaz; ancak 'farklılığın farkedilmesi' ümid edilir. Narsisistik kırılğan çekirdek, alçakgönüllülük, fedakârlık / diğerkâmlık vitrininin arkasına saklanır.

Genel toplumda görülme sıklığı NKB için % 1.0'in altındadır. Manik / Hipomani Epizod'un büyülenmeciliğinin duyguduruma ikincil olması, Sınır KB'ndaki tutarsız kendilik imgesi, dürtüsellik ve reddedilme kaygıları, Antisosyal KB'nun suç davranışında, dürtüsellik ve saldırganlığın belirleyiciliği yanısıra beğenilme talebinin olmaması, Histrionik KB'ndaki yüksek duygu dışavurumu, üstünlük ihtiyacının yokluğu, Şizotipal KB ve Paranoid KB'ndaki mesafeli ilişkilerin paranoid kuşkuyla ilintisi, Obsesif-Kompulsif KB'nun mükemmel olamayan mükemmeliyetçiliğinin, NKB'ndaki 'doğal' mükemmellik duygusuna karşıtlığı, ayırıcı tanıda yardımcı olur. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Labil Tip) ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler etiyolojik etkenlere ikincildir. Narsisistik KB'na en sık eşlik eden KB tanıları, Sınır, Antisosyal, Histrionik ve Paranoid KB'dur.

Kaçınan KB tipolojisi, toplumsal ketlenme, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye aşırıduyarlılıkla birliktedir. Eleştirilme, beğenilmeme, dışlanma korkuları yoğun kişilerarası ilişki gerektiren etkinliklerden kaçınmaya neden olur. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlardan uzak durma, mahçup düşme korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk, eleştirilme ya da dışlanma konusunda vesvese, yetersizlik duyguları yüzünden yeni ilişkilerde ketlenme, toplumsal beceriksizlik ve değersizlik duyguları, küçük düşme endişesiyle kişisel girişimlerden kaçınma bu insanların karakteristiğidir.

KKB, genel toplumda %0.5-1.0 sıklığındadır. Tanıda sıklıkla örtüştüğü Yaygın Tip Sosyal Fobi'den, bu bozuklukta mevcut olan kaygının sosyal performans ile ilişkisi ve yüz kızarmasına ek, bedensel anksiyete belirtilerinin varlığı ile ayrılır. Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu, panik ataklarla başlar; Bağımlı KB sahiplenilme/esirgenme ümidi ve kaygıları içerir, Şizoid KB ve Şizotipal KB'nda toplumsal çekilme tercih edilen bir tutumdur. Paranoid KB başkalarının kötü niyetinden kuşkulama, güvensizlik, ve yetersizlik duygularının olmamasıyla farklılık gösterir. Benzer kişilik patolojileri ikincil olarak, Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtilerde gözükülebilir. Kaçınan KB en sık Paranoid, Şizoid, Şizotipal ve Paranoid KB tanılarıyla birliktelik gösterir.

Bağımlı KB'ndaki sahiplenilme ve bakım gereksinmesi, aşırı uysal ve yapışkan davranışa ve ayrılma korkusuna yol açacak kadar şiddetlidir. Bağımlı kişiler, başkalarının destek ve yönlendirmesi olmadan gündelik kararlarını vermede güçlük çekerler; yaşamın önemli alanlarında sorumluluk almak için başkalarına gereksinir, desteğini yitireceği ya da reddedileceği korkusuyla başkalarıyla aynı görüşü paylaşmadıklarını söyleyemezler. Özgüvensizlikleri, tasarıları başlatma ve kendi başına iş yapmalarını zora sokar. Referans nesnelerinin bakım ve desteğini sağlamak için hoş olmayan ya da onur kırıcı şeyleri yapacak kadar aşırıya gider. Kendine bakamayacağı korkusu, tek başına kaldıklarında çaresizlik hissettirir. Yakın bir ilişki sonlandığında bakım ve destek kaynağı olarak derhal başka ilişki arayışı ve kendi kendine bakma durumunda bırakılacağı korkuları üzerinde gerçekçi olmayan biçimde kafa yorma tipiktir.

BKB genel toplumda %2.0-3.0 sıklığında görülür. Duygudurum Bozuklukları, Panik Bozukluğu/Agorafobi ve Genel Tıbbî Durumlara İkincil Bağımlılık, BKB'na benzerlik gösterebilir. Ayırıcı Tanıda, Sınır KB'nun hırçın talepkârlık ve emosyonel boşluğu, terkedilmeye öfkeli tepkiselliği, dalgalanmaları ve ilişkilerde kontrolü bırakmama gayreti, Histriyonik KB'nun bitmez tükenmez ilgi talebi, gösterişçiliği, Kaçınan KB'nda aşağılanma ve reddedilme korkusuyla geri çekilmenin varlığı, Depresif KB'nun bağlanmayla nötralize olmayan değersizlik hissi önemli ayrımlardır. Benzer ikincil patolojiler, Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler başlıklarında işaretlenir. Bağımlı KB ençok Sınır KB, Histriyonik KB ve Kaçınan KB ile birlikte görülür.

Obsesif-Kompulsif KB (ICD-10'da 'Anankastik KB'), esneklik, açıklık ve verimlilik pahasına düzenlilik, mükemmeliyetçilik, zihinsel ve kişilerarası alanda kontrol gayretinin belirlediği bir örüntünün klinik karşılığıdır. Bu kişiler, yapılan etkinliğin asıl amacını unutturacak derecede ayrıntı, kural, liste ve programlarla uğraşır durur. İşin bitirilmesini zorlaştıran bir mükemmeliyetçilik vardır. Hobilerinden ve dostluklarından yoksun kalacak derecede kendilerini işe ve üretkenliğe adarlar. Ahlak, doğruluk ya da değerler konusunda, vicdanlarının sesini aşırı dinler ve esneklik göstermezler; bu tutumları kültürel ya da dinsel özdeşim ile açıklanamaz. Özel değeri olmasa da eskimiş, değersiz şeyleri elden çıkaramazlar. Başkaları, tam olarak kendisi gibi yapmayı kabul etmedikçe görev dağılımını ve ekip çalışmasını tercih etmezler. Hem ken-

dilerine, hem de başkalarına cimri davranırlar; para harcanmamalı, gelecekteki olumsuzluklar için bir güvence olarak biriktirilmelidir. Katı, inatçı ve tutucudurlar.

OKKB'nda genel toplum görülme sıklığı %1.0'ın altındadır. Ayırıcı tanıda, benliğe-uyumsuzluk; obsesyon ve kompulsiyonların mevcudiyeti Obsesif-Kompulsif Bozukluğu, OKKB'ndan ayırır. Şizoid KB'nun yakın ilişki kurma yetersizliği ve talepkâr olmaması, Paranoid KB'nda rijid, ısrarlı tutumun güvensizlik ve kuşkudan gelmesi, Narsisistik KB'nun mükemmeliyetçilik yerine 'kendiliğinden' mükemmellik duygusu, Antisosyal KB'ndaki katılığın kuralcı ve tutarlı olmaması, keyfiliği; cimrilik ve sertliğin yalnızca başkalarına karşı ifade bulması, Depresif KB'ndaki değersizlik duygusu ve depresivitenin mükemmel olamamaya ve tüketmişliğe ikincil olmaması, Pasif-Agresif KB'ndaki kıskançlık ve örtülü saldırgan tutum; otoriteye direnen ve baltalayan tavrın merkeziliği ayırıcı tanıda yardımcı öğelerdir. Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler, esas nedene ikincildir. Obsesif-Kompulsif KB en sık Paranoid, Depresif ve Pasif-Agresif KB ile birlikte tanı alır.

Depresif KB yaygın bir depresif biliş ve davranış örüntüsünü taşır. Olağan duygudurumda keder, sıkıntı, keyifsizlik, neşesizlik ve mutsuzluk baskındır. Benlik saygısı düşüktür, yetersizlik ve değersizlik duygusu vardır. Kişi kendine karşı eleştirici, suçlayıcı ve aşağılayıcıdır; tasalıdır; başkalarına tutumu da olumsuz ve yargılayıcıdır. Karamsarlığa, suçluluk hissetme yatkınlığı eşlik eder.

Pasif-Agresif KB, toplumsal ve mesleki ortamlarda, rutin görevlerde yeterli performans için taleplere yaygın olumsuz tutum ve edilgen direnç örüntüsü ile kendini gösterir. Yanlış anlaşıldığı ve değerinin bilinmediği duygusu vardır. Somurtkan ve kavgacı olabilirler; haksız yere otoriteyi eleştirir ve küçümser, şanslı olduğunu düşündüklerine karşı kıskançlık ve kırgınlık ifade eder, kişisel şanssızlığı konusunda abartılı ve ısrarlı yakınmalar dile getirir ve düşmanca karşı gelme ile suçluluk duyguları arasında salınırlar.

Karışık KB tanısı, herhangi bir özgül KB'nun tanı ölçütlerini tam karşılamayan, ancak, birlikte, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan birden çok özgül KB özelliklerinin bulunduğu kişilik profillerine karşılık gelir.

Genel Tıbbî nedenler, kronik psikoaktif madde kullanımı, ağır/kronik fizik ve psiko-sosyal travmatizasyonlar, ikincil kişilik değişikliklerine yol açabilir:

Genel Tıbbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği tanısı premorbid, özgün kişilik örüntüsünün değişmiş olduğu sürekli kişilik bozukluğuna işaret eder. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu durumun genel Tıbbî bir durumun doğrudan fizyolojik sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Kişilik değişikliği, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Afektif labilitenin, dürtü kontrol bozukluğunun, agresivitenin, apati ve kayıtsızlığın ya da kuşkuculuk ve paranoid düşüncenin ön planda olmasına göre farklı tipler ayırt edilebilir.

Kişilik Değişikliğine Sıklıkla Yol Açan Tıbbî Durumlar arasında Kafa Travmaları, Kafaiçi Yer Kaplayıcı Lezyonlar (özellikle Neoplazmlar), Serebrovasküler Hastalıklar, Epilepsi (özellikle Kompleks Parsiyel Epilepsi), Ensefalit/Meningoensefalit, Nörosifilis, HIV/AIDS, Multipl Skleroz, Morbus Huntington, Alzheimer ve diğer Demansiyel Süreçler, Endokrin Bozukluklar (örn. Hiper-/Hipo-tiroidizm, Cushing, Hipoglisemi), Ağır Metal Zehirlenmeleri (örn. Hg, Mn) ve Kardiovasküler Hastalıkları sayabiliriz.

Kafa İçi Lezyonlara İkincil Kişilik Değişikleri olarak, frontal lob lezyonlarında, dezinhibisyon, impulsivite, labilite, öfori, kızgınlık, şüphecilik, yargılama bozukluğu, soyutlama yeteneğinin zayıflaması ve abuli, temporal lob tutulmalarında patolojik dindarlık, şiddete meyil, hiperfaji, hiperseksüalite, oral otomatizmler, pariyetal lob lezyonlarında ilkel inkâr ve öfori, limbik sistem tutulmasında emosyonel değişkenlik, öfke, depresivite ve impulsivite ile karşılaşırız.

Fizik ve psikolojik çevre koşullarının ağırlığı/uygunsuzluğu, katastrofik yaşantılar, kronik ve/veya yineleyen ağır travmatizasyonlar, ciddi psikiyatrik rahatsızlıklar, kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabilir. Anamnez, tanı ve tedavide yol göstericidir. Psikoaktif madde istismarı veya bağımlılığına ikincil olarak gelişen kişilik değişiklikleri, bağımlılık remisyonda iken düzelir.

Yaygınlık

KB yaygınlığı oldukça yüksektir: Araştırmalarda patolojik olarak nitelendirilen ölçütlerin değişkenliğine bağlı olarak, %7 ile %23 arasında (medyan: %10.5) değişmektedir. Daha da önemlisi, psikiyatrik tedavi hizmetlerinden yararlananların yaklaşık %50 sinin KB taşıyıcısı olduğu gerçeğidir. Psikiyatrik hospitalizasyonların %15'inde, KB birincil yatış nedenidir. Böylesine yüksek yaygınlığın yanı sıra, standart tedavi yöntemlerinin bu kişilerde yetersiz kalması, yani biyo-sosyo-psikoterapötik her türlü tedavi uygulamasında, özel bir altbaşlık altında ele alınmaları gereği, konunun önemine işaret etmektedir.

Psikiyatrik başvuruların yaklaşık yarısında -arandığı takdirde-, KB tesbit edilebilir. Bu kişilerin bir kısmı tek başına KB tanısı alırken, önemli bir kısmında eştanı olarak majör bozukluklar (Eksen-I tanıları) mevcuttur ve gürültü sağlığına yol açarlar, yani yapısal bozukluğun (KB) fondaki düşük volümlü uğultusunu örterler. Bu ek sorunlar (karşılıklı olarak) hem tanıdaki netliği, hem de tedaviye yanıtı bozar; prognozu kötü etkiler. Alkol ve madde istismarı, duygulanım, yeme, davranış bozuklukları, cinsel sapmalar ve diğer ruhsal bozukluklar, bedensel yaralanmalara neden olan kazalar, bulaşıcı hastalıklar (HIV, hepatit B, C...), yakın ilişki ve iş hayatı zorlukları, Kişilik Bozukluklarıyla birlikteliğine sıkça şahit olduğumuz sorunlardır.

KB yelpazesinin bütünü için cinsiyetlerarası oransal eşitlikten söz edilebilir. Ancak SKB, HKB, BKB kadınlarda, ŞKB, ŞTKB ve ASKB ise erkeklerde daha sık teşhis edilmektedir. Bu durum, cinsiyetlerarası 'gerçek' farklılıkların etkisi olabileceği gibi, cinsiyet rolleriyle bağlantılı, stereotipik sosyokültürel beklenti ve yönlendirmelerin belirleyici etkisinin de sonucu olabilir.

Etiyopatogenez

Biyopsiko-sosyokültürel çoğul nedensellik modeli herhalde en ağırlıklı olarak KB için geçerlidir. Biyolojik akrabalarda tanı yakınlıkları, kimi Kişilik Bozukluklarında kısmi kalıtsal geçiş, tek yumurta ikizlerinde yüksek eş-hastalanma ve bazı nörofizyolojik/nöropsikolojik bulgular biyolojik nedenselliği ön plana çıkarırken, psiko-sosyal gelişimde (bazen çok ağır) travmatizasyonlar, fizik ve/veya sosyal koşulların yetersizliği/uygunsuzluğu, işlevselliği bozuk, patolojik aileler, aile fertlerinde (nonspesifik) psikiyatrik bozukluklar, erken dönemde fiziksel/cinsel/psikolojik istismar öyküsü gelişimsel etkenlere dikkati çeker.

Spektrum Bozuklukları bağlamında ele alındığında, Eksen-I Sendromlarının minör formları olarak KB grubunun, majör tabloların etyopatogenezini paylaştığı düşünülebilir: Şizofreni ile Şizotipal KB ve Şizoid KB, Hezeyanlı Bozukluk ile Paranoid KB, Majör Depresyon ile Depresif KB ve Sınır KB, Siklotimi, Bipolar Bozukluk ve Mani ile Narsisistik KB, Histrionik KB ve Antisosyal KB, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ile Obsesif-Kompulsif KB, Sosyal Fobi ile Kaçınan KB, Agorafobili Panik Bozukluk ile Bağımlı KB bir yelpaze üzerinde, benzer biyopsiko-sosyal nedenselliğe sahip farklı eksen patolojileri olarak ele alınabilir.

PSİKODİNAMİK MODEL uyarınca hemen tüm KB'nın psikodinamik / etyopatogenetik fonunu Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi belirler.

Sınır Kişilik Örgütlenmesi, 1- anksiyete toleransı, impuls kontrolü ve gelişmiş sublimasyon kanallarının eksiklik veya yetersizliğiyle kendini gösteren benlik zayıflığı, 2- birincil süreç düşüncesine yatkınlık, 3- bölme (splitting), ilkel yüceltme (primitif idealizasyon), yansıtılma özdeşim (projektif identifikasyon) özelinde ilkel yansıtılma, ilkel yadsıma, tüm-güçlülük (omnipotans) ve değersizleştirme (devalüasyon) gibi ilkel savunma düzeneklerinin hakimiyeti ve 4- patolojik içselleştirilmiş nesne ilişkileri üzerine inşa edilmiş bir "ara" kişilik örgütlenmesidir.

Nesne İlişkileri Kuramı, bireyin erken çağlarda dış gerçekliği oluşturan nesnelere olan karşılıklı duygusal, dürtüsel ve bilişsel ilişki modellerinin içselleştirilmesinin intrapsişik yapılanmadaki önemini vurgular. Erken gelişim dönemlerinde benliğin geçeceği iki aşama vardır: 1. Kendi ve kendi olmayanın, dolayısıyla içselleştirilmiş kendilik ve nesne tasarımlarının ayırt edilmesi, ve 2. Ayrışmış kendilik ve nesne tasarımlarındaki, libidinal dürtü türevleriyle belirlenmiş "iyi" parçalarla, agresif yarımlı "kötü"lerin biraraya getirilerek bütünleştirilmesi. İki aşamada da yetersizlik bireyi Psikoz gelişimine yatkın duruma getirir. Nevroz her iki aşamanın da önemli zedelenmeye uğramadan geçilmiş olduğuna işaret eder. Nevroz-Psikoz arasında bir patolojiyi içeren Sınır Kişilik Örgütlenmesinde kendilik ve nesne tasarımları ayrıştırılmış, ancak zıt değerli parça kendilik ve nesne tasarımları biraraya getirilerek bütünleştirilememiştir.

Kişilik Bozuklukları, zayıf ve kırılgan bir narsisistik çekirdeğin, gizlenmesi, korunması, tamir ve tedavisi için başvuru ve amacına uygun olarak bir patolojik denge halini sağlayan, ancak hem sosyal uyumu bozan, hem de yaratıcı açılımları ketyen savunma düzeneklerinin belirlediği duruş, eylem ve ilişki şemalarıdır. KB özgül alt-tip fenomenolojilerini şekillendiren, farklı savunma düzeneklerinin baskınlığıdır.

Seyir ve Prognoz

Kişilik Bozuklukları sıklıkla stabil seyir gösterirler. İntihar olasılığı bazı Kişilik Bozukluklarında yüksektir. Eştanılar prognozu ağırlaştırır. Örn. SKB, Majör Depresyon ve Alkol Bağımlılığının birlikteliğinde intihar sıklığı: %38 kadar yüksek bulunmuştur. Bazen “kendiliğinden” veya tedaviyle (kısmi) düzelmeler olur. Yaşın ilerlemesiyle, ASKB, HKB, SKB’nda yumuşama ve “sönme”, ancak KKB, NKB, OKKB, ŞKB, ŞTKB, PKB belirtilerinde katılma ve kötüleşme sıktır. Sivriliklerin törpülenmesi, yaşlanmayla genel enerji düzeyinin azalması, yani bir pasif değişim olabileceği gibi, yavaş ve kısıtlı bir öğrenme, dolayısıyla, indüklenme potansiyeli içeren plastisite neticesi, aktif değişime de işaret ediyor olabilir.

Olumlu prognostik etkenler, yüksek zekâ düzeyi, sanatsal yetilerin, özel becerilerin varlığı, fiziksel çekicilik ve cana yakınlıktır. Alkol/madde kullanımı, ciddi fizik/cinsel taciz öyküsü, dürtüsellikle bağlantılı ağır sorunların mevcudiyeti, antisosyal özellikler, şizotipi eştanısı, prognozu olumsuz etkiler. Depresyon eştanısı, bazı çalışmalarda olumlu, diğer bazılarında olumsuz nitelikli bulunmuştur.

Tedavi

KB gösteren hastalar genellikle tedaviye motive değildirler. Zira kendi temel duygu, düşünce, davranış kalıplarını ve ilişki dinamiklerini mevcut koşullarda “normal” ve olağan addederler (egosintonisite) ve bu hususta ısrarcıdırlar: Çözüm için, dış koşulların değişmesi, yani kişinin aynı kaldığı, çevrenin ve ilişki nesnelерinin değiştiği bir alloplastik/heteroplastik model kurgulanır.

KB sistemi her ne kadar patolojikse de, -olağan koşullarda- bir denge halini tutturmuştur. Patolojik dengenin, iç ya da dış etkenlerle sarsılması, dekompensasyona, dolayısıyla da depresyon, anksiyete, somatoform bozukluk, psikoz gibi majör sendromlara yol açar. Bu ikincil patolojiler, KB çerçevesinde gerçekleşen psikiyatrik yardım taleplerinin esasını teşkil eder. Aile ve yakın çevrenin istek ve yönlendirmesi, iş ortamından ya da yargıdan ve idârî kurumlardan gelen baskılar, bu kişilerin psikiyatrye başvurmalarının bir diğer nedenidir.

KB tedavisi, psikiyatri genelinde kullanılan, -biyolojik ve sosyopsikoterapötik- tüm yöntemlere açıktır. Herhangi bir özgül endikasyon olmasa da, geniş KB yelpazesinde her türden psikoaktif ajan kullanım olanağı bulabilir. Süreğen, inatçı ve çoğul patoloji (ve alloplastik zorlama) genellikle farklı yöntemlerin eklettik entegrasyonunu, dolayısıyla da uygulayıcı kişi ve kurumların bağlantılı çalışmasını zorunlu kılar.

Psikofarmakoloji

Mevcut KB altyapısında --nedensellik bağlantısı içinde, ya da raslantısal-- gelişmiş ruhsal bozukluklarda tedavinin olası olumlu etkisinden, temel kişilik bozukluğunun mu, eşlikçi bozukluğun mu yararlandığını saptamak mümkün olmayabilir. Ancak ilaç kullanımı yalnızca eştanı olan patolojilerle sınırlı değildir. Bazı KB belirtileri-

ne, olası risklere, ve hatta --spekülatif bir analogik modelle-- çekirdek patolojiye, temel dinamiklere yönelik ilaç uygulamaları da mümkündür.

Kişilik Bozuklukları'nda psikofarmakolojik tedaviyi üç ana başlık altında ele alabiliriz:

1. KB'nun Tedavisi: KB'nun doğrudan psikofarmakolojik tedavi hedefi olarak alınması, yapısal özelliklerinin biyolojik bir model kapsamında açıklanması çabasıyla birliktedir. Burada Kişilik Bozukluklarının, majör psikiyatrik bozuklukların, minör varyasyonları olarak ele alındığı spektrum yaklaşımına atıfta bulunabiliriz: Şizofrenik Bozukluklar Spektrumu içinde değerlendirilen ŞTKB, ŞKB, PKB dopaminerjik sistem, Duygudurum Bozuklukları Spektrumunda değerlendirilen SKB, HKB noradrenerjik-serotonerjik sistem patolojileriyle açıklanabilir ve tedavide spektrum anlayışı kullanılabilir.

2. KB'nda İçkin Özgül Belirti Tepeciklerinin Tedavisi: Kişilik Bozukluklarının bazı çekirdek özellikleri ve belirtileri, psiko-biyolojik patolojilerle bağlantı içinde açıklanabilir. Dürtüsellik, agresivite, depresivite gibi KB belirteçleri, nöral ileti sistemlerinde olduğu varsayılan sapmalar da gözetilerek tedavi edilebilir. Vurgulanması gereken nokta, bu tedavi yaklaşımında kişilerarası sorunlarda herhangi bir iyileşme beklennemesine rağmen belirti düzelmesinin yine de bir yansımasının ümit edilebileceğidir.

3. KB'na Eklenen Belirti Tepelerinin, Yani Eştanıların Tedavisi: Eştanı olan majör bozuklukların tedavisine örnek, KKB ya da OKKB'nda ortaya çıkabilecek majör depresyonun ya da anksiyete bozukluğunun, kendi başına, ancak pre-morbid kişilik özellikleri gözetilerek ele alınmasıdır. KB birlikteliği, bu Eksen-I bozukluklarının alışıldık tedavi yaklaşımında bazı modifikasyonlar gerektirebilir.

KB ana belirti profilleri, A Kümesinde ağırlıklı olmak üzere, algısal-bilişsel sapmalar ve psikotik belirtiler, B Kümesinde merkezi rol oynayan agresyon, impulsivite ve davranış bozukluğu, yine en ağırlıklı B Kümesinde gözlenen afektif uygunsuzluklar, dalgalanmalar, aşırılıklar ve C Kümesinin esas tanı ögesi olan anksiyete, tedirginlik şeklinde dört grupta toplanabilir. KB ana belirti profillerine, dopaminerjik, serotonerjik, noradrenerjik başat olmak üzere bütün nörotransmitter sistemlerinin katkıda bulunduğunu düşünürsek, psikofarmaka yelpazesinin bütününlü tedavide rol oynayabileceğini görebiliriz.

- PARANOİD KB'nun farmakoterapisinde düşük doz tipik/atipik antipsikotiklerden, kuşkuculuk, referans fikirleri, kısa psikotik epizod, ajitasyon ve anksiyete için yararlanabiliriz. Antidepresanlar, depresif dekompenasyonlarda; anksiyolitikler, anksiyete ve ajitasyonda etkilidir.

- ŞİZOİD KB'nda düşük doz atipik antipsikotiklerin, tipiklerden daha yararlı olması beklenir. Antidepresanların, özellikle seçici serotonin gerilim inhibitörlerinin (SSGI) ve psikostimülanların kısıtlı başarıyla denendiği çalışmalar mevcuttur.

- ŞİZOTİPAL KB'ndaki global şizotipi, algısal bozukluklar, referans fikirleri / paranoid düşünme, tuhaf ilişki tarzı, sosyal izolasyon, anksiyete, depresif özellikler ve impulsivite en iyi, düşük doz tipik ve atipik antipsikotiklere yanıt verir. Antidepresanlar, depresif kişilik özellikleri ve eştanı olan majör depresyonun varlığında kullanılmalıdır.

- ANTİSOSYAL KB'nun en yıkıcı özelliği olan impulsivite ve agresyonun tedavisinde, SSGİ, Lityum, antikonvülsanlar (özellikle nonspesifik EEG patolojisinin varlığında), antipsikotikler ve propranolol kısmi başarıyla denenmiştir. Dikkat Eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) eştanısı psikostimülanların kullanımını gerektirir.

- SINIR KB'nda düşük doz antipsikotikler, impulsivite, agresyon-öfke, depresyon, kısa psikotik epizodların tedavisinde yararlı bulunmuştur. Her türden antidepresanın (TSA/SSGİ/MAOİ) depresif duygulanım, disfori, öfke, impulsivite, suisidalite ve anksiyetede kullanımıyla ilgili olumlu bildirimler mevcuttur. Lityum ve antikonvülsanlar, depresif duygulanım, öfke, impulsivite ve afekt labilitesinde, anksiyolitikler anksiyöz/depresif belirtilerde kullanılabilir. Anksiyolitikler öfke ve impulsiviteyi artırabilirler; SKB'nda bağımlılık riskinin yüksek olduğunu da göz önünde tutarsak benzodiazepin türevlerine temkinli yaklaşmanın önemi ortaya çıkar. DEHB eştanısında psikostimülanlar endikedir.

- HİSTRİONİK KB'ndaki depresif duygulanım, anksiyete ve somatizasyon antidepresanlara yanıt verir. anksiyolitiklere bağımlılık riski nedeniyle dikkatli yaklaşılmalıdır.

- NARSİSİTİK KB'nda antidepresanlar, özellikle SSGİ, depresivite, anksiyete ve somatizasyonda kullanılabilir. Lityumdan duygulanım dalgalanmalarında, anksiyolitiklerden anksiyetede yararlanılabilir.

- KAÇINGAN KB anksiyetesi ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, anksiyolitikler, beta-blokerler, MAOİ ve diğer antidepresanlara yanıt verebilir.

- BAĞIMLI KB'nda, anksiyete ve depresiviteye karşı anksiyolitik veya antidepresanlar kullanılabilir.

- OBSESİF-KOMPULSİF KB'nun merkezi ârazi olan endişe, kararsızlık, vesvese/vehim anksiyolitik ve antidepresanlara, özellikle SSGİ'ne yanıt verebilir. Antidepresanlar depresyon, suçluluk duyguları ve tükenmişlik durumunda da etkindir. Düşük doz antipsikotikler endişe huzursuzluk ve gerginliğe iyi gelir.

- DEPRESİF KB'nda antidepresanların tedavi hedefi global depresivite, distimi ve tabloya sıkça eklenen majör depresyondur.

- PASİF-AGRESİF KB'nda antidepresanlar depresivite ve somatizasyonda kullanım alanı bulabilir. Anksiyolitikler kaygıyı ve reddedici katı tutumu yumuşatabilir.

- SADİSTİK KB'nun belirleyici özelliği agresivite, SSGİ ve Lityum'a yanıt verebilir. Agresif patlamaları önlemede, karbamazepin ve klonazepam, özellikle nonspesifik EEG bulguları varlığında, kullanılabilir.

- MAZOHİSTİK KB'nda antidepresanlar ve anksiyolitikler disfori, değersizlik ve güvensizlik duygularını hafifletmek için yararlıdır.

Psikoterapiler

KB doğası gereği değişime dirençlidir. Tedavi çıkmazları ve başarısızlıklarının en sıklıkla gözlendiği hasta grubu, KB-grubudur. Yapısal bozukluğun düzelmezliği ve iyileşmezliği kanısından kaynaklanan stigmatik ağırlık, tedavi çabalarına ümitsizlik olarak yansır. Yine de, doğrudan KB tedavisine odaklanan yaklaşım, çıkış noktası, hareket alanı ve hedefler iyi tanımlandığı takdirde, küçümsenmeyecek başarılarla ulaşılabilir. Sorunlu, katılaştırmış denge halinin, yerini dinamik/yaratıcı eylem ve savunma-

lara bırakması, her türden tedavi girişiminin hedefidir. Destekleyici, davranışçı-bilişsel, psikanalitik, hümanistik, varoluşçu vb. her türden psikoterapinin, her türden uygulama ortamı ve biçimi ile KB tedavisinde yeri vardır: KB için altın yöntem, entegratif-eklektik yaklaşımdır. En destekleyiciden en çözümleneciye, bütün terapi yöntemlerinin KB üzerinde olumlu etkisi saptanmıştır: İntihar girişimi ve kendine zarar verici davranışların sıklığı, hospitalizasyon sıklık ve süresi, ilaç ve madde kullanımı, depresyon, anksiyete, genel belirtiler, kişilerarası ilişkiler ve sosyal uyumda kalıcı düzelmeler mümkündür. Bazı araştırmalar, psikoterapi sonrası, hastaların %25-50 sinde, belirti hafiflemesinden öte, “normalleşme”den dahi söz etmektedirler.

En düşük psikoterapi talebi ve en yüksek terapi direnci, A-Kümesi’nden gelir. Güvensizlik ve şüphecilikleri, tedaviyi başlama ve sürdürmeyi zorlaştırır. Güvenilir bir ilişkinin oluşturulması başlı başına terapötiktir. Temel tedavi prensibi, kişilerarası sınırlara saygı ve özerkliğe / mesafeye dikkattir. Her girişim çok net, anlaşılır ve reddedilmeye açık olmalıdır. B-Kümesi’nde bölme ve yansıtma özdeşimin masif kullanımı ve duygusal/davranışsal oynaklık, ilişkilerde yıpratıcı dalgalanmalara yol açar. Psikoterapi sürecinde “karşı-aktarım eyleme-vurumu” riski yüksektir. Yoğun yüceltme ve değersizleştirmeler, dürtüsellik ve hastaların manipülasyon yeteneği, tedavi kurumlarında ciddi iç-çatışmalara yol açar. Olası ‘ekip faciası’ını engelleyecek panzehir, süpervizyondur. C- Kümesi, serbest çağrışıma ve psikogenetik yorumlara, dolayısıyla psikoanalize en açık KB grubudur. Davranışçı-bilişsel yöntemler, sosyal beceri çalışmaları, psikodrama vb. bireysel ya da grup içinde başarıyla uygulanabilir.

KB patolojilerinin çoğu, erken (preödüpal) dönem eksiklik ve çatışmalarının izlerini taşır. Zayıf benlik işlevleri ve sınırları, bütünleş(e)memiş kendilik, bu hastaların psikodinamik psikoterapisinde klasik nevroz yaklaşımlarından farklı tekniklerin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Analitik kuram ve yöntemin, Nesne İlişkileri Kuramı ve Kendilik Psikolojisi Kuramı üzerinden zenginleşme ve uyarlanmasının en çok katkıda bulunduğu alan, KB psikoterapisidir.

Bilişsel (kognitif) tedavi, öğrenme kuramları temelinde sorun odaklı çalışan bir yöntemdir. Hastanın patojenik duygu, düşünce ve davranış şemalarını değiştirmeye, daha işlevsel olanlarını geliştirmeye yöneliktir. Sorun üreten inanç çekirdeklerinin tanınması, tanımlanması ve değiştirilmesi amaçlanır. Davranışçı yöntemlerin, bilişsel tedavi ilkeleriyle iç içe uygulanması başarılı olmaktadır. Diyalektik davranış terapisi, öncelikle, yineleyici kendine zarar verme girişiminde bulunan SKB hastalarına teyellenmiştir. Süreç boyunca her basamakta değişen davranışsal amaçların hiyerarşisi, tedavinin stratejik belkemiğini teşkil eder; bireysel yöntemler, grupta davranış-beceri çalışmalarıyla iç içe uygulanır. Onaylama/olumlama, değişimlerin dengelenmesi, çaba ve girişimlerin kabulü önemlidir.

KB hastası, sisteminin ustasıdır. Alloplastik KB şemalarının zorladığı terapi tıkanmaları ve gerginleşen ilişkiler, aktarım/karşı-aktarım sorunlarının yansımalarıdır. Aktarım/karşı-aktarım farkındalığı, Dinamik Psikiyatri’de hem tanının, hem tedavinin omurgasıdır. Bu kural tüm tanı kategorileri içinde belki de en çok KB için

geçerlidir. Zira hastanın alloplastik dayatması, yani ilişki nesnelere, kendi sisteme uyarılma çabası, terapisti farketmeden içine çeker. Bu sıkıntının tek çıkışı yolu, süpervizyon altında çalışmadır.

KB dinamik profilindeki ağırlıklı sorun “eksiklik”, yani pre-ödüpal/narsisistik olduğu için, sağaltım planlamasının mutlaka destek öğeleri içermesi gerekir. Aslında her türlü tedavi ilişkisinde açık ya da örtük, destekleyici öğeler mevcuttur, ancak KB tedavisinde ‘destek’ nitelik ve niceliği, özellikle irdelenmesi ve ayrıştırılması gereken bir mevzudur. Tedavinin nonspesifik/temel elemanı olsa da, destek yaklaşımlarını, KB tiplerine göre ayrıştırmak mümkündür. Olumlama, cesaretlendirme, yönlendirme ve telkin, açılım kısıtlılığından muzdarip KKB’na iyi gelir. Yüzleştirme ve sınırların belirlenmesi, ortamın net çizgilerle yapılandırılması SKB ve ASKB gibi dürtüsellüğün ön plana çıktığı kişilik bozukluklarında etkili ve zorunludur. Terapistin, çok girişken olmayan, tarafsız, sessiz ancak dikkatli bir dinleyici olarak varlığı ŞKB için başlı başına terapötiktir. Destekleyici-bütünleyici yönde uyarlanmış edilmiş psikoterapinin güven va’deden ortamında, uyumsuz ve dürtüsel kişilerarası ilişki örüntülerinin ortaya çıkması ve bunların “düzeltici duygusal deneyimler” üzerinden onarılması ümit edilir. Bu kişiler için terapötik ilişki, kuvöz niteliğiyle, içsel nesne ilişkilerini düzenleyici ve geliştirici bir “kap”tır.

