

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

Tom Burns

Psikiyatri

Kısa Bir Giriş

Çeviren

S. Erdem Türközü



nika

PSİKIYATRİ: KISA BİR GİRİŞ

TOM BURNS

PSİKİYATRİ: KISA BİR GİRİŞ

TOM BURNS

Nika Yayınevi - 27

1. Baskı Ekim 2015, ANKARA

ISBN: 978-605-84776-7-4

Sertifika No: 26357

Orijinal Künye: *Psychiatry: A Very Short Introduction*
Oxford University Press Inc., New York, 2006

Yayın Yönetmeni: Bülent Özçelik

Dizi Editörü: Durdu Baran Çiftci

Çeviren: S. Erdem Türközü

Kapak Tasarım: Leyla Çelik

Kapak Fotoğrafı: S. Erdem Türközü

Sayfa Düzeni: İlhan Ulusoy

Bu kitabın basım, yayın, satış hakları © Fita Petrol, Madencilik, Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.'ye aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri, mekanik, elektronik, manyetik ya da başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz. Nika Yayınevi Fita Petrol, Madencilik, Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.'nin markasıdır.

Baskı ve Cilt: Bizim Büro Ofset Matbaacılık

Sertifika No: 26649

Tel: 0312



Nika Yayınevi

Yüksel Cad. 30/8 Kızılay-Ankara

T: 0312 433 71 15 F: 0 312 433 71 15

www.nikayayinevi.com e-posta: info@nikayayinevi.com

PSİKIYATRİ: KISA BİR GİRİŞ

TOM BURNS



Nika Yayınevi

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	9
BÖLÜM 1	
PSİKİYATRİ NEDİR?	13
Tüm 'psik'ler: psikoloji, psikoterapi, psikanaliz ve psikiyatri .	14
Psikoloji	15
Psikanaliz	16
Psikoterapi	17
Psikiyatri nedir?.....	18
Akıl hastalığı nedir?	19
Teşhisin özneliliği	19
Boyutlar üzerine kategoriler dayatmak.....	21
Majör Depresif Bölüm için Teşhis Kriterleri (DSM IV)	23
Psikiyatrinin ufku - psikozlar, nevrozlar ve kişisel sorunlar .	25
Şizofreni	26
Manik depresif bozukluk (Bipolar bozukluk).....	30
Psikotik bozukluk tedavisi	32
Zorunlu tedavi	33
Depresyon ve nörotik düzensizlikler	34
Depresyon.....	35
Anksiyete	37
Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	39
Histerik Bozukluk.....	40
Kişilik Bozuklukları	43
Bağımlılıklar.....	44
İntihar	45
Neden psikiyatri tıbbî bir etkinliktir?	48
Bir psikiyatristle konsültasyon.....	51

BÖLÜM 2

AKIL HASTANELERİ VE PSİKİYATRİNİN KÖKENLERİ 55

York rehabilite merkezi	56
Akıl hastanesi hareketi	57
Kısıtlayıcı olmayan hareket	59
Bir meslek olarak psikiyatri	60
“Almanya” -psikiyatrinin doğum yeri	60
Emil Kraepelin (1856–1926)	62
Eugen Bleuler (1857–1939)	64
Sigmund Freud (1856–1939)	65
İlk tıbbî model	67
Julius Wagner-Jauregg (1857–1940) ve sıtma tedavisi	68
Elektrokonvülsif terapi	69
Akıl sağlığı hukuku	70

BÖLÜM 3

TOPLULUĞA TAŞINMAK.....73

Kurumsallaşmadan vazgeçme	73
İlaç devrimi	75

Toplumsal tutumlarda devrim	76
-----------------------------------	----

İkinci Dünya Savaşı	76
---------------------------	----

Tedaviye yönelik topluluklar	77
------------------------------------	----

“Kurumsal nevroz” ve “topyekûn kurumlar”	78
--	----

Erving Goffman ve topyekûn kurumlar	79
---	----

Akıl hastalarının hakları ve istismarı	81
--	----

“Kurumsallaşmanın ötesi” ve “yeniden kurumsallaşma”	84
---	----

Toplum içinde bakım	84
---------------------------	----

Bölge genel hastane birimleri ve günlük hastaneler	85
--	----

Toplum ruh sağlığı ekipleri (CMHT’ler “Community mental health teams”) ve Toplum ruh sağlığı merkezleri (CMHC’ler “Community mental health centres”)	86
---	----

Günlük hastaneler	88
Damgalanma ve toplumsal bütünleşme.....	88
Damgalama.....	89
Toplumsal oydaşma ve post-modern toplum	91

BÖLÜM 4

PSİKANALİZ VE PSİKOTERAPİ

Psikoterapi normal nezaketten nasıl farklılaşır?	95
Sigmund Freud ve psikanalizin kökenleri	97
Bilinçdışı ve serbest çağrışım	98
Ego, id ve superego.....	100
Savunma mekanizmaları	101
Jung	102
Psikodinamik psikoterapi.....	103
Psikoterapide özgül olmayan unsurlar.....	104
Varoluşsal ve deneysel psikoterapiler.....	105
Daha yeni psikoterapiler ve danışmanlık.....	107
Aile ve sistemler terapileri ve kriz müdahalesi.....	108
Davranışçı terapisi.....	109
Bilişsel davranışçı terapi.....	110
Öz-yardım	111

BÖLÜM 5

PSİKİYATRİ SALDIRI ALTINDA -İÇERDEN VE DIŞARIDAN.....

Akıl-beden ikililiği	113
Genetiğe karşı yetiştirilme (nature-nuture): Aileler akıl hastalıklarına neden olur mu?.....	115
Şizofreninin kökenleri	117
“Şizofrenik anne”	118
“Çifte-bağ”	119
Toplumsal ve akran grubu baskısı	120
Evrimsel psikoloji.....	121

Neden aileler kendilerini suçlar?	122
Anti-psikiyatri hareketi	124
Yirmibirinci yüzyılda anti-psikiyatri	129

BÖLÜM 6

İSTİSMARA AÇIK	131
Psikiyatri uygulamasındaki tartışmalar	131
Eski günahlar	133
Hawthorn etkisi	136
Elektrokonvülsif terapi ve beyin cerrahisi	137
Psikiyatrinin siyasî istismarı	139
Sınırsız psikiyatri: her şey için bir teşhis	140
Hasta	141
"Büyük Ecza"	143
Güvenilirliğe karşı geçerlilik	145
Psikiyatrik ahmaklık	147
Kişilik sorunları ve bağımlılıklar	148
Zorunlu psikiyatri	148
Ağır kişilik düzensizliği	150
Uyuşturucu ve alkol istismarı	152
Akıl Hastalığı savunması	154
Psikiyatri: tartışmalı bir uygulama	157

BÖLÜM 7

YIRMİBİRİNCİ YÜZYILA DOĞRU	159
Yeni teknolojiler ve eski ikilemler	159
Beyin biliminde gelişmeler	160
İnsan genomu ve genetik araştırmalar	163
Erken tanımlama	164
Beyin yıkama ve düşünce denetimi	165
Yeni biçimlerinde eski ikilemler	167
Psikiyatri yirmibirinci yüzyılda hayatta kalacak mı?	168
OKUMA ÖNERİLERİ	171

Günümüzde sık sık vurgulanan, psikiyatrinin kardiyoloji ya da onkoloji gibi “tıbbın sadece bir başka dalı” olduğudur. Bu kısmen psikiyatriyi, onun bilimsel inançlarının, kesin teşhise ve kanıt temelli tedavilere adanmışlığının altını çizerek ve tıp ve genel olarak toplum içindeki saygınlığını arttırarak, doğru bir biçimde saygın kılmak içindir. Bu ayrıca akıl hastalıklarına daima eşlik eden damgalanmayı azaltmak içindir. Bunların, diğer hastalıklar gibi hastalıklar olduğunu (“akıl hastalıkları beyin hastalıklarıdır”) vurgulamak, mağdurların deneyimlediği önyargıları ve birçok hastanın ve ailelerin hissettiği sorumluluk ve utanç azaltmalıdır. Ailemizden biri arterit (eklem iltihabı) olduğunda utanç duymaz ya da kendimizi suçlamazken, neden biri depresyona girdiğinde öyle olalım? Bu gereksiz ek acıların yarattığı ortamda psikiyatrinin tıbbî mirası, oldukça haklı olarak, vurgulanır.

Ama bu o kadar da basit değildir. Psikiyatri farklıdır. Hatta psikiyatriyle uğraşan bizler bile onu farklı olarak ele alırız. Bana sık sık, sadece yarı şakayla, tuhaf olduğumuz için mi psikiyatrist olduğumuz ya da psikiyatrist olmanın sonucu olarak mı tuhaflaştığımız sorulur. *The New Yorker Magazine*, yayınladığı karikatürleri daha sonra kitap olarak derler ve psikiyatristler hakkında kaçınılmaz olarak o kadar çok karikatür vardır ki onlar düzenli olarak ayrı ciltlerde toplanır.

Psikiyatri korku da esinlendirir. Her şey bir yana o, bireyleri tedaviye zorlayabilen tek tıp dalıdır. Tüm kalkınmış ülkelerde, hem akıl hastalarını cezalandırmaya karşı korumak hem de onları tedavi olmaya zorlamak için özel yasalar vardır. Bu kitap boyunca açıklanacağı üzere, akıl hastalıklarının basit, nesnel tanımının olmamasına rağmen, onların gerçekliği ve önemi hakkında dikkate değer bir oydaşma varmış gibi görünmektedir. Psikiyatri hakkında, bedenin ya da zihnin nasıl çalıştığına dair doğal merakın ötesine geçen, bir büyülenme bulunmaktadır. Psikanaliz, (sık sık korkuyla karıştırılan) bu büyülenmenin, akıl hastalıklarının bizim içsel dramlarımızı sahnelemesinden dolayı olduğunu ileri sürdü. Mücadele ettiğimiz ve içerdığımız depresyonun önümüzde sergilendiğini ya da tutukluklarımızı serbest bırakmayı ya da ortalığa dökmeyi gizli gizli istediğimiz ya da bundan korktuğumuz sırada, bireylerin denetimlerini yitirdiklerini görürüz.

Bunda kesinlikle bazı hakikatler bulunmaktadır. Birinci Bölüm’de inceleyeceğim üzere, psikiyatrinin uğraştığı hastalıklar, hepimize çok tanıdık olan deneyimler ve duygular temelinde teşhis edilir. Ancak, aynı zamanda bunlar, bir “farklılık” algısı da taşımaktadır. Bazı önemli eşiklerin aşıldığının farkında olarak, kendimizi tanımlarla özdeşleştirirken buluruz. Psikiyatrinin artan bilimsel sofistikasyonu, bu eşikleri, teşhisin tutarlılığındaki muazzam ilerlemelerle, keskinleştirmiştir. Bununla beraber Altıncı Bölüm, bazı istenmeyen sonuçlar getiren bu artan kesinliği sorgulayacaktır.

Tüm tıp gibi, psikiyatri de pragmatik bir sorun-çözme etkinliğidir. Bilimsel kuramları kullanır ama onlardan çıkmış ya da onlarla sınırlı değildir. Psikoloji ya da fiziğin aksine, psikiyatri “yukarıdan aşağıya” kuramlarla açıklanamaz. Psikiyatri, tedavi etmesi gereken (ve tedavi etmeyi kabul ettiği)

hastalıklar tarafından oluşturulur ve o anda elde bulunan tedaviler tarafından daha da biçimlendirilir. Sonuçta Birinci Bölüm, şizofreninin ve manik depresyonun tanımlarının yanı sıra bu hastalıkların ve onların tedavisinin deneyimsiz mesleği nasıl şekillendirdiğini içerir. Psikiyatrinin gelişimi, onu besleyen toplumların değerlerine ve yapılarına bağlıdır. İkinci ve Üçüncü Bölümlerde işlenen tarihi anlamaksızın, hâlihazırdaki uygulamaları anlamak neredeyse olanaksızdır. Benzer bir biçimde psikanaliz ve psikoterapinin günümüzde görece görmezden gelinen katkısı da Dördüncü Bölüm'de ele alınır.