Terapötik girişim, hasta-terapist ortak çalışmasını kolaylaştırıyorsa, hastanın sağlıklı/güçlü yanlarını destekliyor, ‘şimdi’nin ‘geçmiş’le bağlantılarını anlamlılık ve devamlılıkları içinde tanımasına yardım ediyorsa, yıkıcı/ketleyici arzu ve korkularından uzaklaşma iradesini güçlendiriyor, ilkel savunmalarını, üst düzey olanlarla değiştirmeye yönlendiriyorsa; uyum bozucu tutum ve davranışları engelliyor, yeni, uyum sağlayıcı tutum ve davranışları öğrenmesini kolaylaştırıyor ve yaratıcı açılımlarını uyarıyor, destekliyorsa, yerindedir ve yararlıdır.

Kaynaklar

- Benjamin LS: Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders, 2. Baskı. New York: Guilford; 1996.
- Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry, 4. Baskı. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2003.
- Güney M (ed): Türkiye Klinikleri, Dahili Tıp Bilimleri/Psikiyatri. Kişilik Bozuklukları Özel Sayısı. 3/12;2007.
- Kernberg OF. Severe Personality Disorders/Psychotherapeutic Strategies, New Haven & London: Yale University Press; 1984.
- Paris J: Personality Disorders Over Time: Precursors, Course, and Outcome. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2003.
- Paris J (ed): Recent Research in Personality Disorders. Psychiatric Clinics of North America. 31/3, 363-566. 2008.
- Svrakic DM: Cloninger CR. Personality Disorders. Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde. 8. Baskı. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005;2063-104.

20 Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi

DOĞAN ŞAHİN

Giriş

Dinamik psikiyatri açısından ruhsal yapılanma 6 kategoride ele alınabilir.

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------|
| 1. Normal-Nevrotikler | } | Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi |
| 2. Belirti Nevrozları | | |
| 3. Karakter Nevrozları | | |
| 4. Narsisistik Karakter | } | Sınır Kişilik Örgütlenmesi |
| 5. Sınır Kişilik Örgütlenmesi | | |
| 6. Psikotik Örgütlenme | → | Psikotik Örgütlenme |

Normal Nevrotikler

Birinci grup herhangi bir belirtisi ve karakter patolojisi bulunmayan normal bireyleri kapsar.

Belirti Nevrozları

Belirti nevrozları grubu ise, nevrotik bir yapıda ortaya çıkabilecek, obsesif, depresif belirtiler veya anksiyete belirtileri ya da cinsel işlev sorunları gibi geçici ya da tekrarlayıcı belirti ya da belirti kümeleri dışında önemli bir karakter patolojisi göstermeyen bireyleri içerir.

Karakter Nevrozları

1) Histerik, 2) Obsesif, 3) Depresif-Bağımlı ve 4) Karma karakterleri kapsar. Karakter nevrozları ile belirti nevrozları arasındaki temel fark; belirti nevrozlarında sadece nevrotik belirtiler ya da bir bozukluk söz konusu iken, karakter nevrozlarında nevrotik yapı tüm karaktere yayılmıştır.

Narsisistik Karakterler

Narsisistik karakterlerin önemli bir bölümü aslında sınır kişilik örgütlenmesi içinde yer alırlar, ancak bazı narsisistik karakterler nevrotik örgütlenmeye daha yakındır. Dolayısıyla ayrı bir kategori mi olduğu, yoksa sınır kişilik örgütlenmesi içinde mi ele alınması gerektiği tartışmalıdır. Ancak nasıl değerlendirilirse değerlendirilsinler, karakter nevrozlarından daha alt bir grup oldukları tartışma konusu değildir.

Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi

Bu yazıda ayrıntılı olarak ele alınacak bu kategori, nevrotik örgütlenmenin altında ancak psikotik organizasyonun üstünde yer alan patolojiler grubunu içerir.

Psikotik Örgütlenme

Gerçeği değerlendirme yeteneğinin ve benlik sınırlarının bozuk olduğu psikotik bozuklukları içerir.

Tarihçe

Borderline terimi, nevroz ile psikoz arasındaki vakaları tanımlamak üzere ilk kez Stern tarafından 1930' da kullanılmıştır. Bugünkü sınır kişilik kavramı yerine daha önce çeşitli yazarlar tarafından ambulatuvar şizofreni, 'mış gibi' ('as if') kişilik, yalancı-nevrotik şizofreni (pseudonevrotic schizophrenia) gibi kavramlar kullanılmıştır. Sınır kişilik bozukluğunu bir karakter patolojisi olarak ilk kez Schmeideberg tanımlamıştır.

Klinik Görünüm

Kernberg, sınır kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerin tanımlayıcı olarak şu özellikleri gösterdiğini söylemektedir:

Kronik, Yaygın ve Serbest Bir Anksiyete

Bu hastaların genelde süregelen, dağınık, bir yere bağlanamayan kaygıları vardır. Bu durum kaygının diğer belirtilerin ve karakter özelliklerinin bağlanma kapasitesini aştığı anlamına gelir. Sıklıkla can sıkıntısından şikayet ederler ya da kaygının çeşitli somatik belirtilerini gösterirler.

Çoklu Belirtisi Olan Nevrozlar

a) Özellikle Nesnelere Yönelik Olmayan Fobiler: Yüz kızarması korkusu, başkalarının yanında konuşma korkusu, kendisine bakılıyor olma korkusu gibi kişinin vücuduyla ya da dış görünüşüyle ilgili birden fazla fobi söz konusudur. Bu fobiler genellikle hastanın günlük yaşamında ciddi kısıtlamalara neden olur. Özellikle

ciddi sosyal ketlenmeler ve paranoid eğilimler içeren fobiler, sınır kişilik örgütlenmesinin olası kanıtlarıdır.

b) Ego-Sintonik Obsesif Kompulsif Belirtiler: Gerçekliği değerlendirme yetisinin korunmuş olmasına ve hasta saçma düşünce veya edimlerden kurtulmaya çalışmasına rağmen, bu edimleri aynı zamanda ussallaştırmaya çalışır.

c) Çeşitli Karmaşık ve Tuhaf Konversiyonlar: Özellikle kronikleşmiş, vücutla ilgili halüsinasyonlara yaklaşan ya da karmaşık duygular ya da bir dizi tuhaf nitelikte hareket içeren gelişmiş konversiyon belirtileri söz konusudur.

d) Dissosiyatif Reaksiyonlar: Özellikle histerik alacakaranlık durumları, fügler, bilinçte bozulmaların eşlik ettiği amneziler ve diğer dissosiyatif belirtiler görülür.

e) Paranoid ve Hipokondriyak Eğilimler: Herhangi bir belirti veren nevrozla birlikte paranoid ve hipokondriyak eğilimler muhtemel bir sınır kişilik örgütlenmesi tanısını düşündürür.

Polimorf Sapkın Eğilimler

Genital yaşamları kararlı, bir cinsel sapmada odaklaşan ve özellikle de böyle kararlı bir sapmayı, sabit nesne ilişkileriyle birleştiren hastalar bu kategoride değerlendirilmezler. Burada söz konusu olan durum daha çok değişken, karmaşık sapkın ilişki ya da fantezilerdir. Bazan cinsel davranış ketlenmiş olabilir, ancak mastürbasyonla cinsel tatmin elde etmenin şartı birden fazla sapkın fantezilerdir.

Klasik Prepsikotik Kişilik Yapısı

Psikoza yakın şu kişilikler gözlemlenebilir:

- a) paranoid kişilik b) şizoid kişilik c) hipomanik ya da siklotimik kişilik

Dürtü Nevrozu ve Bağımlılıklar

Alkolizm, madde bağımlılıkları, kleptomani, yeme kontrol zorlukları gibi itki ve dürtü denetiminde güçlükler olduğuna dair bulgular vardır.

Alt Düzey Karakter Bozuklukları

Bölme (splitting) ve ilgili savunma mekanizmalarının önde geldiği kişilikler söz konusudur. Bunlar tipik olarak kaotik ve itki dolu olarak tanımlanacak ciddi karakter patolojilerini içerir. Antisosyallerin tümü, histronik kişilik bozukluğunun ve narsisistik karakterlerin önemli bir bölümü, depresif- mazohist karakterlerin bir bölümü bu gruba girerler.

Sıklık ve Yaygınlık

Sınır kişilik örgütlenmesine genel toplum içinde rastlanma oranı %15-20'dir. Psikiyatrik başvurusu olan hastaların yaklaşık %30-50'sinde görülür.

Sınır kişilik bozukluğunun ise genel toplumda rastlanma oranı yaklaşık %1-3'tür. Ayaktan izlenen hastalarda %10, yatan hastalarda ise %20 oranında görülmektedir.

Sınır kişilik örgütlenmesi kadın ve erkeklerde birbirine yakın oranlarda görülürken, sınır kişilik bozukluğu, kadınlarda erkeklere oranla üç kat fazla görülür. Antisosyal kişilik bozukluğu ise erkeklerde kadınlara oranla üç kat fazla görülür. Sınır kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında, bu bozukluğun görülme oranı genel topluma göre oldukça fazladır. Aynı zamanda, alkol-madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluklar için de artmış ailesel risk vardır.

Ayırıcı Tanı

Yukarıda giriş bölümünde yaptığımız sınıflandırmada ilk üç kategoriye nevrotik, dördüncü ve beşinci kategoriye sınır kişilik örgütlenmesi olarak kısaltırsak, ruhsal örgütlenme 1. Nevrotik kişilik örgütlenmesi, 2. Sınır kişilik örgütlenmesi, 3. Psikotik kişilik örgütlenmesi olmak üzere kabaca üç düzeye indirgenebilir.

Kernberg; nevrotik, sınır ve psikotik kişilik örgütlenmesi arasındaki ayırıcı tanıyı şu üç niteliğe göre yapar:

- Kimlik bütünleşmesi
- Savunma mekanizmaları
- Gerçeği değerlendirme yetisi

Sınır kişilik örgütlenmesinde bu üç özellik, gerçeği değerlendirme yetisinde önemli bir bozukluğun olmaması, kimlik dağınıklığı ve ilkel savunma mekanizmaları şeklinde kendini gösterir.

Grup	Kimlik bütünleşmesi	Savunma mekanizmaları	Gerçeği değerlendirme
Nevrotik KÖ	Tam	Üst düzey	Tam
Sınır KÖ	Kimlik dağınıklığı	İlkel	Korunmuş
Psikotik KÖ	Yok	Alt düzey	Yok

Psikopatoloji

Yukarıda söylendiği gibi sınır kişilik örgütlenmesindeki patoloji, kimlik bütünlüğü, savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisi ile ilgilidir.

Kimlik Bütünleşmesi

Kernberg, kimlik dağınıklığını kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmesinin tamamlanmamış olması olarak tanımlamıştır. Kendilik tasarımları bütünleşmemiş kişilerde, kendini algılayış, davranışlarda dengesizlik ve tutarsızlık belirgin bir özelliktir. Nasıl bir insan olduğuna ilişkin sorulara ya anlamlı yanıtlar veremezler ya da farklı zamanlarda farklı kendilik parçalarının etkinleşmesine bağlı olarak bir biriyle tutarsız tanımlamalar yaparlar. Bazen aynı görüşme içinde bazen de daha aralıklı olarak hem kendilerini tanımlayışları hem de tutum ve davranışları arasında belirgin tutarsızlıklar gözlemlenir.

Kendilik tasarımlarının olduğu kadar nesne tasarımları da bütünleşmemiştir. Hayatındaki önemli kişilere ilişkin algılayışları ve değerlendirmeleri de anlamlı bir bütünlük oluşturmayacak denli yüzeysel ve dağınıktır. Annesi, babası ve kardeşlerinin nasıl kimseler olduğuna ilişkin sorulara yanıt verirken ya da onlardan bahsederken ya görüşmecinin zihninde bir kişiyi canlandırmaya el vermeyecek ölçüde bilgiden yoksun veya dağınık bilgiler aktarırlar ya da tutarlı bir kişilik çizsele bile, bir süre sonra bununla hiç uyuşmayan ve tam tersi özelliklerinden söz ederler.

Kronik boşluk duygusu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye tahammülsüzlük de kimlik dağınıklığının belirtilerindendir.

Kernberg'e göre kimlik dağınıklığı, içselleştirilmiş iyi ve kötü nesne ilişkilerinin yansızlaştırılmamış ve bütünleştirilememiş olmasına bağlıdır. İlk çocukluk yıllarında şiddetli olumlu ve olumsuz duygu tonlarında yaşanan ilişkilerden kaynaklanan kendilik ve öteki kavramları birbirinden ayrı tutulmuştur. Kimlik dağınıklığı olan kişi kendini ve dünyayı, bu ikisi arasındaki ilişkiyi daima bu yansızlaştırılmamış, bütünleşmemiş kavramlarla algıladığı için duygusal, düşünsel ve davranışsal bakımdan tutarlı bir kişilik sergileyemez; şiddetli duygusal dalgalanmalar, uç noktalara varan yargılar, dramatik davranışlar sergiler. Dolayısıyla da tutarlı ve belli kararlılıkları olan bir ilişki sürdüremezler, ilişkilerinde sıcak ve empatik olamazlar.

Kendilik tutarlılıkları ve kendilik değerleri başkalarının varlığına bağlı olduğu için, yalnızlığa tahammül edemezler ve zorlayıcı bir tarzda sosyal olma ihtiyacı hissederler. Bu durum nesne sürekliliğinin olmamasına bağlıdır. Dolayısıyla ancak tutarlı değerleri olan yapılaşmış bir grup içinde, bu grubun bir parçası olarak tutarlı bir kişilik sergileyebilirler. Eksik kendilik duygularını, içinde buldukları sabit gruba göre düzenleyebilirler, grupta giderebilirler.

Keza kendilik deneyiminin hakikiliğini destekleyen erken içselleştirmelerin yetersizliği nedeniyle depersonalizasyona eğilim gösterirler.

Savunma Mekanizmaları

Nevrotik düzeydeki olgular bastırma (represyon) ve bastırmaya yardımcı olan, karşı tepki oluşturma (reaksiyon formasyon), yalıtma (izolasyon), entellektüelleştirme (entellektüalizasyon), akılsallaştırma (rasyonalizasyon), döndürme (konversiyon) gibi savunma mekanizmalarını kullanırlarken, sınır olgular temel savunma mekanizması olarak bölme (splitting) ve ona yardımcı mekanizmalar olarak ilkel idealleştirme, yansıtma (projeksiyon) ve yansıtımlı özdeşim (projektif identifikasyon), tüm güçlülük ve değersizleştirmeyi kullanırlar.

Sınır olgularda savunma mekanizmaları aynı anda ortaya çıktığı takdirde anksiyete yaratacak olan çelişik benlik durumlarını ayrı tutmaya yarar. Çatışmanın bileşenleri birbirinden çok iyi ayrışmamış ortak altbenlik- benlik (id-ego) matriksi içinde, yani aynı sistem içindedir. Altbenlik ve benlik çok iyi ayrışmamıştır, dürtüler benliğe nüfuz etmiştir. Dolayısıyla da çatışan durumlar, dürtü ile yüklü benlik durumlarıdır. Bunları bölme ile birbirinden ayrı tutmak suretiyle çatışma giderilmeye çalışılır. Bunun karşılığı olarak da benlik zayıflığı ve kimlik dağınıklığı ortaya çıkar.

Bölmenin kullanımı bütünlüklü kendilik ve nesne temsillerinin gelişimini engellemekte bu da kimlik dağınıklığına neden olmaktadır.

Bölme (Splitting)

Yukarıda söz edildiği gibi kendilik ve nesne tasarımlarının tutarsızlığı ya da bütünlüşmemiş olması yanında, davranışların, değerlerin, çeşitli konulardaki tutumların ve kısa dönemli yaşam biçimlerinin farklılığında da kendini gösterebilir. Dönemsel olarak çok farklı tarzları, yaşam biçimlerini benimsemeleri, birinden diğerine geçerken rahatsızlık hissetmemeleri ve bazen birbirine çok zıt olan bu yaşam biçimleri ile ilgili rahatsızlık duymamaları bölmeden kaynaklanır. Bu vakalar ruh içi çatışmanın iki parçasını belli dönemlerde eyleme koyma (acting-out) biçiminde, diğer dönemlerde ise 'kontrfobik' bir kaçınmayla yaşarlar. Farklı benlik durumları farklı zamanlarda etkinleşmekte ve benliğe dahil olmaktadır.

Sınır hastalarda gözlemlenen aktarımdaki şiddetli olumlu duygu ve idealleştirmelerin, şiddetli değersizleştirme ve öfkeye kolayca ve sıklıkla kayması olgusu da bölmenin bir görünümüdür. Hastalara bu kayma gösterildiğinde şiddetli bir anksiyete yaşarlar. Yaşanan bu anksiyete de bölmenin savunma amaçlı kullanıldığını gösterir.

Hem kendileriyle hem de başkalarıyla ilgili değerlendirmeleri çarpıtılmış, karikatürize edilmiş, kutuplaştırılmış, gerçeklikten saptırılmış uç noktalarda salınırken bunlara duygu ve heyecan dalgalanmaları da eşlik eder.

İlkel Yardımcı Savunma Mekanizmaları

İlkel İdealleştirme (Primitif İdealizasyon)

Hastalar, çeşitli dönemlerde çeşitli kişileri ya da olguları aşırı yüceltirler. Bu yüceltmeler yücelttikleri nesnenin gerçekçi ve bütünlüklü bir değerlendirmesine bağlı değildir. Nesnenin kısmi bir özelliğini, başka yanlarını görmeden idealleştirirler. Hastaların yaşam öyküleri başlangıçta idealize edilmiş, aşırı değer verilmiş, daha sonra da tamamen değersizleştirilip uzaklaşmış ilişkilerle doludur. İlkel idealleştirmenin bir işlevi de kimlik dağınıklığına karşı, bir dönem kendiliğinin belli bir duygu tonunda algılanmasına yardımcı olmasıdır. İdealleştirilen kişiyle birlikteyken ya da ilişki içindeyken, hastalar kendilerini de iyi olarak algırlar. Ancak nesnenin herhangi bir nedenle kötü olarak algılanması hemen uç noktalara kayarak tamamen kötü ve düşmanca algılanmasına yol açar. Buna paralel olarak kendilik de kötü ve değersiz bir biçimde tasarlandığından duygu tonu da uç noktalara varan bir olumsuzluğa sürüklenir.

Yansıtma (Projeksiyon)

Yansıtma benliğin kendisinde kabul etmediği kişilik özelliklerini, duygularını, arzularını dışarıdaki bir başkasına yansıtmasıdır. Sevilmediğini, kötülük yapılmak istendiğini, insanların kendisine karşı olduğunu iddia etmek ya da insanları suçlamakla sonuçlanan

yansıtma ile daha çok agresif dürtü türevleri ve arzular yansıtılır. Ancak bazen da kabul edilmek istenmeyen libidinal bir arzu da yansıtılabilir. Kernberg'in örnek gösterdiği gibi, histerik hastaların, terapistin kendilerini arzuladığı veya kendisini baştan çıkarmaya çalıştığını iddia etmeleri de gene yansıtmanın üst düzey örnekleridir. Basit bir kızgınlığın yansıtılması, 'niye bana kızıyorlar?' ya da 'neden sinirleniyorsun?' şeklinde tezahür ederken daha ilkel yansıtımlar, 'beni öldürmek istiyorlar' gibi şiddetli biçimde şekillenir. Yansıtma ilkelleştikçe şiddeti artarken gerçekle bağı da giderek kopar. Kernberg'e göre yansıtma ile yansıtılmalı özdeşleşme arasındaki en önemli fark yansıtmanın üst biçimlerinin bastırmaya (represyona) yardımcı olmasıdır.

Yansıtılmalı Özdeşim (Projektif İdentifikasyon)

Yansıtmanın ilkel biçimlerinden biridir. Hasta sadece kendinin bir bölümünü yansıtma ile kalmaz, elindeki bütün imkânları kullanarak dışsal nesneyi de yansıttığı yönde düşünmeye, hissetmeye ve davranmaya sevk eder. Yansıtımdan farklı olarak şu özellikleri gösterir:

a) Nesneye mal edilen itki hasta tarafından bilinçli olarak deneyimlenmeye devam eder.

b) Yansıtılan malzeme dolayısıyla nesneden korkulur.

c) Bu mekanizmanın etkisiyle yansıtılan kişiyi kontrol etme ihtiyacı duyulur.

d) Kendilik ve nesne arasındaki sınır belirsizleşmiştir.

Yansıtılmalı özdeşim şu aşamalarla gerçekleşir:

1. Kişinin kendinin bir bölümünü dışsal bir nesneye yansıtması

2. Kendilik ve nesne temsilcileri ayırımının netliğini kaybetmesi

3. Kişilerarası etkileşim yoluyla dışsal nesnenin gerçekten de yansıtılan malzemeye göre düşünüp, davranıp, hissetmesi

4. Yansıtılan malzemenin yansıtılan kişi tarafından işlenip değiştirildikten sonra yeniden içselleştirilmesi

İnkâr (Denial)

Hasta, bir dönemde kendisi ve nesne hakkında sahip olduğu duygu, düşünce ve algıları hatırlamakla birlikte, bunlar karşısında kayıtsızdır. Böylelikle ruhsal çatışmadan kaçınır. Sözelimi hasta bir dönemde idealleştirip yücelttiği terapistini şiddetle değersizleştirmeye giriştiğinde, eski duygu, düşünce ve algılarını hatırlamakla birlikte bunlar karşısında ilgisizdir. Bu şekilde iki farklı durumu bir arada tutma çabasının doğuracağı çift-değerlilikten, bunun içerdiği çatışmadan ve doğuracağı kaygıdan kaçınmış olur. Bu çerçeveden bakılınca bölmenin, inkardan bağımsız düşünülmeyeceği ortaya çıkar.

Tüm Güçlülük ve Değersizleştirme (Omnipotans ve Devalüasyon)

Bu savunmalar sınır kişilik örgütlenmesi yelpazesinde kalan narsisistik vakaların sıklıkla başvurduğu savunmalardır ve bölmeyle yakından bağlantılıdır. Terapi ortamında şiddetle şişirilmiş büyüklenmeci kendilik ve küçümşenen nesne temsilcilerinin yeniden canlanması şeklinde kendilerini gösterirler.

Gerçeği Değerlendirme

Kişinin kendi ile kendi olmayanı, ruh içi ile dışsal kökenli uyaranları ayırt etmesini ve kendi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini gerçekçi bir şekilde değerlendirmesidir. Klinik olarak gerçeği değerlendirme hezeyan ve halüsinasyonlara kapılmama, garip, gerçekdışı düşünce ve duyguların bulunmaması, başkalarının gerçeklikle ilgili düşüncelerine uygun şekilde yaklaşabilme gibi özelliklerle karşımıza çıkar.

Sınır vakalarında gerçeği değerlendirme kapasitesi korunmuştur ancak zaman zaman geçici psikotik çözümler, paranoid epizodlar, kendine yabancılaşma ve gerçeğe yabancılaşma deneyimleri gibi tablolar görülebilir ve genellikle bunlar psikoterapötik manevralar, hastaneye yatırılma veya düşük dozlu ilaçlarla düzeltilebilir.

Etiyoloji

Dinamik okulun sınır patolojisinin gelişimi ile ilgili üç açıklaması vardır:

1) Buie ve Adler daha çok kucaklayıcı-yatıştırıcı içselleştirilmiş nesnelere ek-sikliğine önemserler. Hastalar stres altındayken bu yatıştırıcı imgeleri kullanamazlar, bu da onların yalnızlık ve panik duygularına kolay kapılmalarına neden olur ve onları terk deneyimlerine karşı hassas kılar. Olumlu içselleştirilmiş nesne yetersizliği özellikle Mahler'in ayrılma-bireyselleşme aşamalarında anne ve babanın "yeterince iyi" olmamasından kaynaklanır.

2) Masterson'a göre de sınır patolojisi ayrılma-bireyselleşme dönemi ile ilgilidir. Bu hastaların annelerinin, çocuklarının kendilerinden uzaklaşıp özerk bir varlık haline gelme çabaları karşısında duygusal desteklerini çekecekleri mesajını verdikleri, yani çocuğun bağımsızlaşmasını terk depresyonu tehdidi ile engelledikleri görüşündedir. Özerklik ve destek arayışı içindeki çocuğun yaşadığı çatışma, bölme ve ilkel savunma mekanizmalarını devreye sokar.

3) Kernberg'e göre ise sınır patolojisinin kökeninde aşırı saldırganlık vardır. Aşırı saldırganlık doğuştan getirilen bir özellik de olabilir, uygun olmayan bir çevreye karşı geliştirilmiş bir tepki de olabilir. Çocuk sevgi nesnesine normal saldırganlık duymanın yarattığı kaygıya katlanamaz ve aşırı engellemeler karşısında aşırı saldırgan duygular geliştirir. Bu duyguların yaratacağı ruh içi çatışma ve kaygıya karşı bölme ve diğer ilkel savunmalar devreye girer. Kernberg'e göre sınır patolojisi, gelişimin özellikle karşıt duygu tonlarını içeren nesne ilişkilerinin bütünleşmesi aşamasında gelişir. Bu aşamada bu bütünleşmenin yarattığı kaygıyla başetmede yetersizliği olan çocuk, aşırı ölçüde ve aktif olarak bölme kullanır. Ayrıca daha önemlisi, bu hastalarda içselleştirilmiş olumlu ilişkilerin yokluğu söz konusudur. Bu ise doğuştan saldırganlığa yatkınlık ve erken ağır engellemelerden kaynaklanır.

Sonuçta içselleştirilmiş nesne ilişkileri bütünsel, yansızlaştırılmış ve dengeli bir ton alamamıştır, yoğun duygu tonları ile yüklü kısmi nesne ilişkileri statüsünde kalmıştır.

Sınır Örgütlenme Gösteren Kişilik Bozuklukları

Şu kişilik bozuklukları sınır kişilik örgütlenmesi düzeyindedir:

1. Histriyonik Kişilik Bozukluğu,
2. Narsisistik Kişilik Bozukluğu,
3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu,
4. Sınır Kişilik Bozukluğu,
5. Depresif Mazohistik Karakterler,
6. Şizoid Kişilik Bozukluğu,
7. As If (“Mış Gibi”) Kişilik Bozukluğu,
8. Şizotipal Kişilik Bozukluğu,
9. Paranoid Kişilik Bozukluğu.

Tedavi

Sınır vakaların tedavisinde esas olan terapidir. Terapi yanında, zaman zaman ilaç kullanmak gerekebilir. Hastalar depresyona girdiklerinde ya da kısa süreli psikotik tepkiler verdiklerinde ilaç kullanımı zorunludur. Ayrıca kriz durumları dışında, afekt dalgalanmalarını ve impulsif davranışları önlemek ya da azaltmak için düzenli olarak duygudurum düzenleyicileri kullanılabilir. Sınır vakaları izlerken, en iyi terapi koşullarında bile dönem dönem ilaç kullanmak kaçınılmaz olabilmekte, bazen de hastane yatışı gerekebilmektedir. Dolayısıyla sınır kişilik örgütlenmesi gösteren vakaların tedavisini psikiyatrist olan bir terapistin yürütmesi ya da başka bir ruh sağlığı elemanı yürütecekse mutlaka bir psikiyatristle işbirliği içinde yürütmesi gerekir. Keza sınır olguların terapisinin mümkün olduğunca hastane bağlantılı olarak yürütülmesi daha uygundur. Özel pratikte sınır kişilik örgütlenmesi gösteren olguların tedavisini üstlenmek oldukça önemli zorluklar yaratabilir.

Sınır kişilik olgularının tedavi prognozları hakkında genellikle karamsar yorumlar yapılmaktadır. Birçok yazara göre, bu alanda ancak bir takım mütevazı sonuçlar elde etmek mümkündür. Bazı durumlarda ömür boyu terapi desteği gerektiği, yüz güldürücü dramatik iyileşmelerin ancak pek az vakada mümkün olacağı belirtilmektedir.

Sıradan poliklinik koşullarında ise çoğu vakada yıllarca süren bir tedaviden sonra toplumsal uyumun sınırlı ölçüde artması, kendine zarar verici davranışların azalması, gerektiğinde doktora ve ilaca başvurulması özelliklerinin kazanılmasıyla yetinilmek durumunda kalınır.

Klinik tecrübeler, sınır vakaların uzun süreli, sistematik, yoğun, bireysel dinamik psikoterapilerden daha çok yararlandığını göstermektedir.

Kernberg, sınır vakaların klasik analitik terapiden ve destekleyici terapiden çok yararlanmadıklarını ancak ekspresif dinamik terapilerden yararlandıkları sonucuna varmıştır. Wallerstein, ekspresif tedavinin ilaç ve hastane bakımı ile birlikte yürütüldüğünde önemli yararlar sağlayabileceğini göstermiştir.

Sınır vakaların tedavisi konusunda farklı görüşler olsa da tüm terapistlerin birleştikleri bazı ortak noktalar söz konusudur.

Waldinger ve Gunderson bu ortak noktaları şöyle özetlerler:

a) Tedavi Çerçevesinin İstikrarı: Düzenli buluşma saatlerini, seanslara zamanında başlama ve bitirmeyi, tedavinin başında tedavi kurallarının ve ücretinin belirlenmesini, anlaşmadan temel sapmaların seanslarda görüşülmesini içerir.

b) Terapistin Daha Aktif Olması: Nevrotik hastalara göre terapistin daha aktif olması gerekir. Bu doğrudan aydınlatma çabasının ötesinde, terapistin varlığını vurgulamaya, hastayı gerçekliğe bağlamaya ve sınır vakaların yapılandırılmamış terapi ortamında geliştirmeye yatkın oldukları şiddetli aktarım çarpıtmalarını engellemeye yöneliktir.

c) Terapistin Olumsuz Aktarım Tepkilerine Tahammülü: Terapist sınır vakaların sözel saldırıları karşısında öç almaya veya geri çekilmeye yönelmeden sabit kalmalıdır. Bu tutum sayesinde özellikle yakınlarıyla ilişkisinde ortaya çıkan saldırganlık incelenebilir duruma gelir.

d) Şimdi ve Burada Sürecinde Hastanın Eylemleri ile Duyguları Arasında Bağlar Kurma: Sınır vakalarında eyleme vurma hoş olmayan duygulardan haberdar olmaya karşı en önemli savunmadır. Bu tür haberdarlık özerklik ve kendisini kontrol bakımından çok önemlidir. Bu nedenle hastanın hissettiği şeylerle davranışları arasındaki bağı göstermek gerekir.

e) Kendine Zarar Vermeye Yönelik Davranışları Ödüllendirmeme: Kendine zarar verici eylemleri sınırlandırmak ve bunların nedenlerinden çok sonuçlarına dikkati çekmek gerekir.

f) Eyleme Koyma Türündeki Davranışları Engelleme: Terapist hastanın kendisini ve terapisti tehdit eden davranışlarını engellemelidir.

g) Aydınlatma ve Yorumlama Çalışmasında “Şimdi ve Burada” Sürecine Odaklanma: Erken gelişimsel yorumlamalar ve yeniden kurgulamalar doğrudan yaşanan süreçlerden uzaklaşmaya ve tehlikeli patolojik davranışlara neden olduğu gibi verimli sonuç da vermez.

h) Karşı Aktarım Duygularını Denetleme: Sınır vakalarda çalışan terapist duygu bombardımanı altındadır ve bunlar gerçekten zararlı sonuçlar verecek karşı aktarım eyleme koymalarına neden olabilir. Bu yüzden pek çok terapist, terapistin de dinamik bir terapisten geçmesini salık verir.

Biz hastaları bireysel ya da grup, dinamik ekspresif terapi temelinde bazı ek tekniklerin de kullanıldığı terapilere almaktayız. Bazı gruplarımızda sanat terapisi teknikleri kullanılır, bazı gruplarda ise destekleyici ve ekspresif tedavinin eklektik bir biçimi uygulanır. Tüm gruplar bireysel ya da grup süpervizyonu ile değerlendirilir. Bireysel terapilerde de genel olarak ekspresif terapi uygulanır. Ancak alt düzey hastalarda destekleyici terapi tekniklerinden yararlanmak ya da daha çok destekleyici terapi uygulamak durumunda kalırız.

Literatürdeki karamsar görüşlere karşın, oldukça iyi sonuçlar aldığımızı söyleyebiliriz. Gruplara devam eden hastalarda önemli iyileşmeler hiç de nadir değildir. İş ve okul yaşamları, dürtüsellikleri, intihar girişim veya düşünceleri, hastaneye yatış sıklık ve sürelerinde grup öncesine göre anlamlı değişiklikler görmekteyiz. İntihar oranının yüksek olduğu hasta grubumuzda şimdiye dek intiharla kaybettiğimiz hastamızın olmayışı da gene terapistten yararlanma açısından fikir verici olabilir.

Kaynaklar

- Tura SM. Günümüzde Psikoterapi, 2. Basım. Metis Yayınları, İstanbul, 2005.
- Kernberg OF. Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm, Çev: M Akay, Metis Yayınları, İstanbul, 1999.
- Kernberg OF. Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık, Çev: B Büyükkal, Metis Yayınları, İstanbul, 2000.
- Gunderson JG. Sınır Kişilik Bozukluğu, Çev: B Ceyhun, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
- Kernberg OF. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT: Yale University. 1984.

21 Biyolojik Tedaviler

MİNE ÖZKAN

Bu bölümde, sırasıyla antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, duygudurum dengeleyicileri ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) anlatılacaktır.

Antidepresanlar

1950'li yıllarda tüberküloz tedavisinde kullanılan monoaminoksidaz inhibitörü (MAOI) olan iproniyazidin duygudurumda yükselme yaptığıının saptanmasıyla, depresyonun ilaçla tedavisi başlamıştır. İproniyazid, yan etkisi olan karaciğer nekrozu saptanınca klinik kullanımdan çıkarılmıştır. Tehlikeli hipertansif reaksiyonların MAOI'ler ile ortaya çıkması da birçok hekimi MAOI'leri kullanmaktan uzaklaştırmıştır. Klorpromazin türevi olarak ilk trisiklik ajan olan imipramin, daha etkili antipsikotik olabileceği umuduyla çalışılmaya başlanmıştır. Antipsikotik etki değil, antidepresan etkisi saptanınca ilk trisiklik antidepresan (TSA) olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bugüne değin tüm antidepresanların major depresyon tedavisinde hemen hemen eşit etkinliği saptanmasına rağmen, birbirlerinden yan etki, doz aşımında ölüm riski, farmakokinetik ve eşlik eden psikiyatrik tabloları tedavi etme etkileri açısından farklılıklar gösterirler.

Klasik antidepresanlar; TSA ve bağlantılı tetrasiklikler ve MAOI'ler olarak sayılabilir. 1980'li yıllardan beri yeni sınıf antidepresan ilaçlar ortaya çıkmıştır. Seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSGI); serotonin noradrenalin gerilim inhibitörleri (SNGI); noradrenerjik-dopaminerjik ilaç bupropion; 5-hidroksi triptamin-2 (5HT-2) antagonistleri; noradrenerjik özgül ajan mirtazapin gibi yeni antidepresan ilaçlar, klasik ilaçlara göre yapısal farklılık gösterir ve alternatif biyolojik etkiler ve yan etki profilleri ile avantaj sağlarlar. Atipik depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi psikiyatrik bozukluklarda da tedavi olanağı sağlar. Daha uygun yan etki profili, doz aşımında güvenlik ve kullanma kolaylığı, klinik uygulamada daha fazla yer almalarını sağlamıştır.

Antidepresanların sınıflanması, reseptör etkileri ve yan etkileri benzerliğine dayanır. Tedavi edici dozlarda kullanımda hepsi depresyon tedavisinde etkilidirler ve

hiçbiri bağımlılık yapmaz. Antidepresan seçiminde dikkate alınması gereken hususlar; hastanın psikiyatrik belirtileri, varsa önceki tedavi yanıtı, aile bireylerinde varsa önceki tedavi yanıtı, ilaç yan etki profili, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi hastalık varlığı ve intihar riskidir.