Beşinci ve Altıncı Bölümler psikiyatrinin, bir meslek olarak ilk ortaya çıktığından bu yana, içinde ve çevresinde dönen tartışmalarla uğraşır. Bu kitabın, reddedilemez ilerlemelerden daha çok bu tartışmalara yer vermesi bu kitaba yönelik adil bir eleştiridir. Psikiyatrinin insan refahına muazzam katkıda bulunan, yeni ilaçlar, psikolojik tedaviler ve uygulamalar alanındaki ilerlemeleri üzerinde daha çok durabilirdim. Bunlar hakkında daha fazlasını bilmek isteyenler bunları diğer yerlerde (gittikçe artan bir biçimde internette) bulabilirler. Psikiyatrinin yaptığı ve yapmakta olduğu ilerleme konusunda herhangi bir şüpheciliği önermiyorum. Psikiyatri ve nörotik bilimler dikkate değer adımlar atmaktadır.

Psikiyatrinin tartışmalı görünümüne iki nedenden dolayı bu kadar geniş yer verdim. Birincisi zihinsel ve fiziksel hastalıkların, sadece biz istedik diye ortadan kalkmayacak olan, gerçek felsefi ve etik farklılıklarının bulunmasıdır. Teknolojik gelişmeler bu gerilimleri ortadan kaldırmayacaktır; bunun yerine, Altıncı Bölüm'de inceleneceği üzere, daha etkili tedaviler bunları keskinleştirebilir. Yirmibirinci yüzyılda psikiyatriye yönelik meydan okuma, zihnin gittikçe sofistike hale gelen ve güçlenen tedavisinin ortaya koyduğu, özellikle

ağırlaşmış etik ve sosyal sorunlar olabilir. İkincisi, psikiyatrinin zamanın büyük -felsefî, siyasî ve toplumsal- sorunlarının, gerçek insan ilişkilerinin ve acılarının kabında şekillendirildiği arena olmasıdır. Özgür irade ve belirlenimcilik hakkındaki felsefî tartışma, mahkemelerdeki psikiyatrik savunma üzerine tartışmalardan ya da psikopatların yönetimi hakkındaki siyasa kararlarından doğmuştur. İktidar ve toplumsal denetim siyaseti, akıl hastanelerinin dağıtılmasını yönlendirdi ve günümüzde de zorunlu tedavi üzerine tartışmanın çerçevesini oluşturmaktadır. Zihin-beyin karşıtlığı baştanbaşa havada asılı durmaktadır. 1960'ların ve 1970'lerin anti-psikiyatristlerinin (Beşinci Bölüm) süregiden bombardımanı farklı olma (elbette, onlar varoluşsal zorunluluk hakkı diyebilir) hakkını gündeme getirdi.

Öyle ise beyin bilimlerindeki ilerlemelerin insanların dağınık gerçekliğine sürekli olarak çarpıp durduğu, tıbbın hem gizemli hem de heyecan verici alanına hoş geldiniz. Bu, tarayıcılara ve tasarım ilaçlarına rağmen, hâlâ güven temelli, kişisel ilişkiler kurmaya dayanan bir etkinliktir. Ve son olarak insan olmanın ne olduğu konusunda meydan okumaya devam eden; hayata devam edebilmek için genellikle zihnimizin gerilerine ittirdiğimiz, o çözülmemiş felsefî sorunları (özgür irade, zihin-beden ikililiği, kişisel özerkliğe karşı toplumsal yükümlülükler) sürekli olarak hatırlatan bir arayışa hoş geldiniz.

PSİKİYATRİ NEDİR?

Normal olan insanlar yeterince iyi tanımadıklarınızdır.

Hepimiz sorunlu (kaygılı, depresyonda ya da kafası karışık) birilerini tanıyoruz. Birçoğumuz, kendimizi zaman zaman (ergenlik çoğu zaman benlik-şüphesinin ve mutsuzluğun özgül zamanıdır) bu şekilde hissettik. Bu zamanlarda duygularımız boğucu, öngörülemmez ve denetlenmesi olanaksız ve düşüncelerimiz tuhaf ve biçimsiz olabilir.

Bu bizim akıl hastası olduğumuz ya da bir psikiyatristi görmemiz gerektiği anlamına mı gelir? İyi ki birçoğumuz için yanıt hayırdır. Ancak psikiyatri hakkında okuduğumuzda betimlenenin bunlara dikkat çekici bir biçimde benzeyen deneyimler olduğunu buluruz. Psikiyatri büyüleyicidir çünkü o bilinç, seçim, motivasyon, özgür irade, ilişki ile -gerçekten de bizi insan kılan her şeyle- ilgilenmektedir. Sık sık yasaklayıcı bir jargon altında (ruh hali yerine "duygudurum", endişe yerine "kaygı", korku yerine "fobi", düşünme yerine "biliş") gizlense de betimlenen koşullar hâlâ hemen tanınır durumdadır.

Bu, kitap boyunca tekrar tekrar gündeme gelecek olan psikiyatri hakkındaki süregiden paradokslardan biridir -psiki-

yatrının nesnesinin, eşzamanlı olarak hem ortak insan deneyiminde sıkı bir biçimde köklenmiş olması hem de bir şekilde “birazcık farklı” olmasıdır.

Bu, psikiyatrinin nesnesinin, eşzamanlı olarak hem ortak insan deneyiminde sıkı bir biçimde köklenmiş olması hem de bir şekilde “birazcık farklı” olması kitap boyunca tekrar tekrar gündeme gelecek olan psikiyatri hakkındaki süregiden paradokslardan biridir.

Biz, hastanın betimlediği, bizimkine benzer deneyimleri tanırız. Bunlar anında bize tanıdık gelir ancak bu benzer deneyimler bizimkinin tamamen dışındaki bozuklukları teşhis etmek için kullanılır. Umut ediyorum ki kitabın sonuna doğru bu ikilemi daha iyi anlayacaksınız ama bunu sizin için çözmeye söz veremem. Bu ikilem psikiyatrinin ortaya çıkışından bu yana tartışılır ve tartışılmaya hâlâ devam etmektedir. Bununla beraber psikiyatriye katılan felsefî ve siyasî karşıtlıklara geri dönmeden önce, psikiyatrinin ne olduğunu (ve ne olmadığını) tanımlamakla başlamak en iyisi olabilir.

Tüm “psik’ler”: psikoloji, psikoterapi, psikanaliz ve psikiyatri

“Psike/Psyche” zihin için kullanılan Yunanca sözcüktür. Başlıktaki bu dört kavramın tümü, psikolojik ve duygusal (zihinsel) sorunları olan bireyleri anlamaya ve onlara yardım etmeye farklı yaklaşımları betimler. Birçok çakışma vardır ve kimi zaman yüksek düzeyde uzmanlaşmış aynı bireyler tarafından yapılan iş bu kavramların birkaçıyla betimlenebilir; öyle ise insanların bunları birbirine karıştırması şaşırtıcı değildir. Bununla beraber farklılıklar bulunmaktadır ve bunları açıklığa kavuşturmak, psikiyatrinin ne olduğunu açıklamaya yardım edecektir.

Psikoloji

Psikoloji insan düşünüşünün ve davranışının araştırılmasıdır. Psikoloji bir yüzyıl önce içebakışsal felsefeden (kendi zihnimizi anlayarak başkalarının zihinlerini anlama çabasından) çıkmıştır ve şimdi sıkı bir biçimde kurumsallaşmış bir bilimdir. Psikoloji okullarda öğretilir ve üniversitelerde bir lisans programıdır. O tüm görünümüleriyle zihinsel süreçlerin araştırılmasını ve anlaşılmasını kapsar ve birçok dalları bulunmaktadır.

Deneysel psikologlar zihinsel işleyişin (kavrama, hafıza, uyarılma, risk alma vb.) temellerini keşfetmek için deneyler gerçekleştirir. Elbette deneysel psikologlar kendilerini tamamen insanlarla sınırlamaz ve hayvanları hem kendi başlarına hem de insan davranışlarını anlamanın modeli olarak araştırırlar. Deneysel psikoloji genellikle, fizik ya da kimya gibi aynı araştırma ilkelerini izleyen, “sert” bir bilim olarak düşünülür.

Psikolojiden dallanan birçok meslek (örneğin eğitimsel psikologlar, sanayi psikologları, adli psikologlar) bulunmaktadır. Klinik psikologlar, anormal psikoloji yüksek lisans eğitimine sahiptir ve bu anlayışı insanlara sorunlarıyla baş etmek konusunda yardım etmek için kullanırlar. Bu yaklaşımın en açık erken bir örneği, davranışçı terapide öğrenme kuramının (bir başka deyişle davranışı şekillendirmek için sürekli ödülleri ve cezaları) uygulanmasıdır. Davranışçı terapi psikolojik rahatsızlığı olan ya da öğrenme güçlüğünden muzdarip çocukların davranışlarını değiştirmede özellikle başarılıdır. Hastanın sorunlarının ayrıntılı kavrayışını gerektirmeksizin işler. Psikolojik tedaviler, elbette, çok daha sofistike hale geldi ve hâlihazırda en başarılı ve yaygın olarak uygulanan psikoterapiler (bilişsel davranışçı terapi) klinik psikologları tarafından geliştirildi ve esas olarak onlar tara-

fından sunulmaktadır. Klinik psikologlar, tüm modern akıl sağlığı ("psikiyatrik") hizmetlerinin vazgeçilmez üyeleridir.

Psikanaliz

Psikanaliz, ondokuzuncu yüzyılın sonuna doğru Viyana'da, Sigmund Freud tarafından geliştirilen nörotik düzensizliklerin tedavi yöntemidir. Psikanalizde hasta rahatlamaya ve aklına gelen ilk şeyi ("serbest çağrışım") söylemeye, rüyalarına ve düşüncelerinin ussal olmayan görünümüne dikkat etmeye teşvik edilir. Freud, hastalarının, onlar için kabul edilemez olan bilinçsiz (bastırılmış) düşüncelerini ve duygularını saklamaya çalıştıkları için acı çektiklerine ve bunu yaparak da nörotik belirtilere neden olduklarına ikna olmuştu. Analist ne söylendiğini dikkatle dinler ve zaman içinde, bu "çatışmalar"ın örüntülerini ve ipuçlarını ortaya çıkarmaya başlar. Bu kavrayışları paylaşarak hastaların bunlarla yüzleşmesine ve bunları çözmesine yardım eder. Psikanaliz, geleneksel olarak, yıllar boyunca, günde bir saat ve haftada beş güne kadar, gelip giden hastalarıyla yoğun ve çok uzundur. Psikanaliz, kanepeye uzanmış hastasının arkasında oturan, sakallı psikiyatrist karikatür imgesinin kaynağıdır.

Her ne kadar Freud bir tıp doktoru olsa da psikanalistlerin tıbbî olarak eğitilmesi gerekli değildir. Psikanalizin daima en güçlü varlığına sahip olduğu ABD'de analistler aynı zamanda psikiyatristtir ama bu günümüzde gittikçe istisna haline gelmektedir. Tıbbî olarak eğitilmiş olsalar bile analistler tıbbî bilgilerini nadiren kullanır –analizin ötesine "müdahale" etmeme erdemini gösterirler. Freud'un öğrencileri tarafından geliştirilmiş birçok psikanaliz okulu (örneğin, Jung, Adler, Klein) bulunmaktadır ve bazıları (örneğin, Reich, Lacan) özgün modelden oldukça uzaklaşmıştır. Psikanaliz, psikiyatrinin ötesinde, özellikle edebiyat ve sanatlarda, muazzam bir

etkiye sahip olmuştur. “Freudcu” ya da “Freudcu dil sürçmesi” gibi kavramlar günlük konuşmanın bir parçasıdır. Bununla beraber psikanalizin etkililiğinin sağlam bilimsel kanıtlarının olmayışı nedeniyle psikanaliz modern psikiyatrik uygulamada gittikçe marjinalleşmektedir.

Psikoterapi

Kısa zamanda psikanaliz için, Freud’un bilinçdışının mesafe-
li ve tarafsız, özgün araştırmasından daha fazlasının olduğu
açığa çıktı. Bu yoğun tedavide oluşturulan ilişkinin kendisi-
nin de etkili olduğu bulundu. Analistler bu ilişkiyi inceleme-
ye başladı ve daha aktif yaklaşımlarla ve farklı türden terapi-
lerle (zaman sınırlı terapiler, daha yapılandırılmış terapiler,
grup ve aile terapileri vb.) deneyler yaptı. Öz-farkındalığı ve
değişimi teşvik etmek için konuşma aracılığıyla ilişkinin ak-
tif olarak kullanıldığı bu psikolojik yaklaşımlar, genel olarak
“psikoterapi” olarak anlaşılr. Erken psikoterapilerin birçoğu
büyük ölçüde Freud’un kuramlarına yaslanıyordu (zaman
içinde düşüncelerin ve duyguların etkisini vurgulamak için
“psikodinamik psikoterapi” olarak sık sık adlandırıldı) ama
yenilerin birçoğu bunu yapmaz. Bunlar (örneğin, yönlendi-
rici-olmayan danışmanlık, varoluşsal psikoterapi, karşılıklı
edimsel analiz, bilişsel analitik ve bilişsel davranışçı terapi)
bir dizi kuramsal arkaplanı kullanır.

Hepsinin ortak noktası, güçlükleri incelemek ve onları ya
benimsemek ya da üstesinden gelecek yollar aramayı zor-
unlu kılar, bunu yaparken de aynı zamanda güven ilişkisi
içeren iletişimi kullanmaları gerekmektedir. Psikodinamik
psikoterapilerin birçoğu da (psikanaliz gibi) terapistlerin eği-
timlerinin bir parçası olarak tedaviden geçmelerini zorunlu
kılar. Psikanaliz, kimin psikanalist olabileceğini tanımlaya-
rak sıkıca denetlenen bir alan olarak kaldı ama psikoterapi

gevşek bir kavramdır. Bazı psikoterapi okulları kimi kabul edecekleri konusunda katıdır ama “psikoterapist” sıfatı, yakın zamana dek herkes tarafından kullanılabiliyordu. Her ne kadar birçok psikiyatristin psikoterapi eğitimi ve becerisi varsa da, birçok psikoterapist psikiyatrist değildir. Hatta bazı psikiyatristler esas olarak psikoterapistler olarak çalışır. Dördüncü Bölüm psikanalize ve psikoterapiye ayrılmıştır.

Psikiyatri nedir?

Psikoloji ve psikanaliz ya da psikoterapi değilse psikiyatri nedir? Diğer “psike”lerle çakışmalar bulunmaktadır ama bazı önemli farklılıklar da vardır. Birincisi ve en önde geleni psikiyatrinin tıbbın bir dalı olmasıdır –önce doktor olarak yetkili olmadan bir psikiyatrist olamazsınız. Tıpta yetkili duruma geldikten sonra geleceğin psikiyatristi, ileri düzeydeki eğitimde birçok yılını harcar. Psikiyatrist, bir dermatoloğun deri hastalığı olan hastaları tedavi ederek ya da bir doğum uzmanının doğum gerçekleştirerek öğrenmesiyle tam da aynı yoldan, akıl hastalıklarıyla birlikte çalışır ve onlar hakkında öğrenir. Tıp içinde psikiyatri basitçe (bugünlerde sık sık “psikiyatrik bozukluklar” olarak adlandırılan) “akıl hastalıkları”yla uğraşan dal olarak tanımlanır.

Tıp temel olarak pragmatik bir uğraştır. Tıp temel biyolojik bilimleri ve bilimsel yöntemleri büyük ölçüde kullansa da, bir tedavinin doğru olup olmadığının nihai sınaması, hastanın iyileşip iyileşmemesidir. Tedavinin nasıl işlediğini bilmemiz gerekmez. Bununla beraber psikiyatrinin tanımı, psikoloji ya da psikanaliz gibi kuram üzerinde değil, uygulama üzerinde temellenir. Akıl hastalığı olarak ne görülüyorsa (ve bu zaman içinde değişmiştir) ve bu hastalıklar için elde ne tedaviler varsa, bunlar psikiyatrinin ne olduğunu ve ne olmadığını belirleyecektir.

Akıl hastalığı nedir?

Burada belirgin bir döngüsellik (“bir psikiyatrist, psikiyatrik bozuklukları teşhis ve tedavi eden kişidir” ya da “psikiyatrik bozukluklar psikiyatristler tarafından teşhis ve tedavi edilen koşullardır”) vardır. Psikiyatrik teşhisin güvenilirliği ve hatta akıl hastalıklarının bulunup bulunmadığı (Beşinci Bölüm) konusunda sonu gelmez bir tartışma vardır. Psikiyatrik teşhisin neden bu kadar tartışmalı olduğu konusunda hem ürün vermeye devam ettiği için hem de, her ne kadar daha az çarpıcı olsa da, aynı sorunların tüm tıp için temel nitelikte olması nedeniyle, biraz zaman harcamaya değer.

Teşhisin öznelliği

Psikiyatristin sanatının ayırt edici niteliği görüşmedir. Teşhislerimizi, hastalarla yüz yüze tartışmalarla koyarız (ve tedavinin büyük bir kısmını da bu şekilde gerçekleştiririz). Biz, (tüm doktorlar gibi) dikkatli bir biçimde hastanın geçmişini dinleriz ama ardından bir fiziksel inceleme (karın bölgesini yoklamak, nabız almak, stetoskopla dinlemek) yerine ya da ona ek olarak, “zihin durumu muayenesi” adı verileni gerçekleştiririz. Bunda, hastayı neyin endişelendirdiğini, onun ruh halini, düşünce biçimini, vb. derinlemesine inceleriz. Bunların bazıları basitçe hastanın söylediklerini (tuhaf sesler duyduklarını, ne zaman dışarı çıkmayı düşünseler paniklediklerini) not almayı ama bazıları da “yönlendirilmiş empati” kullanarak onların ne yaşadıklarının bir kavrayışını inşa etmeyi içerir. Yönlendirilmiş empati, aktif olarak onların yerine kendimizi koymayı, bunu ifade etmekte zorluk çekseler bile ne hissettiklerinin ve düşündüklerinin kavranışı, anlamına gelir. Örneğin yabancılar ve benzer şekilde arkadaşları tarafından gerçekleştirilen, bir dizi ikinci edimler hatırlayan bir hastanın gerçekte, birlikte yaşanan olayları yanlış yorum-

lamaya yönlendiren aşırı derecede şüpheli (paranoid) olduğu sonucuna varabiliriz. Diğer insanların şeyleri nasıl deneyimlediği ve ne hissettiklerini bir araya getirme becerisi nihai olarak insanî bir yetenektir.

Diğerlerinin kendi bakış açılarından dünyayı nasıl gördüklerini anlamak (sık sık bir "zihin kuramı"na sahip olmak olarak adlandırılır) öylesine önemlidir ki, Otizm ve Asperger Sendromu'nda olduğu gibi, onun yokluğu derin bir engeldir. Psikiyatristler bu beceriyi eğitir ve bir dizi bozuklukla artan tanışıklık nedeniyle, bunu, kafası karışmış hastayı ve hastanın kafa karıştırıcı deneyimlerini aktif olarak anlamak için kullanabilirler.

Hastanın zihin durumu üzerine temellenen teşhisler, teşhis için hiçbir somut kanıt içermez –kan testleri ya da röntgen filmleri yoktur. Söylenenlerin yazılı bir listesi ya da davranışların ayrıntılı bir betimlemesi (örneğin depresyon için teşhissel kriterler) sadece sürecin bir parçasıdır. Psikiyatrik teşhisler neden birinin bir şeyleri yaptığı hakkında bir yargıda bulunmaya dayanır; bunlar "nesnel" değildir. Derin bir biçimde depresyonda olan yaşlı bir erkek örneğini ele alın. Depresyonda olduğunu söylemeyebilir ama bunun yerine yorgunluktan, ağrılardan ve acılardan, kötü uyumaktan ve suçluluk duygusundan şikâyet edebilir. Durumu kötüleştikçe de bütün gün kıpırdamadan yatabilir ya da hatta hiç konuşmayabilir. Bir psikiyatrist onun hareketsizliğini depresyonun bir özelliği olarak yorumlayabilir. Bunu (genellikle kanıtlarla desteklenmiş olarak) yaparken, hareketsizliğin çaresizliğin ve umutsuzluğun bir sonucu olduğunu varsayar. Hareketsizliğin (ya da en ileri aşamasında "stupor"¹un) diğer

1 "Uyaranlara tepki gösterme düzeyinde azalma ve çevrede olup bitenlerin tam ayrımında olamama (yarı koma durumu)." Bkz. *Psikiyatri Sözlüğü*, Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Birliği Yayınları, Ankara, s.267.

birçok olası nedeni olabilir ve psikiyatrist depresif stupor'u, hormonal ya da nörolojik sorunların neden olduğu hareket-sizlikten, hastanın, zihinsel durumunun, bir resmini inşa ederek, bir başka deyişle neden hareket etmiyor ya da iletişim kurmuyor, ayırır.

Boyutlar üzerine kategoriler dayatmak

İnsan çeşitliliğinin uzamı bizim değer verdiğimiz bir şeydir. Herkesin aynı kişiliğe sahip olduğu, hassas bireylerin olmadığı, mahzun bireylerin olmadığı, korkusuz küstahların olmadığı vb. bir dünyadan nefret edebiliriz. Benzer bir biçimde duygusal çeşitliliğin olmadığı bir yaşam katlanılmaz olabilir. Aldous Huxley'in (herkesin "Soma" adlı bir ilaçla sürekli olarak mutlu kalabildiği) *Cesur Yeni Dünya'sı*² [*Brave New World*] bir ütopya değil bir kabustu.

Üzüntünün (örneğin, keder) ya da korkunun (örneğin, bir ev yangınındaki) normal yoğunlukları, akıl hastalıklarında bulunabilecek herhangi bir şeyle eşleşir. Tutarlı ayırım çizgileri, normal ve anormal arasında mutlak ayrımlar yoktur -bu basit bir derece sorunu değildir. Hatta etrafta kimse yokken sesler duymak (sesli halüsinasyon) bile "normal" insanlarda da meydana gelir. Hollanda'daki bir araştırma önemli sayıdaki sağlıklı insanın düzenli olarak "sesler duyduğunu" saptadı: dul kadınlar ve erkekler düzenli olarak ölmüş eşlerinin seslerini oldukça açık bir biçimde duymaktadır (ve bunu rahatlatıcı bulmaktadırlar). Öyle ise bir psikiyatrist halüsinasyonun akıl hastalığının belirtisi olduğunu nasıl ileri sürebilir?

Tıbbî uygulama, örüntü tanımayı içerir. Birçok bozukluk için onu karakterize eden bir belirtiler ve işaretler kümesi bu-

2 *Cesur Yeni Dünya*, Aldous Huxley, Çeviren: Ümit Tosun, İstanbul, İthaki Yayınevi, 2003.

lunmaktadır. Bir teşhis koymak için hepsinin bir arada bulunması, her ne kadar açıkça bunu kolaylaştırırsa da, gerekmez. Bazı belirtiler çok belirginse diğerlerini doğrulamaya çok az gereksinim duyarız, ama hiçbirisi çarpıcı değilse, resmi tamamlamaya çalışırız. Belirtilerin yoğunluğu ve süresi (kaygı ne kadar devam ediyor, sesler ne kadar inatçı ve rahatsız edici) ayrıca önemlidir. Yargılar, kültürel farklılıklara uygun olmalıdır. Kuzey Avrupalılar, genellikle Güney Avrupalılara göre, duygusal olarak daha az dışavurumcudur; öyle ise rahatsızlık ifadeleriyle ilgili kaygı eşikleri, örneğin, bir Finli ve bir İtalyan arasında, farklılık gösterebilir.