Antidepresanların Sınıflandırılması

1. Trisiklik Antidepresanlar (TSA)

Amitriptilin, nortriptilin, imipramin, desipramin, klomipramin

Mekanizma: 5HT ve noradrenalin (NA) gerialım blokajı

2- Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOİ)

(seçici olmayan) fenelzin, tranilsipromin, izokarboksazid

(seçici) moklobemid

Mekanizma: 5-hidroksitriptamin (5HT), NA ve dopamin (DA) yıkımına yol açan enzimlerin (MAO-A, MAO-B) inhibisyonu

3- Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSGİ)

Fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sertralın, sitalopram, essitalopram

Mekanizma: Seçici serotonin gerialım blokajı

4- Noradrenalin-Dopamin Gerialım İnhibitörü (NDGİ)

Bupropion

Mekanizma: DA ve NA gerialım blokajı (DA>NA)

5- Serotonin Antagonist Gerialım İnhibitörü (SAGİ)

Trazadon, nefazodon

Mekanizma: 5HT₂ reseptör antagonizması; nefazodon orta düzeyde 5HT, NA ve DA gerialım blokajı da yapar.

6- Noradrenerjik Spesifik Serotonin Antagonisti (NaSSA)

Mirtazapin

Mekanizma: Alfa₂ otoreseptör ve heteroreseptörlerin antagonizması; 5HT_{2A/C} ve 5HT₃ reseptör blokajı; 5HT₁ reseptör uyarımı

7- Noradrenalin Gerialım İnhibitörü (NGİ)

Reboksetin

Mekanizma: Seçici NA gerialım blokajı

8- Serotonin-Noradrenalin Gerialım İnhibitörü (SNGİ)

Venlafaksin, duloksetin, milnasipran

Mekanizma: 5HT ve NA (doza bağlı olarak DA de) gerialım blokajı

Sınıflandırma

Beyin biyojenik aminlere etkisine bakılarak antidepresan ilaçlar sekiz ayrı sınıfta gruplandırılabilir:

Kullanım Alanları

TSA, heterosiklikler ve MAOİ'ler de dahil olmak üzere tüm antidepresanlar, depresyon dışında birçok psikiyatrik bozuklukta da kullanılmaktadır. Ancak asıl kullanım alanları, unipolar major depresyon ve distimik bozukluk tedavisidir. Bipolar bozuklukta kullanımları tartışmalıdır.

Depresyonda antidepresan tedavi başlandıktan sonra en az 6 ay tedaviye devam edilmeli, her ilaç kullanımında kendine özgü optimum dozuna, yanıtızsızlık durumunda maksimum doza çıkılmalı, antidepresan klinik etkinin yaklaşık 3 hafta sonra ortaya çıkacağı bilinmelidir.

Serotonerjik ajanlardan birkaçı obsesif kompulsif bozukluk (OKB), genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi anksiyete bozuklukları tedavisinde de endikasyon almışlardır. Trisiklik antidepresanlar klomipraminin OKB tedavisinde kullanılmak üzere FDA (Food Drug Administration) onayı vardır. MAOI'ler panik bozukluğu ve OKB tedavisinde, trisiklikler ve SSGİ'ler diyabetik nöropati, fibromiyalji gibi kronik ağrı bozukluklarında kullanılmaktadır. Zaman zaman da bazı antidepresanlar, şizoafektif bozukluk, somatoform bozukluklar, bazı kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, uyku bozukluğu ve benzodiyazepin yoksunluğu tablolarında kullanılmaktadırlar. Ajite, disinhibe veya depresif demanslı hastalar da antidepresanlardan yarar görebilirler. OKB (SSGİ'ler ve klomipramin), panik bozukluğu (TSA ve SSGİ), bulimia (TSA, SSGİ, ve MAOI), distimi (SSGİ), bipolar depresyon (duygudurum dengeleyici sonrası), sosyal fobi (MAOI'ler ve SSGİ'ler), TSSB (SSGİ), irritabl bağırsak sendromu (TSA), enüresis (TSA), nöropatik ağrı (TSA), migren baş ağrısı (TSA), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (bupropion), nikotin bağımlılığı (bupropion), geç luteal faz disforik bozukluk (PMDS) (SSGİ) kullanılmaktadır.

Etki Mekanizmaları

Tüm antidepresanlar, presinaptik gerilim inhibisyonu, yıkımın engellenmesi veya reseptör agonist veya antagonist etkileriyle, merkezi sinir sisteminde (MSS) serotonerjik ve/veya katekolaminerjik sistemleri etkiler. Antidepresanların monoaminlerin üzerindeki etkinliği anında olmakla birlikte, klinik yanıt birkaç haftayı alabilir. Presinaptik otoreseptörlerin, alfa ve beta noradrenerjik reseptörlerin, serotonin (5HT1) reseptörlerinin 'down regülasyonu' klinik yanıtı belirler, antidepresanın yol açtığı nöronal adaptasyonun göstergesi olarak kabul edilir. Antidepresanlarla hemen etkilenen reseptörlerin çoğu, G proteinlerine bağlıdır. Reseptör ve G proteini arasındaki bağlantıda kusur, hücre içi ileti mekanizmalarında bozukluğa yol açabilir. Antidepresanlar, G proteinleri, ikincil mesaj sistemlerini ve gen ekspresyonunu düzenleyerek olası etkilerini gösterirler.

Antidepresan ilaçlar, özellikle serotonin ve norepinefrin olmak üzere nörotransmitterlerin konsantrasyonlarını optimize ederler ve optimal pre ve post reseptör duyarlılığını sağlarlar. Bazı hayvan deneyleri, depresyonda, azalmış norepinefrine ikincil gelişen aşırı duyarlı katekolamin reseptörleri varlığını göstermiştir. Antidepresanlar, beta adrenerjik reseptörlerin 'down-regülasyonu' (sayısını azaltarak) yoluyla etki gösterebilirler. Depresif ve intihara eğilimli hastalarda trombositlerde ve bazı beyin bölgelerinde serotonin (5HT2) bağlanma bölgelerinde artma tespit edilmiştir. 5HT2 reseptörlerinin 'down regülasyonu' birçok antidepresan için geçerli mekanizma olabilir ancak EKT'nin, 5HT2 reseptörleri yoğunluğunda artmaya yol açtığı bilindiğinden ve etkili antidepresan etkiye yol açtığından, antidepresan etkinin bu yolla olduğu söylenemez.

Antidepresanlar, depresif hastalarda patolojik nöroendokrin fonksiyonları (Kortikotropin salgılatıcı hormonun aşırı düzeylerine bağlı hiperkortizolemi gibi) normalize ederek veya sirkadiyen ritimleri düzenleyerek de (major depresyonlu hastaların çoğunda azalmış REM latensi gibi) etki gösterebilirler.

Yukarıda söz edilen reseptör değişikliklerinin çoğu antidepresanların akut veya subakut etkilerine bağlı nöronal adaptasyonlardır. Antidepresan etkinin gerçek mekanizması belki de reseptör düzeyinin aşağısındaki değişiklikleri içermektedir. Çeşitli ikincil ileticiler yeni gen ürünleri oluşumuna yol açabilirler. Son dönem çalışmalar, antidepresanların, beyin kaynaklı nörotropik faktör (BDNF) arttırma özellikleri gibi, nörotropik etkilerine odaklanmaktadır.

Farmakokinetikleri

Antidepresanlar genel olarak ince bağırsaktan iyi emilirler, portal dolaşıma girerler, karaciğerde ilk geçiş metabolizmasına uğrarlar ve sonrasında sistemik dolaşıma girerler. Yüksek oranda proteine bağlanırlar ve yağda çözünürler. TSA ilaçlarının eliminasyon yarı ömürleri 16-70 saat arasındadır. Birçok SSGİ'nin yarı ömrü 12-24 saat arasındadır, ancak fluoksetinin özellikle metaboliti norfluoksetinin yarı ömrü çok daha uzundur.

Antidepresanlar, diğer birçok psikotrop ilaç gibi, sitokrom P450 enzim sistemi yoluyla metabolize olurlar. Xenobiotic sitokrom-P(CYP) enzimleri beyin, karaciğer ve bağırsak hücrelerinin endoplazmik retikulumunda bulunur ve ilaçlar, toksinler gibi yabancı biyolojik maddelerin metabolizasyonunda yer alırlar. Steroidojenik CYP enzimleri hücrelerin mitokondrilerinde bulunur ve steroid sentezinden sorumludurlar. Karaciğer ve bağırsaktaki CYP enzimleri, antidepresanlar dahil birçok psikotrop ilacı etkileyen oksidatif metabolizma işlevini yürütürler. Birçok antidepresan ilaç, CYP2D6, 2C9/19 ve 3A4 yoluyla metabolize olur; CYP1A2, özellikle TSA ve fluvoksamin metabolizmasında yer alır.

Yan Etkileri

TSA'ların yan etkileri 3 ana bölümde toplanabilir: Kardiyak/otonomik, antikolinergik ve nörodavranışsal yan etkiler.

SSGİ'lerin antikolinergik ve kardiyak/otonomik yan etkileri yok denecek kadar azdır. Sıklıkla gastrointestinal yan etkilere (bulantı, diyare) yol açabilir. Tedavinin ilk günlerinde sıklıkla görülen bu yan etki zamanla azalır. Baş ağrısı, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu, psikomotor ajitasyon yapabilir. Daha az sıklıkla, kanamaya yol açabilir, nadiren EPS görülebilir. Cinsel işlev bozukluğu hasta ilacı kullandığı sürece sorun olabilir.

Nefazodon, venlafaksin ve mirtazapin gibi yeni antidepresanların yan etki profili SSGİ'lere benzemekle birlikte, bazı TSA benzeri etkiler de görülebilir (kompleks serotonerjik ve noradrenerjik etkilerinin sonucu olarak). Nefazodon ve mirtazapin hayli sedatif etki gösterirken, SSGİ'lerin neden olduğu cinsel yan etkilerden uzaktır. Nefazodona ikincil karaciğer yetmezliği olguları bildirildiğinden ilaç ülkemizde pazardan kaldırılmıştır.

TSA'ların Yan Etkileri

1- Kardiyak/otonomik Yan Etkiler: Ortostatik hipotansiyon (alfa1 reseptör antagonizmasına bağlı olarak) ve baş dönmesi (alfa1 ve histamin reseptör blokajı), QT aralığında uzama ve bazen de kalp bloğuna neden olabilen kalpte ileti yavaşlaması

2- Antikolinerjik Yan Etkiler: Ağız kuruması, üriner retansiyon, görme bulanıklığı, kabızlık, konfüzyon/hafıza bozukluğu, taşikardi

3- Nörodavranışsal Yan Etkiler: Psikoz veya manide artma, hafıza bozukluğu, psikomotor uyarılma, miyoklonik atmalar, tremor ve seyrek olarak da ekstrapiramidal belirtiler (EPS). TSA'ların epilepsi eşliğine olan etkileri, özellikle klomipramin ile dikkatli olunmalı.

4- Diğer Yan Etkiler: Sedasyon, kilo artışı, karaciğer disfonksiyonu ve cinsel fonksiyon bozukluğu olarak sayılabilir.

SSGİ'lerin Yan Etkileri

1- Gastrointestinal Yan Etkiler: Bulantı, kusma, diyare, dispepsi, kramp

2- Nörodavranışsal Yan Etkiler: Baş ağrısı, tremor, uyku bozukluğu, ajitasyon, huzursuzluk, baş ağrısı, tremor

3- Otonomik Yan Etkiler: Aşırı terleme

4- Cinsel İşlev Bozukluğu: Libido azalması, orgazm sorunları

İlaç Etkileşimleri

Antidepresan ilaçların çoğu hem kullanılan başka ilaçlar hem de birbirleriyle ilaç etkileşimlerine girerler. Hem farmakokinetik hem de farmakodinamik etkileşimler söz konusudur.

Fluoksetin, fluvoksamin ve paroksetin, diğer SSGİ dışı ilaçların metabolizmasını engellerler ve özellikle bazı TSA'ların düzeyleri artar. SSGİ'ler, bazı antipsikotiklerin (örn; fluvoksamin olanzapin düzeyini artırır), barbitüratlar, triazolobenzodiyazepinler ve antikonvülzanların metabolizmasını da etkilerler. Farmakodinamik etkileşimler, SSGİ'ler ve çeşitli psikotrop ilaçlar (antipsikotikler, buspiron ve lityum) arasında olabilir. Ciddi ve bazen de ölümcül olabilecek etkileşim, SSGİ'lerin MAOI veya bazı TSA'lar (özellikle klomipramin veya imipramin) ile birlikte kullanımı sonucu olabilir. Serotonin sendromu oluşma riski vardır. CYP sistemine bağlı ilaçların %60-70'i 3A4 enzimini kullanır.

Tıbbi Hastalarda Kullanımı

Yaşlı veya eşlik eden fiziksel hastalığı olan hastalarda ilaç kullanımının özel ilkeleri vardır. Hem ilaç yan etkilerinden dolayı tıbbi hastalığı kötüleştirmemek, hem de ilaç etkileşimleri riski açısından dikkatli olunması gerekir. Üriner retansiyonu olan, dar açılı glokomu olan, kardiyak hastalığı olan, epilepsili veya yaşlı hastalarda; antikolinerjik, kardiyak veya ortostatik hipotansiyon etkilerinden ötürü TSA kullanımından kaçınmak gerekir. Kardiyovasküler sistem sorunu olan hastalara baktığımızda; TSA, kinidin benzeri etkiyle ileti yavaşlaması yaptığından, özellikle dal bloğu gibi ileti so-

runları olan hastalarda ve antiaritmik ilaç kullanan hastalarda kullanımlarından kaçınılmalıdır. SSGİ, SNGİ, mirtazapin ve bupropion gibi ilaçlar tercih edilebilir. SSGİ'ler, ileti sistemi ve kan basıncı üzerine önemli etkisi yoktur, genelde güvenle kullanılabilir. İlaç etkileşimleri açısından önemlidir. Digoksin, beta blokerler ve 1-C grubundaki antiaritmik ilaçların P-450 inhibisyonu ile metabolizmalarını engellerler. Trazodon kalpte uyarılabilirliği artırır, prematür ventriküler kontraksiyonlara neden olabilir. Venlafaksin kalp hızında hafif artış yapabilir, diyastolik kan basıncını yükseltebilir, konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda kaçınılmalıdır. MAOI, ileti sistemini etkilemeseler de, ortostatik hipotansiyon sıktır. Özellikle geri dönüşümsüz inhibisyon yapanlarla, hipertansif reaksiyonlar görülebilir.

Karaciğer hastalarında, protein sentezi azalarak ilaçların serbest fraksiyonları artar. Metabolizmanın yavaşlaması sonucu yarılanma ömrü uzar. TSA'ların demetilasyon yoluyla metabolitlerine dönüşmesi engellenir, yan etkiler belirginleşir. Antikolinergik yan etkiye bağlı konstipasyon, karaciğer ensefolopatisini alevlendirebilir. Karaciğer yetmezliğinde SSGİ'lerin klirensi azalıyor, yarı ömrü uzuyor, dozun düşük tutulması gerekir. SSGİ'ler, TSA'lar, karbamazepin ve valproat SGOT ve SGPT düzeylerini yükseltebilir. Trazodonla fatal karaciğer nekrozu bildirilmiştir. Milnasipran, venlafaksin, reboksetin, tianeptin karaciğer yetmezliğinde kullanımı daha güvenilirdir. Solunum sistemine baktığımızda, antikolinergik yan etkiyle pulmoner sekresyonun azalması söz konusu olabilir. SSGİ'lerden özellikle fluvoksamin, teofilin metabolizmasını inhibe eder. Üriner sistemde, antikolinergik yan etkili antidepresanlar, üriner retansiyona neden olabilir. TSA'ların hidrokisile metabolitleri yaşlı hastalarda ve böbrek yetmezliğinde birikebilir. Moklobemid, yaşlılarda ve böbrek yetmezliğinde iyi tolere edilir ve doz ayarı gerektirmez. MSS'deki etkilerini göz önüne aldığımızda, özellikle yaşlı veya demanslı veya tıbbi sorunları nedeniyle MSS işlevleri olumsuz etkilenmiş hastalarda, antikolinergik etki deliryuma neden olabilir. Antikolinergik yan etkili ilaç kullanımından kaçınmak gerekir. TSA'lar, maprotilin ve bupropion en fazla epilepsi eşiğini düşüren antidepresanlardır. Epileptik hastalarda kullanımlarından kaçınmak gerekir. SSGİ'ler ve venlafaksin daha güvenlidir.

Antidepresanların gebelikte kullanımında teratojenite riski çok azdır. Genel olarak ilk trimestirda ilaç kullanımından kaçınma ilkesinin yanında, gebelikte major depresyon varlığında antidepresan kullanımı yararları, fetusa olası olumsuz etkilerinin önüne geçer. Bazı olgularda, EKT en iyi çözüm olabilir. Ençok çalışma SSGİ'lerden fluoksetin ile mevcut, teratojenik etki bildirilmemiş, ancak düşük oranlarını arttırdığı ile ilgili veriler var.

Postpartum depresyonda kullanım ile ilgili, süt verme, ilaçların süte geçme oranları dikkate alınmalı. Bu açıdan paroksetin ve sertralin kullanımı tercih edilebilir.

Antidepresan Grupları

Depresyon en yaygın ruhsal hastalık olduğundan ve sıklıkla psikiyatri dışı hekimler tarafından antidepresanların reçetelenmesi söz konusu olduğundan, aşağıda antidepresan grupları hakkında kısa bilgiler verilmektedir.

Trisiklik ve Heterosiklik Antidepresanlar

TSA; NE, serotonin ve daha az oranda dopaminin geri alınımını engellerler. Bu mekanizmalar, TSA tedavi etkisini; Muskarinik kolinerjik, H1 histamin ve alfa1 adrenerjik reseptör blokajı, yan etkilerini açıklar.

Amitriptilin, imipramin, trimipramin, doksepin, klomipramin tersiyer aminlerdir. Desipramin, nortriptilin ve protriptilin sekonder aminlerdir. Tersiyer aminlerde, serotonin gerialım inhibisyonu ön plandayken, sekonder aminlerde noradrenerjik gerialım blokajı daha güçlüdür.

TSA'ların 125-150 mg/gün dozları depresyon tedavisinde etkilidir. Başlangıç dozları 25-50 mg/gün'dür. Belirgin anksiyete, panik veya yan etkilere duyarlı hastalarda başlangıç dozları %50 daha az olmalıdır. Yaşlı ve/veya kardiyovasküler veya karaciğer hastalığı olan bireylerde dozlar daha düşük tutulmalı, doz artışı daha yavaş yapılmalıdır. Gastrointestinal yoldan emilirler, karaciğerde metabolize olurlar ve plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanırlar.

TSA'ların yan etkileri, antidepresanların yan etkileri bölümünde verilmiştir.

Trisikliklerin doz aşımında, intihar amacıyla yüksek dozda alımında, ölüm riski vardır. Major komplikasyonlar; antikolinerjik sendrom, hipotansiyon, kardiyak aritmiler ve epileptik nöbetlerlerdir ve yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedavisinde yarar vardır.

Monoamin Oksidaz İnhibitörü (MAOI)

MAO enzimi, NA, serotonin, dopamin gibi biyojenik aminleri inaktive eder. MAOI, enzimi bloke ederek antidepresan etkinlik sağlar. Geri dönüşümsüz ve geri dönüşümlü inhibisyon yapanlar üzere gruplandırılır. Geri dönüşümsüz MAO inhibisyonu yapanlar; İproniazid, izokarboksiazid, tranilsipromin, fenelzin, geri dönüşümlü MAO-A inhibisyonu yapan ise moklobemiddir.

Günümüzde MAOI'leri, ilk basamak tedavide yaygın olarak kullanılmamaktadır. Özellikle ülkemizde geri dönüşümsüz inhibisyon yapanlar, tolerabilite ve güvenilirlilik sorunları yüzünden klinik uygulamada yerini kaybetmiştir. Ancak atipik depresyonu olan hastalar bu grup ilaca iyi yanıt verir.

Özellikle geri dönüşümsüz MAO inhibitörleri kullanıldığında, belli bir diyeteye uyma zorunluluğu vardır. Alınan gıda ile olduğu kadar diğer ilaçlarla birlikte kullanımla ilgili de sıkı kurallar mevcuttur. En büyük risk hipertansif krizler ve serotonin sendromudur.

En sık görülen yan etkiler, hipotansiyon, baş ağrısı, uyku bozukluğu, kilo artışı, cinsel işlev bozukluğu, ödem ve öğleden sonra uykuya eğilimdir. Antikolinerjik yan etki azdır ancak ortostatik hipotansiyon açısından dikkat edilmelidir. Ciddi karaciğer hastalığında dozu düşük tutmak gerekir. "Serotonin sendromu" açısından serotonerjik ilaçlarla kullanımından kaçınmak gerekir.

Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSGİ)

SSGİ'ler fluoksetin (bisiklik), fluvoksamin (monosiklik), paroksetin (fenilpiperidin), sertralın(tetrahidronoptalenamin), sitalopram ve essitalopramdır. Presinaptik

serotonin gerialım pompasını inhibe ederler. Sinaptik aralıkta serotonin artar, pre-sinaptik otoresptörlerin 'down-regülasyonuna' ve serotonin iletiminin artmasına neden olur. Muskarinik, H1 histaminerjik, alfa1 adrenerjik reseptör blokajı yapmadığından tıbbi hastalarda, yaşlılarda kullanımı TSA'lerden daha güvenilirdir. Yüksek plazma konsantrasyonlarında, doz aşımında yaşam tehdit edici yönü yoktur, TSA'lara göre çok daha güvenilirdir. Yan etkilerinin daha az olması ve günde tek doz kolaylığı, hastanın tedaviye uyumunu arttıran etkenlerdir. Geniş kullanım alanları vardır. Psikiyatrik bozuklukların birlikteliğinin yüksek olduğu dikkate alınırsa, bu özellikleri önemli bir avantaj sağlar.

Tüm SSGİ'lerin benzer etkinlik ve yan etki profili vardır. Ancak yapısal, klinik, tedavi yanıtı, farmakokinetik özellikler, ilaç etkileşimleri açılarından belirgin farklılıkları mevcuttur. Farklı SSGİ'ler farklı sitokrom P450 enzimlerini inhibe ederek, bu yolla metabolize olan ilaçların kan düzeylerinin yükselmesine neden olurlar.

Bupropion

Bupropion, hidroksibupropiona metabolize olur, aktif metabolitidir. Norepinefrin ve dopaminin geri alımını bloke eder (DNGİ). En büyük avantajı cinsel yan etkilerinin olmamasıdır. Diğer ilaçların neden olduğu cinsel işlev bozukluğunda düşük dozda tedaviye eklenmesi olumlu sonuç getirebilir. Dopamin beyindeki nikotin ve bağımlılık yapıcı maddelerin uyardığı ödül merkezlerini etkilediği için, sigara bırakma tedavisinde kullanılır ve ülkemizde de Zyban adında formu bu amaçla pazardadır. Ortostatik hipotansiyon, kilo artışı veya kalpte ileti sorunlarına yol açmaz ve antikolinerjik yan etkileri yoktur. Baş ağrısı, anksiyete, uyku bozukluğu, terleme, gastrointestinal yan etkiler, tremor, akatizi ortaya çıkabilir. Özellikle yüksek dozlarda epilepsi riski vardır. Psikoza alevlendirebilir. Riskli hastalarda dikkat edilmesi gerekir. 300-450mg/gün önerilmektedir.

Trazodon

Postsinaptik 5-HT2 antagonistisi ve zayıf serotonin gerialım inhibitörüdür. Belirgin sedatif etkisi vardır. Ortostatik hipotansiyon, aritmi ve priapizm yan etkileri ilk basamak tedavide kullanımını engeller. Genellikle klinik uygulamada, yeni antidepresanlardan biriyle tedaviye başlarken, uyku bozukluğu için tedaviye trazodon 50-100 mg/gün eklenir.

Mirtazapin

Alfa2 noradrenerjik otoresptörlerini ve heteroresptörlerini antagonize ederek, merkezi serotonerjik ve noradrenerjik iletiyi artırır. Ek olarak mirtazapin postsinaptik 5-HT2A, 5-HT3 ve H1 reseptörleri antagonize eder. 5-HT2A antagonizması, antidepresan etkide ve cinsel işlev bozukluğuna neden olmaması ile ilintilidir. 5-HT3 antagonizması ise bulantı engelleyici etkisini açıklar. H1 antagonizması, kilo artışı ve sedasyondan sorumludur. Uykudan önce 15-45 mg arası tek doz önerilmektedir. Sitokrom P450 ilaç etkileşimlerine girmemesi avantajdır.

Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri (SNGİ)

Serotonin ve noradrenalin gerialım inhibisyonu yapan bu grupta venlafaksin, duloksetin ve milnasipran sayılabilir. Dual etkili AD'lar olarak genelde SSGİ'lere göre daha ağır depresyonda ve ağrı bozukluklarında daha etkin oldukları kabul edilir.

Venlafaksin potent NA ve serotonin gerialım inhibitörüdür. Düşük dozlarda, serotonin gerialım blokajı yapar, SSGİ'ler gibi çalışır. Doz arttırdıkça, önce NA gerialım inhibisyonu, maksimal dozlarda kullanımda ise dopamin gerialım inhibisyonu da devreye girer. FDA, major depresyon ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAB) için onay vermiştir. Kronik ağrıda ve SSGİ'lerin etkin olduğu diğer bozukluklarda da etkili olduğu bilinmektedir. Proteine düşük bağlanım ve sitokrom P450 enzimleri inhibisyonu yapmaması nedeniyle ilaç etkileşimlerine pek girmez. Yaşlı hastada ve tıbbi hastada kullanımı ile ilgili avantaj sağlar. Büyük bir kısmı böbrekten atılır. Yan etkileri, SSGİ yan etkileri gibidir. Doza bağlı özellikle yüksek dozlarda hipertansiyon sorunu olarak karşımıza çıkabilir.

Duloksetin ve milnasipranı venlafaksinden ayıran en büyük özellik, en düşük başlangıç dozundan itibaren serotoninle birlikte noradrenalin blokajı yapmalarıdır. Venlafaksin ve duloksetin daha serotonerjik ilaçlar iken, milnasipranda serotonin ve noradrenalin gerialım blokajı daha dengelidir.

Antipsikotikler

Antipsikotik ilaçlar birkaç şekilde sınıflanabilir. Kimyasal yapıya göre veya eski (konvansiyonel) ve yeni gibi veya en çok kullanılan tipik ve atipik (ikinci nesil) antipsikotikler gibi.

Antipsikotiklerin Sınıflandırılması:

- 1- Fenotiyazinler: Klorpromazin
- 2- Tiyoksantenler: Tiyotiksen
- 3- Butirofenonlar: Haloperidol
- 4- Dihidroindolonlar: Molindon
- 5- Dibenzoksazpinler: Loksapin
- 6- Difenilbütülpiperidinler: Pimozid
- 7- Dibenzodiyazepinler: Klozapin
- 8- Tiyenobenzodiyazepinler: Olanzapin
- 9- Benzisokzazoller: Risperidon, ziprasidon
- 10- Kinolinonlar: Aripiprazol

Klasik antipsikotik ilaçlar yüksek potanslı ve düşük potanslı olarak gruplandırılır. Atipikler, EPS belirtilerinde yok denecek kadar az ve özellikle negatif belirtilerde azalma ile giden, daha fazla etkinlik gösteren ilaçlar olarak da tanımlanmaktadır. Prolaktin artışına da daha az neden olmaktadır. Klozapin, ketiapin, risperidon, olanzapin, amisülpirid ve aripiprazol atipik antipsikotik ilaçlardır.

Yüksek etkinlik ve nörolojik yan etkilerin yok denecek kadar azlığı, agranülositoz riski taşıyan klozapin dışında tüm atipikleri ilk basamak tedavide kullanılan ilaçlar

haline getirmiştir. Ancak atipik ilaçlar pahalıdır ve fiziksel hastalık riskini bazı hastalarda artırabilir. Başlıca yan etkileri kilo artışı (özellikle klozapin ve olanzapin), hiperprolaktinemi (risperidon), kalpte ileti gecikmesi (ziprasidon) olarak sayılabilir.

Kullanım Alanları

Antipsikotik kullanım endikasyonu olan başlıca psikiyatrik bozukluklar; Şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreniform bozukluk ve kısa psikotik bozukluktur.

Günümüzde, 5 atipik antipsikotik ilacın (olanzapin, risperidon, aripiprazol, ketiapin, ziprasidon) maninin kısa dönem tedavisinde kullanımı ile ilgili FDA onayı vardır. Ek olarak olanzapin ve aripiprazol son dönemde bipolar bozukluğun idame tedavisinde de FDA onayı da almıştır.

Antipsikotikler, çeşitli tablolara ikincil gelişen psikotik durumlarda (kokain entoksikasyonu, Alzheimer hastalığı, AIDS demansı gibi) ve psikotik özellikli major depresyonda da kullanılmaktadır. Non-psikotik unipolar depresyon tedavisinde, antidepresanların etkinliğini güçlendirmek için de atipik antipsikotikler kullanılmaktadır.

Antipsikotiklerin diğer kullanım alanları; Tourette sendromu, ciddi OKB ve düşük dozlarda sınır kişilik bozukluğu gibi.

Tıbbi hastalığa bağlı psikotik tablolarda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle ajite deliryum tablosundaki hastalarda, demansa bağlı davranış bozukluklarında kullanımı sıklıkla.

Etki Mekanizmaları

Belirgin antipsikotik etki gösteren ilaçların hemen hemen tümü, merkezi dopamin reseptörlerini bloke ederler. 1960'lerde ortaya konan antipsikotik etkide dopamin varsayımı, ilk tedavi gören hastalarda Parkinson hastalığı belirtileri saptanınca ortaya atılmıştır. Antipsikotiklerin beyinde dopaminerjik sistemi etkilediği sonucuna varılmıştır.

Dopamin reseptörleri en başta D1 ve D5 olmak üzere D2, D3 ve D4 tür. Klasik nöroleptiklerin klinik etkileri, D2 reseptör afiniteleri ile ilintilidir. Tipik ve atipik ayrımında en önemli nokta, D2 reseptör afinitesidir. 1980'lerde ortaya çıkan klozapin, azalmış D2 antagonizmasına karşın belirgin serotonin₂ (5-HT₂) reseptör antagonizması etkisiyle dikkat çekmiştir. D2 reseptör blokajı etkisinin zayıflığı, EPS veya tardif diskinezi yan etkisinin ortaya çıkmaması ile ilintilidir. Aynı zamanda klozapin ve diğer birkaç atipik antipsikotik ilaç, daha seçici olarak striatal değil mezolimbik dopamin reseptörleri üzerine etkilidir. 5-HT₂ blokajının, dopamin blokajı etkisine oranının 10 katı olması, tipik-atipik ayrımını belirleyici olduğu ileri sürülmüştür. Dopaminin ve 5-HT_{2A/5-HT_{2C}}'nin aynı zamanda blokajının, şizofreninin negatif belirtileri üzerine daha etkili olmayı sağladığı bildirilmiştir.

Antipsikotiklerin, NA salınımı üzerine etkileri gibi tedavi etkileri ile de ilintilendirilebilen nörotransmitterler ve reseptörler üzerine birçok etkileri vardır. Alfa₂ adrenerjik otoresepör blokajı, presinaptik nörondan daha fazla NA salınımına neden olur. Bu etki, klozapin ve risperidonla gerçekleşir. Bu tip noradrenerjik etkiler,

duygudurumda iyileşme ve negatif belirtilerin düzelmesine yol açabilir. Bu ilaçların yan etkilerini de açıklayan antikolinergik, antihistaminik ve antiadrenerjik etkileri de vardır. En son atipik antipsikotik olan aripiprazol, D2 ve 5-HT1A parsiyel reseptör agonisti ve 5-HT2A reseptör antagonisti olarak işlev görür.

Son yıllarda, şizofreni patofizyolojisinde glutamat disfonksiyonu kuramı ortaya atılmıştır. Bu mekanizma, glutamaterjik aktiviteyi azaltan bazı antikonvülzanların, antipsikotik etkilerini de açıklamaktadır.

Farmakokinetikleri

Antidepresanlar gibi antipsikotikler de sitokrom P450 sistemi ile karaciğer metabolizmasına uğrarlar. Antipsikotik ilaçların çoğu (perfenazin, tiyoridazin, risperidon) CYP2D6 sistemi yoluyla metabolize olur. Diğerleri (olanzapin, klozapin) CYP1A2 ve (ketiapin) CYP3A4 enzimini kullanır. Antipsikotiklerden bir kısmı, birçok sitokrom enzimleriyle birlikte glikoronidasyon yolunu da kullanırlar. Ağızdan alındığında, karaciğerden ilk geçiş etkisine uğrarlar, enjeksiyon sonrasına göre daha düşük plazma düzeylerine erişirler. Parenteral yolda ilk geçiş etkisine uğramadığı için, oral kullanıma göre iki kat daha yüksek düzeylere ulaşılır. Birçok antipsikotik ilacın atılım yarı ömrü yaşlılarda ve karaciğer disfonksiyonu olan hastalarda uzamakla birlikte 20-24 saattir. Aripiprazol yarı ömrü 70 saatten daha uzun, ziprasidonun ise 6-7 saat gibi kısa bir süredir.

Yan Etkileri

Antipsikotiklerin farklı nöronal reseptörler üzerindeki etkilerinden ötürü çeşitli yan etkileri vardır. Akut distoni, akatizi ve parkinsonizm gibi ekstrapiramidal yan etkiler sıklıkla haloperidol ve flufenazin gibi yüksek potanslı ilaçlar ile ortaya çıkar. Seyrek olarak özellikle risperidonun yüksek dozlarıyla, atipiklerle de oluşabilir. Tiyoridazin ve klorpromazin gibi düşük potanslılar ise daha çok antikolinergik, antihistaminik ve antiadrenerjik yan etkilere neden olabilir. Periferik alfa1 adrenerjik reseptörlerin blokajı, hipotansif etkilerini açıklarken, düşük potanslıların antihistaminik etkileri ise sedasyon ve kilo artışına yol açabilir.

Antipsikotiklerin diğer yan etkileri; karaciğer disfonksiyonu (sıklıkla alifatik fenotiyazinlerle), nadir pankreatitis olguları (özellikle olanzapin ve klozapinle), cinsel işlev bozukluğu, prolaktin yükselmesi, adet düzensizliği ve jinekomasti, deri döküntüsü, fotosensitivite reaksiyonları (başlıca düşük potanslılar ve risperidon), nöbet eşliğinde düşme (özellikle klozapin ve olanzapin), nöroleptik malign sendrom ve tardiv diskinezi (yüksek potanslı tipikler).

Klozapine bağlı agranülositozis, genellikle tedavinin ilk 5 ayında ve %0.3 oranında oluşabilir. Düşük potanslılar (özellikle tiyoridazin), ziprasidon ve ketiapinin sodyum iyon kanalı blokajı özelliğinden ötürü QTc uzamasına yol açabilirler. Tip 2 diyabet, kilo alımı, dislipidemi ve glukoz disregulasyonu özellikle klozapin ve olanzapinle ortaya çıkabilir.

Yan etkilerle başa çıkmada; doz indirimi, dozu yavaş arttırma, veriliş zamanını ayarlama, ilaç değişimi, EPS için antiparkinsoniyen ilaç ekleme, periferik antikoli-

nerjik yan etkilere karşı ürekolin, ortostatik hipotansiyon için tuz tabletleri veya varis çorabı kullanma gibi stratejiler kullanılabilir. Atipikler kullanılırken glukoz ve lipid değerlerinin takibi önemlidir.

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS)

Nadir olarak antipsikotik kullanan bazı hastalarda yaşamı tehdit eden kas rijiditesi, ateş, otonomik instabilite, beyaz kürede artış (15000 üstü), CPK yüksekliği ve deliryum tablosu ortaya çıkabilir. En fazla yüksek potanslı tipik antipsikotiklerle olursa da, atipiklerle de bu tablo ortaya çıkabilir. Yüksek dozda ilaç kullanımı, dozda hızlı çıkış, kas içi enjeksiyonlar, dehidratasyon, lityum kullanımı, duygudurum bozukluğu NMS riskini artırır. Tedavide tüm ilaçların kesimi, ayrıntılı tıbbi değerlendirme, parenteral sıvı desteği, antipiretik ilaçlar, destekleyici tedavi, dantrolen ve bromokriptin uygulanır.

İlaç Etkileşimleri

Antipsikotiklerin antikolinergik yan etkileri diğer antikolinergik etkili ilaçlarla (trihexifenidil ve benztropin gibi) birlikte kullanıldığında artar. QTc uzaması etkisi olan bazı atipikleri diğer QTc uzamasına neden olabilen ilaçlarla (bazı florokinolon antibiyotikler, eritromisin, TCA, kinidin, amiodaron) birlikte kullanımında dikkatli olunmalıdır. Antipsikotikler lityum veya fluoksetin gibi SSGİ'lerle birlikte kullanıldığında, EPS riski artabilir. Fluoksetin ve paroksetin CYP2D6 sistemi inhibisyonuyla, birçok antipsikotik ilacın metabolizasyonunu engeller, kan düzeyini yükseltir. Fluvoksamin, meksiletin veya propafenon gibi CYP 1A2 inhibisyonu yapan ilaçlar, klozapin veya olanzapin düzeylerini yükseltir. Valproat, antipsikotik düzeylerini hafif yükseltebilirken; Fenitoin, fenobarbütal ve karbamazepin düşürebilir. Sigara kullanımı, klozapin ve olanzapinin karaciğer metabolizmasını hızlandıracaktır. Antiasitler, antipsikotiklerin gastrointestinal emilimini azaltacaktır.

Tıbbi Hastalarda Kullanımı

Yaşlı hastalarda veya tıbbi hastalarda antipsikotik kullanımı, diğer tüm psikotropoların kullanımında olduğu gibi doz azaltımı, yaşamsal bulguların ve yan etkilerin dikkatli takibini gerektirir. Yüksek antikolinergik yan etkiler bu gruplarda istenilmez. Düşük potanslıların kinidin benzeri etkileri ve ortostatik hipotansiyon yapıcı yan etkilerine dikkat etmek gerekir. Alfa1 adrenerjik reseptör blokajı ve ortostatik hipotansiyon riski özellikle konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda dikkate alınmalıdır. Karaciğer hastalarında, klasik antipsikotiklerden haloperidol daha güvenlidir, klorpromazine bağlı hepatotoksisite ve kolestazis olguları bildirilmiştir.

Atipiklere baktığımızda, risperidonun fenotiyazinlere göre hepatotoksisitesi daha az, ancak geçici transaminaz yükselmeleri, yağlı karaciğer, kolestatik hepatit olguları bildirilmiştir. Karaciğer hastalığında klozapin kontrendikedir. Ziprasidon, amisülpirid, ketiapin kullanımı daha güvenlidir. Klozapin, özellikle psikozlu Par-

kinson hastalarında tercih edilmelidir. Klozapin, hastaların %1-2'sinde agranülozi-
toza yol açar. Lökopeni bir rölatif kontrendikasyondur. Antipsikotik ilaçlardan atipik
klozapinin epilepsi oluşturma riski en yüksektir. Epileptik hastalar veya epilep-
si eşiği düşük hastalarda kullanılmamalıdır.

Olanzapine bağlı konstipasyon ve üriner retansiyon; risperidona bağlı hipotan-
siyon, EPS ve ilaç etkileşimlerine dikkat edilmelidir. Antikolinergik etki sonucun-
da idrar retansiyonu gelişir. Fenotiyazinler böbrek yetmezliğinde antikolinergik yan
etkileri nedeniyle kullanılmamalıdır.

Son dönemde, risperidon ve olanzapin üreticileri, demanslı yaşlılarda kullanı-
mın serobrovasküler olay riskini arttırdığı ile ilgili uyarı yapmışlardır.

Gebelikte antipsikotik ilaçların kullanımından, mümkünse tüm ilaçlar gibi özel-
likle ilk trimesterde kaçınılmalıdır. Ancak tedavi edilmeyen psikozun riskleri mut-
laka göz önüne alınmalı, yarar/zarar oranı hesaplanmalıdır. EKT, akut psikotik/mani-
k gebe hastalar için uygun bir tedavi seçeneği olabilir. Antipsikotiklerden düşük
potanslı nöroleptiklerden kaçınılmalı, tipiklerden haloperidol tercih edilebilir.

Anksiyolitikler

Anksiyolitikler, anksiyete bozukluklarında kullanımı onaylanan birçok antidepresan
ilaç da içine alan geniş bir gruptur. Benzodiyazepinler (BZD), anksiyolitikler
denince ilk başta gelen ve en çok kullanılan ilaçları oluşturmaktadır. Kimyasal yapı-
larına göre sınıflandırılabilirse de klinik kullanımları, metabolizma yolları ve atıl-
ım yarı ömürleri gibi farmakokinetik etkenlerden daha fazla etkilenmektedir. Al-
prazolam, klordiyazepoksid, klonazepam, klorazepat, diyazepam, halazepam, lora-
zepam, oksazepam olarak sayılabilirler.

Azapiron anksiyolitik buspironun özellikle GAB olan hastalarda kullanımı etkili
bulunmuş, yüksek dozlarında antidepresan özellikleri de ortaya konulmuştur. Bazı an-
tihistaminiklerden, SSGİ dışı antidepresanlardan da yararlanılmaktadır. Klonidin ve
guanfasin gibi anti-noradrenergik ajanlar ve beta blokerlerden de klinikte anksiyete ve
ajitasyon tedavisinde kullanılmaktadır. Valproat, lamotrijin, gabapentin ve tiagabin gi-
bi antikonvulzanların anksiyete bozukluklarında kullanımı ile ilgili gittikçe artan bir il-
gi de mevcuttur. Bazı olgularda, atipik antipsikotiklerin kullanımı da söz konusudur.

Kullanım Alanları

BZD anksiyolitik-hipnotik olarak özellikle GAB, panik bozukluğu ve strese bağlı uyku
bozukluğu olgularında yaygın olarak kullanılmaktadır. Alkol yoksunluğu, EPS belirtile-
ri, noktural miyoklonus ve gece terörü tablolarında da kullanılmaktadır. Mani ve akut
psikoz tedavisinde duygudurum stabilizatörleri ve antipsikotiklerle birlikte, OKB, sosyal
fobi, çekingen kişilik bozukluğu, TSSB ve depresyonda da kullanımları mevcuttur. Bus-
pironun, panik bozukluğunda değil, GAB'da etkili olduğu bilinmektedir.

SGİ ve SNGİ'lerinin, çeşitli anksiyete bozukluklarında kullanımı ile ilgili FDA
onayı vardır.

BZD'ler özellikle GAB tedavisinde buspironla birlikte kullanılabilir. Hipotansiyona dikkat etmek koşuluyla, beta blokerlerle birlikte de kullanılabilir. Benzodiyazepinlerin varolan depresyonu olası kötüleştirme etkisini de dikkate alarak, anti-depresanlarla kombinasyonu sıktır. Antipsikotik ve antimanik ilaçlarla birlikte kullanıldıklarında onların etkilerini arttırarak, gerekli antipsikotik dozu aşağı çekerek yararlı olabilirler. TSSB hastalarında, GABA gerilim inhibitörü tiagabin kullanımı ile yararlı sonuçlar bildirilmiştir.

Etki Mekanizmaları

GABA-A ve GABA reseptörleri BZD, barbituratlar, nörosteroidler, zolpidem ve zopiklon gibi BZD dışı hipnotiklerin bağlanma yeridir. Bütün bu ajanlar GABA agonistleridir. Negatif yüklü klorid iyonlarının akışına, bunun sonucunda da nöron hiperpolarizasyonu ve ateşlenme hızında azalmaya yol açarlar. GABA-A reseptörü 5 alt ünitesi mevcut. 2 alfa, 2 beta ve bir gama ünitesi mevcut. Tüm BZD'ler alfa 1, 2 ve 3 alt ünitelerine bağlanır. Farklı alfa reseptörleri farklı beyin bölgelerinde yer aldığından (korteks, beyin sapı gibi), bu bağlanma özelliğinin klinik farklı etkilerinden (amnestik, sedatif ve hipnotik) sorumlu olabilir. Tiagabin, GABA geri alımını inhibe ederek, buspiron ise postsinaptik serotonin1A (5-HT1A) reseptörü parsiyel agonisti olarak anksiyolitik etki gösterir.

Farmakokinetikleri

Atılım yarı ömürlerine göre 3 ana grupta toplanabilir-uzun, orta ve kısa etkili. Uzun etkili olanların ortak orta etkili aktif desmetildiyazepam adında bir metabolitleri mevcuttur. Karaciğer fonksiyon bozukluğuna hassas oksidatif metabolizmaya uğrarlar. Orta etkili üç BZD (lorazepam, oksazepam ve temazepam) glukuronidasyona uğrarlar ve karaciğer fonksiyonundaki değişimlerden etkilenmezler. Karaciğer hastalarında ve çeşitli enzim inhibitörü ilaçlar kullanan hastalarda tercih edilmelidirler. Alprozalam orta etkilidir, oksidatif metabolizmaya uğrar ve aktif metaboliti yoktur. Diğer orta etkili ilaç olan klonazepam, birincil metabolik adım olarak nitroreduksiyona uğrar. Midazolam, en kısa yarı ömürlü BZD (atılım yarı ömrü 2 saat) ameliyat öncesi sedasyonda kullanılır. Oksidatif metabolizmaya uğrayan BZD, genellikle CYP3A3/4 ve 2C19 substratdırlar.

Yan Etkileri

BZD'ler baş dönmesi, yorgunluk, ataksi, solunum depresyonu ve düşmelere yol açabilirler. Konfüzyon, psikomotor bozukluk, amnezi, depresyon ve paradoksik ekzitasyon da görülebilen tablolarıdır. Bazı yatkın hastalarda psikolojik ve/veya fiziksel bağımlılık oluşabilir. Ani kesimlerinde uyku bozukluğu, hatta nöbetler gibi yok-sunluk belirtileri ortaya çıkabilir. Buspiron genellikle iyi tolere edilir. Baş dönmesi, gastrointestinal belirtiler ve baş ağrısı yan etkileridir.

İlaç Etkileşimleri

Diğer ilaçlarla birlikte kullanılmaları genellikle güvenlidir. Ancak bazı ilaçlar (simeidin, ketokonazol, fluvoksamin, nefazodon, eritromisin, çeşitli proteaz inhibitörleri gibi) oksidatif yolla metabolize olan BZD'lerin plazma düzeylerini arttırabilir ve toksisiteye yol açabilir. Rifampin, fenobarbital, karbamazepin, okskarbazepin ve fenitoin gibi ilaçlar ise bazı BZD'lerin klinik etkilerini azaltabilir. BZD ve antikonvülsan ilaçların birlikte kullanımı, bilişsel bozukluk riskini, BZD ve klozapin birlikte kullanımı ciddi sedasyon ve/veya kardiyorespiratuar supresyon riskini artırır. BZD'ler alkol, narkotikler ve diğer MSS depresanlarının nörotoksitesini arttırabilir. Doz aşımında tek başına riskli değilken, alkol veya diğer MSS depresanları ile birlikte alındığında ölümcül olabilir.

Buspiron diğer ilaçlarla kombinasyonunda genellikle iyi tolere edilirken, farmakodinamik etkileşimlerden ötürü MAOI veya diğer serotonerjik ilaçlarla kombinasyonunda sorun yaşanabilir. CYP3A4 inhibisyonu yapan ilaçlar, buspiron, zolpidem ve zopiklonun kan düzeylerini yükseltebilir.

Tıbbi Hastalarda Kullanımı

Benzodiyazepinlerin yaşlıda veya tıbbi hastalarda kullanıldığında bilişsel bozukluk, düşme ve kalça kırığı, davranışsal disinhibisyon, konfüzyon, azalmış hepatik metabolizasyon, ilaç etkileşimleri riski daha yüksektir. Karaciğer hastalıklarında faz I reaksiyonları oksidasyon azalır, faz II reaksiyonları konjugasyon daha az etkilenir. Alprazolam, diazepam, klordiazepoksit gibi ilaçların klirensi düşerken, konjugasyon yoluyla metabolize olanlar (lorazepam, oksazepam, temazepam) tercih edilir.

Özellikle KOAH hastalarında hipoksik yanıtı engelleme riskine dikkat edilmelidir. pCO₂ artarsa benzodiyazepinlerden kaçınılmalıdır. Kısa yarı ömürlü olanlar (lorazepam gibi) tercih edilmelidir. Uyku apneli hastalarda benzodiyazepinler kontrendikedir. Trazodon hipnotik özelliği ile solunumu baskılamaz, akciğer hastalarında özellikle uyku bozukluğu varlığında iyi bir seçenek olabilir. Sedasyona, psikomotor bozukluğa daha az neden olması ve solunum depresyonu etkisinin olmaması nedeniyle buspiron da tercih edilebilir.

BZD'lerin ilk trimestırda kullanımı, intrauterin gelişimi bozarak yarı dudak veya yarı damağa neden olabilir. Son trimestırda maruz kalımda ise doğum sonrası 'gevşek bebek sendromu' oluşabilir. Bu sendromda; kas hipotonisitesi, letarji, emme güçlüğü, hipotermi, solunum güçlüğü ve düşük apgar skorları görülebilir. Buspiron ile risk net değildir.

Duygudurum Dengeleyicileri

Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlar; lityum, valproat, karbamazepin (CBZ), okskarbazepin, lamotrijin, diğer antikonvülsanlar, bazı atipik antipsikotikler olarak sayılabilir. FDA onayı olan ilaçlar; lityum, valproat, lamotrijin, olanzapin

pin, risperidon, ketiapin, aripiprazol, ziprasidon, karbamazepin ve olanzapin/fluoksetin kombinasyonudur. Lamotrijin bipolar depresyonun engellenmesinde daha etkin görünmektedir.

Adjuvan tedavide kullanılan diğer ilaçlar tiroksin (T4), kalsiyum kanal blokerleri, bupropion, çeşitli SSGİ'ler, klonazepam ve lorazepam gibi bazı BZD'ler olarak sayılabilir.

Lityum tedavisi, kan düzeyleri kontrolleri ile sürdürülür. Tedavi dozları 0.5-1.5 mEq/L arasındadır. Doz aralığındaki yüksek dozlar akut tedavide yeğlenir. 1.5 mEq/L üstü kan düzeyleri toksik tabloyu gösterir. 2.5 mEq/L üstü dozda ise ciddi toksisite ölümlerle sonuçlanabilir. Hastayı diyalize almak gerekebilir. Karbamazepin ve valproat kullanımında da kan düzeyleri takip edilir. Genellikle karbamazepin için 8-12 mikrog/mL, valproat için ise 45-125 mikrog/mL arasında kan düzeyleri terapötiktir.

Kullanım Alanları

Bipolar bozukluk her tipi ve fazında ilk basamak tedavide lityum önerilmektedir (APA guideline, 2002). İstisnai tek tablo karma manik dönemlerdir. Bu durumda valproat kullanımı yeğlenir. Hızlı döngülü bipolar bozuklukta da lityum veya valproat tercih edilmelidir. Bipolar bozukluk akut depresif dönemde önerilenler lityum veya lamotrijindir. Bipolar bozukluk koruyucu tedavide de lityum veya valproat tercih edilmelidir (APA guideline, 2002).

Öforik mani/hipomani tedavisinde lityum, valproat veya olanzapin, karma veya disforik mani/hipomani tedavisinde de valproat veya olanzapin tercih edilmektedir. Psikotik mani için önerilenler lityum, valproat veya olanzapindir. Bipolar depresyonda başlangıç tedavisinde öncelikle duygudurum stabilizatörü, antidepresan öncesi başlanmalıdır. Sonraki basamakta, bir antidepresan veya lamotrijin başlanabilir (Teksas Medikasyon Algoritması, 2002).

Lityum, valproat, diğer antikönvülzanların ve atipik antipsikotiklerin psikiyatride bipolar bozukluk dışında da kullanım alanları vardır. Lityum, valproat, karbamazepin ve olanzapin çeşitli ajite psikoz, dürtüsel agresyon ve kendine zarar verme durumlarında, şizoafektif bozuklukta da kullanılmaktadır. TSSB ve sınır kişilik bozukluğunda da kullanılabilir.

Karma veya hızlı döngülü manide tek başına valproat veya lityuma yanıt veremeyen olgularda, valproat-lityum kombinasyonu yapılabilir. Belirtiler dirençli kaldığında ise bu kombinasyona farmakokinetik ve farmakodinamik etkileşimlere dikkat etmek koşuluyla CBZ de eklenebilir. Bu yüzden okskarbazepin yeğlenebilir. Dirençli olgularda özellikle bipolar depresyonda lamotrijin ilavesi yaygınlaşmıştır. Hem klasik hem de atipik antipsikotikler ciddi, akut manide duygudurum dengeleyici tam etkin hale gelene dek ilk birkaç haftada önemli rol oynar. Etkinlik, vaproatla lityuma göre daha hızlı sağlar. Atipik antipsikotikler, psikotik belirtiler olmasa da ciddi manik tablolarda yarar sağlar; bipolar bozukluk hem akut hem de idame tedavisinde ilk basamak seçeneği olarak kullanılmaktadırlar. Lorazepam ve klonazepam sıklıkla adjuvan antimanik ajanlar olarak kullanılmaktadır. Lorazepam etkisi daha çabuk başlar. Tiroid hormonları (T4), kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler ve klonidin, mani veya hızlı döngüde adjuvan tedavi olarak kullanılmaktadırlar.

Etki Mekanizmaları

Lityum nörotransmitterler, ikincil ileticiler ve membran transport mekanizmaları üzerinde etki gösterir. Serotonin ve kolinerjik iletimi, dopamin formasyonu, norepinefrin ve fosfoinozidit 'turnover'ı, adenil siklaz aktivitesiyle etki gösterir. Son dönemde lityumun, glikojen sintaz kinaz-3 (GSK-3) inhibisyonu yaptığı bildirilmiştir.

Genel olarak, antikonvülzan duygudurum dengeleyicileri glutamata karşı GA-BA oranlarını artırarak etki gösterir. Valproat, hem antiepileptik hem de antimanik etkiyi, MSS de başlıca inhibitör nörotransmitter olan GABA konsantrasyonunu artırarak gösterir. Aynı zamanda glutamat karşıtı etki gösterir, sodyum kanallarını bloke eder ve antipsikotik etkiyi de açıklayabilen dopamin 'turnover'ı azaltır. Lamotrijin voltaja bağlı sodyum kanallarının blokajı yoluyla, 'eksitator' nörotransmitterler olan glutamat ve aspartat aşırı salınımını engeller. Gabapentin ve pregabalin aşırı aktivasyonu normalize etmek için, kalsiyum kanalları üzerinde etki gösterir. Atipik antipsikotiklerin manideki ve belki de bipolar depresyondaki etkinliği, dopamin reseptör blokajı, serotonin₂ reseptör antagonizması ve glutamaterjik aktivite üzerindeki karmaşık etki yollarına bağlı olabilir.

Farmakokinetikleri

Lityum, psikotrop ajanların içinde tek hepatik metabolizmaya girmeyen ve tamamen böbreklerden atılan ilaçtır. Proteine bağlanmaz, yarılanma ömrü 12 saat, sabit dozda kararlı durum düzeylerine 4-6 gün içerisinde ulaşır. Günde tek doz uygulaması ile pik lityum düzeylerine ulaşım için gereken zaman azaltılabilir. Lityum retansiyonu ve atılımı, sodyum (tuz) kısıtlanması veya yüklenmesinden etkilenir.

Valproat metabolizması, iki hepatik yolak (mitokondrial ve mikrosomal) ve glukuronidasyon kullanılarak daha karmaşıktır. Metaboliti hepatotoksiktir. Yarılanma ömrü 12 saattir ancak mitokondrial ve/veya mikrosomal enzimleri etkileyen ilaçların birlikte kullanımından etkilenir.

Karbamazepin de karmaşık bir metabolizmadan geçer ve hem farmakolojik aktivite hem de nörotoksiteden sorumlu 10,11 epoksid oluşur. Karbamazepin metabolizmasının bir kısmı nefazodon, ketokonazol ve diğer ilaçların inhibe ettiği sitokrom P450 3A4 yolunu kullanır. Yarı ömrü 18-55 saat arasındadır. Tedavinin ilk birkaç ayında otoindüksiyon yapar ve yarı ömrü, plazma düzeyini düşürür. Otoindüksiyon, her doz artırımı sonrası da oluşur. CBZ, çeşitli psikotrop ilaçlar da dahil olmak üzere birçok ilacın plazma düzeylerini düşürür. CBZ keto-congener okskarbazepin de CYP3A4 yoluyla metabolize olur. Asıl metabolik yolu indükte olamayan CYP dışı enzim kullandığından, okskarbazepin kendi metabolizmasını hızlandırmaz ve CYP enzimleri üzerinde daha sınırlı etkileri mevcuttur. Ancak halen diğer ilaçların metabolizmasını etkileyebilir.

Lamotrijin asıl olarak glukuronidasyon yoluyla metabolize olur. Diğer medikasyonların plazma düzeylerini etkilemese de, valproat, lamotrijin düzeyini belirgin şekilde artırabilir, böylelikle ciddi deri döküntüsü riski artar.

Yan Etkileri

Lityum sıklıkla poliüri ve polidipsiye, gastrointestinal sorunlara ve tremora neden olur. Bu yan etkilerin çoğu doz azaltımı ile çözülür. Hipotiroidizm, hastaların %5-10'unda özellikle de kadınlarda ortaya çıkabilir. Doza bağlı bilişsel yavaşlama, ilaca kötü uyumun nedenlerinden biridir. Nefrojenik diyabet insipid çok nadir bir komplikasyonudur. Glomerüler disfonksiyonla daha çok ilintili olduğundan, küçük bir grup hastada glomerüler fonksiyonda bozulma olabilir.

Valproat, daha az yan etkiye neden olur. Doz/plazma düzeyine bağlı gastrointestinal bozukluk, kilo artışı, saç dökülmesi, tremor ve trombositopeni görülebilir. Valproat, menstruel disfonksiyon ve polikistik over hastalığı arasında bir bağlantı varsa da, nedensel ilişki netleştirilememiştir. Tüm klinisyenlerin valproat başlarken dikkate alması gereken üç önemli uyarı vardır: Karaciğer toksisitesi, pankreatitis ve gebelerde kullanımı ile teratojenite (spina bifida).

Lamotrijin genellikle iyi tolere edilir ancak tedavinin başında geçici baş ağrısı görülebilir. Birçok antikonvülzanın tersine kilo artışına neden olmaz. Dikkat edilmesi gereken tablo lamotrijin kullanımında Stevens-Johnson Sendromu dahil olmak üzere ciddi döküntü ve toksik epidermal nekroz ortaya çıkması riskidir. Yavaş ve uygun titrasyonu, doz artırımları yapılırsa bu komplikasyon çok nadirdir (%0.1-0.3). Risk hızlı doz artışı ve tedaviye valproat eklenmesiyle artar.

CBZ, %40 oranında hastada yan etkiler ortaya çıkarabilir. Yorgunluk, gait instability, baş ağrısı, baş dönmesi ve döküntüye neden olabilir. Bununla birlikte, CBZ valproata göre daha az kilo artışı, saç kaybı ve tremora; lityuma göre ise daha az hafıza bozukluğuna neden olur. %10 hastada geçici lökopeni ortaya çıkabilir, genellikle selimdir. Korkulan aplastik anemi riski 2/125000 gibi çok seyrek. Hiponatremi, uygunsuz antidiüretik sendrom (SIADH), karaciğer fonksiyonlarında bozulma ve kardiyak ileti sorunları da gelişebilir. Okskarbazepin daha iyi tolere edilir, hematolojik komplikasyonlara neden olmaz. Ancak olguların %3'ünde hiponatremi oluşturabilir.

İlaç Etkileşimleri

Lityumla belirgin etkileşim, non-steroid antiinflamatuar ilaçlar ve tiyazid grubu diüretiklerle olur. Lityum düzeyinin artmasına ve toksisiteye neden olabilir. Teofilin, kafein, verapamil ve karbonik anhidraz inhibitörleri lityum atılımını arttırmalar ve böylelikle kan düzeyini düşürürler.

Valproat hafif düzeyde karaciğerde oksidatif metabolizma inhibitörüdür; Karbamazepin ve epoksid metaboliti, fenobarbital, fenitoin, TSA, daha düşük oranda antipsikotiklerin düzeyini yükseltebilir. Valproat ve lamotrijin birlikte kullanımında, valproat glukuronidasyonu inhibe ettiğinden, lamotrijin düzeyi artabilir, dikkatli olunmalıdır. Simetidin, salisilatlar ve klorpromazin valproat klirensini azaltabilir, böylelikle düzeyini arttırabilir. Fluoksetin de, valproat düzeyini arttırabilir.

CBZ, karaciğer enzimlerinin güçlü bir indüktörüdür ve genel olarak birçok ilacın kan düzeyini düşürür. CBZ, valproat düzeyini azaltır, ancak toksik metabolit düzeyini

arttırır. Belirgin şekilde haloperidol ve diğer antipsikotikler, TSA'lar, BZD, warfarin, prednizon, teofilin ve oral kontraseptiflerin düzeylerini düşürür. CBZ metabolizmasını verapamil, diltizem, eritromisin, valproat kullanımı azaltır; toksik düzeye çıkmasına neden olabilir. Okskarbazepin, daha az ilaç etkileşimine girmekle birlikte CYP3A4 indükler ve CYP2C19 inhibe eder. Böylelikle, oral kontraseptiflerin düzeyinin düşmesi-ne, fenitoin gibi CYP2C19 substratlarının düzeyinin artmasına yol açabilir.

Tıbbi Hastalarda Kullanımı

Lityum, sinoatriyal düğüm fonksiyonunu etkiler, sinoatriyal blok riski ortaya çıkabilir. Sinus hastalığı veya ileti bozukluğu olan hastalarda lityum kullanmaktan kaçınmak gerekir. Digoksin kullanan hastalarda dijital toksisitesi riskini arttırır. Karbamazepinin kinidin benzeri etkisine dikkat edilmelidir. Endokrin sistemde, hastaların %10-15'inde hipotiroidizm bildirilmiştir. Lityum kullanan hastalarda, benign lökositoz yaygındır. Karbamazepin lökopeniye yol açar, agranülositöz seyrek fakat ciddi bir yan etkidir. Valproik asid trombositopeniye yol açabilir. Karbamazepin ve fenitoin karaciğer enzimlerinin indüktörüdür. Valproik asit ise karaciğer sitokrom P450 enzim inhibisyonu yapabilir. Antikonvülzan ilaçlar karaciğere toksik ilaçlardır. Özellikle valproat kullanımında, küçük çocuklarda karaciğer nekrozu bildirilmiştir. Lityum, yaşlı ve demans popülasyonunda nörotoksisite riski yükselir. Böbrek fonksiyonları bozuk hastalarda da dikkatle kullanılmalıdır.

Lityum erken gebelik döneminde kullanımı, özellikle 'Ebstein anomalisi' olmak üzere kardiyak anomalilere yol açabilir. Bu olasılığın eskiden bildirildiğinden daha az olması sevindiricidir. CBZ'e maruz kalma ise kranyofasyal defektlere, gelişme geriliğine ve spina bifidaya yol açabilir. Valproat kullanımında spina bifida oranı %1 olarak bildirilmiştir. Gebelikte yarar/zararı düşünerek eğer duygudurum dengeleyici kullanmak gerekiyorsa Lityum ilk trimesterde en güvenilir duygudurum dengeleyici olarak önerilmektedir.

Elektrokonvülsif Tedavi

EKT, depresyon veya mani gibi psikiyatrik bozuklukları ve psikoz veya katatoni gibi psikiyatrik belirtileri tedavi etmek için MSS deki nöronların tekrarlayıcı ateşlenmelerini (grand mal nöbetler) elektriksel olarak sağlayan yöntemdir.

İlk kez 1930'lu yılların sonunda kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda EKT'nin, serotonin, GABA, endojen opiyatlar ve reseptörleri, katekolaminler (dopamin, NE, epinefrin ve reseptörleri) etkilediği gösterilmiştir.

Başlıca endikasyonu, özellikle tıbbi ve psikiyatrik nedenlerle acil yanıt gereken major depresyondur. İlaçla tedaviye yanıt vermeyen mani, afektif ve katatonik belirtilerin eşlik ettiği şizofreni diğer endikasyon alanlarıdır.

EKT kontrendikasyonları;

- 1- Beyinde yer kaplayıcı lezyon
- 2- Kafa içi basınç artışı

- 3- Yeni geçirilmiş MI, ciddi kardiyak iskemi
- 4- Ciddi HT
- 5- Yeni geçirilmiş beyin kanaması
- 6- Vasküler anevrizma

Elektrotlar, nondominant hemisfer üzerinde tek taraflı veya çift taraflı olarak yerleştirilebilir. Genelde iki günde bir uygulanır ve 2-3 hafta sürer. Emniyetlidir, morbidite ve mortalite genel anestezi riskinden fazla değildir. En sık saptanan yan etkiler unutkanlık, baş ağrısı ve kas ağrısıdır. En belirgin riskler kardiyovasküler ve intraserebral risktir.

Kaynaklar

- Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2009. Mental Health UK, 2009.
- Blumenfield M, Strain JJ. Psychosomatic Medicine (eds). By Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Cozza KL, Scott CA, Oesterheld JR, Sandson NB. Study Guide to Clinical Psychopharmacology. 3. ed. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology, Washington DC, 2007.
- Hales RE, Yudofsky SC. Essentials of Clinical Psychiatry. 2. ed. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2004:783-788.
- Pies RW. Handbook of Essential Psychopharmacology. 2. ed. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005.
- Robinson MJ, Owen JA. Psychopharmacology in Textbook of Psychosomatic Medicine. Levenson JL (ed). The American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2005:871-922.
- Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista C. Manual of Clinical Psychopharmacology. 3. ed. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005.
- Schatzberg AF, Nemeroff CB. Textbook of Psychopharmacology. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, 1995.

22 Psikoterapi

GÜLER BAHADIR, DOĞAN ŞAHİN

Psikoterapi terimi, psiko ve terapi formlarından oluşur ki, psiko Yunanca psukh "ruh, zihin"den, terapi ise Yunanca therapeia "iyileştirme"den türemiştir. İki sözcüğün birleşmesinden oluşan psikoterapi (psychotherapy) teriminin sözlük anlamı ruhsal tedavi demektir. Psikoterapi, ruhsal hastalık ve bozukları belirli bir psikopatolojik anlayış içerisinde, belirli bir kavram dizinine oturarak yapılan, yöntem ve teknikleri belirgin olan, planlı bir şekilde yürütülen uygulamalar olarak tanımlanabilir. Farklı psikoterapi tanımlamaları yapılmaktadır. Örneğin;

* Öztürk'e göre, çok geniş anlamda düşünce, duygu ve davranışları, konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme demektir. Ruhsal bozukluğun iyileşmesi için hasta ile olumlu bir ilişki içinde özel teknikleri kullanan birtakım uygulamalardır.

* Güleç'e göre, daha olgun ve uygun bir ruhsal denge sağlamak amacı doğrultusunda, başvuran kişilerle düşünce ve duygu alışverişi kurularak yürütülen bir tedavi bilim ve sanatıdır.

Özetle, psikoterapi, kişilerin daha olgun ve uygun bir denge sağlamaları amacıyla ya da kişilik ve davranış bozukluklarının tedavisi amacıyla psikolojik yöntem ve tekniklerin kullanılmasıdır. Psikoterapiler mutlaka bir kuramsal temele dayanır. Psikoterapist olacak olan profesyoneller, kuramsal ve uygulamalı özel bir eğitimden geçmek zorundadırlar. Sistemli bir psikoterapi eğitimi alma koşuluyla, tüm dünyada ağırlıklı olarak psikiyatrist ve klinik psikologlar psikoterapist olurlar. Yine eğitilmiş olma koşuluyla, psikiyatri hemşireleri ve sosyal çalışmacılar da sınırlı olarak psikoterapist olabilirler.

Psikoterapi Türleri

I. Psikoterapistin Hastaya Yanaşma Biçimi ve Tutumuna Göre:

- * Bastırıcı (Suppressive)
- * Destekleyici (Supportive)
- * Derinliğine araştırmacı (Explorative)

II. Ruhsal Bozukluk (Psikopatoloji) Anlayışı ve Kuramsal Çıkış Noktasına Göre:

A. Psikodinamik Temellere Dayananlar:

* Psikanaliz, Freud'un geliştirdiği psikanaliz ve bunun değiştirilmiş, uyarlanmış biçimleri

* Freud'dan yöntemce büyük ayrılma göstermeyen fakat kuramsal açıdan farklılıkları olan yeni analiz okulları (Jung, Adler, Rank, Horney, Sullivan...)

* Psikanalitik nesne ilişkileri kuramı (Klein, Fairbairn, Kernberg...),

* Psikanalitik benlik (Ego) psikolojisi (Hartmann, Rapaport, Erikson...),

* Psikanalitik kendilik (Self) psikolojisi (Kohut...)

B. Öğrenme İlkelerine Dayanan Davranışçı Psikoterapi Türleri:

* Sistematik duyarsızlaştırma (systematic desensitization, Wolpe),

* Alıştırma (exposure),

* İtici koşullama (aversive training),

* Olumlu pekiştirme ve söndürme (positive reinforcement and extinction) vb.

Davranışçı tedavilerde, davranışı oluşturan etkenler üzerinde durulmadan, doğrudan doğruya davranışın kendisi ele alınır. Kişi ve içinde yaşadığı sosyal çevre açısından uyumsuz görülen davranışlar yerine, yeniden koşullandırma yoluyla uyumlu davranışların ortaya çıkarılmasına çalışılır. Bu tür terapilerde hastanın etkin biçimde katılması gerekir. Hasta terapistin önerilerine uymak ve bunları aşama aşama gerçekleştirmek durumundadır.

C. Bilişsel Psikopatoloji, Bilgi İşleme (Information Processing), Sosyal Psikoloji İlkelerine Dayananlar

Bilişsel davranışçı tedaviler (Beck, Ellis...)

D. Varoluşçu (Egzistansiyel) ve Olgu-Bilimsel (Phenomenologic) Temellere Dayananlar (Binswanger, Minkowski, Frankl, Strauss...)

III. Tedavi Durumunun Biçimi ve Yapısına Göre:

A. Bireysel (Individual) Psikoterapi

B. Küme (Group) Psikoterapisi

C. Psikodrama

D. Oyun Psikoterapisi

E. Aile Psikoterapisi

Bu tür bir sınıflandırma, bütün psikoterapi türlerine kuşbakışı bakmak olanağı vermektedir. Bu sınıflandırmanın her bölümündeki bir tür başka bölümdeki bir başka türle birleşmek, uzlaşmak durumundadır. Birbirlerinden ayrı ele almamıza olanak yoktur. Örneğin, tedavi durumunun biçimi ve yapısına göre bireysel psikoterapi dediğimizde, ne tür bir kuramsal dizgeye (sisteme) göre uygulandığı sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu destekleyici, bastırıcı bireysel psikoterapi olabileceği gibi, derinliğine araştırmacı psikanalitik bir tedavi de olabilir. Grup psikoterapisinde de analitik ya da destekleyici bir yol tutulabilir.