Geleneksel olarak tıp eğitimi, bu örüntüleri normal ifade yelpazesi içinde öğrenmek için olabildiğince çok hastayı görmeyi içerir. Daha yakın tarihli teşhis sistemleri, depresyonun hâlihazırdaki teşhis kriterinde gösterildiği gibi, sık sık bazı özellikleri ve ardından da diğerlerinin bir seçkisini mutlak olarak zorunlu kılarak, daha resmîleşmiş hale geldi. Bu kesinlikle tutarlılığı geliştirdi ama süreç hâlâ aynıdır. Bu örnekte, “düşmüş duygusallık” bir evet/hayır, var/yok niteliği olarak değerlendirilir; oysa hepimiz biliyoruz ki duygusallık insanlar arasında ve zaman içinde sürekli olarak çeşitlilik gösterir. Psikiyatrik teşhis kategorilerinin (evet/hayır, var/yok), gerçekte boyut (çok az/az/daha fazla/oldukça çok/çok fazla) olanlar üzerine dayatılmasını zorunlu kılar.

Majör Depresif Bölüm için Teşhis Kriterleri (DSM IV*)

Aynı iki haftalık dönemde şunların beş (ya da daha fazlası) ve önceki işleyişe göre bir değişim olmalıdır; en azından belirtilerden biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi ya da haz yitimi olmalıdır.

- Günün büyük bir kısmında, neredeyse her gün depresif duygudurumu (örneğin, üzgün ya da boş hissetmek) ya da başkaları tarafından izlendiği (örneğin, ağlamaklı görünüm).
- Günün büyük bir kısmında, neredeyse her gün, belirgin bir biçimde, her etkinliğe karşı sönen ilgi ya da haz (öznel değerlendirme ya da gözlem).
- Önemli ağırlık kaybı ya da kazanımı (bir ayda beden ağırlığının %5'inden fazla), ya da neredeyse her gün iştah artışı ya da azalışı.
- Neredeyse her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku.
- (Bашkaları tarafından gözlemlenebilen) sıkıntı ya da yavaşlama.
- Neredeyse her gün bitkinlik ve enerji yitimi.
- Neredeyse her gün değersizlik hissi ya da aşırı ya da uygunsuz (temelsiz) suçluluk.
- Neredeyse her gün düşünme ya da yoğunlaşma becerisinin sönmesi ya da kararsızlık.
- Tekerrür eden ölüm düşüncesi, tekerrür eden intihar tasavvuru.
- Belirtiler Karışmış Bölümlerin kriterlerini karşılamaz.
- Belirtiler klinik olarak önemli rahatsızlığa ya da toplumsal ya da mesleki işlevlerde zayıflamaya neden olur.
- Belirtiler uyuşturucu suiistimali, ilaç ya da genel tıbbî durumdan kaynaklanmaz.
- Belirtiler bir yakının yitimiyle daha iyi açıklanamaz.

* DSM IV = Amerikan Psikiyatri Derneği'nin Teşhissel ve İstatistiksel El Kitabı'nın [Diagnostic and Statistical Manual] dördüncü sürümü. Dünya çapında kullanılan psikiyatrik düzensizlikler için teşhis ölçütlerinin bir kodlaması. Kitabın başlığındaki "istatistiksel" kavramı, teşhislerin ve tedavilerinin kaydedilmesinde bu kategorilerin kullanımına gönderme yapmaktadır.

Bu psikiyatride fazlasıyla görünürdür ama kesinlikle ona özgü değildir. Hastalıklar üzerine yaygın görüşümüz genellikle bulaşıcı hastalıklar ya da cerrahî travmalar -ya bulaşıcı hastalığın vardır ya da yoktur; bacağın kırılmıştır ya da kırılmamıştır- örnekleri üzerine temellenir. Muğlaklık ya da uzlaşma ya da oydaşma gereksinimi yoktur. Bununla beraber çok az sayıda hastalık bu kadar doğrudandır. Hatta bulaşıcı hastalık örneği bile bu kadar basit değildir -zatürreye neden olan aynı bakteriyi tamamen sağlıklı olan birçok insanda da bulabilirsiniz. Teşhis sadece bakterileri bularak değil ama ateş ve öksürüğün yanı sıra onları bularak konur. Nesnel, güvenilir veri bile daima sorunu çözmez. "Patolojik" olduğu düşünülen, hastalıklar ve eldeki tedaviler hakkındaki değişen bilgiye bağlı olarak değişecektir. Gelişmiş tedavilerin, depresyonun eşliğini alçaltmamıza izin vermesine benzer bir biçimde, diyabet ve yüksek tansiyon kadar görünüşte somut ve ölçülebilir olan düzensizliklerin teşhisi de sürekli olarak yeniden tanımlanmaktadır.

Öyle ise psikiyatri uydumculara ya da çok fazla entelektüel güvenlik gereksinenlere göre değildir. Tüm tıp dalları arasında psikiyatri, teşhis koymanın arkasındaki süreçleri en açık bir biçimde ortaya koyandır. Dil manidardır -doktor teşhis "koyar", basitçe onları keşfetmek yerine kendi örüntülerini dayatırlar. Aynı zamanda psikiyatri, uygulamaları hakkındaki toplumsal düşüncelerin etkisini en açıkça kabul eden tıp dalıdır. Hem psikiyatristler tarafından kullanılan bozuklukların tanımları hem de onların bireylerdeki ifadeleri, toplumsal bağlam tarafından biçimlenmiştir. Örneğin modern toplum, savaş stresini ya da mermi-şokunu bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlar ve ona göre ele alırken, bir yüzyıl önce bu korkaklık olarak cezalandırılıyordu. Yirmibirinci yüzyılın başındaki genç yetişkinler, Stoacı büyük ebeveynlerinin yaptığından tamamen farklı bir tarzda, kendi

sorunları için yardım arayacaktır. Bu psikiyatriyi özellikle bilimdışı ya da güvenilmez (psikiyatrik teşhisler tüm tıbbın-kiler kadar güvenilir değildir) kılmaz. Bununla beraber, tıp gibi, onun da, (hâlihazırdaki hüsnükuruntunun aksine) hem bir sanat hem de toplumsal ve fiziksel bilimlerden yararlanan bir bilim olarak kaldığını, bize hatırlatır.

Psikiyatrinin ufku - psikozlar, nevrozlar ve kişisel sorunlar

Psikiyatristler geniş sorunlar kümesiyle uğraşır. En ağır bozukluklar sık sık “işlevsel” (ya da organik-olmayan) psikozlar olarak sınıflandırılır ve şizofreniyi ve manik depresyonu (günümüzde genellikle iki uçlu düzensizlik olarak adlandırılır) içerir. Organik ve organik-olmayan arasındaki ayrım karışık olsa da hâlâ yararlıdır. Her ne kadar bu hastalıkların birçoğunun altında organik (genelde beyindeki) değişiklikler yattığına gitgide daha fazla ikna olsak da, “organik” kavramı, genellikle oldukça görünür, bir başka hastalıktan ortaya çıkan psikozlara ayrılmıştır. Bunlar, yaralanma, kronik zehirlenme, demans [*dementia*] gibi bir dizi kafa karışıklığı ve zihinsel düzensizlik nedenlerini ve bunlara ek olarak, ağır bulaşıcı hastalık, hormon dengesizlikleri vb. gibi daha kısa süreli fiziksel nedenler kümesini içerir. İşlevsel psikozlar, daha eski “delilik” kavramının uygulandığı koşullardır. Bunlara sahip olan insanlar için “aklını yitirmiş” denirdi. Toplamda bunlar, yaşamlarının bazı aşamalarındaki nüfusun yaklaşık %3’ünü etkiler. Her ne kadar yaygın olmasalar da nadir de değildir -ortalama bir ortaokul sınıfından bir kişi, yetişkin yaşamı sürecinde bir psikotik hastalıktan dolayı acı çekecektir.

Psikozların ayırt edici niteliği, tuhaf deneyimlerin kişisel kökenlerine ilişkin içgörü kaybıdır. Hasta “gerçeklik testi” -korkutucu ya da melankolik düşüncelerini ve duygularını

dışsal gerçeklik karşısında sınama ve onları yargılama- becerisini yitirir. O “her şey için kendimi suçluyorum ve depresyonda olduğum için bir çıkış yolu göremiyorum”u düşünemez.

Bunun yerine “yaptıklarımın bir cezası olarak bu şekilde hissediyorum ve gelecek de yok” diye düşünür. Aktif olarak hasta olduğunu reddedebilir ve çevresindekilerin bu yanlış yorumları dengeleme girişimlerine direnebilir. İçsel deneyimlere bu kadar sabitlenmek, aksine kanıtlar olsa da onları değiştirememek, sık sık “gerçeklikle bağıyı yitirmek” olarak adlandırılır. Hasta olduğunu reddeder ve ailesinin ya da akıl sağlığı çalışanlarının ona yardım etmek istediğini göremez. Psikozlar yüksek düzeyde kaygı ve kederle birlikte korkunç deneyimlerdir. Belli başlı iki psikoz, psikiyatrinin gelişimini öylesine belirlemişlerdir ki onlar hakkında bazı ayrıntıları öğrenmek için vakit ayırmaya değer.

Şizofreni

Şizofreni tüm akıl hastalıklarının belki de en ağırıdır. Bölünmüş kişilik anlamına gelmemektedir –Dr. Jekyll ve Mr. Hyde³ bir şizofreni vakası değildir. Kavram, zihinsel işlevlerin parçalanmasını (“bölünmek”) vurgulamak için, İsviçreli doktor Eugen Bleuler tarafından 1919’da kullanılmaya başlandı. Dünya çapında nüfusun %1’inden azını etkiler ve her ne kadar ergenlikte de meydana gelebilirse de genellikle erken yetişkinlikte (yirmili yaşlarda) başlar. Kadınları ve erkekleri eşit sayıda etkilese de erkekler daha erken hastalanır ve daha kötü deneyimler. Önde gelen özellikleri halüsinasyonlar, sanrılar, düşünce bozuklukları, toplumsal hayattan geri çekilme ve kendini ihmalidir.

3 Robert Louis Stevenson, *Dr. Jekyll ve Mr. Hyde ve Diğer Fantastik Öyküler*, Çeviren: Duygu Akın, İstanbul, Can Yayınları, 2012.

Halüsinasyonlar ‘uyaranlar olmaksızın duyuşsal deneyimlerdir. Uzak ara en yaygın olanları sesli halüsinasyonlardır -hastayla ya da onlar hakkında konuşan sesler duymak. Bir şeyler görmek (her ne kadar sesli halüsinasyonlar kadar nadiren eksiksiz ve inatçı olsa da) nadir değildir ve birçok hasta bedenlerinde meydana gelen tuhaf, fiziksel duyumlara sahiptir. Halüsinasyonlar basitçe düşüncelerimizi kafamızın içindeki sesler olarak imgelemek -birçoğumuz bunu yapar- değildir. Bunlar, engin günışığının altında tamamen uyanırken, dışsal bir olayın tüm gücüyle deneyimlenir; Bunların “sanki” niteliği yoktur ve hasta bunların tamamen gerçek olduğuna inanır.

Sanrılar “hastanın kültürüyle tutarsız olan sıkı, sabit fikirler”dir. Bir şeyin sanrı olduğuna karar vermek, bir halüsinasyonu tanımlamakta için gerekenden daha fazla bağlamı anlamayı gerektirir. Sanrılar hakkında çarpıcı olan, sahiplenilmelerindeki yoğunluk ve aksine ussal önermelere ya da kanıtlara karşı dayanıklılıklarıdır. Hastanın onların ne doğruluğu ne de önemleri konusunda bir şüphesi vardır.