Çeşitli Psikoterapi Türlerinde Kullanılan Başlıca Ruhsal ve Fiziksel Araçlar

1. Daha çok bastırıcı ve destekleyici psikoterapi türünde
 - A. Eğindirme (telkin,suggestion)
 - B. İnandırma (ikna, persuasyon)
 - C. Yol gösterme, rehberlik (guidance)
 - D. Danışma (counseling)
2. Bastırıcı, destekleyici ve derinliğine araştırmacı türlerde
 - A. Uyum (hipnoz)
 - B. Uyuşturma (narkoz)
 - C. Boşaltma (katarsis)
3. Genellikle derinliğine araştırmacı, çözümleyici (psikanalitik türlerde)
 - A. Güdüksüz görüşme (non-directive interview)
 - B. Serbest çağrışım (free association)
 - C. Düşlerin çözümlenmesi
 - D. Dil sürçmelerinin (parapraksis) çözümlenmesi
 - E. Simgelerin (sembollerin) çözümlenmesi
 - F. Direnç (resistance) ve aktarımın (transference) çözümlenmesi
 - G. Açıklama ve yorumlamalar
4. Daha çok davranış psikoterapilerinde
 - A. Gevşeme, koşullama
 - B. Edimsel koşullama
 - C. Alıştırma (exposure)
 - D. Ödül-ceza teknikleri
 - E. Pekiştirme, söndürme
 - F. Çeşitli öğretim teknikleri

Dolaysız Araçlar

1. Çevrenin değiştirilmesi (aile düzenlenmesi, hava değişimi, iş değiştirilmesi...)
2. İlaçlar; fizik sağaltım yolları (faradi, banyolar, spor...); çeşitli uğraşı, iş ve uyumlandırma (rehabilitasyon) yolları

Bu özetleme de görüldüğü gibi psikoterapide kullanılan araçlar daha çok şu ya da bu tür için yeğlenebilir; fakat genellikle her tür sağaltımda bu araçların herhangi biri, yeri ve sırası gelince kullanılabilir. Örneğin, en koyu geleneksel bir psikanalizde bile gerekince eğindirim, rehberlik, yol gösterme kullanılabileceği gibi destekleyici psikoterapide de bir düş yorumlaması yapılabilir.

Psikodinamik Psikoterapi

Psikanaliz Freud tarafından geliştirilmiş bir kuram ve uygulamadır. Psikodinamik ya da dinamik psikiyatri terimi ise 1880-1900 yılları arasında kullanılmaya başlanmıştır. Terimi ilk kullanan Leibniz, “dinamik” kavramını, özellikle “statik” le karşıtlığı vurgulamak için önermiştir.

Dinamik psikiyatri, ruhsal olguların, bilinçdışı arzularla, onları engellemeye çalışan güçler arasındaki çatışmadan kaynaklandığını düşünür. Bazı olgulardan ise çatışmalar yanında ruhsal yapıda beklenen doğal gelişimin eksik kalması yani eksiklikler sorumludur.

Ruhsal olgular ve semptomlar bilinçdışı çatışmalardan ya da ruhsal yapıdaki kusurlardan kaynaklandığına göre, görünen, yüzeysel olgular gerçeğin sadece bir yüzünü gösterir. Psikodinamik psikiyatri sadece görüneni değil, görünenin ardındaki nedenleri anlamaya, insanın yaptığının ne olduğunu tanımlamakla yetinmeyip, niye böyle yaptığını anlamaya çalışır.

Deskriptif psikiyatri ise hastaları, gözlemlenebilen ortak davranışsal ve olgusal özellikleriyle ele alır. Hastaları benzer belirti yelpazeleri doğrultusunda sınıflayarak, bozukluklar tanımlamaya çalışır. Hastanın subjektif deneyimleriyle, iç dünyasında olup bitenle ilgilenmez.

Dinamik psikiyatri “biricik” ve “tek” olanın ne olduğunu belirlemeye çalışır. Her insanın bir diğerine benzemeyen hayat öyküsüne sahip olmasının bir sonucu olarak diğerlerinden farklı olan pek çok yönü olduğu düşüncesindedir. Semptom ve davranışların oluşumunda, oldukça kişisel, subjektif deneyimlerle, biyolojik ve çevresel belirleyicilerin ortak rolü üzerinde durur.

Dinamik psikiyatri bilişsel-davranışçı yönelimle de farklılıklar gösterir. En uç davranışçı bakış açısına göre ruhsal yaşam, davranıştan ibarettir. Davranışçı yaklaşım, kişinin davranışlarının yanında kişisel, subjektif deneyimlerinin ikincil bir önemi olduğu görüşündedir. Dinamik yaklaşım ise hastanın iç dünyasını, fantezilerini, rüyalarını, korkularını, umutlarını, beklentilerini, kendilik imgelerini, diğerlerini algılayışlarını ve semptomlarına verdikleri psikolojik tepkilerini önemser.

Deskriptif psikiyatri ve bilişsel-davranışçı okul sadece kişinin bilinçli davranışları ve bilinci ile ilgilenir. Dinamik psikiyatri açısından ise kişinin davranışlarını, duygularını ve düşüncelerini bilinçdışı süreçler belirlerler. Psikodinamik yaklaşım, bireyin kontrolünün görünenin aksine, bilinçdışında olduğunu söyler. Kişi günlük yaşamında yaptığı seçimlerde sanıldığı kadar özgür değildir. Eş seçimi, meslek seçimi, özel uğraşlar rast gele ya da bilinçli kararlarla yapılmış seçimler olmaktan çok, bilinçdışı işleyen dinamik süreçlere bağlıdır.

Semptom ya da davranışların genellikle tek bir bilinçdışı belirleyicileri yoktur. Bir semptom bir dizi bilinçdışı sürecin birarada işlemesi sonucu ortaya çıkar.

Dinamik psikiyatrinin bir başka ilkesi ise erken çocukluk yaşantılarının kişinin ruhsal yapılanmasının şekillenmesinde çok önemli olduğu düşüncesidir. Kişiliğimiz, alışkanlıklarımız, beklentilerimiz, kendimizi ve başkalarını algılamamız, büyük oranda anne, baba ve aile içi etkileşimlerle belirlenir.

Psikodinamik Terapiler ve Uygulama

Terapisti ve hastayı bir araya getiren tek neden, hastanın sorunlarının çözüme kavuşturulmasıdır. Her türden terapide terapistin tüm eylemleri ve ifadeleri, bu amaçla hizmet etmelidir. Terapistin hiçbir eylemi, kişisel merak, bilgi alma, kendini iyi hissetme gibi motivasyonlara dayanmamalıdır.

Psikanalizin tarihsel gelişimi sürecinde üç ana uygulanma biçimi gelişmiştir:

- 1- Psikanaliz,
- 2- Ekspresif, çözümlayici, iç görüye yönelik, psikanalitik psikoterapiler, dinamik psikoterapi,
- 3- Dinamik yönelimli destekleyici psikoterapi.

Psikanalitik psikoterapilerin üçünün ortak yanı, hastanın söyledikleri ve yaşadıklarının tam ve derin anlamlarını anlamak ve hastanın anlamasını sağlamaya çalışmaktır.

Dinamik terapist tedavinin her anında “ kendine özgü bir öyküsü ve zihinsel uğraşları olan bu kendine özgü kişinin, şu anda bana bunları söylemesinin ve bu şekilde davranmasının anlamı nedir?” diye sorar. Böyle davranmasının bilinçli ve bilinçdışı anlamları nedir diye anlamaya çalışır.

Psikanalitik terapilerin birbirlerinden farklarını belirtmeden önce terapide özel önemleri olan, aktarım, karşı-aktarım ve direnç gibi üç temel kavramı açıklamak gerekir.

Aktarım

Terapide hasta zamanla geçmişte başta annesi babası olmak üzere önemli kişilere karşı olan duygularını terapistte yansıtır. Terapisti anne ya da babası gibi algılar, onlar gibi davrandığını iddia eder. Terapi bir bakıma hastanın geçmişte önemli nesnelere kurduğu ilişkilerin terapist üzerinden yaşanarak çözümlenmesi ve bunlara ilişkin yüklerden kurtulması sürecidir.

Öte yandan hastanın geçmişte yaşadıkları, anne ve babasını nasıl algıladığı, onlardan neler beklemiş olduğu, yaşadığı hayal kırıklıkları aktarım üzerinden anlaşılır. Aktarımın iki önemli karakteristiğinden bahsedilebilir. Birincisi geçmişte yaşanmış bir ilişkiden kaynaklanması, ikincisi ise yöneltilen kişinin kişiliğinden ve niteliklerinden bağımsız olmasıdır. Hasta farkında olmaksızın geçmiş ilişkiyi tekrarlamakta ve böylelikle yine farkında olmadan geçmişine dair çok değerli bilgiler vermektedir. Aktarım her ilişkide ve her türlü hasta-hekim ilişkisinde ortaya çıkar. İnsan her ilişkiye bazı beklentiler, fanteziler veya önyargılarla başlar. Her ilişki daha önceki ilişkilerin üzerine eklenir. Terapist-hasta ilişkisinde önemli olan aktarımın varlığı değil, aktarımla sunulan terapötik materyalin anlaşılması ve kullanılmasıdır.

Karşı Aktarım

Freud, karşı aktarımı, “Analistin aktarımı ya da analistin, hastanın aktarımına verdiği yanıt” diye tanımlamıştır. Terapide nasıl ki, hasta kimi duygularını, beklentilerini, arzularını, kızgınlıklarını, hayal kırıklıklarını terapistte yansıtırsa, terapist de benzer şekilde hastasına karşı kendi geçmişinden kaynaklanan duygular geliştirir. Karşı aktarım dar anlamda terapistin kendi geçmişindeki ilişkiyi hastasına yöneltmesi, geniş anlamda ise hastasının kendisinde uyandırdığı duygu ve tepkilerdir.

Terapinin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için terapistin kendi karşı aktarımının farkında olması ve bunları hastaya zarar vermeyecek şekilde kontrol edebilmesi ve kullanması gerekir. Karşı aktarım terapistte, hem hastasını daha iyi anlama olanağı hem de hastanın başkalarıyla ilişkilerinde karşı tarafın neler yaşamış olacağına iliş-

kin bilgiler verir. Terapist kendi karşı aktarımlarının farkında olmadığına, hastasına, kendi geçmiş ilişkileri ile sorunlarını aktarabilir. Söz gelimi geçmişte yaşadığı bir hayal kırıklığının kızgınlığını ve acısını fark etmeden hastasına yöneltebilir.

Direnç

Semptomlar ve olgular çoğunlukla ruhsal çatışmaların bir uzlaşması sonucu ortaya çıktıklarından, değişimleri de zordur. Bir semptomu yaratan içsel anlaşmanın taraflarında bir değişiklik olmadıkça, semptomun ortadan kalkması zordur. Söz gelimi çocuklarına karşı bilinçdışı saldırganlık arzuları olan bir anne, üstbenliği yasakladığı için bu arzularının farkında olmayacak, bir yanda çocuklarına zarar verme arzusu, diğer yanda bunların hissedilmesini yasaklayan üstbenlik arasındaki çatışma sonunda, bir hastamda olduğu gibi hastanın kesici hiçbir alet kullanmaması ve hiçbir şeyi kesmemesine dönüşecektir. Böylelikle çocuklarına yemek de yapamayan hasta dolaylı yoldan kızgınlığını boşaltmaktaydı. Bu hastada, çocuklarına yönelik saldırganlık arzuları değişmedikçe ya da üstbenliği bunları kabul edebilecek bir esnekliğe kavuşmadıkça semptomun ortadan kalkması zordur. Ayrıca hasta kabul etmediği bu bilinçdışı arzularını hissetmeye başladığında daha şiddetli bir direnç ortaya çıkacaktır.

Tedavi direnci aktarıma eşlik eder ve pek çok biçimde ortaya çıkabilir. Randevulara gecikme, ilaç kullanmayı reddetme, psikiyatrin önerileri veya söylediklerini unutma, seanslar sırasında sessizce oturma ya da önemsiz bir materyal üzerinde odaklanıp kalma ya da terapi ücretini ödemeyi unutma bunlardan sadece birkaçıdır. Direnç bilinçte, bilinç-öncesinde ya da bilinçdışında yer alabilir. Tüm dirençler, öfke, suçluluk, nefret ya da eğer terapist gibi yasak bir nesneye yönelmişse aşk, utanç veya anksiyete gibi duygulardan kaçınmak içindir.

Dirençlerin, tedavi sürecinin bir parçası olarak seanslarda kullanılabilir olması gerekir. Yani verilen ilaçları kullanmayan bir hasta doktorunu sinirlendirebilir. Oysa dinamik psikiyatrin hastanın ilaçların kullanmama nedeni konusunda meraklı olması, bunu seanslar sırasında işleyebilir olması gerekir. Zaten dinamik psikiyatrinin temel yaklaşımı da, hastayı terbiye etmek ya da davranışlarını düzeltecek önerilerde bulunmak değil, hastanın eylemlerinin anlamını ortaya çıkarma çabası olarak tanımlanabilir. Kısaca dirençleri anlayabilmenin kendisi de bir tedavi yoludur.

Psikodinamik Terapi Türleri

Psikanaliz

Terapinin temeli aktarım çözümlenmesi olduğundan, analist kendi sorunlarının ve düşüncelerinin aktarıma bulaşmaması için mümkün olduğunca yüksüz ve sözel olarak geri planda kalır.

Terapist ifadelerini sorularla, kolaylaştırıcı sözlerle ve seyrek olarak da açıklama, yüzleştirme ve yorumlarla sınırlar.

Yöneltme, öğüt verme, tembihleme, ödül veya ceza verme ya da savunmaların desteklenmesi doğrultusunda hemen hiç bir şey yapmaz. Ruh içi çatışmalar arasında taraf tutmaz.

Tedavinin esas yükü hastanın üzerindedir. Terapist ifadelerini sorularla, kolaylaştırıcı sözlerle ve çok seyrek olarak da açıklama, yüzleştirme ve yorumlarla sınırlar. Yönelme, öğüt verme, tembihleme, ödül veya ceza verme ve savunmaların desteklenmesi doğrultusunda hemen hiç bir şey yapmaz. Mümkün olduğunca en büyük vurguyu hastanın duygusal acılara ve gerçek bir ilişkinin yardımlarından yoksun kalmaya analistin yanında katlanma isteği ve yeteneği üzerine yapar.

Psikanalizin en etkili olduğu sorunlar nevrotik kişilik örgütlenmesi içindeki sorunlardır.

Ekspresif (Dinamik) Psikoterapi

Terapist, daha aktiftir, süreç üzerinde daha etkilidir. Terapist hastanın içsel çatışmaları hakkında tamamen nötral değildir, yani hangi savunmaların çözümleneceğine, hangilerine dokunulmayacağına hatta kimi zaman hangilerinin güçlendirileceğine karar verir.

İç görüye yönelik psikoterapi, terapistin aktivitesi ve her zaman nötral olmaması dışında yorumlayıcı psikanaliz modeline benzer. Bu tedavi yine esas olarak direnç ve aktarımın çözümlenmesi ile yürütülür. En önemli fark, terapistin psikanalizdeki gibi üstten bakan biri olmamasıdır. Gerçekten de sözcük anlamıyla da terapist divanın arkasında değil hastanın karşısında yer alır. Bu yüzden daha gerçek bir kişidir ve varlığı ile hastanın üretimlerini psikanalizdekinden daha çok etkiler, terapistin yüz ifadeleri ve sözsüz tepkileri daha büyük bir olasılıkla hastanın konuşmasını ve davranışlarını bilinçli olarak farkına varılmayan ipuçları, ödüller ve cezalar gibi etkiler. Hastasını psikanalizden daha az sıklıkla ve daha kısa bir süre gördüğü için hastanın dikkatini sorun alanlarında ve merkezi çatışmalarda yoğunlaştırmak açısından daha etkin olmalıdır.

Ekspresif teravinin en etkili ve yararlı olduğu alan, borderline kişilik örgütlenmesi gösteren kişilik sorunlarıdır. Nevrotik örgütlenme düzeyinde psikanalizle belirgin bir farkı yoktur. Psikozlarda ise çok sınırlı vakalarda kullanılabilir.

Destekleyici Dinamik Psikoterapi

Psikanalizden ve ekspresif terapiden en önemli farkı, aktarımın çözümlenmesinin sadece dirençlerle sınırlı bırakılması hatta aktarımdan yararlanılmasıdır. İstenen davranışların pekiştirilmesi için, hastanın terapistle yönelik aktarımından bir araç olarak yararlanır. Diğer iki yöntemde kesinlikle yapılmayan, yönlendirmeler bazen kullanılabilir.

Diğer önemli farkı hastanın yararına olacağından emin olduğu hususlarda terapistin kimi yönlendirmeler yapabilmesidir. Bir başka fark ise terapistin daha gerçek bir kişi olmasıdır. Diğer iki yöntemde terapist aktarımın kontamine olmaması açısından kendi kişisel özelliklerini göstermez, kendisi hakkında konuşmaz, duygu ve kişisel düşüncelerini açıklamaz iken destekleyici terapidde hastanın olumlu olarak kullanabileceği düşüncelerini ya da duygularını hastayla paylaşabilir.

Destekleyici psikoterapinin en etkili olduğu alan ekspresif terapiye çeşitli nedenlerle uygun olmayan, ağır kişilik bozukluğu vakaları ve psikozlardır.

Bilişsel Psikoterapi

Bilişsel Terapi (BT) 1960'lı yılların başlarında A.T. Beck'in depresyona ilişkin çalışmalarıyla gelişmeye başlamıştır. Bilişsel terapinin tarihsel gelişiminin başlangıcı eski Yunan felsefesine kadar dayanmaktadır. Çiçero (M.Ö.45) "Tusculanarum Disputationum" adlı yapıtında, kişinin öznel algılarının onun ruh halini belirlediğini bildirmiştir. Plater 17.yüzyılda "Pratix Medica" adlı yapıtında, depresyonun hatalı kavramlaştırmalara dayandığını belirtmiştir.

Beck psikoanalitik eğitimden geçtiğinden dolayı bilişsel terapi de bu kuramdan etkilenmiştir. Bilişsel terapinin gelişiminde, bilişsel psikoloji araştırmalarının da önemli etkisi olmuştur. Özellikle Kelly'nin "kişisel yapılar" kavramı ve daha sonra Lazarus'un, düşüncelerin davranış değişimi üzerindeki etkilerine ilişkin görüşlerinin, bilişsel terapinin gelişiminde önemli rolleri vardır.

Çok sayıda davranışçı araştırmacının da bilişsel terapinin gelişiminde önemli katkıları vardır. Bu bağlamda Pavlov'un (1849-1936) "klasik koşullu öğrenme" çalışmaları ilk adımdır. Pavlov, köpeklerle yaptığı deneysel çalışmalar sonucu, köpeklerin kendilerine et verilmeden önce çalan zil sesine koşullanarak salya salgıladıklarını saptamıştır. Watson (1878-1958) 11 aylık Albert adlı bebeğin beyaz bir tavşandan korkmasını deneysel olarak sağlamıştır. Skinner ise, yine deneysel olarak, ödüllendirme ya da cezalandırma yoluyla organizmaya çeşitli davranışların öğretilebileceğini kanıtlamıştır. Diğer bir deyişle, Skinner "edimsel koşullandırma" (operant conditioning) adını verdiği öğrenme yoluyla organizmanın ödüle ulaşmak ya da cezadan kaçmak için yeni davranışları öğrendiğini göstermiştir.

Seligman ,Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli (Learned Helplessness) adını verdiği kuramını, köpeklerle yaptığı deneysel çalışmalar sonucu geliştirmiştir. Bu modele göre, yaşantısal olarak ard arda çaresiz durumlarda kalan canlılar, çaresizliğe koşullanarak çözüm yolları aramaktan vazgeçmektedirler. Bandura'nın "Sosyal Öğrenme Kuramı" ve Mahoney'in öğrenmede bilişlerin rolüne ilişkin çalışmalarının bilişsel terapinin gelişiminde önemli etkileri vardır.

Bilişsel terapi yapılandırılmış, kısa süreli zaman sınırlı, probleme yönelik, işlevsel olmayan düşünce ve davranışları değiştirmeyi hedefleyen bir model olarak uygulamaya konulmuştur. Başlangıçtan günümüze kadar gelişmesini sürdürerek, depresyon dışında birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde de kullanılır olmuştur. Bu uyarlamalarla tedavinin odağı, süresi vb. gibi birçok değişiklik olmasına karşın bilişsel terapinin temel kuramsal yapısı değişmemiştir. Hastanın duyu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşünce yapısının, bütün ruhsal rahatsızlıklarda ortak olması bilişsel terapinin kuramsal çekirdeğini oluşturmaktadır. Bu nedenle bilişsel terapiyi depresyon modeli ile tanıtmak daha doğru olacaktır.

Beck'e göre, depresiflerin bilişleri çarpıtılmış ve gerçek dışıdır. Depresyon belirtileri, çarpıtılmış bilişsel örüntülerin (pattern) etkinleşmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar.

Beck'in kuramını daha ayrıntılı olarak açıklamadan önce, biliş ve bilişsel çarpıtmanın tanımlanmaları gerekir. Biliş (cognition), hem düşünce süreçlerine hem de düşüncenin içeriğine atıfta bulunan geniş bir kavramdır. Biliş, süreç ve algılama

yollarını; hatırlamanın ve belleğin içeriğini ve mekanizmalarını, problem çözme tutumlarını ve yöntemlerini kapsayan bir kavramdır. Bilişsel çarpıtma (cognitive distortion), bireyin çeşitli uyaranları olumsuz olarak algılama, düşünme ve yorumlama biçimidir. Depresyondaki bilişsel çarpıtmaların başlıca temaları kişinin kendine olan saygısının azalması, kendini eleştirmesi, kendini suçlaması ve intihar düşünceleridir. Depresif kişi önemli gördüğü kişilerle karşılaştığında, kendini gerçekçi olmayan biçimde aşağı ve değersiz biri olarak görür, kendine olan saygısı azalır. Bunların sonucu olarak kendini eleştirme ve suçlama eğilimi artar.

Beck, depresyonun ortaya çıkışında rol oynayan üç bilişsel yapı üzerinde durur. Bunlar bilişsel şemalar (schemata), bilişsel hatalar (errors) ve bilişsel üçlüdür (triad).

Bilişsel şemaların içeriği bilişsel çarpıtmalardan oluşur. Depresif bir kişi yaşamındaki olumlu öğelerin nesnel varlığına karşın bunları olumsuz olarak algılar. Farklı kişiler aynı durumu farklı şekilde tanımlayabilirler. Kişi belirli bir durumla karşılaştığında durumla ilişkili şema etkinleşir. Şemalar, bilişleri biçimlendirmede temel oluşturur. Bir şema uzun bir süre etkinlik göstermeyebilir fakat zorlayıcı yaşam olayı gibi çevresel bir uyaranla etkinlik kazanabilir. Özetle, şema kişinin daha önceki yaşantılarının ve öğrenmelerinin sonucu olarak belirlenen; kişinin karşılaştığı uyaranları ayıklama, ayırt etme ve kodlama yoluyla biçimlendirerek bilişleri oluşturan zihinsel etkinlikler görüntüsüdür. Şemalar aracılığıyla gerçekler çarpıtılır. Düşünce çarpıklıkları, depresif kişilerin düşüncesindeki sistematik hatalara neden olur.

Bilişsel hatalar kişinin düşüncesindeki sistematik mantık hatalarıdır. Bunlar, keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, abartma ve küçültme, kişileştirme ve ya hep ya hiç tarzı düşünmedir.

Keyfi Çıkarsama (Arbitrary Inference): Herhangi bir olay ya da yaşantıda somut bir kanıt olmaksızın sonucu desteklemeyen, hatta zıt olgulara karşın belli bir sonuç çıkarma sürecidir. Örneğin hiç ders çalışmayan bir öğrencinin sınavdaki başarısızlığını şanssızlık olarak değerlendirmesi.

Seçici Soyutlama (Selective Abstraction): Bir durumun bütünündeki daha önemli yönleri yadsıyarak, bir ayrıntı üzerinde durmayı ve bütün yaşantıyı bu ayrıntıya dayanarak kavramlaştırmayı içerir.

Aşırı genelleme (Over Generalization): Tek bir olaya dayanarak genel bir sonuca ulaşmadır. Bütün derslerinde başarılı olan bir öğrencinin, sınavlardan birinde başarısız olduğunda sınıfta kalacağını düşünmesi bu bilişsel hataya bir örnek olabilir.

Abartma ve Küçültme (Magnification-Minimization): Bir olayın ya da durumun önemini değerlendirirken ya olayın boyutlarını abartma ya da çok önemlilyse onu çok önemsiz bir olay gibi algılama.

Kişileştirme (Personalization): Kişinin kendi dışında gelişen, olup biten olaylardan herhangi bir ilişki olmaksızın kendini sorumlu tutması. Örneğin; "Benim yüzümden".

Ya Hep ya Hiç Tarzı, İkili Düşünme (Absolutic, Dichotomous Thinking): Kişi bütün yaşantıları iki zıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir. Örneğin, iyi-kötü, güzel-çirkin gibi. Depresif kişi kendini tanımlarken olumsuz kategorileri seçer.

Depresyonun ortaya çıkmasında etken olan bilişsel yapılardan biri de bilişsel üçlüdür. Bilişsel üçlü kişinin kendini, yaşamını ve geleceğini olumsuz olarak görmesi ve değerlendirmesinden oluşur.

Kişinin Kendini Olumsuz Açıdan Görmesi, Değerlendirmesi (Negative View of Himself): Kişi kendini yetersiz, değersiz, kusurlu olarak görür. Hoş olmayan yaşantılarının kendi hataları sonucunda ortaya çıktığını düşünür. Diğer bir deyişle, özsaygısı (self-esteem) düşüktür.

Kişinin Çevresini ve Yaşamını Olumsuz Açıdan Görmesi, Değerlendirmesi (Negative View of the World): Depresif kişi yaşamını engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görür. Geçmiş yaşantılarında da hep zorluklarla karşılaştığını; bütün olumsuz olayların kendi başına geldiğini düşünür.

Kişinin Geleceğini Olumsuz Olarak Görmesi, Değerlendirmesi (Negative View of the Future): Kişi geleceğinden umutsuzdur. Gelecekte güçlüklerle, engellerle, hayal kırıklıklarıyla ve çeşitli yoksunluklarla karşılaşacağını düşünür. Depresif bireyin kendi, dış dünya ve geleceğine ilişkin bu olumsuz görüşleri, depresif duygu durum, isteksizlik ve intihar düşüncelerinin artması ile sonuçlanır.

Bilişsel kuram açısından depresyonun oluşum mekanizmasını şu şekilde özetleyebiliriz. Erken dönemdeki, (çocukluk dönemindeki) yaşantılar, kişinin olayları algılayış ve yorumlayış biçimini belirler. Çevreyle olan etkileşim sonucu kişi işlevsel olmayan varsayımlar geliştirir. Bu varsayımlar yaşanan kritik bir olayla aktive olarak, negatif otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olurlar. Örneğin, tıbbi hastalık tanısının konması, erken yaşantılar sonucu oluşan işlevsel olmayan varsayımların etkinleşerek otomatik düşüncelerin açığa çıkmasıyla sonuçlanabilir. Bu düşünce çarpıklıkları ise, depresif duygu durumunun ve depresif belirtilerin oluşmasına neden olur. Bilişsel terapi uygulanacak kişinin tanısı ne olursa olsun terapinin temel ilkeleri değişmez.

Bilişsel Terapinin Temel İlkeleri

- * Hasta ve problemleri bilişsel kavramlarla formüle edilir.
- * Bilişsel terapi terapist ve hastanın aktif katılımını gerektirir.
- * Bilişsel terapi amaca yöneliktir ve probleme odaklanır.
- * Bilişsel terapi geçmiş zamana değil "şimdiki zamana" odaklanır (ancak, kişilik bozukluklarında "geçmiş zamanla" bağlantı kurularak çalışılır).
- * Bilişsel terapi eğitici ve hastaya kendi terapisti olmasını öğretmek, hastalığın tekrarlamasını önlemeyi hedefler.
- * Bilişsel terapi zaman sınırlı (time limited) ve kısa sürelidir (ancak kişilik bozuklukları gibi kronik sorunlarda birkaç yıla kadar uzatılabilir).
- * Bilişsel terapi görüşmeleri (seanslar) yapılandırılmıştır.
- * Bilişsel terapi hastaya kendi işlevsel olmayan düşünce ve inançlarını tanımasını, değerlendirmesini ve değiştirmesini öğretir.
- * Bilişsel terapide düşünce, duygu ve davranışı değiştirme amacıyla birçok teknik kullanılır.

Bilişsel Değerlendirme ve Tedavi

Bilişsel terapide değerlendirmelerin çoğu ilk görüşmelerde yapılır. Ancak değerlendirme süreci terapi görüşmeleri boyunca devam eder. İlk görüşmelerde hastanın problemini anlamaya ve formüle etmeye çalışmak önemlidir. Bilişsel terapide has-

ta tedaviye etkin olarak katılır. Bu nedenle değerlendirme görüşmeleri sırasında tedavideki işbirliğinin önemi vurgulanır. Hastaya kendine ilişkin bilgi toplamada aktif olması ve sürekli geri-bildirim (feed back) yapması gerektiği bildirilir. Hastayla birlikte tedavi hedefleri saptanır. Problemin ortaya çıkışını kolaylaştıran ortamsal, düşünsel vb. etkenler incelenir.

Bilişsel terapide değerlendirmenin genel bir eğitim rolü de vardır. Bu nedenle doğrudan problemle ilgili görünmeyen içsel ve dışsal etkenler üzerinde de durulur. Fizyolojik değişiklikler, bilişler, kişiler arası etkenler incelenir. Değerlendirme görüşmeleri sırasında tedavi programına ilişkin bilgi verilir. Kaç görüşme yapılacağı, her görüşmenin ne kadar süreceği, tedavinin nerede sürdürüleceği gibi konularda hasta bilgilendirilir. Değerlendirmedeki başka bir önemli etken acil olarak ele alınması gereken konuların saptanmasıdır. Örneğin, depresif bir hastanın intihar düşüncesinin olup olmadığı dikkatle ve öncelikle değerlendirilmelidir.

İlk görüşmelerde ele alınması gereken bir başka konu ev ödevleridir. Bilişsel rapide ev ödevlerinin önemi ve rasyonelinin hasta tarafından doğru anlaşılması gerekir. Değerlendirme aşamasında, bilişsel terapinin sadece güncel problemlerle başa çıkmak için değil, gelecekte ortaya çıkabilecek problemlerde ve nüksü önlemek için de kullanılan bir yaklaşım olduğu vurgulanarak hasta bilgilendirilir.

Değerlendirme Görüşmelerinin Yapısı

- * Güncel sorunların değerlendirilmesi
- * Semptomlar
- * Yaşam problemleri
- * Negatif düşünceler
- * Problem listesi
- * Tedavi hedeflerinin belirlenmesi
- * Tedavinin rasyonelinin sunulması
- * Düşünce-Duygu-Davranış kısır döngüsü
- * Kendini gözleme
- * Değişme olasılığı
- * Tedaviye başlama
- * İlk tedavi hedefini belirleme
- * Uygun ev ödevlerini oluşturma

Özetle, başlangıçtaki değerlendirmede terapist hastayı bir bütün olarak tanıma ve anlamaya çalışır. Hastanın algı, düşünce ve davranış tarzına ilişkin bilgi edinir. Tedavinin mantığını ve prosedürünü hastaya anlatır. Tedavi süresince yapılan değerlendirmede ise, hastanın ilerlemesi izlenir. Bu, aynı zamanda hastanın motivasyonunu da etkiler.

Bilişsel terapi uygulayan terapistlerin bazı temel özellikleri edinmesi ve geliştirmesi gereklidir. Terapist empatik, içten ve dürüst olmalıdır. Bu özellikleri terapist gerektiği yerde ve gerektiği şekilde uygulamalıdır. Bu nitelikleri edinmek ve kullanmak gereklidir ama, optimum terapötik etkiyi yaratmakta yeterli değildir. Terapist bu nitelikleri yerine göre, uygun biçimde kullandığında daha verimli olur.

Bilişsel terapide görüşmeler o seanstaki konunun belirlenmesi ile başlar. Sonra haftalık değerlendirme yapılır. Ev ödevleri gözden geçirilir. Ödevi yaparken nele- rin yaşantılandığı üzerinde özellikle durulur. Daha sonra o seansın konusu üzerinde çalışılır. Örneğin negatif düşünceleri bulmayı öğrenmek. Bunun ardından ev ödevleri verilerek seans tamamlanır. BT' de hastanın terapi ya da terapistle ilişkin düşünceleri açıkça konuşulur. Terapist geri bildirim almak ister. Bu nedenle hasta- yı geri bildirim (feed-back) için cesaretlendirir. Bilişsel tedavi öğretici (didaktik), bilişsel ve davranışçı bileşenlerden oluşan bir bütün olarak uygulanır.

Öğretici Yöner: Hastaya bilişsel çarpıtma, negatif otomatik düşünce gibi kav- ramlar tanıtılarak, yaşantılama yoluyla düşünce, duygu ve davranış ilişkisi gösterilir.

Bilişsel Teknikler: Otomatik düşüncelerin belirlenmesi, doğruluklarının sınanması; iş- levsel olmayan varsayımların belirlenmesi, doğruluklarının sınanması; alternatif düşünce- lerin oluşturulması ve işlevsel olmayan varsayımların değiştirilmesi süreçlerinden oluşur.

Davranışçı Teknikler: Günlük etkinliklerin kaydedilmesi ve programlanması, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, davranışçı ev ödevleri, rol değişimi, gevşeme egzersizleri gibi tekniklerdir.

Günümüzde bilişsel terapinin çeşitli formlarda uygulanışı vardır. Örneğin, Beck'le hemen hemen aynı zamanlarda Ellis'in geliştirdiği Rasyonel-Emotif Tera- pi, daha sonra Meichenbaum tarafından geliştirilen ve davranışçı ağırlıklı Bilişsel- Davranışçı Modifikasyon ve Lazarus'un geliştirdiği Multimodel Terapi bazı biliş- sel terapi çeşitlemeleridir.

Bilişsel terapi dünyanın birçok yerinde, çeşitli ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır. Örneğin obsesif kompulsif bozukluk, kişilik bozuklukları, kronik ağrı, şizofreni, posttravmatik stres bozukluğu bunlardan bazılarıdır. Ayrıca, öğren- cilerde ve fiziksel hastalığı olan hastalarda da uygulanan bir tedavi yaklaşımıdır.

Kaynaklar

- Aytar G. "Depresyondaki düşünce bozukluklarının bilişsel kuram açısından incelenmesi", doktora tezi, İstanbul Tıp Fakültesi, 1987.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression, NewYork: Guilford Press, 1984.
- Beck JS. Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi (Çev. Şahin NH, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.
- Calligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of dynamic psychotherapy for hig- her level personality pathology, American Psychiatric Publishing Inc. NY, 2007
- Gençtan E. Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar, Metis Yayınları, İstan- bul, 1975.
- Güleç C. Psikiyatrinin A-B-C'si: Ruhsal Bozukluklar Tanısı ve Tedavisi. İstanbul: Say Yayınları, 2006.
- Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları (10. Basım). Ankara:Feryal Matbaası, 2004.
- Tura SM. Günümüzde psikoterapi, 2. Basım. Metis Yayınları, İstanbul, 2005.
- Wallace ER. Dinamik psikiyatri kuramı ve uygulaması. Çev: H. Atalay, Okuyan Us Yayınları, İstanbul, 2008.

23 Psikiyatride Etik

ŞAHİKA YÜKSEL

Ruhsal sorunların değerlendirilmesi ve tedavilerini yapabilmek için ruh sağlığı elemanları kendine danışan veya tedaviye giren kişinin yaşamı hakkında çok özel, mahrem bilgiler edinir. Bu durum kaçınılmaz olarak psikiyatrik değerlendirmelerde hasta hekim ilişkisinde daha da özenli olmayı gerekli kılar. Ayrıca, ruhsal değerlendirilmesi yapılan kişilerin özgün sorunları veya bazılarının kendi durumlarını değerlendirmekte yeterli olmaması gibi belirsizlikler ve tartışmalı durumlar psikiyatride tıbbi etik ilkelerin uygulamasında farklı zorluklar getirir.

Ruh sağlığına ilişkin özgün etik kurallar yetmişli yıllardan sonra tanımlanmaya ve yaygın olarak tartışılmaya başlanmıştır. 1977'de, Dünya Psikiyatri Derneğinin Hawaii Deklerasyonu, bu alanda temel bir başvuru kaynağıdır. Aynı yıllarda İngiltere, ABD ve Yeni Zelanda Ruh Sağlığı Örgütleri, kendi ülkelerindeki tüm mesleki uygulamaları zorunlu olarak kapsayan etik kurallar koyarak dünyada çağdaş psikiyatri etiği için modeller oluşturdular. Türkiye'de tıbbi etikle ilgili tartışmalar henüz çok yenidir. Bu nedenle uluslararası antlaşmalar ve ilkeler dışında çok az konuda kanun ve yönetmelikler vardır. Bu nedenle bu yazıda adı sayılan ülkelerdeki kurallar konu ile ilgili düşüncelerimizi geliştirmekte yol göstereceği düşünülerek aktarılacaktır.

Bedensel hastalıklara tanı koymak için çok kez nesnel, bağımsız, geçerli ve güvenilir testler vardır. Ruhsal sorunlar için bu tür araçlar aynı duyarlılıkta değildir. Ayrıca, hangi durumların psikiyatrik bir bozukluk, hangilerinin o sırada geçerli olan toplumsal normlardan farklı bir özellik olduğu ama hastalık olmadığı sınırını çizme zorlukları bir istisnadan çok bir kuraldır. Bu değerlendirmelerin ilkeleri ve ilkelerin uygulanmasının kişisel özelliklerden etkilenmemesi için sürekli özen gerekmektedir. Bu sorunlar aynı zamanda ruh sağlığı sorunlarının toplumsal bağlamı içinde değerlendirme zorunluluğunu getirir.

Psikiyatride Etik ile İlgili Temel Kavramlar

Gizlilik

Tedavide gizlilik ilkesi hastaya emniyet ve mahremiyet sağlar. Gizlilik, özel konularda bilgiler edinildiği ve bunlar çoğu kez duyarlı bilgiler olduğu için psikiyatri uy-

gulamalarında özellikle kritiktir. Psikiyatr, hastasının rızası olmadan onun hakkında başkalarından bilgi edinemez ve hastasından öğrendiklerini üçüncü kişilere açıklayamaz. Hekim/terapist kendisine danışan kişinin anlattıklarının mahremiyetini sağlamak zorundadır. Tedavinin başında bu kural açıkça dile getirilir. Süpervizyon, vaka tartışmaları için diğer meslektaşlarla konuşulacaksa bu konuda hastanın onayı alınır. Ayrıca mümkün olduğu ölçüde bu tartışmalar hastanın kişisel kimliğini açıklamadan yapılmalıdır. Hekim hastasının notlarını, dosyasını söylediklerine uygun tutmalı ve bunları başkalarının kolay ulaşılmayacağı şekilde saklamalıdır.

Psikiyatrik değerlendirmede kişilerden özel bilgiler alınır. Bu bilgileri edinmekten amaç kişiyi kendi toplumsal bağlamı içinde ve kendi bireysel öyküsü ile tanımak ve onun tanısını belirlemektir. Bu bilgiler arasında kişilerin en yakınlarından, eşlerinden, ailelerinden gizledikleri konuları tedavi ortamında açıklanabilir.

Psikiyatrik değerlendirmede kişilerden özel-mahrem bilgiler edinmenin amacı kişiyi kendi toplumsal ve bireysel öyküsü ile tanımak ve bu bağlamda tanısını koyup, sorunlarını belirlemek ve bunların ışığında tedavisini düzenlemektir. Bu bilgiler arasında kişilerin en yakınlarından, eşlerinden, ailelerinden gizledikleri konuları bulunabilir. Örneğin bize cinsel sorunla gelen bir kişi terapistine halen süren bir evlilik dışı ilişkisini aktarabilir. Tedaviyi yapan kişi bu bilgiyi danışanın eşine aktaramaz. Ama bu durumun onun cinsel yaşantısını etkilediği ve açık iletişim olmadan cinsel sorunu halletmesinin ve tedavisinin olanaksız olduğu aktarılabilir.

Gizliliğin bozulmasının koşulları vardır. Bu konuda bazı yasal kurallar vardır. Hastanın zihinsel kapasitesi otonom karar verebilmesi için yetersiz ise, başkalarından bilgi edinmek zorunlu, dahası hayati olabilir. Bu durumda ilke, hastanın menfaatine uygun davranmak ve mümkün olduğunca yakın olan kişilerden bilgi almak olmalıdır. İşveren gibi daha mesafeli ilişkileri ancak başka kaynak bulunmadığında kullanılmalıdır.

Hastaya ait gizli bilgilerinin üçüncü kişilere veya kurumlara açıklanmasına ilişkin kurallar da vardır. Bir avukatın veya herhangi bir kişinin isteği ile bilgi verilemez. Hasta hakkında bilgi verme ancak mahkemeden hakim kararı ile olabilir. Bu kuralların bozulma durumlarında tutulması gereken yola ilişkin rehber Tabipler Birlikleri ve kanunen belirlenmelidir. Tıbbi etikle ilgili kurallar ve standartlar gelişme halindedir. Her durumda geçerli ve kolayca uygulanabilir tutarlı etik kodlara sahip değiliz. Yeni teknik gelişmelerle veya yeni adlandırılan konularda ihlallerle ilgili standartlar gelişmektedir. Kuralların bozulması daha çok kamu menfaatinin bozulması veya belirli birinin tehlikede olması durumunda olur. Hastaya ait bilgilerin gizliliği onun ölümünden sonrası için de geçerlidir. Mahremiyetin bozulması ile ilgili çelişkiler hekim-terapist için ve hasta için farklılıklar taşıyabilir. Mahkeme terapistten açıklama isteyebilir, karar çıkarabilir ama onun kendi meslek ilkeleri ve vicdani kararı farklı olabilir. Kanunun zorunlu tuttuğu durumlarda açıklama yapılmamasını "vicdani red" red olarak kabul edildiği dava örnekleri vardır.

Gizliliğin Bozulma Durumları/Türleri: En kolayı, hastanın doktoruna gizliliği bozma izni vermiş olmasıdır. İkinci bir durum, olay bir sır değildir. Toplum başka yollardan bilgilenmiştir. Bu tür olaylarda bazen terapistin yapacağı açıklama durumun yönünü belirleyici olabilir. Bir başka durum, toplumun menfaati nedeni ile

bilgi vermek gerekmesidir. Altı çizilmesi gereken nokta, açıklama nedeni toplumun ilgisini veya merakını tatmin etmek değildir. Toplumun menfaati, iyiliği için bilginin sunulması gerekliliğidir. Bu ayrım her zaman çok net değildir. Ayrımın yapılabilmesi için her davanın ayrı ayrı incelenmesi gerekmektedir.

Örneğin, terapist psikoterapi sürecinde hastasının bir başkasına zarar vermeyi planladığını öğrenebilir. Terapistin üçüncü şahısları korumak için bunu onlara duyurması gerekir. Bu açıklama aynı zamanda hastayı kendine zarar vermekten de koruyacaktır. Birini öldürüp ardından intiharı planlayan bir hasta örneğinde olabileceği gibi.

Gizlilik ve Çocuk-Gençler

İngiltere'de 16 yaş altındaki çocukların tedavi olmasında ve doğum kontrol yöntemlerini kullanmasında ana-babanın izin hakkı vardır. Ancak problem durumlarında çocuğun yeterlilik ve o durumu kavrama kapasitesi değerlendirilir. Ailenin isteği dışında ama çocuğun yararına bir karar verilebilir.

Çocuk İstismarının Bildirimi: Bu kapsamda fizik, cinsel istismara uğrayan ve/veya ihmal edilen çocukların korunması da sorunlu bir konudur. Örneğin, İngiltere'de kötü muamele veya ihmale bağlı çocuk ölüm olayları incelendiğinde çocukların daha önce birçok sağlık personelinin gördüğü ve her biri tek başına bazı kuşkular taşıdığı ama bir yaptırma girmediği anlaşılmıştır. Farklı kurumlardaki bu görevlilerin "birlikte çalışması", ortak karar vermesi risk durumunu değerlendirmede kıymetli bir kaynak oluşturacaktır. Uygulamada kurumlar arası çalışmanın gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Olayın açıklanma koşulları ile ilgili yetersizlikler ve eksiklikler vardır. Kısaca, hekim, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve diğer görevliler istismarını öğrendiği bir çocukla ilgili gizlilik sözünü veremezler. Aynı kanuna göre, konu ile ilgili sosyal servisler gibi özel birimlere, sivil toplum kuruluşlarına olayların sağlıklı değerlendirilmesini kontrol ve takiple ilgili görev düşmektedir. Bu durumların uygulanmasında pek çok zorluk vardır. Örneğin; danışmanın mutlaka haber vereceği endişesi çocuğu bir danışmana gitmekten caydırıcı olabilir. İstismar edilmiş bir çocuk-gencin, güvenerek gizini açtığı kişi-danışman tarafından bilgisi dışında, sırrının açılması onun için ikinci bir ihanet olacaktır. Bu konuda adımları atarken amaç gözden kaçırılmamalı, çocuğun-gencin menfaatlerinin korunması öncelik taşınmalıdır. Anlayabilecek yaşta bir çocuk-geçle olay tartışılarak adımlar atılmalıdır.

Yayın ve Araştırma

Yayın materyalinde kişinin tanınması olanaklı değilse kişinin onayı şart değildir. Ama bu yazı veya konuşma ile kişinin tanınıp tanınmadığını ihtiyatla değerlendirmek gereklidir. Salt ismi değiştirmek çok kez yetersiz bir önlem olacaktır.

Gizlilik ve Tutuklular

Dünya Psikiyatri Derneği (WPA) Hawaii Deklerasyonu'na (1977, 1983) göre psikiyatri hiçbir zaman mesleki kapasitesini bir birey veya grubun insan haklarını ihlal için kullanmamalı, kişisel duyguların, arzuların, yargı ve inançların tedaviyi etkilemesine izin

vermemelidir. Psikiyatrik hastalık olmadığı bir durumda veya kalkar kalkmaz, psikiyatrist mesleğinin araçlarını kullanmamalıdır. Üçüncü bir tarafın bilimsel bilgi ve ahlaki kurallara aykırı bir talepte bulunması halinde, işbirliğine girmeyi reddetmelidir. Bunu bozmak zorunda kalırsa durumu hastasına açıklamak zorundadır.

Tıp Ahlakı Üzerine Birleşmiş Milletler İlkeleri'ne (1982) göre mahkum ve tutukluların değerlendirilmesinde hekim mesleğini danışanın aleyhine kullanamaz. Bu durumda, hastasına değerlendirmenin başlangıcında ilişkinin gizli kalmayabileceğini aktarmalı ve tutamayacağı bir söz vererek kişinin itimadını kötüye kullanmamalıdır.

Tokyo Deklarasyonu'na göre doktor açlık grevi yapan mahkumları zorla besleyemez. Hekimin görevi, mahkum izin verdiği takdirde, tıbbi değerlendirmesini yapmak ve kendisine durumu, gelişebilecek sorunlar ve olası sakatlıklar hakkında bilgi vermektir. Eğer mahkum bilincini yitirmeden önce, tedavisi hakkında kuşku gerektirmeyecek, kesin bir talimat bırakmışsa doktor bu isteğe saygı duymalıdır. Ayrıca, doktorlar ruhsal veya bedensel işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı muamele cezaların uygulanmasına amirleri emretse de katılamaz. Bu tür bir emir aldıklarında uymadıkları durumda karşılaşılabilecek sorunlara karşı onları kendi meslek örgütleri korumakla yükümlüdür. Bunun ilkeleri Türkiye'nin de imzaladığı uluslararası anlaşmalar ve insancıl hukuk kanunları ile belirlenmiştir. Gizlilik çok önemli bir konu ama bozulma koşulları ile ilgili daha çok tartışmaya gereksinim var.

Tedavi İçin Kişinin İznini Alma, Kişiyi Bilgilendirme

Bir tedaviye başlamadan ön değerlendirme devresinde tedaviyi yürütecek kişi nasıl bir tedavi süreci izleyeceğini danışana aktarmalıdır. Önerilen tedaviye alışılagelmiş gibi tedaviler olabileceğini, önerilen tedavinin yan etkilerini iletmelidir. Net bir tedavi planı verilmezse kişi gözü kapalı, sahte ve net olmayan beklentilerle dolu olarak tedaviye girer. Uygulayan hekim için basit ve sıradan olarak görülecek konuların hastaya açıklanması gerekir. Bu açıklamalar kişinin anlayacağı bir dille basit ve net olarak ifade edilmelidir. Örneğin; psikoterapiye alınan bir kişiye ne sıklıkta, yaklaşık kaç kez görüşüleceğinin beklendiği ve görüşmelerin süresi aktarılır.

Ancak, psikiyatride bir tedavinin uygulanması için hastanın rızasını almak, tıbbın diğer alanlarında olduğu gibi, her zaman mümkün olmayabilir. Bu zor durumlarda uygulanacak ilkeler vardır. Kendisi durumu değerlendiremeyen bir hastanın zorunlu yatış kararını mutlaka konunun uzmanları ve tercihen birden çok uzman vermelidir. Bu durum özellikle kendine veya bir başkasına zarar verme veya öldürme riski taşıyan kişilerde hızla kararlaştırılmalıdır.

Tedaviyi Ret Etme Hakkı

Genel olarak bu durum kendisinin ölümüne veya kalıcı bir sakatlığa yol açma riski taşısa bile erişkin bir kişinin tedaviyi ret etme hakkı vardır. Rıza kavramının istisnai durumları her ülkede farklı tanımlanmıştır. Bu yazıda genel olarak bizi ilgilendiren üç durumu açıklayacağım.

Varsayılan Rıza: Hastada bilinç kaybı olduğunda tedavi için rızasının olduğu varsayılır;

Zorunlu Rıza: Müdahale edilmediğinde büyük bir zarar veya ölüm olabilecek durumda olan ama kendisinin karar verebileceğine ilişkin kuşku olduğunda;

Acil Durumlarda Rıza: Acil olarak harekete geçilmezse kişinin kendine veya bir başkasına zarar verebileceği durumlar.

Bir hasta tedaviyi reddettiği zaman doktorun bu konuyu kabule karar verebilmesinde iki değerlendirme yapması gerekir:

1- Hastanın ruhsal kapasitesi tedaviyi ret etmek için yeterli mi?

2- Hasta bu kararı kendi iradesi ile verebilir durumda mı yoksa başkalarının etkisi altında mı?

Yeterliliğin değerlendirilmesi her zaman kolay olmaz. Bu kişinin tedavi ile ilgili olarak aldığı bilgiyi nasıl kavradığına bağlıdır. Bu bilgiye inanıyor ve buna göre bir karar verebilir durumda mı? Yeterlilikle ilgili karar sadece önerilen tedaviyi kavrayabilirliğine ilişkindir. Aynı kişi, hasta, bazı şeyleri değerlendiremeyebilir ama bazı konuları değerlendirebilir. Bir tedavi biçimine ilişkin belli bir karar verebilir. Bir tedavi biçimini benimseyebilir veya kesinlikle reddedebilir. İngiltere Akıl Sağlığı Kanunu'na göre hastaların tıbbi tedavisine rızası ile akıl hastalıklarının tedavilerine karar vermesi ayrı ayrı düzenlenmiştir. Akıl hastalıklarının tedavisinde zorunluluk olduğu halde tıbbi hastalıkların tedavisinde zorunluluk yoktur. Kişinin karar verme kapasitesinin yeterliliği ile ilgili bir değerlendirmenin yapılması özellikle ergenler, çocuklar ve zeka geriliği durumunda problemlidir. Bu tür problemler olduğunda kararı sorumlu hekim verir. Ama sorumlu hekimin diğer çalışanlar ve kişinin yakınları ile tartışarak karar vermesi sağlıklı bir strateji olacaktır. Tedaviye karar verme sürecine ilişkin detaylı notların alınması uygun olacaktır.

Zorunlu Yatırma

Gelişmiş ülkelerde akıl hastalarını korumak ve akıl hastalarının olası zararlı etkilerinden toplumu korumak için kanunlar vardır. Kendi durumlarını değerlendirmede hemen hemen hiç içgörüsü olmayan ve bu durumlarda tedaviyi reddeden hastalarla ilgili özgün yasal düzenlemeler bulunur. Deneyimli bir uzman, durumun neden tehlikeli olduğu ve yatırılmak gerektiğine hastayı ve yakınlarını ikna edebilir. Ancak bu sağlanamadığında zorunlu tedavi kararı çıkarılabilir. Bu sırada ailenin kendini suçladığı ve kaygı içinde olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Hasta zorunlu olarak hastaneye yatırıldığında bu devre olabildiğince kısa tutulmalı, hastanın tedavisi ve güveni temin edilmelidir. Hastane çalışanları yeterince sabırlı ve uyumlu ise sempati, esneklik içinde hasta, yakınları ve çalışanlar arasında olumlu bir bağ kurulabilir ve etkin bir tedavi olabilir.

Bir diğer sorun gönüllü olarak yatan bir hastanın tedavi uygulamasına itiraz etmesi, elektro konvulsif tedaviyi veya yaşamı tehdit edecek düzeyde olduğu halde beslenmeyi reddetmesi durumunda yaşanır. Bu durumda çözüm yolları ülkeden ülkeye değişebilir. Örneğin İngiltere için kural, hastanın sürekli hekimi dışında

bağımsız bir uzmanın görüşünün alınması. Ayrıca, hastanın ailenin onayı ile tedaviye alınabildiği durumlar olabilir. Birçok ülkede akıl hastalarının haklarını korumak için özel önlem maddeleri bulunur. Türk kanun ve yönetmeliklerinde bu konu hakkında çalışılması ivedilikle gereklidir. Bu konuda pek çok boşluk vardır. Ruh sağlığı örgütleri ve Türk Tabipler Birliği birbirleri ile işbirliği içinde bu konuda boşlukları dolduracak yönetmelikler hazırlamalıdır.

Hasta-Hekim İlişkisinde Mesleki Sınırlar

Psikiyatrlar her tür günlük uygulamalarında uygun tedavi bağlarını koymak için kararlar almak zorunda kalır. Bu dikkatle yapılması gereken çetrefilli bir konudur. Buna özen gösterilmezse hastalarımız zarar görebilir. Farklı klinik ortamlarda gerekli sınırlarla ilgili farklı düşünceler hakimdir. Uygulamacılar kendilerini aynı ortamda sınırların kişinin menfaatine uygunluğunu değerlendirmeye hazırlamaz. Bu değerlendirmeyi yapabilmesi için uzmanın yeterli psikodinamik, psikopatoloji eğitimi olmalıdır. Ama bu kuramsal eğitimler kadar önemli olan meslek kimliği ve rolleri ile cinsiyet ve güç farklılığı ile ilgili konularda yeterliliği olmalıdır. Bu konularda eğitim, uygulamacının konu ile ilgili duyarlılık geliştirmesine yardım edecek ve güç klinik olaylarda karar vermesini kolaylaştıracak, yeterliliğini arttıracaktır.

Ruh sağlığı uzmanlarının birçoğu danışanları cinsel olarak kötüye kullanmaz. Ama cinsel olmayan sınır ihlalleri de hastaları kırılğan kılar. Daha güvenilir ve akılcı bir tedavi bağı kurmak için saygılı, dürüst, sınırları belirli bir hizmet verilmesi ve gizliliği olan bir tedavi ilişkisi kurulmalıdır. Tedavi sınırlarını ihlalle ilgili ufak görülen bazı hataların daha büyük meslek ihlallerine yol açtığı unutulmamalıdır. Tedavi sınırları hasta hekim ilişkisinin bütünlüğünde temel oluşturur.

Hekimlik mesleğinin sınırları konusuna gösterilen ilginin artması, büyük ölçüde uygun olmayan cinsel yaklaşımların bildirimlerinin çoğalması ve bu durumun olumsuz etkilerinin farkına varılması ve hasta haklarına duyarlılığın gelişmesi ile artmıştır. Kuşkusuz, hekim hasta ilişkisinin sınırı salt cinsel yakınlık yasaklanmasıyla sınırlı değildir. Başka pek çok başka davranış da hasta hekim ilişkisinin yapısında bulunan güç farklılığını bozabilir. Bunlar, ikili ilişkiler, iş bağlantıları, hediyeler veya hizmetler, randevu zaman, yer ve süresi, yanlış ücret uygulamaları olarak örneklenebilir. Sınır, kabaca profesyonel mesafe ve saygı olarak tanımlanabilir. Özel bazı durumlarda sınırla ilgili farklılıklar olabilir. Ancak bu farklı davranışın kişi tarafından nasıl algılanacağını değerlendirilmesi gerekir. Bir felaket haberi alan veya bir yakını yitiren bir hastanın eli daha uzun sıkılabilir veya omuzu sıvazlanabilir. Ancak aynı basit davranış rasgele kullanıldığında ve nasıl algılanacağı hesaplanmaksızın uygulandığında ciddi riskler taşır. Bu süreç "kaygan yokuş" olarak tanımlanır. Cinsel içerikli olmayan sınır ihlallerinin, cinsel yakınlığa ilerleme olasılığı bulunsun veya bulunmasın kendi başlarına hastaya zarar verebilir nitekte olduğunu destekleyen veriler biriktirmektedir.

Mesleki deneyimlerim doktorların istismarını yaşayan danışanların özelliklerin çocukluk istismarı mağdurlarına benzemekte olduğu ve kişilerin bu durumları açık-

lamada son derecede çelişkiler yaşadığı yönündedir. Bu zorluğa karşın açıkladıklarında diğer doktorlar açıkça olmasa bile mağdurları sorumlu görmektedir. Durumun zorluğunu değerlendirebilen hekimler ve terapistler bile onların sınırlarını sıkı sıkıya korumalarını destekleyerek sınırlarını yeniden içlerine kapatmalarına dolaylı olarak yardımcı olmaktadır. Kişiler arası cinsel uygulamaların mahremliğinin genel bir kural olması gizli bir cinsel yakınlık yaşayan "hastanın" cinsel ilişkisini açıklamasını engellemektedir.

Danışmanların uygulamada tabii olduğu etik kodlara (1990) göre cinsel aktiviteler salt cinsel ilişkiyle sınırlı olmayıp farklı cinsel aktiviteleri kapsamaktadır. Bu ilişkiler zor kullanarak uygulanabilir. Ama daha sıklıkla bir zor kullanımı, fizik baskı yoktur. İlişki daha çok, hileli olarak tanımlanabilecek manipulatif davranışlar üzerine kurgulanır.

Bir kişinin doktorunu-terapistini cazip bulup onunla bir yakınlığı şiddetle yaşamak istemesi ve onu tahrik etmesi tedavi sürecinde rastlanabilir bir durumdur. Ama rol sınırlarını net olarak çizmek terapistin-doktorun sorumluluğudur. Ona eğitim sürecinde bu tür durumları nasıl ele alacağı öğretilmiş ve o da öğrenmiş olmalıdır.

Kenneth Pope (1988): Doktor-hasta cinsel yakınlığını yaşayan bir kişide diğer travmalara benzer özelliklerin bulunduğunu belirtir. Hekimi tarafından cinsel olarak istismar edilen kişilerde sık rastlanan özellikler aşağıda açıklanmıştır:

1. *Zıt Düşünceler:* Uzun zaman güdümünde kaldığı danışman-terapistten ayrılma ile ilgili çelişik düşünceler taşır. Bu çelişkiler, terapistin mesleki kuralları bozması ile ilgili bir ihbarı engeller. Ona karşı duyduğu sadakat hissi terapistinin-doktorunun meslek hayatını, ününü bozacak bir adım atmasını ketler. Bu durum diğer yandan istismar edenin başka istismarlar için kendine güvenini pekiştirir;

2. *Suçluluk:* Sorumluluk, meslek ilişkisini bozan, gücünü kötüye kullanan ve güçlü konumda olan danışman/terapiste ait olduğu halde mağdur ilişkiyi başlatmak veya sürdürmekten dolayı kendini suçlar. Bu durum aile içi istismara benzer;

3. *Duygusal Yeterlilik:* Bu tür bir ilişkinin uzun süreli devamı kişiyi salt ilişki sırasında değil ilişki kesildikten sonra da etkiler. Daha sonraki partner ilişkilerinde de benzer duygusal sorunlar yaşanabilir.

Pope, bunlara ek olarak doktor-hasta ilişkisinin kimlik/ ilişki/ rol şaşkınlığı, cinsel şaşkınlık, güvensizlik, bastırılmış öfke, yüksek intihar riski yaratarak zarar verdiğini ileri sürer.

Hasta hekim arasındaki cinsel ilişki tabusunun ensest yasağına benzer bir nedeni vardır. Ensest tabusunun temelinde, çocuğun ana-baba ile olan ilişkisinde, çocuğun genel ve cinsel gelişiminde erken, gizli ve yoğun cinsel uyarılara maruz kalmasının engellenmesi yatar. Aynı şekilde, hekim-hasta ilişkisi hastanın korunması temelinde kurulmuştur.

Tedaviyle ilişkisinde cinsellik salt bedensel ilişkiyle sınırlı değildir. Yeni Zelanda Tıp Konseyi, davranış tiplerini üç kategoriye ayırır:

1. *Uygunsuz Cinsel Davranışlar:* hastanın mahremiyetine saygısızlık, cinsel bakımdan küçültücü ifade ve tavırlar. Ayrıca, muayene sırasında kişinin uygun şekilde örtülmemesi ve cinsel tacizler bu gruba giren davranışlardır.

2. *Cinsel Sınırların Aşılması*: Flört, cinsel bir ilişkiye girmenin ilk adımı olabilecek girişimler, cinsel anlam taşıyan değmeler, öpmeler. Bedensel inceleme gerekmediği durumlarda meme veya genital muayenelerin yapılması, eldivensiz pelvis muayenesi yapılması.

3. *Cinsel İstismar*: İlişkiyi kimin başlattığından bağımsız olarak oral, genital, anal ilişkiler ve mastürbasyon bu gruba girer.

Amerikan Tabipler Birliği (AMA) Etik ve Hukuksal Konular Konseyi'nin, tıp uygulaması sırasında karşılaşılabilen hasta-hekim ilişkisinde etik ihlal kategorilerine örnekler: Ciddi kişilik bozuklukları olan ve hastaları sistemli olarak baştan çıkarma girişiminde bulunan hekimler; Cinselliği tedavi amaçlı kullandığını ileri sürenler; Fizik incelemeleri uygunsuz kullananlar; Uzun süreli bir hasta ilişkisini cinsel bir yakınlığa dönüştürenler; Narkoz altında iken veya uyanıkken ırzına geçenler.

Bu tür sınır ihlal dosyaları incelendiğinde meslek ilişkisindeki bozulmanın çok kez aşama aşama geliştiği, cinsel ilişkiye girmeden önce profesyonel ilişkiyi ihlal eden başka adımların atıldığı öğrenilmektedir. Bu adımlar hekimin kendinden söz etmesi, fizik muayenede uygun olmayan davranışlar, acil durumlar hariç hastane veya muayenehane dışı yerlerde yapılan ve saatleri, süresi netleştirilmemiş görüşmeler olarak örneklenebilir.

Bu durum bazı sorun gruplarından örneklerle daha iyi açıklanabilecektir. Paranoid bozukluğu veya paranoid kişilik bozukluğu olan bir hasta insanların kendine kötülük yapabileceğini ve güvenmenin zararlı olduğuna inanır. Kişiler arası ilişki kurmakta güçlük çeker. Yaşamını bu kuşuklar üzerine kurar. Onun bu zorluklarını çözmesinde yardım edecek olan doktoru-terapisti tarafından kullanılması onun sorunlarını arttıracaktır. Cinsel tedavide odak cinselliktir. Bu tür bir tedavide cinsel duygular hasta da veya terapistte uyanabilir. Ruh sağlığı alanında çalışanlar arasında yapılan bir taramada erkekler %5-10 ve kadınlar % 1-2 oranında hastaları ile cinsel yakınlık öyküsü bildirdi. Özellikle kendini koruma davranışları yeterli olmayan, cinsel istismar deneyimi olan hastalar için hekim tarafından istismar edilme daha büyük bir risk taşır. Bu kişiler yaşamlarındaki bir başka ilişkide de kötüye kullanılma deneyimi yaşadıklarında dünyaya ve kendilerine olan güvensizlikleri pekişir.

Tedavi sürecinde terapistin/hekimin danışanını/hastasını cazip bulması veya onun tarafından cazip bulunması sık rastlanabilir bir durumdur. Terapist/ hekim, kendi hastasını cazip bulursa ne yapacağını bilmelidir. Tedavi sürecinde cinsel ilişki tüm tıp ve ruh sağlığı örgütlerinin ilkelerine göre yasaktır.

Hasta-hekim tedavi ilişkisi bittikten belirli bir devre sonra bir ilişkinin kurulmasına ilişkin farklı meslek gruplarında farklı değerlendirmeler yapılmaktadır. İngiliz Danışmanlar Kodu (1992), tedavi süreci ve tedavi bitiminden sonraki ilk oniki haftada bir ilişki kurmanın etik olmadığına işaret eder. İngiliz Evlilik ve Cinsel Tedaviler Derneği kendi üyeleri için eski hastaları ile cinsel ilişkiyi ömür boyu yasaklar. Bu çok zor bir değerlendirmedir: Tedavi hangi noktada bitmiştir, belirli bir zorlukla gelen kişinin psikoterapisi tam olarak bitmiş ve o zorluk durumu artık kalkmış mıdır, erken bir tedavi bitirme mi vardır, tedavi terapisti ile başka tür bir ilişki kurmak amacıyla mı bitirilmiştir gibi sorular ve kişilerin bir meslek ilişkisini ani olarak bitirip onun etkilerinden kurtu-

lup farklı kuralların geçerli olduğu bir ilişkiye ertesini gün nasıl geçebildiğine dair itirazlar vardır. Değerlendirme veya tedavi sürecinde terapist hastasının kırılğan özellikleri hakkında bilgi sahibi olmuştur. Ayrıca, uzun süreli bir tedavi ilişkisini yani güç farkına oturan bir ilişkiyi, yaşayan kişilerin farklı bir ilişki türünü nasıl oturtacağı önemlidir. Aktarım sürecinin salt tedavi sırasında değil tedavi bittikten sonra da belki azalarak sürdürüğü düşünölmelidir.

Bu tür sorunlarla nasıl başa çıkılabileceği, nasıl çözümleneceği tıp, psikiyatri ve psikoterapi eğitim programlarının her aşamasında yer almalıdır. Bu konuda Edewich ve Brodsky nelerin yapılabileceği konusunda bir rehber hazırlamıştır.

1) *Yapılması Uygun Olanlar:* Kendi duygularınızı kabul edin, hasta görüşmenizinde kendi duygularınızı ayrı tutun, durumu danışmanınızla, bir danışmanınız yoksa akran bir meslektaşınızla tartışın. Bu görüşme yetmezse profesyonel bir danışmanlık isteyin. Hastanızın davranışlarını terapötik olarak inceleyin.

2) *Yapılması Uygun Olmayanlar:* Hastanın sorununu kendi sorunuz haline getirmeyin, kendi sorunlarınızı hastaya vermeyin, sorunlarınızı reddetmeyin, kişisel sorulara yanıt vererek veya hastaya "çifte mesaj" vererek süreci tartışmayın.

Sınır İhlalinin Engellenmesi

Hastalara yönelik davranışlar kişilerin özel yaşamlarındaki davranışlarının bir uzantısıdır. Bir yandan hekimlik ve ruh sağlığı uzmanlığı eğitimi sırasında profesyonel davranış modellerinin öğretilmesi gerekmektedir. Tıp eğitimi salt kuramsal bir eğitim değil uygulamalı bir eğitimidir. Bazı hekim/danışman/terapistlerin özel hayatlarındaki uygun olmayan davranışları erken devrede eğitimle etkilemek ve kendilerine tanıtmak zorunluluktur.

Olayların öğrenilmesi durumunda, meslek odalarının, meslek uygulamalarının sınırlama yönetmelikleri ve yaptırımları olmalıdır. Bazı durumlar kolayca cinsel istismar olarak değerlendirebildikleri halde, bazı durumları tanımlamak ve karar vermek kolay değildir. Cinsel tacizleri algılamakta cinsiyete göre farklılık vardır.

Bir başka durum ise bir dava konusu olmaksızın bir meslektaşımızın sınırları taşıtına ilişkin tanıklığımız veya kuşularımızın bulunmasıdır. Gözlemler hekim veya diğer terapistlerin kendi meslektaşlarının meslek ihlallerini açığa çıkarma ve onların meslek yaşantılarını bozma konularında çekimsiz olduğunu vurgulamaktadır. Duyuru yapılan vakaların tek tek incelenmesi ve konunun bir grup tarafından incelenmesi olayları değerlendirmeyi kolaylaştıracaktır. Bu tür duyuruları açığa çıkarmak ve yenilerinin olmasını engellemek mesleğe gölge düşürmez. Tam tersine mesleği kötüye kullananların ayıklanmasına yardım eder ve mesleğin standartlarını yükseltir.

Bu sorunun çözümü salt tıbbi kuruluşlar tarafından karşılanamaz. Hekimi tarafından cinsel istismara uğrayan kişilerin (hasta/danışan) başvurabileceği ve haklarını arayabileceği hasta hakları birimleri olmalıdır. Olayın varlığının bilinmesi, eğitimde programa alınması, hoca konumundaki kişilerin yetişen öğrencilere uygun model olması, olaylar öğrenildiğinde titizlikle incelenmesi ve caydırıcı tedbirlerin alınması bu tür ihlallerde önemli önlemler oluşturacaktır.

Tehlikeliliğin Değerlendirilmesi

Salt adli psikiyatri değerlendirmesinde değil aynı zamanda günlük uygulamalarında da tehlikelilik durumunun değerlendirilmesi gerekebilir. Bu, hastanın ve diğer kişilerin güvenliği için önemlidir. Tehlikelilik durumunun değerlendirilmesi yatan veya ayaktan izlenen hastalar için gerekebilir. Değerlendirmek için net kurallar yoktur. Özellikle, tutukluluk durumunda olduğu gibi, zorunlu değerlendirmelerde bu konuda elde edilen bilgiler yetersiz olabilir. Tehlikenin önceden kestirilebilirliği yetersiz olduğu durumlarda, hem o kişinin insan haklarına özen göstermek hem o toplum için uygun olana karar vermek her zaman kolay olmaz. Zeka geriliği ve antisosyal kişilik durumlarında değerlendirme özellikle zordur.

Birini öldürme girişiminde bulunan veya öldürmekle tehdit eden bir kişinin değerlendirilmesinde şu özelliklerin incelenmesi yardımcı olabilir: Öyküde yineleyen şiddet dönemleri/paranoid özellikler/dürtüsel davranışlar bulunması. Suç işlenmesinde: Garip bir şiddet uygulaması, şiddetin kışkırtma olmaksızın uygulanması, zarar verdiği halde pişmanlığının olmaması, yaptıklarını zararlı veya riskli oluşuna karşı büyük bir inkar içinde olması. Kişinin ruhsal durumu: patolojik kıskançlık, başkalarına zarar vermeye ilişkin paranoid inançlar, kendini değerlendirmede eksiklik, yineleyen şiddet tehditleri, tedaviye dirençli tutum içinde olması. Koşullar: Kışkırtma veya gerekçelerin yineleme riski, madde veya iğki kullanımı, sosyal güçlükler ve desteksiz kalma. Tek başına kişisel karar vermemek ve başka meslektaşlarla tartışmak en iyisi olacaktır.