Günümüzde dünya kültürel olarak fazlasıyla karışmış bir yer ve fikirlerin, herhangi bir birey için, gerçekten de tuhaf olup olmadığı konusunda sık sık bir yargıya varılması gerekir. Örneğin, tamamen farklı iki hasta, onları etkileyen ve salonlarını ikiye bölen görünmez güç alanlarının varlığı konusundaki inançlarını betimledi. Birincisi bisiklet yolları, Druid⁴ kültürü ve mistisizmle ilgilenen bir ‘New Age’ kadınıydı. İkincisi güç alanlarının elektrik olduğuna, komşusundan kaynaklandığına ve cinselliğini etkilemek için bir girişimi temsil ettiğine inanan emekli bir okul müdüresiydi.

4 Çoğunlukla Alplerin kuzeyinde ve Britanya adalarında var olan antik Kelt topluluklarındaki rahip sınıf. Druidler rahiplik, şifacılık ve büyücülük gibi sıfatlara sahiptir.

İkincisi şizofreninin ilk belirtilerinden klasik bir sanrıdır ve kaynağı bulabilmek için evindeki elektrik kablolarını açığa çıkarmayla sonuçlanmıştır. Şizofreni sanrıları genellikle zulmedicidir ("paranoid") ve zulmün kaynağı (örneğin, polis, komünistler, şeytan, özgür masonlar) zamanda ve uzamda çeşitlilik gösterir.

Düşünce düzensizliği özellikle şizofrenin bir karakteristiği olan bir belirti olarak sık sık dikkate alınır. Şizofreni diğer psikiyatrik düzensizliklerden sadece düşüncenin içeriğinin sık sık sıradışı (halüsinasyonların ve sanrıların etkisi göz önünde bulundurulduğunda şaşırtıcı olmayan) olmasıyla farklılaşmaz ayrıca onun mantıksal ve gramatik biçimi de allak bullak edici olabilir. Düşünce bozukluğu nedeniyle, her ne kadar tek tek her sözcük anlaşılabilirse de hastanın ne kastettiği bazen anlaşılması olanaksız olabilir. Bunun en uç durumunda konuşma, bir sürü uydurulmuş sözcük ve karışmış cümleyle tamamen anlaşılmaz olabilir. Bununla beraber, çoğu zaman cümleler mantıklı görünse de hiçbir yere götürmez ya da anımsanamaz. Anımsanabildiğinde de, onları tekrar etmeye ve incelemeye rağmen, basitçe anlaşılamazlardır.

Açıktır ki düşünce bozukluğu teşhisi koymadan önce dikkatli olmanız gerekir; bu, hastanın sizden daha akıllı ya da daha bilgili olması (her ikisi de daima bir olasılıktır) vakası değildir. Bununla beraber iyileşen hastalar bize o zamanlar düşüncelerini tam olarak denetleyemediklerini hissettiklerini, sık sık anlatır. Onlar düşüncelerin doğrudan zihinlerine sokulduğunu ya da çekilip alındığını deneyimleyebilir ya da benzersiz bir biçimde sadece onlara ifşa edilen, şeyler arasındaki yeni bağlantıların aniden farkına varır hale gelirler. *Benzersiz yeni anlamlar* algısı diğer düzensizliklerde nadirdir ve sözcüklerin farklı ve şaşırtıcı kullanımlarına sürükleyebilir. Yeşil rengin "yakınlık anlamına geldiği"nin (yakınlık ima

etmiyor ya da yakınlığa eşlik etmiyor ama yakınlık “anlamına geliyor”) aniden “farkına varan” bir hasta, onu bu şekilde kullanarak cümleler inşa ettiğinde bizim de bunu anladığımıza tamamen ikna olmuştur.

Toplumsal hayattan geri çekilme ve kendini ihmal, muhtemelen şizofreninin en rahatsız edici ve etkisizleştirici özellikleri arasında yer alır. Kavramı ilk kez kullanan Bleuler, diğerleriyle buluşmaktan geri çekilmenin bozukluk için merkezi konumda olduğunu düşündü ve bunu betimlemek için “otizm” kavramını kullandı. Her ne kadar Bleuler, şizofreni kavramını ilk kez kullanan olsa da durumu saptayan değildir. Kraepelin bunu 1896’da yaptı ama bunu daima meydana geldiğini düşündüğü zaman içinde aşamalı kötüleşmeye dayandırarak “Dementia Praecox” olarak adlandırdı. Bu erken dönem araştırmacılarının her ikisi de, bizim “olumlu belirtiler” (halüsinasyon, sanrı ve düşünce düzensizliği) olarak adlandırdıklarımızın -“olumsuz belirtiler” olarak adlandırılan- toplumsal hayattan geri çekilme ve içe yönelme merkezi süreçlerine ikincil olduğunu düşündü.

Son yarım yüzyıl boyunca, (bu olumlu belirtileri hedef alan) antipsikotik ilaçların gelişmesiyle birlikte, -olumsuz belirtilerin, olumlu belirtilerin bir sonucu olduğunu varsayarak- bunu tersinden görmeye yöneldik. Her akut bölüm atlatıldıktan sonra hastalar tamamen daha iyi hale gelmez, kendileriyle ve çevrelerindeki dünyayla daha az meşgul, daha az ilgili olurlar. Bununla beraber, özellikle ilaçlı tedavilerin olumsuz belirtiler üzerinde daha az etkili olması sarkacın salınımını bu yöne doğru hareket ettirmektedir.

Kraepelin, şizofreni hakkında oldukça umutsuzdu ve aslında hiçbir hastanın gerçekten iyileşeceğine inanmıyordu ama Bleuler daha olumlu yaklaşıyordu ve hakikat ona daha yakındı. Şizofreni dalgalanan bir hastalıktır ve hastaların ço-

ğunluğu birçok epizota sahiptir. Muhtemelen yaklaşık dörtte biri, bir ya da iki epizota sahip olarak iyileşir. Bununla beraber hastaların çoğu, birçok epizota sahip olur ve her bir epizottan sonra iyileşmeleri daha uzun sürer ve başladıkları noktaya nadiren yüzde yüz geri dönerler. Hastaların küçük bir bölümü, oldukça kötü bir sonuç elde eder ve yetişkin yaşamlarının büyük bir kısmını, hastalık tarafından kısıtlanmış, bağımsız olarak yaşayamaz, bir biçimde sürdürürler. Modern tedaviler özellikle antipsikotik ilaçlar, hastaların birçoğunun kötüleştiklerinde, birkaç hafta ya da bir ay için hastanelere geldikleri, savaş öncesi akıl hastanelerini karakterize eden yıllar için değil, anlamına gelir. Şizofreni aileden geçer ve genetiğin küçük bir rol oynadığına dair gerçek bir tartışmaya artık çok az yer vardır (bakınız Beşinci Bölüm).

Manik depresif bozukluk (Bipolar bozukluk)

Modern psikiyatri, entelektüel çerçevesini Kraepelin'in şizofreni ve manik depresif hastalık arasında yaptığı ayrım borçludur. Manik depresfi hastalık sonrasında iki uçlu duygudurum bozukluğu(bipolar bozukluk) olarak adlandırılmıştır, şimdilerde de bu isimle kullanılmaktadır. Kraepelin'in zamanında akıl hastaneleri onlara kim gönderiliyorsa içeri alıyordu; bazıları iyileşirdi ama çoğu iyileşmezdi. Muhtemelen öğrenme yetersizliğini psikotikten ayırt etmenin dışında teşhise fazla önem verilmiyordu. Kraepelin, bir grup hastanın birçok derin rahatsızlık döneminden sıra ile geçtiğini -kimi zaman sinirli ve kimi zaman da geriye çekilmiş ve depresif- fark etti. Bunları (onun "dementia praecox" olarak adlandırdığı) şizofreni hastalarından ayıran, bölümler arasında tamamen iyileşmeleri ve birçoklarının sonunda hastaneyi terk etmeleriydi. Onu etkileyen hastalığın belirtilerinden çok izlediği yoldu (bakınız İkinci Bölüm).

İki uçlu (bipolar) hastalar, her ne kadar bunlar sadece mani ve depresyonun en ağır biçiminde meydana gelse de, şizofreninin tüm belirtilerine sahip olabilir (halüsinasyon, sanrı, düşünce bozukluğu, vb.). Bununla beraber bu belirtilere derin bir duygudurum kargaşası -ya depresyon ya da coşkunluk-eşlik eder. Bu coşkunluk mani (ya da sık sık hipomani) olarak adlandırılır. Duygudurum değişimi bu durumda diğer her şeyi gölgeler. Depresif dönemde ağır bir depresyondan acı çeker ve intihara eğilimli olabilir. Taşkın aşamada hasta aşırı aktiftir; güven ve enerjiyle dolup taşmaktadır. Hipomanik hastalar -sahip olmadıkları parayı harcayarak ve içinden geldiği gibi davranarak (aşırı içmek, sonuçları düşünmeksizin cinsel olarak aşırı aktif olmak, çok hızlı sürmek, vb.)- kendileri için yıkıcı olabilir.

Psikotik belirtiler meydana geldiği yerde duygudurumu yansıtır. Hasta depresyonda ise halüsinasyonlar buhranlı ve acı vericidir; hasta coşkunsa halüsinasyonlar yüceltici ve cesaretlendiricidir. Depresif sanrılar genellikle suçluluk ve değersizlik sanrılarıdır ve hipomani sanrıları ise taşkın ve göz alıcıdır: “Başkana dış politika konusunda tavsiye vermem istenecek”, “Resimlerim milyonlar ediyor”.

Hipomani hastalarının daha az uç noktalardakileri, sık sık, hızlı hızlı konuşarak (“konuşma baskısı”), sözcük oyunları yaparak ve fikirler arası esprili ilişkiler kurarak (“uçuşan fikirler”) oldukça eğlendirici olabilir. Birçok ünlü şovmen ve sanatçı iki uçlu düzensizlikten acı çekmiştir ve “uçarken” esinlendiklerini kabul etmişlerdir. Hipomaninin ılımlı biçimlerinin bazılarının teşhisinde emin olmak güçtür çünkü o şizofrenik bölümün “tuhafılığı”ndan yoksundur. Esas rahatsızlık yargıda bulunma becerisidir -resimlerimizin değer kazanması için daha fazla para ya da umut vermek isteriz. Teşhis sık sık arkadaşların ve aile üyelerinin, kişinin genellikle

böyle olmadığını doğrulamasını gerektirir. Renkli ve çapkın bir kadın televizyon kanalı yöneticisi, endişeli annesi tarafından kliniğe getirilmişti. Öykü -meslektaşlarıyla biraz hararetli bir aşk ilişkisi, gece kulüplerinde eğlenmek için uyuşturucu kullanımı ve patronuna kaba davrandığı olaylar ve işe gitmeme- kendi başına dikkat çekici değildi. Medyada çalışan birçok insan, hayatlarını bu şekilde sürdürüyordu. Belirleyici olan annesinin normalde onu aşırı vicdanlı ve kaygılı bir kadın olarak betimlemesiydi ve bu tamamen onun karakterine aykırıydı. Anne konuya hassastı çünkü son eşi de bu tür epizotlardan acı çekmişti.

Şizofreni gibi, iki uçlu bozukluk da, nüfusun yüzde birinden azını etkiler, kalıtsaldır, (her ne kadar şizofreniye göre daha geç olsa da) erken yetişkinlikte başlar ve kadınlarla erkekler eşit olarak etkilenir. Her ne kadar coşkun aşamaları daha dramatikse de, depresyon daha sık ve kalıcıdır. İki uçlu bozukluğun depresif aşaması, klinik depresyonun daha yaygın bozukluğundan kolayca ayırt edilebilir değildir.