Salt kişinin verebileceği tehlikeleri değerlendirmek yeterli olmaz. Bir tehlikeye veya şiddete maruz kalanların buna bağlı olarak ruhsal sorunlar sergilemesi ve acil servislerine başvurusu da seyrek olmayan bir durumdur. Bu tür tabloları tanımak ve şiddet öyküsünü iyi değerlendirmek de yardımcı olacaktır. Bu durumun değerlendirilmesi kişinin yeniden şiddet ortamına girmesini engelleyici olabilir. Özellikle aile içi şiddette sıklıkla kişi, kendine şiddeti uygulayan kişi ile birlikte acile gelir. Farklı çalışmalar doktorların kendi sınıflarından olan veya kendi öykülerine benzer özellikleri olan orta sınıf hastalarda aile içi şiddete daha kör kaldıklarını ve atladıklarını göstermektedir.

Sonuç Olarak

Genel tıp için geçerli olan etik kurallar psikiyatri uygulamaları için de geçerlidir. Tüm insanlar için geçerli, tek tür insan hakları ve hasta hakları vardır. Irk, cinsiyet, cinsel yönelimi ne olursa olsun tüm bireylerin aynı ilkelerle muayene ve tedavi edilme hakları vardır.

Kaynaklar

- American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists. Code of Ethics. Chicago, II, 1992.
- Appelbaum PS, Jorgenson L. Psychotherapist-Patient Sexual Contact After Termination of Treatment: An Analysis and and a Proposal. American Journal of Psychiatry 1991;148:1466-73.

- Bancroft J. Ethical aspects of sexuality and sex therapy, Bloch S., Chodoff P. yayına hazırlayan, *Psychiatric Ethics* II.baskı. Oxford, Oxford University Press, 1993.
- British Medical Association. İhanete Uğrayan Tıp: Doktorların insan hakları ihlallerine katılımı üzerine bir çalışma grubu raporu. İstanbul. Cep Kitapları A. Ş. 1996.
- Bond T. *Standart and Ethics for Counselling in Action* Sage Publications London 1993.
- Edelwich J, Brodsky A. *Sexual Dilemmas for the helping professional*. Revised and Expanded. New York: Brunner/ Mazel. 1991.
- Frick DE. *Nonsexual Boundary Violations in Psychiatric Treatment*. Oldham J.M., Riba M.B. yayına hazırlayan, *Review of Psychiatry* 13. Washington, American Psychiatric Press. 1994.
- Gabbard GO, Nadelson C. Hekim-Hasta İlişkisinde Profesyonel Sınırlar. *JAMA* 8, 447-53.
- Gelder M., Gath D., Mayou R., Cowen P. *Forensic Psychiatry*. i *Oxford Textbook of Psychiatry* III. baskı. Oxford, Oxford University Press, 1999,
- Plummer K. *Sexual Diversity: A Sociological Perspective*, Howells K. yayına hazırlayan, *The Psychology of Sexual Diversity*. Oxford: Basic Blackwell ltd., 1986.
- Pope KJ S, Keith-Spiegel P, Tabochnie BG. Sexual Attraction to clients: the human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist* 1986;41:147-58.
- Woody JD. *Treating Sexual Distress (Integrative Systems Therapy)* Newbury Park, Sage Publications, 1992.
- Yüksel Ş. Cinsel tedavilerde etik. *Psikiyatri, Psikoloji ve Farmakoloji Dergisi* 1994;2: 56-60.

24 Adli Psikiyatri

HÜSEYİN SOYSAL, DOĞAN YEŞİLBURSA

Adli psikiyatri, psikiyatrinin hukuk konularında geliştirdiği kavram, bilgi ve deneyimlerin oluşturduğu alan ile hukukun psikiyatrik konularda tanımladığı kavramlar ve gereksindiği hizmetlerin oluşturduğu alanın kesiştiği tüm konuları inceleyen ve uygulayan psikiyatrinin üst uzmanlık alanıdır.

Bilirkişilik

Yargılamada bir sacayağından bahsetmek olanaklıdır. Ceza davalarında yargıç, savcı ve sanık ve/veya vekili, hukuk davalarında yargıç, davacı ve davalı ve/veya vekili bu sacayağı oluştururlar. Davaya yön veren bir dördüncü unsur gerektiğinde bilirkişilik kurumudur.

Yargılama sürecinde tarafların getirdiği kanıtların yanı sıra gerçeği araştırmak için özel ve teknik bilgiyi gerektiren durumlarda görüş sorulan kişi ya da kurum bilirkişidir. ABD’de ve bazı Avrupa ülkelerinde, taraflar kendi bilirkişilerini tayin hakkına sahiptirler, ancak bu uygulamada diğer tarafın da karşıt görüş bildiren bilirkişi bulmasına, bu durum da bilirkişilerin tarafsızlığı, dolayısıyla ağırlığına gölge düşürmektedir.

Yasalarımıza göre ceza yargılamasında bilirkişi atama yetkisi yargıcıdır. Ceza davalarında bilirkişiden görüş alınması istemi Cumhuriyet Savcısından, şüpheliden, sanıktan, katılandan, müdafiden, vekilden gelebilir. Yargıç re’sen (herhangi bir istem gelmeden) de bilirkişi atanmasına karar verebilir. Soruşturma aşamasında ise Cumhuriyet Savcısı da bilirkişiye başvurma yetkisine sahiptir (Ceza Muhakemesi Kanunu madde 63/3). Hukuk davalarında ise bilirkişi her iki tarafın kabul edeceği kişilerden seçilir. Anlaşmazlık halinde bilirkişi hâkim tarafından belirlenir (Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu madde 276). Bilirkişi sayısı üç kişiyle sınırlandırılmıştır. Ancak bir kurumun bilirkişi olarak atanmış olması halinde kurumun kurulunu oluşturan kişiler için sayı sınırlanması söz konusu değildir. Bilirkişi olarak atanan kişi ya da kurum, kendisine verilen görevi başkasına devredemez. Bu durum bazı kurumlarda kendileri bilirkişi olarak görevlendirildiği halde, incelenecek kişileri hasta sevki mantığıyla başka bir kuruma sevk eden

hekimlerin gözünden kaçırdığı bir kuraldır. Kendisinin ya da kurumunun bilgi veya donanım eksikliği olduğunu düşünen bilirkişi ancak kendisini görevlendiren yetkeye gerekçesini bildirerek başka bir bilirkişinin atanması önerisinde bulunabilir.

Bilirkişilikten çekilme ise tanıklıktan çekilme ile aynı gerekçe ve haller ile talep edilebilir. Bilirkişilikle ilgili kural ve uygulama ilkeleri Ceza Muhakemesi Kanunu'nu 63-74. maddeleri arasında ve Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nun 275-279. maddelerinde yer almaktadır. Her iki yasanın benzer kuralları nedeniyle bilirkişilikten çekilme için ortak gerekçeler bir kalemde sıralanabilir: Davada taraf olan kişilerden birinin eşi, boşanmış eşi, nişanlısı, birinci derecede akrabası, ikinci derecede akrabası, evlilik yoluyla oluşmuş hısımlık dışında üçüncü dereceden akrabası olması, mesleği nedeniyle taraflardan birinin sırrına vakıf olması ve bu kişinin tanıklığına onay vermemesi, bilirkişiliği nedeniyle yakınlarının maddi zarara uğramasına veya onurunun zedelenmesine neden olması, kişinin vasisi veya eğitici konumunda bulunması halinde bilirkişi atanan kişi bu görevinden çekilebilir.

Bilirkişilerin görevi ihmalleri halinde hafif, görevi kötüye kullanma, yanlış veya eksik iş yapmaktan doğan zarara göre ağır ceza yaptırımları vardır.

Psikiyatrik bilirkişilik, medeni hukuk davalarında; vesayet, yasal danışmanlık, evlenme ve evlat edinme yeterliliği, evliliğin iptali ve sona erdirilmesi, vasiyet, tapu vb. akit işlemleri sırasındaki ayırt etme gücünün geriye dönük değerlendirilmesi ile ölenin sağlındaki tasarruflarının var olan belge ve bilgilerle değerlendirilmesi ve tazminat konularında gerekmektedir. Ceza davalarında ise; ayırt etme gücü (farik ve mümeyyizlik), ceza ehliyeti, madde bağımlılığı, ceza infazı tehiri ve cumhurbaşkanlığı affı konularında istenmektedir.

Kişiler hakkında tıbbi kanaat oluştururken kişiyi yargılamamak, tıbbi kanaat çarpıtmamak, savcı, avukat ya da yargıç sorumluluğuyla davranmamak gerekir.

Bilirkişi Raporu

Rapor, muayene, inceleme ve gözlem sürecinde harcanan emek ve oluşturulan tıbbi görüşün son ve işlevsel ürünü olup, yargının karar oluşturmasında önemli ağırlığa sahiptir. Bazı durumlarda tek hekimin raporu mahkemelerce dikkate alınırsa da, özellikle kurumlarca yapılan değerlendirmeler kurul raporu şeklinde oluşturulmaktadır. Yargı tarafından zorunlu kılınmayan durumlarda bile olanak varsa raporun kurulca düzenlenmesi, hem özdenetimi hem de mahkemece ciddiye alınmasını sağlar.

Adli organlar açısından, kişinin akıl hastalığı ve zayıflığı olup olmadığının belirtilmesi yeterli olacağından, tanı belirtmek ve belirtilen tanının DSM, ICD gibi tanı sınıflandırma sistemine uyma zorunluluğu yoksa da, olası başka tıbbi değerlendirmelere ve muhafaza-tedavi süreçlerine ışık tutacağından tanı ve tanıya vardiran belirti ve bulguların raporda yer almasında yarar vardır.

Fiil Ehliyeti

Aksi kanıtlanmadıkça her ergin (eski deyimle reşit) bireyin fiil (eylem) ehliyeti vardır. 18 yaşını dolduran herkes, ayrıca 15 yaşını doldurması şartıyla, 18 yaşından

önce evlenenler erginlik, diğer bir ifadeyle fiil ehliyeti kazanırlar. Bunun dışında, ergin olduğunu kanıtlayarak, hukuk mahkemelerinde fiil ehliyeti olduğuna dair karar aldırın 15-18 yaş arası kişiler de ergin sayılır.

Mahkemeler dışında, noterler, tapu sicil müdürlükleri ve evlendirme memurlukları da hukuki işlem yapacak kişilerin fiil ehliyeti ile ilgili rapor isteminde bulunurlar. Yaşlılık, vasiyetname düzenleme ve işlem yapan kamu görevlisini tereddüde düşüren bir durumun varlığında, kişilerin fiil ehliyeti hekimlere, özellikle ruh hekimlerine sorulmaktadır.

Erginlik yaşını tamamlamadan mahkeme kararıyla ergin sayılmak isteyenlerin değerlendirmelerinde; zekâ gelişiminde sorun, psikotik veya ayırt etme gücünü etkiler şiddette duygudurum bozukluğu, davranım ve uyum bozukluğu olup olmadığı ile sorumluluk yüklenme kapasitesi ve duygusal olgunluğu değerlendirilmeli, yargıya başvurma motivasyonu dikkate alınmalıdır.

Vasiyetname düzenlemek için başvuran her yaştaki erginin fiil ehliyeti sorulduğundan; bu kişilerin rutin psikiyatrik muayeneleri dışında, vasiyetname ile çıkar sağlayan ve zarara uğrayan kişilerle ilişkileri de irdelenerek hezeyanlı düşünce içeriği titizlikle araştırılmalı, ölümcül bir hastalığa yakalanmış değilse vasiyetname düzenlemesine intihar planı olmasının da neden olabileceği olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Yaşlılık 65 yaş üstü sayıldığından bu yaşın üzerinde olanların muayenelerinde; öncelikle demans ve diğer bilişsel işlev bozuklukları aranmalı, yine yaptırmak istediği işlemin gerekçesi, sonuçları ve parasal değerinin farkındalığı ile telkin altında olup olmadığı konuları araştırılmalıdır. Tereddüt halinde psikolojik testler, nörolojik muayene, radyolojik incelemeler yapılmalıdır. Çoğu yaşlıda görülen işitme, görme ve yürüme güçlüklerinin kişinin bilgilenmesini, iletişimini ve bağımsız karar verme yetisini ağır derecede olumsuz etkilediği düşünüldüğünde açık bir nöropsikiyatrik sendrom olmasa da fiil ehliyetinin tam olmadığı bildirilmelidir.

Noter ve tapu işlemlerinde yaşlılardan fiil ehliyeti ile ilgili mutlaka rapor istenmesi ve düzenlenen raporun sadece düzenlendiği gün geçerli olması genel eğilim halini almış olmasına karşın bu uygulamaların dayandığı yasal altyapı yoktur.

Hukuken Kısıtlanma

Vasi Atanması

Akıl hastalığı ve zayıflığı, yaşlılık ve bedensel hastalıklar, bir yılı aşan özgürlüğü kısıtlayan cezalar, cahillik ve deneyimsizlik, alkol ve madde bağımlılığına bağlı kendini ve ailesini zora sokma gibi hallerde kişinin fiil ehliyeti tamamen ya da kısmen ortadan kalkar. Hukuki işlemlerini diledikleri gibi yapamazlar. Bu kişilerin haklarının korunması için ise kendilerine vasi veya yasal danışman ya da kayyum atanır. Mahkeme kararıyla alınan bu kararlar ortaya çıkan duruma hukuken kısıtlanma denir.

Medeni yasanın 404. maddesi velayet altında bulunmayan her küçüğün vesayet altına alınmasını gerektirir der.

405. madde; akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının gü-

venliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır der. 409. madde ise akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmi sağlık kurulu raporu üzerine karar verileceğini, yargıcın karar vermeden önce kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebileceğini belirtmektedir.

Vesayeti gerektiren durumlarda vesayet altına alınacak kişilerin mahkemede dinlenilmesi konusunu, medeni yasanın 409. maddesi düzenlemiştir. Madde ve alkol bağımlılığı ile kendi isteğiyle kısıtlanan kişilerin dinlenilmeden kısıtlanamayacağı, akıl hastalığı ve zayıflığı nedeniyle kısıtlananların dinlenip dinlenmeyeceğinin vesayetinin gerektiğini bildiren kurumun raporuna göre kararlaştırılacağı belirtildiğinden, akıl hastalığı ve zayıflığı nedeniyle kısıtlanması gerektiği bildirilen hastaların raporuna mahkemede dinlenmesinde yarar olup olmadığı da mutlaka yazılmalıdır.

Yasa 409. madde ile akıl hastalığı ve zayıflığı nedeniyle kısıtlamayı ancak resmi sağlık kurulu kararıyla olanaklı kılmaktadır.

Vasinin iki yıl için atanması, vesayet makamının bu süreyi her defasında ikişer yıl uzatabileceği ve vasinin dört yılın sonunda vasilikten kaçınabileceği 456. madde ile kurala bağlanmıştır.

Hastalıklar ve Yasal Temsilci Atanması

Yeni medeni kanunda yasal temsilcilik kavramı vesayet, yasal danışmanlık (eski medeni kanunda müşavirlik) ve kayyumluğu içerir.

Kendi işlerini göremeyen, sürekli bakım gerektiren veya çevresi için tehlikeli olan ruhsal hastalıklar denince akla ilk gelen şizofreni, hezeyanlı bozukluk, şizoaftif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklardır. Psikotik bozukluğu olan, tansından şüphe edilmeyen ve kronik nitelik kazanmış olgularda bilirkişi mahkemeye hastanın vesayet altına alınmasını önerir.

Duygudurum bozukluklarından bipolar bozukluk genelde vesayet altına almayı gerektiren bir hastalık olarak görülmesi de; içgörüsü olmayan, kronikleşen, düzenli tedavi olmayan ya da tedaviye yanıt vermeyen olgularla sık döngülü olup yaşamının hastalık dönemleri remisyon dönemlerinden daha uzun süre kaplayan, çalışmasına veya günlük yaşamını kendi başına sürdürmesini bile zora sokan şiddet ve sürede hastalık içinde olan kişilere de vesayet önermek doğru olur. Vesayeti gerektiren diğer bozukluklar; demanslar, amnestik bozukluklar ve diğer ağır bilişsel yetersizliğe neden olan sendrom ve süreçlerdir.

Zihinsel gelişim geriliği vesayeti gerektiren durumlardan olup orta, ağır ve ileri derecede zekâ geriliği olan kişilerin kendi işlerini görmesi olası olmadığından kendilerine vasi atanır.

Hafif derecede zekâ geriliği ile sınırda zihinsel başarı gösteren bireyleri kendi koşulları içinde irdelemek daha sağlıklı sonuca götürür.

Alkol ve madde bağımlılığı vesayeti gerektirebilen psikiyatrik hastalıklar olup, yasa bağımlılığın kişinin kendisini ve ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açması ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olması ya da başkalarının güvenliğini tehdit etmesi halinde kısıtlanmasını uygun görmüştür.

Suçlanan kişiler çoğu zaman desimülasyon (hastalığı gizleme) gayreti içinde alışkanlıklarını ve komplikasyonları minimize etmeye çalıştıklarından bağımlılığın saptanmasında güçlükler vardır. Açık seçik olan olgular dışında, dava dosyası incelenmesi, sosyal anket, aile görüşmesi ve laboratuvarıda idrarda madde metaboliti, kanda alkol, karaciğer fonksiyon testleri tanıya yardımcı araçlardır. Bağımlılığın psikiyatr tarafından belirlenmesi halinde, ikinci koşul olan; darlık, yoksulluk, korunma ihtiyacı veya başkalarının güvenliğinin tehdit altında olup olmadığına kararını yargıç tarafından verilmelidir.

Yasal Danışmanlık (Eski Medeni Kanunda Müşavirlik)

Yasal danışmanlığı vesayetin hafifletilmiş şekli olarak tanımlamak yanlış olmaz. Yasal danışman atanmış kişi, yasal danışmanın izni olmaksızın dava açma veya vazgeçme, taşınır ve taşınmaz kıymetlerin alım-satımı, yapı işleri, ödünç alıp-verme, kefil olma, anaparayı alma, bağış ve kambiyo işlemlerini yapamaz (Medeni Kanun. Madde 429).

Psikiyatrik tanımlama yapmak gerekirse; ağır yeti yitimi olmayan, yargılamada, değerlendirmede ve sezgide önemli kusurları olmayan, çevresi ve kendisi için tehlike oluşturmayan mental yetersizlik ve ruhsal bozukluğu olan kişiler bu kategoriye girer. Bu tanım, psikiyatrik sınıflandırmaya uyarlandığında, hafif derecede zekâ geriliğinin üst düzeyi ile sınırdaki zihinsel başarı gösterenlerin alt düzeyi, duygudurum bozukluğu olup hastalık dönemleri nispeten uzun süren ya da nüksler sırasında tasarruflarıyla kendisini veya ailesini zarara uğratanlar veya uğratma riski taşıyanlar, geçici ancak tekrarlayan psikotik atak geçirenler, serebrovasküler hastalık nedeniyle hafif ve ilerleyici olmayan bilişsel işlev bozuklukları olanlar, kronik psikotik olmakla birlikte semptomları kontrol altında tutulabilen, içgörülü, rehabilitasyon edilebilmiş veya yeti yitimi sınırlı kalmış hastalar, ağır depresyon-anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu ve benzeri insiyatif kullanımını engelleyen şiddetli nörotikler, epilepsi ve diğer tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği düzeyinde silik ruhsal komplikasyonları olanlar gibi bir dizi hastalık veya hastalık evresi ya da durumla örtüşmektedir.

Tanısı psikotik bozukluk olmakla birlikte tedavi, rehabilitasyon ve sosyal destekle oluşmuş dengeyi bozmamak için, özellikle çalışan ve aile reisliği yapan bireyler için yasal danışmanlık yeğlenebilir.

Evlenme

Medeni yasa; 124 ile 128. maddeler arasında evlilik için gerekli koşulları sıralamaktadır. Dikkati çeken ilk koşul, erkekle kadın arasında eşitliği gözeterek her iki cins için aşgari evlilik yaşını 17 olarak belirlemesidir. Olağanüstü durumlarda yargıç kararıyla alt sınır 16 olabilmektedir. Kural olarak ayırt etme gücüne sahip olmayanların evlenemeyeceği açıkça belirtilmektedir. Yasal kısıtlılığı olanların evlenmesi ise öncelikle yasal temsilcinin izni, kısıtlanmasına neden olan durum akıl hastalığı ise ayrıca evlenmesinde tıbbi sakınca olmadığına dair sağlık kurulu raporu koşullarına bağlanmaktadır.

Yasal olarak kısıtlanmış kişilerin evlenmesi için sağlık kurulu barındıran bir sağlık kurumundan, evlenmesinde sakınca olmadığına ilişkin sağlık kurulu raporu koşuldur. Bazı yaşlılar ise özellikle ikinci veya daha ardıl evlenmelerinde varislerinin daha sonraki olası itirazlarının önünü kesmek amacıyla evlendirme memurluklarında ya da mahkeme kararında evlenmelerinde sakınca olmadığını bildirir rapor bulundurmamak istemektedirler.

Evlenme ile ilgili muayenelerin, fiil ehliyeti muayenesiyle aynı çerçeve ve ayrıntılarına gerektirdiği söylenebilir. Hasta olduğu bilinen ve/veya yasal kısıtlılık altında olanların muayenesinde ise hastalığın doğası, hastanın tedaviye uyumu, tedaviye cevap, kişinin ekonomik, sosyal ve psikolojik durumu birlikte değerlendirilerek yanıt oluşturulmalıdır.

Evliliğin Yok Sayılması (Butlan) ve Akıl Hastalığı Nedeniyle Boşanma

Butlan, batıl kelimesinden türemiş Arapça bir kelime olup geçersiz, yok sayılan anlamındadır. Medeni yasanın 145. maddesiyle evlenme sırasında eşlerden birinde sürekli bir nedenle ayırt etme gücünden yoksun bulunması ile evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı olması halinde evlenmenin mutlak butlanla batıl olduğuna (geçersiz olduğuna) hükmedilmektedir.

Butlan davalarında hastalığı söz konusu olan eşin muayenesinde, fiil ehliyeti muayenesi uygulanır. Burada kritik konu kişinin evlilik sırasındaki durumudur. O sırada fiil ehliyeti bulunmayan bireyin yaptığı evlilik sözleşmesi geçersizdir.

Medeni yasa; akıl hastalığı nedeniyle boşanmayı iki koşula bağlamıştır. Hastalığın evliliği çekilmez kılması ve tam şifa bulmasının olanaksız olması koşullarının ikisi de belirlenirse boşanma gerçekleşebilir.

Kuruma Yerleştirme

Medeni yasanın 432. maddesinde akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol ve madde bağımlılığı, ağır bulaşıcı hastalık ve serserilik nedenleriyle toplum için tehlike oluşturanların ergin olması koşuluyla elverişli bir kuruma yerleştirilmesini veya alıkonmasını hükme bağlamaktadır.

Ruh sağlığı yasası olmayan nadir ülkelerden biriyiz. Bu nedenle medeni yasanın 432-436. maddeleri arasında düzenlenen kuruma yerleştirme kuralları, psikiyatri kurumlarınca akıl hastalarının alıkonmasına ilişkin yapılması gereken yasal düzenleme için altyapı oluşturan ilk adım olarak değerlendirilmiştir. Kendisine veya çevresine zarar veren veya bu riski taşıyan hastaların özgürlüklerinin kısıtlanması sadece psikiyatri uzmanlarının yetki ve sorumluluğu olarak görülmesi çağdaş hukuk ve toplumsal hak ve özgürlüklere uygun değildir. Hem hastaların hakları, hem de hekimlerin sorumluluğu hukuk sistemiyle paylaşmaları için, çok sayıda psikiyatri kliniği istemsiz yatışlarda sulh hukuk mahkemelerine bildirimde bulunarak yargıç onay ve denetimini sağlamaya başlamıştır.

Tüm kliniklere yaygınlaşması beklenen bu uygulamada, hastanın tehlikeli olduğuna karar verildiğinde isteği dışında kliniğe yatırılacağı bildirilmektedir. Hastanın yatışının yapıldığı klinik 72 saat içinde, kişinin korunması için özgürlüğünün kısıtlanmasına ilişkin karar istemiyle sulh hukuk hâkimliğine başvurmuştur. Yargıcın verdiği özgürlüğün kısıtlanmasına ilişkin karar hasta ve yakınlarına yazılı olarak bildirilmektedir. Hasta veya yakınlarının itirazları asliye hukuk mahkemelerine yapılmakta, itiraz kabul edilirse kişinin hastaneden çıkışı yapılmaktadır. Uygulama, bürokratik ve pratik güçlüklerin giderilmesiyle yaygınlaşacak görünmektedir.

Cinsiyet Değişirme

Karşıt cinsellik (transseksüellik) yasal olarak tanınmakla birlikte kişinin tescil edilmiş cinsiyetinin değiştirilme talebinin karşılanması medeni yasayla bir eğitim ve araştırma hastanesi resmi sağlık kurulu raporu istenmektedir (Medeni Kanun, Madde 40). Raporla belirlenmesi gereken hususlar; kişinin transseksüel yapıda olduğu, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğu konularıdır. Burada adli psikiyatriyi ilgilendiren alan, kişinin transseksüel yapıda olup olmadığını saptamaktır.

Ceza Sorumluluğu

Türk Ceza Kanununa göre, 12 yaşını doldurmamış çocuklara işledikleri suçtan dolayı ceza verilememektedir (Madde 31/1). 12 yaşını dolduran ve 16 yaşından gün almamış çocukların işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde, eski deyimle farik ve mümeyyiz olmadıklarının belirlenmesi halinde ceza sorumlulukları yoktur. Ancak bu kişilere çocuklara özgü güvenlik tedbirine hükümlenir (Madde 31/2).

Sağır ve dilsizlerde ise 15 yaşını doldurmamışlarda adli soruşturma yapılmayacağı ve 15-18 yaş arasında ise suçun ve cezanın ayırımı içinde olup olmadıklarına bakılması gerektiği hükme bağlanmaktadır (Madde 33).

Yetişkinlerde kişinin suçtan sorumlu tutulup tutulamayacağı, ceza sorumluluğunun olup olmadığı, tüm küçüklerde olması zorunlu ayırt etme yeteneğinin araştırılmasındaki gibi zorunlu olmayıp yargılamayı yapan mahkemenin isteği üzerine incelenir. Sanık 15 (sağır ve dilsizlerde 18 yaşını) yaşını doldurmuş ise, artık suçun anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneğinin gelişip gelişmediği dikkate alınmayıp, ceza sorumluluğunu etkileyen akıl hastalığı ve zayıflığı gözetilir.

Yasanın akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğunu düzenleyen 32. maddesiyle sorumluluk aynı madde içinde kaldırılmakta veya azaltılmaktadır. Birinci fıkrayla; akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmeyip bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine karar verilmesi gerektiği bildirilmektedir.

İkinci fıkrayla ise; birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilmesine, diğer hallerde verilecek cezanın altıda birden fazla olmamak üzere indirilmesine karar verilmesi istenmektedir.

34. maddeyle geçici durumlar tanımlanmaktadır: 1) Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. 2) İradî olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra uygulanmaz.

Ayırdetme ve Sezginlik

Farik ve mümeyyizlik kavramı suç sorumluluğu yüklenebilecek yaştaki çocuklarda sorulur ve yasayla bu sınır 12 yaşından sonra başlar. 12–15 yaş grubundaki tüm çocukların işledikleri öne sürülen suçun anlam ve sonuçlarını anlama yeteneğinin oluşup oluşmadığına, diğer bir deyişle ayırdetme ve sezginlik ehliyetine, eski deyimle fark ve temyiz ehliyetine bakılması yasal zorunluluktur (Çocuk Mahkemeleri Kanunu Madde 20).

Adli psikiyatri uygulamalarında, ayırdetme ve sezginliği değerlendirilen küçüklerin, zihinsel gelişimleri ile gerçeği değerlendirme yetilerini bozan psikiyatrik sendromlarının olup olmadığının yanı sıra toplumsal, ekonomik, ailesel, eğitimsel konuları ile bu konulardaki düzeyleri ile suç arasındaki ilişki birlikte tartışılmalıdır.

Hastalıklar ve Ceza Sorumluluğu

Zekâ gerilikleri, ceza sorumluluğunu etkileyen ve yasanın akıl zayıflığı olarak tanımladığı en geniş tanı gruplarından. Hafif derecede zekâ geriliği olanlarda azaltılmış ceza sorumluluğu veya tam sorumsuzluk kararları, kişiye ve suça göre değişebilir. Daha alt düzeyde genellikle tam sorumsuzluk söz konusudur. Zekâ geriliği nedeniyle ceza sorumluluğu olmadığı belirlenen kişilerin, tüm zorunlu tedavi altındaki hastaların yaklaşık %5'ini oluşturduğu söylenebilir.

Şizofreni, hezeyanlı bozukluk, şizoafektif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar ile diğer psikotik bozukluklar, sanıkların suç tarihinde hastalığın etkisi altında olmaları halinde ceza sorumluluğunu tamamen ortadan kaldıran hastalıklardır. Bu hastaların eylemlerinde başlıca motivasyonlar ise ülkemizde kıskançlık ve perseküsyon hezeyanlarıdır. Batılı yayınlarda ise ilk sırayı perseküsyon hezeyanı almaktadır.

Duygudurum bozuklukları, ceza sorumluluğunu daha geniş yelpazede değerlendirmeyi gerektiren hastalıklardır. Psikotik özellikli manik dönem ve eğer işlenen suç afektle bağdaşıyorsa psikotik özellikli depresif dönem, psikotik bozukluklar gibi ceza ehliyetinin olmadığı durumlardır. Bipolar bozukluğun manik dönemlerindeki hastaların suç sorumluluğunun olmadığı şeklindeki genelleme de çok yanlış olmayacaktır. Unipolar ya da bipolar hastalıkların depresyonlarında çoğu kez işlenen suç zaten hastalığın yansıma-

sı şeklindedir; intihar öncesi çocuğunu öldürmek ya da bir aracın önüne atlayarak trafik kazasına neden olmak gibi. Depresyonun hafif formları, hipomani, kısmen remisyona girmiş manik dönemler esnasında işlenen suçlarda azaltılmış ceza sorumluluğu, remisyon dönemindeki iki uçlu hastalarda tam ceza sorumluluğu bazen de azaltılmış ceza sorumluluğu söz konusudur. Suçun niteliği ve işleniş şekli veya motivasyonu birlikte değerlendirilerek kanı oluşturulması, her bir olgunun kendi özel koşulları içinde ele alınması gereğini bu durumlar için bir kez daha anımsamakta yarar vardır.

Demans ve mental konfüzyon ceza sorumluluğunu kaldırır. Başlangıç döneminde demans, amnestik bozukluk ve diğer bilişsel işlev bozuklukları ceza sorumluluğu bakımından genelleme yapılamayacak hastalıklardır. Burada suçun oluşmasına hastalığın neden olup olmadığı sorusu sorulmalıdır. Örneğin amnestik bozukluğu olan ve çekinin ödeme gününü unutan hastanın ceza sorumluluğu yoktur ama aynı hastanın planlı bir hırsızlık suçu işlemesi halindeyse ceza sorumluluğu tamdır.

Alkol ve madde kullanım bozukluklarında kullanıcılar, madde etkisi altında da olsa işlenen suçlardan tam sorumludurlar, kasıtlarını aşan ve öngürülemez şekilde ortaya çıkan konfüzyon ile gelişen psikotik bozukluklarda ceza sorumluluğu tartışılır.

Kişilik bozukluklarının her türünde sanıkların ceza sorumluluğu tamdır.

Cinsel sapkınlıklar sıkça bilirkişilerin karşısına gelir. Sapkınlığın yargılama bozuklukları yoktur, tartışılabilir yönleri istenç ve dürtü kontrolleridir. Cinsel dürtülerin basılanması, hemen her birey için sorun olabilir. Dürtüleri yasal ve toplumsal kabul edilebilir mecralara yönlendirme, toplumsallaşma sürecini tamamlamış tüm bireylerden beklendiği gibi sapkınlığı olan bireylerden de beklenmelidir. Yine de, cinsel sapkınlığı nedeniyle suç sayılan eylemde bulunan bireyin, baştan ve kestirme tavırla ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilmeden önce, dürtü kontrolünü denetleme gayreti içinde olmasına ve diğer insanlara zarar vermeme gayretine karşın suç sayılan eylemi olanların azaltılmış ceza sorumluluğundan yararlanabilme şansı tartışılabilir.

Hemen hemen tüm epileptiklerin suç işlediklerinde ceza sorumlulukları araştırılır. Kabaca epileptiklerin, epileptik nöbet sırasında ve öncesi veya sonrası konfüzyon içindeyken işlenen suçlarında ceza sorumlulukları yoktur. Psikiyatrik komplikasyon yoksa, epileptiklerin epileptik nöbetler arasında işledikleri suçtan tam sorumlu oldukları belirtilebilir. Epileptikler birçok impulsif saldırganlıklar, cinsel suçlar, taşkınlıklar nedeniyle adli sorunlar yaşarlar ve bu suçlarda psikiyatrik hastalıkların eşlik etme olasılığı daha yüksektir. Epilepsinin yol açtığı psikozlar, demanslar ve manik eksitasyonlarda, ceza sorumluluğu tamamen, kişilik değişiklikleri ve hafif bilişsel işlev bozukluklarında ise kısmen etkilenir demek yanlış olmaz.

Madde Kullanım Bozuklukları ve Denetimle Serbestlik Uygulaması

Madde kullanan kişilere ceza veya alkol-uyuşturucu-uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşlarında bağımlılığın sona ermesine kadar tıbbi tedavi seçeneği verilmektedir. (Madde 191/2,3 ve madde 57/7) Denetimli serbestlik ilkelerine gö-

re; tedaviye başlanan kişi tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Alkol ve madde tedavi merkezlerinde yatarak veya çoğunlukla yapıldığı gibi ayaktan tedavi ve takip sonucunda hastalar denetimli serbestlik bürolarına yönlendirilir. Denetimli serbestlik süresi, yasanın 191. maddenin 4. fıkrasıyla en az 1 yıl, en çok 3 yıl olarak belirlenmiştir.

Uygulamada tedaviden çok hastayı bilgilendirme ve kontrol ön plandadır. Küçük yerleşim birimlerinde de kontrolleri yapmak olasıdır, klinisyen ağırlıklı olarak idrarda madde tarama testini esas almaktadır. İlk testlerde madde bulunması halinde, mahkemeye bildirimde bulunmak yerine kişinin uyarılması yeğlenmektedir. Kontrol süresi ortalama 3 ay kadardır ve bu sürede 6-10 kez idrar incelemesi yapılmaktadır. 191. maddenin 2, 3 ve 4. fıkralarında tanımlanan kullanıcıların tedavi ve denetimli serbestlik süreci, tedaviden sonuç alınmasına yönelik katı kurallar içermekte, kişinin tedavi ve denetime uymaması halinde hapis cezasıyla sonlanması öngörülmektedir.

Cinsel Suçlarda Mağdurların Suçun Kötülüğünü Anlama ve Karşı Koyma Yetisi

Türk Ceza Kanunu, 102. maddede ruhsal açıdan kendini koruyamayacak durumda olanlara karşı işlenen cinsel suçlarda saldırganın cezasının 1/2 oranda arttırılmasını hükme bağlar. Bu durumun araştırılması sırasında mağdurun psikiyatrik durumu nedeniyle kendisini korumaya yetecek zihinsel örgütlenmeye sahip olmadığı saptanması halinde, raporda ayrıca mağdurdaki yetersizliğin uzman olmayan kişilerce de anlaşılıp anlaşılamayacağı belirtilmelidir.

Ayrıca cinsel saldırı sonucu mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde de cezayı ağırlaştırıcı hükümler vardır. Bu soruyla karşılaşıldığında, ruh sağlığının bozulması olarak geçici akut ve post travmatik stres bozukluğunun sayılıp sayılmayacağı tartışma konusudur.