Psikotik bozukluk tedavisi

Bu kitap, bireysel tedavilerin ayrıntılarını açıklamak için tasarlanmamıştır. Tıbbın diğer dalları gibi, psikiyatri tedavileri de, o kadar hızlı evrimlemektedir ki buradaki herhangi bir ayrıntı kısa sürede güncel olmaktan çıkacaktır. 1950'lerden bu yana, şizofreninin akut aşamalarında hastayı sakinleştirmekte etkili olan bir dizi ilaç (chlorpromazine, haloperidol, risperidone, clozapine, olanzapine gibi "antipsikotikler") geliştirilmiştir. Barbitüratlar⁵ gibi daha eski ilaçlara göre bunlar, uyuşturmadan çok sakinleştiricidir. Hastayı uyutmadan

5 20. yüzyılın başlarından bu yana kullanılan, sakinleştirici ve uyku getirici etkisi olan ilaç grubu.

zihnini sakinleştirirler (sık sık yan etki olarak uyku hissettirebilir ama bu onların amacı değildir). Antipsikotikler, hastanede geçirilen daha sakin ve daha kısa sürelerle, akut psikotik bölümlerin tedavisini dönüştürmüştür. İyileştikten sonra antipsikotiklere devam etmek, hastanın ileride yaşayacağı olası zihinsel yıkım riskini azaltır ve birçok psikiyatrist şizofreni hastalarını yıllar, yıllar boyunca ilaç almaya devam etmeye teşvik eder (“idame/sürdürme tedavisi”). Açıktır ki bu, tüm ilaçların bazı yan etkilerinin olması ve kimsenin mütemadiyen ilaç almayı sevmemesi nedeniyle kolay değildir. Bununla beraber desteklenerek birçok hasta ilaç almaya devam etmiş ve zihinsel yıkımlardan daha az acı çekmiştir.

İki uçlu hastalarda, ağır depresif bölümler ya antidepresanlarla ya da aşırı vakalarda elektrokonvülsif tedavi⁶ (EKT) ile tedavi edilebilir. Bunlar ileride ele alınacaktır. Günümüzde, iki uçlu bozukluğun idame/sürdürme tedavisinde kullanılan ve yıkılma riskini önemli ölçüde azaltan, bir dizi “duygudurum dengeleyici” de bulunmaktadır. İlaçlar kesinlikle psikotik düzensizliğin eldeki tek tedavisi değildir (Üçüncü Bölüm) ama hâlihazırda tedavinin temelidirler.

Zorunlu tedavi

Kavrayış yoksunluğu, psikotik bir hastanın algıladığı tehditlerden ve zulümden kaçarken ya da onlara karşı kendisini korurken, kendine ya da başkalarına zarar verme gerçek

6 “Konvülsiyon katılmaları oluşturmak için anestetik ve kas gevşetici ilaçların eşliğinde elektrik akımı verilerek uygulanan bir tedavi yöntemi. İlk kez, 1938 yılında, İtalyan psikiyatristler olan Ugo Cerletti (1877-1963) ve Lucio Bini (1908-1964) tarafından kullanılmıştır. Yeğin depresyon bozukluğu, mani ya da ikiuçlu bozukluk, katatoni ile giden ya da belirgin duygudurum belirtileri gösteren şizofreni, şizofrenimsi bozukluk ve şizoduygulanımsal bozuklukta özellikle yararlı olduğu gösterilmiştir”. Bkz. *Psikiyatri Sözlüğü*, Ertuğrul Köroğlu. Hekimler Birliği Yayınları, Ankara, s.101.

riskini ortaya koyabilir. Tedavi gereksinimi konusundaki bu yargı gücündeki azalma ve psikotik durum boyunca var olan gerçek risk nedeniyle psikiyatri, hastanın tedaviyi reddetme hakkının geçersiz kılınabildiği tek tıp dalıdır. Bu İkinci ve Altıncı Bölümlerde daha ayrıntılarıyla ele alınacaktır. Psikiyatrik hizmetlerdeki zorunlu tedavi düzenlemeleri evrensel-dir ve tüm ilkeler genel olarak kabul edilmiş görünmektedir. Bununla beraber hangi koşullar altında uygulanacağı (bunu kim zorla uygulayacak, hastane bakımıyla sınırlı olup olmayacağı, doğrudan fiziksel tehlike riski olması gerekip gerekmediği, vb.) ülkeden ülkeye çeşitlilik gösterir ve yerel değerleri yansıtır.

Ağır akıl hastaları için zorunlu özgürlüğünden yoksun bırakma (“gözü dönmüş deli”, İkinci Bölüm) herhangi bir etkili tedavinin varlığından önce evrilmiştir. Akıl hastalarının basitçe bir sapma olmadığı (“kötü” değil “deli”) kabullenilişini yansıtır. Böyle olmasaydı, sadece kendileri için risk oluşturanlar kendi başlarına bırakılır ve diğerleri için risk oluşturanlar ise basitçe yasaya tabi tutulurdu. Akıl hastalıklarında kabullenilen, bireyin normal beninden farklılaştığı ve yeniden eski haline dönebileceğidir. Hastayı gözaltına almak, hasta iyileşinceye (kavrayışı eski haline gelinceye) kadar, hastalığın ilerleyişi boyunca, hastayı korumaya hizmet eder.

Depresyon ve nörotik düzensizlikler

Psikiyatrik düzensizliklerin hepsi, psikozlarda bulunan, aynı gerçeklikten kopmayı içermez. Gerçekten de psikiyatristler tarafından görülen hastaların büyük bir kısmı, psikozlardan çok daha az çarpıcı düzensizliklerden mustarıptır. Bunların birçoğu, süregiden yüksek düzey depresyon ve kaygıyla karakterize olur. Bunlar “nörotik” başlığı altında bir araya ge-

tirilmişlerdir ama kavram psikiyatride demode olmuştur. Bununla beraber, her ne kadar muğlak olsa da yararlı bir kavramdır ve burada kullanılacağı için anlaşılması gerekir. Nörotikler, onlara sahip olanlarda rahatsızlığa ve acılara neden olur ve diğerleri için fark edilebilir bile olmayabilir. Bunlar şiddeti bakımında büyük ölçüde çeşitlilik gösterir ve birçok hasta onlarla baş ederken normal yaşamlar (evlenmek ve çalışmak) sürdürebilir. Bununla beraber bazıları, psikozlar gibi engelleyici olabilir.

Depresyon

Depresyon en yaygın psikiyatrik bozukluktur ve yaşamımız boyunca yaklaşık yüzde 15'imizi etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında yaşam boyu engellilik nedeni olarak, kalp hastalığından sonra depresyonu ikinci sıraya yerleştirmiştir. Her ne kadar bunlardan bazıları daha iyi belirlemeye, daha fazla kamusal farkındalığa ve yardım aramak için daha fazla istekliliğe sahip olsa da, depresyon (özellikle gelişmiş ülkelerde) gittikçe yaygınlaşıyormuş gibi görünmektedir. Ne şanslıyız ki antidepressanların ortaya çıkışıyla ve daha etkili psikolojik tedavilerin (örneğin, bilişsel davranış terapisi) geliştirilmesiyle, genellikle oldukça hızla düzelir. Birçok hasta aile doktorları tarafından tedavi edilir ve sadece en ağır olanları psikiyatristlere sevk edilirler. Depresyondaki hastaların bir kısmı nihaî olarak iki uçlu bozukluk olarak teşhis edilir ama burada biz “psikotik-olmayan” grup üzerinde odaklanacağız.

Depresyon genellikle derin bir mutsuzluk algısı, gelecek umudunun kaybı olarak deneyimlenir ve bunlara çoğu zaman benlik-şüphesi ve öz-eleştiri eşlik eder. Gerilim ve kaygı oldukça yaygındır, uyku rahatsızdır ve hasta kilo kaybeder ve düzgün bir biçimde odaklanamadığını ya da nesnelerle devam edemediğini fark eder. Ağlamaklı olma ve intihar düşüncesi yaygındır ve ağrılar, acılar ve sağlık konuları sık

sık endişelendirir. Daha ağır vakalarda hasta üzgün olmaktan çok “hiçbir şey hissetmediğini” (soğuk ve boş olmak, herhangi bir şeyden tat alamamak) bildirir. Hastalar, kendi kendilerini tedavi etmek için, neredeyse her zaman işleri daha da kötüleştiren, alkol ya da uyuşturucu da kullanabilir. Depresyon, normal üzüntü dönemlerimizden, bir rahatlama olmaksızın sürüp gitmesiyle farklılaşır; ağırlık kaybı ve kötü uyku onu süreklileştirir.

Depresyon, erkeklere göre, kadınlarda üç kat daha yaygındır. Bazı insanlar bedensel ve zihinsel olarak daha fazla risk altındadır ama yaşam koşullarından açıkça etkilenmektedir. Yoksulluk koşullarında yaşayanların, işsiz olanların, tek başına yaşayanların, az sayıda arkadaşı ya da ağırlı ve kısıtlayıcı fiziksel hastalıkları olanların arasında daha yaygındır. Annenin erken yaşta kaybına ve zor bir çocukluğa yetişkinlikte artan depresyona girme riski eşlik eder. Depresyonun ağır kişisel sorunları (biten ilişkiler, sınav başarısızlıkları, iş kaybı, vb.) takip etmesi daha olasıdır.

Depresyonlu insanlara yardım etmek neredeyse daima antidepresandan (her ne kadar bunlar çok etkili olsa da) daha fazlasını gerektirir. Danışmanlık, çıkar bir yol bulmaya yardım etmek, özgül psikoterapi ve destekleyici bir toplumsal ağı güvence altına almak, bunların tümü gereklidir. Depresyonu daha iyi anlamak, insanlar için toplumsal ağların ve arkadaşlıkların ne kadar önemli olduğunu tanımayı beraberinde getirdi. Bunlar isteğe bağlı ekstralar değildir ve bunlar olmaksızın çok azımız hayatta kalabilir. Genç yalıtılmış annelere ve onların çocuklarına, ABD’de Head Start⁷ ve Birleşik Krallık’ta Sure Start⁸ gibi programlarda bu tür ağları sağlamak, depresyonu önleme stratejilerini içeren ulusal programlardır.

7 ABD’de uygulanan bir Sağlık ve İnsani Hizmet Programı.

8 Birleşik Krallık’ta yaygın olan bir Sağlık ve Sosyal Hizmet Programı.

Yaşamlarımız boyunca birçoğumuz, yukarıda sayılan tüm özellikleriyle birlikte depresyonun bazı dönemlerini deneyimler. Birçoğumuz kendiliğinden ve oldukça hızlı bir biçimde bunları atlatır. Gerçekten de depresyonu zorunlu ve yararlı bir insanî süreç -kayıplarla baş edebileceğimiz, bunu olması gerektiği gibi kabulleneceğimiz, yeni bir denge bulabileceğimiz bir dönem- olarak düşünmek olasıdır. Bu tür zamanlarda biraz kendi içimize çekilmemiz de uygundur ve bazı psikanalistler depresyona girme becerisini, kişisel olgunluğa doğru çok önemli bir adım olarak düşünür. Kesinlikle hiçbir zaman depresif olmuyormuş gibi görünen insanlar, farklı ya da tuhaf insanlar olarak bizi etkiler. Psikiyatristler, “klinik depresyon” ve “normal depresyon” arasında açık bir ayrım yapmaya çalışmak için yıllarını harcamıştır ve dürüst olmak gerekirse, başarısız olmuşlardır. Fark derece farklı olmaktan çok, genetik ya da belirti örüntüsü farklıdır. Varlığını sürdürmeye devam ederse ya da belirtiler dayanılmaz hale gelirse, tedavi edilmesi gerekir; birkaç hafta sonra kendi başına iyiye doğru giderse, o zaman harikadır.

Anksiyete

Anksiyete her tarafa yayılmış korkudur. Hepimiz bunu deneyimlemiştir ve bu şüphesiz yararlıdır -bir dereceye dek kaygı bizi uyanık tutmak ve daha iyi bir iş çıkartmak için gereklidir- örneğin başarısızlık korkusu, bizi sınavlar için daha çok çalışmaya zorlar. Bununla beraber, psikolojik çalışmalar, performansın bir ölçüye dek kaygıyla yükseldiğini, belirli bir düzeyden sonra da performansımızın düştüğünü gösterir. Kaygı düzensizliği muhtemelen depresyon kadar yaygındır ama daha az insan bunun için yardım arar. “Yaygın Anksiyete Bozukluğu [Generalized Anxiety Disorder] (YAB)” olan insanlar sürekli olarak aşırı kaygılıdır. Birçoğumuz zaman

zaman benzer kaygı düzeylerini deneyimleriz ama kaygı bozukluklarında bu yatışmaz. YAB tüketicidir ve bundan mustarip olanlar uyuyamaz, ağırlık kaybeder ve sık sık odaklanamaz. Uzun bir süre devam edecek olursa onlar depresyona girebilir.