Koruma ve Tedavi

Suç işlemiş ve yargılama sonucu ceza sorumluluğu olmadığı belirlenmiş kişilere ceza verilmez ve koruma ve tedavi uygulanır. Bu uygulamalar Türk Ceza Kanununda tanımlanmıştır. Ceza sorumluluğu olmayan çocukların çocuklara özgü güvenlik tedbirlerinin ayrı bir yasayla tanımlanacağı 56. maddede belirtilmektedir ve çocuklarla ilgili tedbirler Çocuk Mahkemeleri Kanununun ilgili maddesiyle düzenlenmiştir:

Madde 10 - Küçükler hakkında aşağıda yazılı tedbirler uygulanır.

1. Veliye, vasiye veya bakıp gözetmeyi üzerine alan akrabadan birine teslim,
2. Bakıp gözetmeyi üzerine alan güvenilir bir aile yanına yerleştirme,
3. Bu maksatla kurulmuş çocuk bakım ve yetiştirme yurtlarına veya benzeri resmi yahut özel kurumlara yerleştirme,
4. Genel ve katma bütçeli daireler, mahalli idareler, bankalar, İktisadi Devlet

Teşekkülleri ve bunların ortaklıkları tarafından kurulmuş fabrika, müessese veya ziraat işletmeleri veya benzeri teşekküllerle işyerlerine yahut meslek sahibi bir usta yanına yerleştirme,

5. Resmi veya özel bir hastaneye veya tedavi evine yahut eğitimi güç çocuklara mahsus kurumlara yerleştirme.

Erişkin akıl hastalarına uygulanacak güvenlik tedbiri olarak ise koruma ve tedavi Türk Ceza Kanununun 57. maddesinin birinci fıkrası güvenlik tedbirinin koruma ve tedavilerinin yüksek güvenliqli sağlık kurumlarda yapılmasını öngörmektedir. Yasada belirtilen yüksek güvenliqli kurumlar standardize edilmemiş ve oluşturulmamıştır. Uygulama bölge ruh sağlığı hastanelerinde sürdürölmektedir.

İkinci fıkra ile; hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığıının veya önemli ölçüde azaldığıının belirtilmesi üzerine mahkeme veya yargıç kararıyla serbest bırakılabileceği tanımlanmaktadır.

Beşinci fıkrada, tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir, bu durumda bir ve ikinci fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır denmektedir.

Ceza sorumluluğu psikiyatrik nedenlerle azalmış olan kişiler için de koruma ve tedavi hükümleri söz konusudur. 57. maddenin altıncı fıkrası ile kişinin mahkûmiyet süresinin tamamı ya da bir kısmının psikiyatri kliniğinde geçmesi olanaklı kılınmaktadır.

Tıbbi Kontroller

Koruma ve tedaviyi sonlandırmayı uygun gören sağlık kurumu bu kararı verecek olan mahkemeye tıbbi kontrol önerip önermediğini, öneriyorsa süre ve aralıklarını bildirmektedir. Mahkeme, çıkış kararında tıbbi kontrolleri de bu öneriler doğrultusunda karara geçirmektedir.

Tıbbi kontrollerin sevk ve takibi cumhuriyet savcılıklarına verilmiştir. Kontrollerin gerekçesi toplum güvenliği olup yasada kontrolün yapılacağı sağlık kuruluşları, teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan yerler olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi kontrolde hastanın tehlikeliliğinin yeniden ortaya çıktığı anlaşıldığında ise önceki düzenlemede olduğu gibi koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbirinin tekrarı gerekmektedir (Madde 57/3,4,5).

Fakat kontrollerin tüm hastalarda ve düzenli işlemediği bilinmektedir. Bu konudaki çalışmalar; zorunlu tedavi görüp hastaneden çıkarılan hastaların aradan geçen 4 ile 7 yıllık süreç içinde durumları araştırılmıştır. Ulaşılabilen hastaların %44'ünün hiç tıbbi kontrole gitmediği, %31'inin düzensiz, %25'inin düzenli kontroller yaptırdığı anlaşılmıştır. Hastalığı nüksederek hastaneye yatanların oranı %44, yeniden suç işleyenlerin oranı ise %9'dur. Tekrar suç işleme oranı en yüksek tanı grubu paranoid şizofrenidir. Bir arşiv taramasında kontrol muayenesine gelen hastaların sadece %36'sının savcılık tarafından hastaneye sevk edildiği, diğerlerinin kendileri ya da yakınlarının başvuruları ile kurumda muayene edilip raporlarının ilgili savcılığa gönderildiği görölmüştür.

Mahkemelere Bilgi ve Belge Gönderme

Mahkemelerin bilgi ve belge toplamları kendilerine tanınmış yasal bir hak olduğu gibi davaya taraf kişilerin de kendileriyle ilgili bilgi ve belgelerin toplanması sürecinde haklarının gözetilmesi ve görüş bildirebilmeleri söz konusudur.

Hekimler kişileri danışan, hasta veya bilirkişi olarak bir kuruma görüş bildirmek üzere incelemiş olabilir. Danışan veya hasta olarak karşımıza gelen insanlar bize verdikleri bilgilerin hasta-hekim sırdaşlığı ilkesi gereği gizli tutulacağı ön kabulüyle davranırlar. Bu nedenle hekimler, özellikle psikiyatrlar bu bilgileri üçüncü şahıslar ve kurumlarla paylaşmamalıdır.

Yasa yapıcı da bu konuda farklı düşünmez. Bu nedenle Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu, tanıklıktan çekilme hakkı için "memuriyet sanat ve meslekleri itibariyle bir kimsenin sırrını bilenler, şu kadar ki o kimse muvafakat ederse şahadetten imtina edemezler"(madde 245) der. Ceza Mahkemeleri Usul Kanunu da tanıklıktan çekilme hakkı olanları sayarken; "hekimler, dış hekimleri, eczacılar, ebeler ve bunların yardımcıları ve diğer bütün tıp meslek veya sanatları mensuplarının, bu sıfatları dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler"(madde 45) der.

Hem yasal hem de etik ilkeler gereği, daha önce kaydı olan kişiler hakkında mahkemeler bilgi ve belge istediğinde bunun bir tür tanıklık olduğu bilinmeli ve mahkemeye o kişinin bu bilgilerin verilmesi konusunda onayına ihtiyaç duyulduğu yazılmalıdır. Mahkeme onay olmadan belge gönderilmesinde ısrar ederse yasal ve etik sorumluluk yerine getirilmiş olduğundan istenen belgeler gönderilebilir.

Bir kişinin onayı olmaksızın bir hekim veya bir kurum olarak hakkındaki bilgileri mahkemeye vermek ceza ve tazminat davalarına neden olabilmektedir.

Öte yandan daha önce tarafımıza bilirkişilik hizmeti verilmek üzere gönderilen kişilerin raporları ile mahkemede sanık olup gelen yazıdan kişinin kendisini savunmak için hastalığı olduğunu söylediği anlaşılan kişilerin bilgi ve belgeleri doğrudan gönderilebilir.

Kaynaklar

- Appelbaum PS, Gutheil TG. Clinical Handbook of Psychiatry and The Law. Hagerstown, Maryland, USA Williams & Wilkins. 1991.
- Arslan OH, Ger MC, Görker I, Öncü F, Sercan M, Sevim ME, Soysal H, Türkcan A, Türkcan S, Yeşilbursa D. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. (Ed: Sercan M.) Tuna Matbaacılık Ankara. 2007.
- Canbek Ö, Ger C, Soysal H, Türkcan S, Uygur N. Relationship between crime and drug dependence. Thematic Conferans&Introductory Course on Legal and Forensic Psychiatry. Madrid. 2000.
- Chris L. Forensic Psychiatry for Health Professionals. London: Chapman&Hall. 1995.
- Dokuz Z. Adli Psikiyatri. Akıl Hastalıkları ve Toksikomani Mevzuatımız. İstanbul: İstanbul Matbaası. 1966.

- Hawk G, Benedek EP. The forensic evaluation in the criminal justice system. Michels R (ed) Pschiatry. Philedelphia: Lippincott Company. 1989.
- Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D, Alataş G. Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği. *Düşünen Adam* 2002;15:132-48.
- Puri BK, Brown RA, Mckee HJ, Treaseden IH. Mental Health Law A Practical Guide. Hodder Arnold. London. 2005.
- Soysal H, Uygur N. Psikotik hastaların öldürme davranışında hedef kitle. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1993;30:342-6.
- Soysal H. Adli Psikiyatri El Kitabı. Roman's Yayınları. İstanbul. 2005.

Dizin

A

- afekt 29,30,107,131,134,134,135,
152,327,343,355,412
- agorafobi 28,59,61,62,63,64,66,75, 76,
77,80,205,337,340
- agranülozitoz 367,377
- ağrılı cinsel birleşme 307
- akatizi 31,146,233, 269,366
- aktarım 344,352,356, 384,385,386
- akut beyin sendromu 224
- akut distoni 146,369
- aleksitimi 30,273
- algılama 13,23,41,44, 67,122,130,134,
156,157,163,190, 261,272, 326,
329,383,387,388
- alıştırma 65,76,81,89,90,381,382
- alkol 24,64,71,75,76,88,93,95,116,124,
126,127,138,151,152,157,196,
197,198,199,200,202,203,204,
205,206,207,208,209,211,212,
213,216,220,230,231,232,235,
236,241,242,243,244,245,246,
251,259
- akut zehirlenme 146
- alkol bağımlılığı (alkolizm) 76,197,199,
204,205,211,408
- alkol paranoyası 213,220,244
- alkol kötüye kullanımı 24,64,75,88,200,
207,244
- altbenlik 41,42,44,45,46,352
- amnezi 21,22,155,156,157,159,161,163,
164,165,166,170,178,238,272
- ambivalans 30,39,43,236,237
- amigdala 60,73
- amitriptilin 360,365
- anal dönem 38,82,83
- analkastik kişilik bozukluğu (bkz: obsesif-
kompulsif kişilik bozukluğu) 338
- anksiyete 2,28,30,40,44,45,58,59,60,
61,64,66,67,68,69,70,71,72,73,
75,76,77,78,79,80,82,84,85,120,
124,126,143,146,147,153,160,
168,171,181,182,183,185,190,
192,198,204,205,213,214, 215,
216,218,224,239,240,241,242,
246,247,248,249,251,258,259,
260,267,268,269,270,271,275,
276,279,281,285,286,287, 289,
290,294,304,305,311,312,313,
319,329,330,333,337,340,341,
342,343,344,348,349,351,352,
361,365,366,371,385,409
- anksiyetenin kaynağı 44
- anksiyete ve psikonevrotik
semptom oluşumu 45
- Anksiyete Bozuklukları 58
- etioloji 59
- sosyal anksiyete bozukluğu
(sosyal sobi) 71
- tanı ölçütleri 62
- antidepresan ilaçlar 76,117,126,360,361
- etki düzeneği 120
- ilaç etkileşimleri 225,363,366,
367,371,373
- kullanım alanları 360,366,368,
371,374
- MAO inhibitörleri 365
- trisiklik antidepresanlar 65,117,
226,360,361
- yan etkiler 118,144,262
- antiepileptikler 144,232
- antihistaminikler 213,226,371
- antikolinergik 65,144,146,206,225,226,
227,249,251,269,362,363,364,
365,366,369,370,371,373

- antikonvülsanlar 226,343
antipsikotikler 117,118,141,145,233,
249,342,343,360,363,367,368,
369,370,371,374,377
antipsikotiklerin sınıflandırılması 367
birinci kuşak antipsikotikler 145
duygudurum bozukluğunda 120
etki düzeneği 120
ilaç etkileşimleri 225,363,367,
371,373
kullanım alanları 360,366,368,374
yan etkiler 65,70,76,118,143,144,
145,147,168,199,207,213
antisosyal kişilik bozukluğu 178,202,203,
219,350,355
aripirazol 367,368,369,374
aritmi 214,215,217,243,247,250,268,
365,366
Asperger bozukluğu 333
aşırı uyku 31,216
- B**
bağlanma 59,67,72,122,156,157,167,
179,327,348,361,372
bağımlılık 3,38,65,70,123,197,198,199,
200,201,202,203,204,205,206,
207,209,213,219, 220,257,260,
270,275,277,283,286,287,291,
296,337,339,343,360,366,373
barbitüratlar 266
bastırma 42,43,44,45,77,277,351,353
bazal ganglionlar 84,202,205
beden biçimsizlik bozukluğu 87,88,176,183
klinik belirtiler 184
sağaltım 185
sıklık ve yaygınlık 185
belirsizlik 122,277,279,287,393
bellek 19,20,21,22,41,84,110,126,136,
150,155,156,159,167,172,214,
215,224,245,273,278
bellek bozuklukları 21
benlik 2,3,36,41,67,77,83,111,113,183,
261,262,270,275,280,313,327,
334,335,338,340,344,348,351,
352,381,385
benlik bütünlüğü 280
benzodiazepinler 70,117,206,226,242,
243,249,251
etki düzeneği 120
beta-blokörler 242
beyin gelişimi 136
bilinç 2,7,19,20,21,25,28,29,35,36,41,
42,44,55,78,83,152,156,158,163,
166,168,169,181,209,223,231,
239,50,267,270,273,280,294,
300,307,308,309,330,353,383,
384,385,386,397
bilinçdışı 28,29,34,35,36,44,45,78,83,
239,270,309,330,383,384,385
bilirkişilik 405,406,416,
fiil ehliyeti 406
hukuken kısıtlanma 407
bilişsel bozukluklar 136,137,275
bilişsel terapi 66,220,387,389,390,391
temel ilkeleri 389
değerlendirme ve tedavi 389
bilişsel yetiler 150
bipolar (bkz: ikiüçlü) 107,108,109,110,
111,112,114,115,116,117,118,
119,120,121,124,125,126,127,
142,155,204,284,340,360,361,
368,374,375,408,412
bireyleşme-toplumsallaşma 413
biyolojik psikiyatri 136
biyomedikal model 296
biyopsikososyal model 254,255,258,297
Bleuler'in şizofreni tanımlaması 107,131
borderline kişilik bozukluğu 15,121,158,
161,268,331,355,340,235,268
borderline kişilik örgütlenmesi 235,374
klinik görünüm 348
sıklık ve yaygınlık 349
tanı 350
tarihçe 348
tedavi 355
bölme 190,340,344,349,351,352,353, 354
Briquet sendromu 160,176
tarihçe 177
epidemioloji 177
biyolojik etkenler 178
tanı 178
gidiş ve sonlanım 179
tedavi 179
bulimiya nevroza 189,191,192,193
bunaltı 170,281,284
buprenorfin 218,219
bupropion 214,359,361,364,366,374
buspiron 70,363,372,373
büyüsel düşünce 332,333,334
- C**
CAGE 211
ceza ehliyeti 406,412,
cinsel dürtü 37,38,40,44,83,299,
305,312,413
cinsel isteksizlik 303,304
cinsel işlev bozukluğu 239,301,303,310,
362,363,364,365,369

- etioloji 311
 etkilenme alanları 301
 tedavi 313
 cinsel kimlik 317,318,321,322,323
 cinsel soğukluk 306
 cinsel yönelim 42,319
 Cinselliğin fizyolojisi 300
 Cloninger'in kişilik kuramı 327
 Craving 200,202,2015
- Ç**
 çatışma 6,39,40,41,43,46,51,75,77,78,
 82,83,92,99,101,164,167, 171,
 177, 181,234,236,237,239,240,
 255, 260,262,269,270,272,289,
 293,303,305,308,309,313,331,
 332,344,351,352,353,354,383,
 385,386
 çökkün duygudurum 106
 çökkünlük 106,278,286
 çözülme 40,42,49,67,77,235,300,
 301,312,354
- D**
 davranışçı psikoterapi 381
 davranışçı terapi 127,147,195,220,314,344
 deksametazon supresyon testi 120,236
 Deliryum 152,212,220,224,225,226,227,
 231,242,243,245,247,248,250,251,
 259,279,292,284,368,370
 etioloji 225
 klinik özellikler 224
 tanı 227
 tanım 223
 tedavi 227
 Demans 22,126,141,152,223,225,227,
 232, 235,250,251,259,273,279,
 285,287,361,371,377,407,408, 413
 depersonalizasyon 24,61,155
 depersonalizasyon-derealizasyon
 bozukluğu 155,1656,161,168,169,
 214,249
 depresyon (bkz: çökkünlük) 22,25,26,27,
 30,31,32,64,69,70,93, 106,
 107,108,110,112,113,116,117,
 118,120,121,123,124,125,126,
 127,128,132,134,135,141,143,
 146,153,161,183,185,198,204,
 205,206,213,215,216,217,218,
 219,224,231,235,236,246,247,
 249,257,258,259,260,261,262,
 263,264,265,266,267,278,279,
 208,281,282,284,285,286,288,
 289,290,291,304,305,311,313,
 319,322,329,340,341,343,344, 359
 derealizasyon 24,61,161,162,249
 detoksifikasyon 213,219,220,246
 diabetes mellitus (diyabet) 4,16,131,143,
 203,288
 dikkat 2,10,14,16,19,22,23,36,62,71,73,
 74,78,83,84,94,95,98,101,116,
 116,126,134,135,136,143,144,
 145,161,172,181,182,184,185,
 196,203,206,215,216,223,224,
 225,227,230,232,234,241,242,
 245,263,268,278,280,293,295,
 309,329,343,345,361,365,366,
 368,370,371,372,373,374,376,
 377,363,390,395
 dinamik psikiyatri 171,345,382,347,386
 dismorfofobi 151
 disosiyasyon (bkz: çözülme) disosiyatif
 bozukluk 155,156, 159,161,162,163,164,
 165,166,167,171,172,232,239
 ruhsal travma ve disosiyasyon 155
 ayırıcı tanı 161
 klinik görünüm 157
 etioloji 159
 tedavi 163
 d. füğ 165
 tutulma 171
 psikojenik psikoz 168
 direnç 46,78,82,89,146,153,159,172,
 260,283,302,304,328,343,374,
 382,384,385,386,402
 diskinezi 118,247,368,369
 distimik bozukluk 108,119,127,366
 distoni 146,215,217,233,238,247,369
 disulfiram 213
 dopamin 72,84,136,214,247,360,363,
 365,366,375,377
 döndürme 321,351
 DSM dizgesi 32,62,61,63,68,74,79,80,
 86,87,93,104,108,111,112,113,
 114,115, 23,124,139,156,162,
 163,165,167, 170,176,178,182,
 183,184,190,191,197,199,200,
 215,223, 244,272,286,321,322,
 328,329,331,336,329,406
 DSM için Yapılandırılmış Görüşme (SCID)
 163,331
 duygu dışavurumu 336
 duygudurum 29,75,106,107,108,109,
 110,111,112,114,115,116,117,
 118,120,122,123,125,126,135,

- 139,141,142,149, 150,152, 152,
160,171,184,190,191,192,209,
215,217,235,258,263,267,282,
287,293,332,333,335,337,338,
342,355,339,361,369,370,371,
373,374,375,377,407,408, 409,412
- duygudurum bozuklukları 75,106,108,
109,110, 111,114,120,128,139,
141,149,184,190,191,192,258,
335,337,342,412
antipsikotikler 117,118,142
sıklık ve yaygınlık 108
sınıflandırma 108
tanı 114
tanımlar 111
tarihçe 107
- duygudurum dengeleyicileri 117,360,
373,375
etki mekanizmaları 375
farmakokinetikleri 375
kullanım alanları 374
yan etkileri 376
- duygulanım 29,30,106,131,134,161,
162,168,169,247,267,272,273,
274,287,288,335,339,373
küntleşme 162
uygunsuzluk 273
- dürtü 27,35,36,37,38,40,41,42,43,44,
45,46,77,78,82,83,85,86,87,120,
122,201,232,259,295,299,305,
312,329,335,338,340,345,353,413
- düşünce okunması 133
düşünce sokulması 27,133
düşüncenin içeriği 387
düşünme 41,53,87,112,115,157,236,
299,301,342,388
düşünselleştirme 44
- E**
ekstazi 216
ekstrapiramidal yan etkiler 243,369
EKT (bkz: elektrokonvülsif sağaltım)
117,118,127,145,146,237,264,
267,361,364,371,377
empati (bkz: eşduyum)
endişe (bkz: tasalanma)
engellenme 29,36,100,103,232,256,
263,267,301,361,374,399
epileptik nöbet 181,215,21,218,237,
243,246,247,365,413
erken boşalma 302,303,306,308,314
eroin 200,202,203,207,217,219,241,
245,246,251
- esrar 138,198,203,207,214,215,241,
248,249,251
zehirlenmesi 248
pisikoz 249
- essitalopram 65,70,76,89,360,365
eşcinsellik 86,161,305,318,319,320
etioloji 318
tedavi-müdahele 320
yaygınlık 318
- eşduyum 12,13,9,16,241,267,282,327,
334,336
- F**
fallik dönem 39
fenelzin 76,360,365
fenotiyazinler 367,369,371
flufenazin 369
fluoksetin 65,84,89,96,363,364,365,
370,374,376
fluvoksamin 65,76,84,89,96,360,362,
363,364,365,370,373
fobik 45,62,64,65,72,73,77,78,79,80,
81,83,133,235,206,28,278,
304,308
frontal 138,339
füğ 21,22,156,161,165,166,167,171
- G**
G proteinleri 361
GABA 60,67,70,136,213,372,375,377
gabapentin 76,372,375
geçerlik 331
gerçeği değerlendirme yetisi 28,42,130,
145,167,350
gerçek dışılaşıma (bkz: derealizasyon)
gerçeklik ilkesi 35,36,42
gerileme 2,3,37,38,43,45,82,132,133,
283,291
glutamat dizgesi 136,369,375
guanfasin 371
güdü 239
güvenilirlik 365
güzel aldırma 181
- H**
haloperidol 145,215,227,232,233,274,
367,369,370,371,377,
halusinasyon (bkz: varsanı) 217
hasta hakları 5,6,398,401,402
hasta hekim ilişkisi 5,393,398
hastalık hastalığı 63,64,87,88,176,178,
182,183
haz ilkesi 35,36,41
hızlı göz hareketleri (REM) uykusu 61

hipersomni (bkz: aşırı uyku) 264
 hipokondriyazis (bkz: hastalık hastalığı)
 hipomani 112,117,374,413
 hiponatremi 376
 hipotalamus 288,300
 hipotiroidi 118,120,265,376
 histerik psikoz 239
 histriyonik kişilik bozukluğu 355
 huy 326,327,328

I-i

ICD-10 108,111,113,176,185,186,
 190,194, 328,334,337
 içgörü 82,87150,397,408,409
 içgüdü 36,327
 id (bkz: alt-benlik)
 idantifikasyon (bkz: özdeşim) 190,337,
 340,351,353
 imipramin 65,70,360,363,365
 inkar (bkz: yadsıma)
 insomnia (bkz: uykusuzluk)
 intihar 64,75,76,93,96,101,118,123,124,
 126,127,136,143,146,150,153,
 159,172,216,233,234,235,236,
 237,246,250,251,252,258,263,
 264,278,285,320,324,330,335,
 341,356,360,365,388,389,390,
 391,407,413
 İntihar Olasılığı 341
 izolasyon (bkz: yatma) 143,150,236,
 284,334,342,351

K

kabus 159,162,169,278
 karakter 25,38,39,40,51,327,331, 347,
 348,349
 karbamazepin 117,118,343,364,370,
 373,374, 375,376,377
 karma dönem 106,108,113,114,117,118
 karşı-aktarım 344,384
 karşıt tepki kurma 49,135,140,168,231,377
 katatoni 30,135,140,168,231,377
 katatonik şizofreni 31
 kaygı 2,3,11,12,16,24,63,71,87,93,95,
 96,102,151,181,182,183,191,
 235,236,257,259,260,263,267,
 268, 269,270,271,274,275,276,
 277,278,284,286,289,290,291,
 292,295,296,310,312,331,335,
 337,343,354,397
 Kategori 72,114,125,161,180,200,327,
 333,334,348,388,399,400,409
 Kekemelik 75

kın kasılımı (bkz: vajinismus)
 kızlık zarı (bekaret) saplantısı 100
 kimlik 2,4,5,6,48,52,156,157,163,164,
 165,166,167,169,170,182,231,
 234,254,257,267,297,317,318,
 320,321,322,323,335,350,351,
 352,398,399,401
 kimlik kargaşası 335
 kişilik 3,4,24,74,83,106,107,115,3,4,24,
 74,83,106,107,115, 116,121,
 126,149,150,152,153,156,161,
 178,190,197,203,204,219,225,
 227,228,231,232,235,242,255,
 259,260,261,262,267,268,270,
 271,272,275,278,279,280,283,
 287,286,288,292,294,317,319,
 326,327,328,329,330,331,332,
 333,335,336,337,338,340,341,
 342,345,348,349
 kişilik bozuklukları 121,126,202,227,
 235,279, 288,326,328,329, 331,
 332,340,341,342,345, 361,389,
 391,400,413
 antisosyal kişilik bozukluğu 178,
 202,203,219,350,355
 etiyoatogenez 340
 histriyonik kişilik bozukluğu 355
 karakter 327
 mizaç 326
 paranoid kişilik bozukluğu 121,
 152,355,400
 yaygınlık 339
 tanısı 331
 tedavi 341
 sınırdaki (borderline) kişilik
 bozukluğu 115,121,159,161,
 235,268,331,335,340,347
 kişilik gelişimi 318
 klomipramin 84,89,360,361,363,365
 klonazepam 76,343,371,372,374
 klonidin 246,371,374
 klorazepat 371
 klorpromazin 227,233,360,367,369,376
 klozapin 367,368,369,370,371
 kokain 64,69,136,202,206,207,215,
 216,220,245,246,247,248,266,
 332,368
 kullanım şekli 215
 kokain yoksunluğu (DSM-IV) 215
 konfabülasyon 22,161
 konsültasyon-liyezon psikiyatrisi
 256,279,287,297

konversiyon (bkz: döndürme) 45,156,
159,160,161,176,180,181,237,
238,239,240,272,286,287,349, 351
konversiyon bozukluğu 237
tanı 239
tedavi 240
kötüye kullanım 116,126,156,199,
204,207,216

L

lamotrijin 117,118,374
limbik 60,110,215,286,300,326,339
lorazepam 70,233,371,372,373,374
lökopeni 371,376,377

M

majör depresyon (bkz: çökkünlük)
291,340,341,343
maprotilin 364
mastürbasyon (bkz: özdoyum) 299,300,
304,305,308,309,310,314,400
melankolik depresyon 124
Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
(MMPI) 331
mirtazapin 359,363,364,366
mizaç (bkz: huy) 106,289,326,331
Mizaç ve Karakter Envanteri 331
moklobemid 76,360,364,365

N

naltrekson 213,218
narkolepsi 216,285
negatif belirtiler 131,135,136,367
noradrenalin 59,65,67,109,120,205,
359,360,367
nöroleptikler 117,162,163,165,168,169,
227,269,268,369,371
nörotransmitter 67,68,84,85,361,368,375

O

obsesif-kompulsif bozukluk 29,45,80,
82,83,84,85,86,88,89
epidemioloji 82
klinik özellikler 85
tanı ölçütleri 86
hazırlayıcı etkenler ve hastalığın
gidişi 88
ilaç tedavisi 89
obsesyon 27,82,84,85,86, 87,88,133,
151,206,338
oksazepam 371,372,373
okskarbazepin 373,374,375,376,377
olanzapin 145,233,363,367,369,370,
371,373

olgunlaşma 293,327
opioidler 226,245
oral dönem 38,38,121
orgazm 300,301,303,304,305,306,307,
308,309,310,314,363
ortostatik hipotansiyon 162,363,364,366,370
oryantasyon (bkz: yönelim)
otistik bozukluk 333
oyun 40,157,172,381

Ö

öğrenilmiş çaresizlik 119,122,387
özdeşim 39,40,42,50,190,337,340,351,353
özeyabancılaşma (bkz: depersonalizasyon)
özerklik 48,156,354,356
özgül fobiler 28,76,77,79,80
epidemioloji 77
klinik özellikler 79
ayırcı tanı 80

P

panik bozukluğu 28,58,59,60,61,62,63,
64,65,69,70,80,88,92,116,124,
167,204,241,337,361,371
epidemioloji 58
klinik özellikler 60
tanı ölçütleri 62
paranoid durumlar 107,112,122,123,140,
142,149,152,217,218,231,232,242,
244,247,249,286,3331,332,333,
334,335,336,337,338,340,342,349,
354,355,400,402,415
paranoid kişilik bozukluğu 4,121,152,355,400
paranoid şizofreni 217,231,415
paranoya 107,149,212,214,220,244
parkinsonizm 134,369
Paroksetin 65,70,76,89,360,363,364,365, 370
paylaşılmış psikotik bozukluk 152
penise imrenme 40
pimozid 367
pindolol 376
polidipsi 32
pregabalın 70,76,375
progresif psikomotor ajitasyon 232
projeksiyon (bkz: yansıtma)
projektif idantifikasyon (bkz: yansıtmalı
özdeşim)
prolaktin 72,239,288,367,369
propranolol 266,343
psikiyatrik görüşme 159
psikodinamik 121,181,189,190,255,281,
327,331,340,344,381,382,383,
385,398

psikodinamik psikoterapi 382,385
 psikodinamik terapi türleri 385
 psikofizyolojik bozukluklar 259
 psikolojik testler 407
 psikomotor ajitasyon 111,113,123,124,
 215,217,232,242,245,247,251,362
 psikomotor eksitasyon 106
 psikomotor retardasyon
 124,216,248,250,263,264
 psikonevroz 42,45
 psikoseksüel gelişme 37,38,39,40
 oral dönem 38
 anal dönem 38
 ödipal (fallik) dönem 39
 latent dönem 40
 psikososyal gelişme 37,54
 psikosomatik bozukluklar 257
 psikosomatik tıp 254,255,256
 psikoterapiler 95,153,220,343,355,381,384
 aile psikoterapisi 381
 bilişsel terapi 220,387,389,390,391
 davranış terapisi 344
 destekleyici psikoterapi
 383,384,384
 grup psikoterapisi 324
 psödodemans (bkz: yalancı bunama)

R

rasyonalizasyon 351
 reaksiyon formasyon (bkz: karşıt tepki
 kurma) 351
 reboksetin 65,383,384,386
 regresyon (bkz: gerileme)
 REM uykusu 61
 Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi XX
 risperidon 233,367,368,369,371
 Rorschach Testi 331
 ruh sağlığı 92,93,94,95,96,97,98,102,
 130,186,256,262,265,293,319,
 232,355,393,401,411,414,415
 ruhsal bozukluklar 175,258,259,275,289,391
 ruhsal bozukluklar da ilaç sağaltımı 96

S

sadizm 38
 sanrı 23,26
 Schneider belirtileri 133,158
 sedatifler 163,169,246,251
 seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin
 (SSGi) 342,359,360,365
 serbest çağrışım 35,344
 serotonin 59,65,67,68,72,73,84,89,96,109,
 120,136,183,184,193,236,342,360,
 361,364,365,366,367,375,377

serotonin ve noradrenalin gerialım
 önleyicileri 367
 sertralin 65,76,84,89,96,360,365,366
 sınırdaki kişilik bozukluğu 162,203
 siklotimik bozukluk 109
 sinirsel yiyersizlik (bkz: anoreksiya nevroza)
 381
 sitalopram 65,70,76,89,360,365
 somatoform bozukluklar 92,152,176,177,
 180,183,185,257,259,272,287,361
 tanı 153
 tedavi 153
 sosyal fobi 28,63,69,71,74,75,77,80,116,
 205,337,361,37
 epidemiyoloji 71
 klinik özellikler 73
 tanı ölçütleri 74
 tedavi 76
 stres 16,23,24,53,64,67,70,75,88,92,94,
 121,122,130,131,138,139,147,153,
 159,161,162,164,165,167,168,169,
 170,180,181,204,205,206,220,224,
 235,237,240,241,255,260,261,268,
 274,278,283,288,319,333,335,354,
 361,391,414
 sublimasyon (bkz: yüceleştirme) 340
 suç sorumluluğu 412
 süperego (bakınız üstbenlik)

Ş

şizoaffektif bozukluk 140
 şizofreni 22,24,26,27,31,88,107,114,115
 123,130,131,132,133,134,135,136,
 137,138,139,140,141,142,143,144,
 146,150,152,155,162,168,169,204,
 217,231,235,248,348,368,369,377,
 391,408,416
 şizoid kişilik bozukluğu 4

T

tasalanma 2,12,30,61,66,67,68, 69,70,76,
 85,102,147,178,181,184,259,260,
 567,270,271,275,276,277,282,283,
 286,288,289,290,291,295,296,300,
 303,306,307,312,332,336,343,395
 temel güven-güvensizlik 2
 tianeptin 364
 tiyoksantenler 367
 tolerans 197,198,199,200,211,218,243, 245
 Tourette sendromu (bkz: Gilles de la
 Tourette) 88,287,368
 tranilsipromin 360,365
 transferans (bkz: aktarım)

travma (bkz: örselenme) 23,24,44,49,50,
51,52,53,54,55,64,75,78,81,92,93,
94,95,96,97,98,99,100,101,103,122,
138,139,155,156,159,160,161,162,
163,164,167,168,169,170,171,172,
183,185,204,205,206,207,208,225,
226,227,228,230,231,235,239,241,
242,243,278,286,304,311,319,338,
339,340,361,391,399,414
cinsel travma 98
travma sonrası stres bozukluğu
(bkz: örselenme sonrası zorlanma
bozukluğu) 23,139,159,161,162,
168,170, 204,205,206,278,319,361
travmatik yas 96,97
tanı 96
trazodon 366,373
trisiklik antidepressanlar 5,117,226,360,361
Türkiye Ruh Sağlığı Profili 185,186

U

uyarıcılar 44,216
uyku 19,23,31,61,68,69,93,101,110,111,
117,122,123,124,159,162,165,170,
198,214,215,216,224,236,241,242,
245,246,247,248,259,263,274,277,
278,282,283,284,295,302,361,362,
365,366,371,372,373
uyku bozuklukları 159,259,274,284
uyku ilaçları 216
uykusuzluk 93,101,122,124,214,215, 216,
242,246,247,248,278,283,295

Ü

üretkenlik 49,125,295
üstbenlik 41,42,45,334,385

V

vajinismus 161,303,306,307,311,314
valproat 117,118,364,370,371,373,374,
375,376,377
valproik asit (bkz: valproat)
varsanı 112,115,134,158,161,162,168,172
venlafaksin 65,70,76,360,362,364,367

W

Wernicke ensefalopatisi 21,242,243,244

Y

yadsıma 2,3,51,55,161,190,197,258,260,
270,271,275,277,276,277,280,281,
282,283,340,353,402
yalancı bunama 126
yalancı psikoz (bkz: psikojenik psikoz)
yalıtma 43,49,83,351
yanılsama 134,333
yansıtma 49,50,201,260,280,283,311,340,
344,352,353
yansıtmalı özdeşim 50,56,201,340,351,
352,353
yapılandırılmış görüşme çizelgeleri 331
yapma-bozma 43,83,86
yargılama 19,28,42,100,102,216,232,242,
245,247,249,250,251,339,405,406,
409,411,413,414
yas 96,97,104,124,126,235,260,262,270,
274,278,282,283,289
yaygın gelişimsel bozukluklar 333
yeme bozuklukları 88,116,126,188,189,
191,194,290,361
genel özellikleri 188
epidemioloji 189
etioloji 189
tanı 190
tıbbi komplikasyon 192
tedavi 192
yer değiştirme 35,43,44,45,77,78,162,275
yetiyitimi 131,132,289
yorgunluk sendromu 126
yosunluk 200
yönelim 19,20,21,30,37,42,150,168,220,
223,231,255,267,273,319,383,384
yürütücü işlevler 60,84

Z

zeka 15,19,29,153,336,397,402
zeka geriliği 29,92,297,397,402
zihin 131,132,166,189,381
ziprasidon 145,368,370,374,369,370,374
zopiklon 372
zorlanma 38,43,70,95,97,234,355,259,
260,268,274,275,283,288,289,293,
295,330