Fobik düzensizlikler daha dramatik ve fark edilebilirdir. Bir fobi, abartılmış bir korku anlamına gelir. Birçoğumuzun fobileri vardır -basit fobiler olarak adlandırılanlar çocuklukta başlar ve yaşam boyu sürer. Hayvan fobileri (örümcekler, fareler, yılanlar) tipik örneklerdir. Benimki yükseklik fobisidir -kulelere tırmanamam ya da uçurumun kenarına gidemem. Birçok insan, yaşamlarına ciddi bir biçimde müdahale etmeye başlayınca kadar (mesleği sık sık seyahat etmesini gerektirmeye başlayan birinde uçuş fobisi, hamile kalan ve kan testi gereksinen bir kadında iğne fobisi), basit fobileriyle birlikte yaşar. Basit fobilerin tedavisi "aşamalı alıştırma (grade exposure)" kullanarak davranış terapisiyle tedavisi şaşırtıcı bir biçimde kolaydır. Kendi kaygılarınızı gözlemleyerek önceden belirlenmiş bir şemayı izleyerek maruz kalmayı arttırarak korkulan nesneye alışırırsınız (örneğin, bir örümcek fotoğrafını elinize almakla başlayın, ardından küçük ve ölü birini, bir bardağın içinde yaşayan birini, serbest bir yaşayanın ve sonra da bir tarantulayı elinize alın!).

Psikiyatristler tarafından görülen fobilerin birçoğu, basit fobiler değildir. Ya agorafobidir ya da toplumsal fobidir. Bunlar yetişkin yaşamda başlar ve sabit (stresli zamanlarda daha kötüdürler) değildir ve oldukça kısıtlayıcı olabilirler. Agorafobi, birçoklarının düşündüğü gibi, açık uzamlar korkusu değil; kalabalıklardan ve kalabalık yerlerden duyulan korkudur. Pazar yeri anlamına gelen Yunanca sözcük *Agoros*'tan türetilmiştir, tarla anlamına gelen Latince *Ager*'den değil. Agorafobi kadınları daha çok etkiler, ona panik ataklar eş-

lik eder ve çoğu zaman içinde kalmaya ve kalabalıklardan kaçınmaya sürükler. Bu “kaçınma” düzensizliği sürdürür. Panik ataklar korkunçtur (hızlı kalp atışları, terleme, kuru bir ağız ve birazdan bayılacak olduğuna duyulan inanç, kendi üzerine işeme ya da hatta ölüm). İnsanların ortamdan kaçması ve bundan kaçınması şaşırtıcı değildir. Ne yazık ki söz konusu ortamda kalsalar paniğin oldukça kısa ömürlü (birkaç dakika, saatler değil) olduğunun ve kendi kendine sönüp gittiğinin farkına varacaklardır. Bununla beraber kaçıp gittiğimizde ve panik son bulduğunda, uzaklaşmanın onu durdurduğuna ikna oluruz ve paniği atlatabileceğimizi öğrenmeyiz. Ortama yeniden yaklaştığımızda son paniğin anısı bizi kaygılandırmaya başlar ve bu “korkunun korkusu” bir başka atağın olasılığını artırır.

Tedavi genellikle davranış terapisi, kişiye panik ataklarla birlikte kalmayı ve böylelikle de onları azaltmayı öğretmek, üzerinde temellenir. Bu genellikle basit fobilerden daha karmaşıktır. Sosyal fobi abartılmış insanlarla buluşma fobisidir. Bunun meşru bir tanı ya da basitçe ağır bir utangaçlık olup olmadığı ve özellikle ilaçlarla tedavi edilip edilmemesi konusunda gerçek bir tartışma sürüp gitmektedir (Altıncı Bölüm). Sosyal fobilerde sorun genellikle panikten çok bu kaçınmadır ve tedavi sosyal durumlarla baş etme tekniklerini geliştirmek için danışmanlığı içerir.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Çocuk olarak hepimiz takıntılı davranışlara -felaketvari sonuçlarından kaçınmak için kaldırımıdaki çatlaklardan kaçınmak en yaygınıdır- sahip olduk. Sporcular ve aktörler bu tür ritüelleriyle -servis atmadan önce topu üç kere sektirmek zorunda olan tenis oyuncusu, kostümünde yeşil bir şey olmadan rol yapamayan kadın başrol oyuncusu- ünlüdür. Bu batıl

davranışların obsesif-kompulsif bozukluk (saplantılı-zorlanımlı rahatsızlık) (OKB) ile birçok ortak noktası vardır. Bu düzensizlikte, hasta kaygıdan ya da korkulan sonuçlardan kaçınmak için etkinlikleri ya da düşünceleri (klasik olarak el yıkama ya da denetleme ya da sayma ritüeller) belirli bir sayıda ya da belirli bir düzende tekrar etmek zorundadır. Çoğu zaman dışsal ritüellerin olmadığı takıntılı formda sorun, çoğu zaman korkunç sonuçlar hakkında (kir ya da mikroorganizmalar tarafından kirletilmek, ya da kafirce ya da saldırganca bir şeyler bağırma korkusu) tekrar eden düşüncelerdir. OKB *tekrar eden, direnen ve rahatsız edici* olan düşünceler ya da eylemlerdir. Bu zararsız bir batıl itikat ya da tuhaf hareket değildir; dahası hayatlara hükmedebilir ve onlara zarar verebilir. Takıntılı temizlikçiler bitap düşerler çünkü tekrar tekrar temizlemeyi hiçbir zaman bitiremezler. Takıntılı düşünceye sahip, aynı konu üzerine tekrar tekrar düşünenler, bir işi bitiremezler çünkü nesneleri saymaktan ya da düşüncelerini tekrarlamaktan odaklanamazlar ve endişeleri hakkında sürekli güvence arayarak partnerlerini yorarlar.

OKB özgül kişisel özelliklere -temiz, düzenli, vicdanlı- eşlik etme eğilimindedir. Birçoğumuz takıntılı özellikleri kendimizde gözlemleriz ancak bozukluğun kendisi oldukça tuhaf görünmektedir. Gerçekten de mustarip olanlar yardım aramakta yavaş davranır çünkü bunun çok tuhaf ve anlaşılmaz olduğunu düşünürler -ondan utanç duyarlar. Bu durum psikolojik aşırı-yoruma tabi tutulmuştur (Dördüncü Bölüm) ve sadece yakın geçmişte etkili tedaviler geliştirilmiştir (davranışçı terapi ve daha ılımlı vakalarda antidepresan).

Histerik Bozukluk

Histeri artık moda bir kavram değil. Genel kullanımda (ve genellikle kadınlarda) aşırı duygusal anlamına gelir -"bu

kadar histerik olma!" Histerik düzensizliğin başlangıçta sadece kadınlarla sınırlı olduğu düşünülüyordu. *Hysteros*, rahim için kullanılan Yunanca bir sözcüktür ve bir zamanlar, rahmin bedenin içinde gezerek belirtilere neden olduğu gibi düşsel kuramlar da bulunmaktaydı. Psikiyatride - özellikle, en iyi açıklamasını sunan psikanalizde (Dördüncü Bölüm)- önemli bir rol oynamıştır.

Histerik bozukluklar, çoğunlukla hiçbir organik neden bulunamayan, çarpıcı fiziksel ve nörolojik belirtilerdir. "Konversiyon⁹ (dönüşüm)" bozukluklarında kaygı ya da çatışma, bir acı ya da kısıtlılık olarak ifade edilir (ona "döndürülür"). En dramatik olanları felç ya da körlüktür. Hasta göremediğinde ya da kolunu oynatabilmediğinde ısrar eder ancak tüm testler "gerçekte" görebildiğine ya da oynatabildiğine işaret eder. Dissosiyatif bozukluklu¹⁰ hastalar, zihinsel işlevlerinin bazı görünümüleriyle temasta olmadıklarında (ondan "ayrılmak") ısrar ederek çatışmalarıyla baş eder. En uç vakalardan bir birey, birden çok kişiliğe sahip olduğunda ve diğer "kişiliklerinin" yaptıklarından sorumlu olmadığına ısrar eder. Histerik düzensizliklerin şaşırtıcı özelliklerinden biri hastanın, başkalarına oldukça korkutucu fiziksel durumlar olarak görünenlerden görece memnun görünmesidir. Ondokuzuncu yüzyılın büyük Fransız nörolojisti Charcot, bu memnuniyeti "la belle indifference¹¹" olarak adlandırmıştı.

Konversiyon ve ayrılma mekanizmaları aşırı stres zamanlarında oldukça yaygındır (ve geçici olarak çok yararlıdır). Savaş sırasında askerler çoğu zaman ateş altında sükûnetlerini görünüşte koruyabilir ama sonrasında kesinlikle bunun hiç-

9 Çeşitli ruhsal sıkıntıların bedensel sorunlara dönüşmesi anlamında kullanılır.

10 Çözülme. Ruhsal aygıtın (bellek, bilinç, kimlik) bütünlüklü çalışmasının bozulması.

11 Hastanın hastalığa karşı kayıtsızlığı.

bir anısı olmaz. Birçoğumuz, yüzleşemediğimiz bir şeyden kaçınmanın bir yolu olduğunu daha sonra fark ederek, korkunç bir baş ağrısına sahip olmuşuzdur ya da açıklanamaz bir biçimde kötü hissetmişizdir. Bazı vakalarda, yasal bir savunma (örneğin, cinayet davalarında otomatizm) olarak kullanıldığında mekanizmanın gerçekten bilinçsiz olup olmadığı konusunda şüphe edebiliriz.

Yetişkinlerde histeri, “psikolojik olarak daha sofistike hale gelmiş” toplumlarda, daha az yaygın hale gelmektedir. Birinci Dünya Savaşı’nda yaşadıkları dehşeti kolayca kabullenemeyen askerler, şüphesiz bir histeri olan, mermi şokunu (elleri kaba bir biçimde ovuşturma ve “ürkeklik”) geliştirdi. Onlar, sahip oldukları belirtilere savaş korkusunun neden olduğunun, sahici bir biçimde (gerçeğin karşısında “bilinçsiz”lerdi) farkında değillerdi. İkinci Dünya Savaşı’na doğru askerlerin savaştan korkabileceği tamamen anlaşıldı. Savaşla baş edemeyenler, mermi şoku değil ama “savaş stresi” geliştirdiler. Dehşeti hissettiler ve işlevlerini yerine getiremediler ama bunun ne olduğunu tanıdılar ve yardım aradılar. Korkuyu inkâr etmek ve onu titreme ya da felç gibi “kabul edilebilir” belirtilere dönüştürmek zorunda değillerdi. Çevirme belirtileri günümüzde görece nadirse de, diğer tıbbî uzmanlıklarda daha tarafsız bir kavram olan “bedenselleştirme” kullanılırken, psikiyatrik alanda önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Tedavi genellikle gerilimleri tanımlama ve hastaya bunlarla baş etmek için diğer yolları bulmasına yardım etme üzerine temellenir. Akut histerik düzensizliklerin, bastırılmış bir duyguyu dışa vurup rahatlamalarla¹² tedavisi (yani, sakinleştirici bir ilaç vermek ve bunun etkisinde hastayı durum üzerinde etrafıca konuşmaya yönlendirmek) çoğu zaman şaşırtıcı bir biçimde dramatik ve etkilidir.

12 Abreaction/boşalma.

Kişilik Bozuklukları

Hepimizin bir kişiliği vardır. Kişilik, bizi diğerlerinden farklı kılan görece kalıcı niteliklerin bir koleksiyonudur. Kişilik, genellikle bireyler hakkında ne düşündüğümüz ya da onları nasıl betimlediğimizdir. Psikiyatristler kaçınılmaz olarak kişilikle ilgilenir hale geldi. Çünkü ilk olarak, hastalık ve kişilik arasında ayırım yapmak (bu kişi depresyonda mı yoksa دائما somurtkan ve kötümser mi?) zorundalardı. Ama kısa zamanda, tedavi ettikleri bazı düzensizliklere yaygın bir biçimde eşlik eden kişilik türlerinin var olduğunu fark ettiler ve bu nedenle, aynı ya da benzer kavramları kullandılar. Şizoid kişilik mesafeli ve tuhaftır, paranoid kişilik ise aşırı hassas ve şüpheli olmaya eğilimlidir. Histerikler tutkulu ilişkilere, ilginin merkezinde olmaya ihtiyaç duyarak, yoğun dalgalanan duygulara eğilimliken, takıntılılar dikkatli ve katıdır. Psikopatik kişilik (sosyopat ve antisosyal olarak da adlandırılır) sadece bir suçlu değildir ama çevresindekilere karşı duygu ya da herhangi bir pişmanlık duygusu yokluğuyla karakterize olur. Onların sıradan suçlulardan farkı nedeniyle cezaevleri, psikiyatrik hastanelerde olduğu gibi, onlarla baş ederken daha fazla zorlukla karşılaşır.

Kişilik aşırılıklarının, “kişilik bozukluklarının” (KB), tedavisinde psikiyatrinin rolü tartışmalıdır (Altıncı Bölüm) birçok psikiyatrist herhangi bir özgül tedavinin bulunup bulunmadığı konusunda şüphelidir. Bununla beraber kişilik, bizim hakkımızdaki her şeyi etkiler; bu nedenle herhangi bir psikiyatrik düzensizliğin tedavisi de kişiliğe uygun bir dikkati gerektirecektir. Farklı toplumlar, farklı kişilikler için sorunlar sunar ve kişilik bozukluklarının sınıflandırması değişmektedir. En önde gelen iki teşhisin dağılımında cinsiyetler arası farklılıklar çarpıcıdır. Günümüzde kadınların “sınır” KB (eskiden kullanılan bir kavram olan “histerik”, KB’ye ol-

dukça benzer, dalgalanan, yoğun duygular ve farklı ilişkiler, kendine zarar verme ve düşük öz-saygı,) olarak ve erkeklerin "antisosyal" KB'yle (şiddet, suçlu, "psikopat" KB'ye oldukça benzer düşünmeden hareket etme) teşhis edilmesi daha olasıdır. Bu iki düzensizliğin aynı kişisel yabancılaştırmanın ve hayal kırıklığının dışavurumları olduğunu ve kültürümüzün erkeklerin ve kadınların davranışlarını kalıba dökme şekline dolaylı, "farklı" düzensizlikler olarak ifade edildiğini görmek zor değildir.

Bağımlılıklar

Alkol ve uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde psikiyatrinin rolünün ne olması gerektiği, açık olmaktan çok uzaktır. Bunları suiistimal eden birçok insanın akıl hastalığı yoktur. Bununla beraber psikiyatrinin neden işin içine dahil olduğunun ikna edici bir dizi nedeni bulunmaktadır. Akıl sağlığı sorunları olan insanların (özellikle depresyonda ve kişilik bozukluklarında) olasılıkla yaşamlarındaki acıyı azaltmak için, içkiye ve uyuşturucuya yönelmesi riski oldukça yüksektir. Uyuşturucu ve alkol kullanımı iyileşmeyi de güçleştirmektedir. Aşırı derecede içmeye devam ederken depresyondan tam olarak iyileşmek neredeyse olanaksızdır ve uyuşturucu kullanan genç şizofreni hastaları, hastalıklarının denetimini ele geçirmeyi güç bulmaktadır.

Bağımlılıklar da akıl hastalıklarına neden olabilir. Aşırı alkol kullanımı paranoid psikozlara, deliryum tremens'e¹³, depresyona, ve eninde sonunda bunamaya neden olur. Amfetamine¹⁴ ve kokaine şiddet kullanımıyla sonuçlanabilecek pa-

13 Titreme hezeyanı. Alkol yoksunluğunda görülen halüsinasyon, bilinç kaybı vb. görünüşleri olan psikiyatrik tablo durumu.

14 Sentetik bir uyarıcı (stimülan). Dikkat eksikliğinde, kilo kontrolünde ve narkolepsinin tedavisinde kullanılır.

ranoid düzensizlikler eşlik eder; akut psikotik tepkiler LSD¹⁵ ve Ekstazi'de¹⁶ yaygındır. Dahası yoksunluğu ve toplumsal kaosa eşlik eden yasadışı uyuşturucu kullanımı depresyona ve çaresizliğe sürükleyebilir. Öyle ise psikiyatri, kaçınılmaz bir biçimde alkol ve uyuşturucu suiistimalinin tedavisiyle ilişkiye geçmiştir. Bununla beraber, psikiyatrinin öncülük edip etmemesi gerektiği ya da basitçe yardım için eldeki bir dizi girdiden biri mi olması gerektiği, bağımlılığı bir hastalık olarak sınıflandırmanın yararları gibi, tartışılabilir.

İntihar

İntihar psikiyatride, trajik, ama nadir olmayan, bir olgudur. İntihar edenlerin neredeyse dörtte biri psikiyatristleriyle temas halindeydi ve Birleşik Krallık'takilerin üçte ikisi son ay (yüzde 40'ı son hafta), genel pratisyen hekimlerine danışmıştı. Her ne kadar intihar, psikotik düzensizliklerde ve anoreksiya nervoza'da¹⁷ uzun dönemli risk olarak gittikçe daha fazla kabul edilse de, intihar için en yüksek riskli psikiyatrik düzensizlikler, alkolizm ve depresyondur. Her ne kadar intihar girişimleri genç insanlarda ve kadınlarda daha yaygınsa da, tamamlanmış intiharlar erkeklerde üç kat daha yaygındır ve tamamlanma yaşla birlikte gittikçe artmaktadır.

İntihara eşlik eden keder ve utanç (birçok toplumda intihar girişimleri bir suç olarak cezalandırılır ve Birleşik Krallık'ta

15 Lizerjik asit dietilamidi. Yarı sentetik bir halüsinojen.

16 Bir tür psikoaktif madde.

17 "Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığının olmasına karşın, kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz." Bkz. *Psikiyatri Sözlüğü*, Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Birliği Yayınları, Ankara, s.26.

1960'lara dek yasadışıydı) nedeniyle bazıları, intihara kalkışanların neredeyse tamamının akıl hastalığının bir türüne sahip olduğunu göstermeye çalıştı. Bu, ikna edici olmaktan epey uzak olsa da, intihara kalkışmanın ciddi olası etkileri (kutsal toprağa gömülme hakkını yitirmek gibi) nedeniyle kişinin hâletiruhiyesi nedeniyle anlaşılabilir.

Fransız sosyolog Durkheim'in 1897'de yayınlanan *La Suicide*¹⁸ kitabı dramatik bir biçimde farklı bir bakış açısını açtı. Kitap Katolik ve Protestanlardaki farklı intihar oranlarına odaklanmıştı ve toplumsal yalıtımın önemini vurguladı. Durkheim, Katolik inancın intihardan korunmuş olduğuna inanmıştı ve gerçekten de, Katolik ülkeler daha düşük intihar oranları bildirmektedir. Bunun nedeni intihar olarak bir ölümü kabullenmekteki isteksizlikleri olabilir; Dublin'de 1970'lerde, psikiyatristlerden, intihar olduğu sonucuna varılan ani ölümlerin nedenlerini değerlendirmeleri, sorgu yargıçlarından dört kat daha fazla istendi. Bununla beraber farklı ülkelerin intihar oranlarında, şüphesiz farklılıklar bulunmaktadır.

Uzun ömürlü mitin aksine, en yüksek intihar oranına sahip olan ülke İsveç değil, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleridir -örneğin, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, eski Doğu Almanya. Hâlihazırda çöken eski Sovyetler Birliği'nde astronomik ölçüde yüksek intihar oranları, her 100.000 nüfusta 70 erkek intiharı (ABD'nin 17 ve Birleşik Krallık'ın 12 intiharıyla karşılaştırıldığında), bulunmaktadır. Litvanya her 100.000 nüfusta 76 intiharla kaydedilmiş en yüksek orana sahiptir ve intihar oranları üzerindeki toplumsal etkiyi, dramatik bir biçimde sergiler. Rusça konuşanlar ayrıcalıklı seçkinler olmaktan istenmeyen azınlığa dönüştüğünden, intihar oranları Litvan-

18 E. Durkheim, *İntihar*, Çeviren: Özer Ozankaya, İstanbul, Cem Yayınları, 2. Baskı, 2011.

yaca konuşanlardan çok daha fazladır. Önceden durum tam tersiydi. Farklılıklar sadece uygulamaları açıklamamaktadır. Aynı ulusal oranlar, bu ülkelerden ABD'ye göç edenlerde de, korunmaktadır.

Bu tür bir çevresel etkiyle intiharın özellikle psikiyatrik bir sorun olmadığı ileri sürülebilir. Ama psikiyatrinin intiharı etkileyebildiğine dair bazı destekler bulunmaktadır. Özgül bir "intihar karşıtı tedavi" (kronik depresyonda intihar düşüncesini azaltmak için bazı uzmanlaşmış psikolojik müdahalelerden başka) bulunmamaktadır.

Bununla beraber akıl hastalıklarının ve onların tedavilerinin aktif olarak tanımlanmasının bir etkisi olabilir. (İntihara kalkışmadan önceki ayda genel pratisyen hekimlerine danışan yüzde 40'ın da doğruladığı gibi) onun hakkında konuşanların onu yapmadığına dair batıl inancın gerçekliği yoktur. Bir İsveç adasındaki genel pratisyen hekimlerin, depresyon ve intihara eğilimli düşüncü araştırmak ve ardından da depresyonu tedavi etmek konusunda eğitilmelerine yönelik program, oranlarda bir düşmeyi sergiler.

Ek bir desteğin her şeyi değiştirebileceği, bilinen risk dönemleri de (örneğin, psikiyatri hastanesinden taburcu olduktan hemen sonra) bulunmaktadır. İntihar dürtüsü sabit değildir -gelir ve gider. Nihai olarak onu basitçe güçleştirmek, -eski kömür gazının yerine ölümcül olmayan gazın devreye sokulmasında olduğu gibi, tehlikeli ağrıkesicilerin paket boyutunu düşürmek Birleşik Krallık'ta ölümleri azalttı- riski azaltır. Hatta köprülerin çevresine ağ germek bile yararlıdır -belki de düşünmek için zaman vermek dürtünün azalmasına izin verir. Samaritan'lar¹⁹ gibi sempatik bir dinleyici sunan, dünyanın her yerinden erişilebilen yardım hatları, adamakıllı düşünme ve insanî temasta bulunma gereksinimini gösterir.

19 İngiltere'de ruh sağlığı bozulan kişilere destek veren bir yardım kuruluşu.

Son yüzyıl intihar oranlarındaki genel düşüşü (savaşlar boyunca iki fark edilebilir diple beraber) görse de endişelenmek için süregiden bir neden bulunmaktadır. Genç erkek intiharlarında dünya çapında düzenli bir yükseliş bulunmaktadır ve bazı yüksek risk gruplarındaki (küçük çiftçiler, genç güney Asyalı kadınlar) oranlar hâlâ üzücü bir biçimde yüksektir. Bunların bazıları ölümcül araçlara (çiftçiler için böcek öldürücüler ve av tüfekleri ve gittikçe artan egzoz gazı kullanımı) erişimin kolay olmasından ama bazıları da olasılıkla, zayıflayan aile bağları, bir güçsüzlük algısına ek olarak uyuşturucu ve alkol suiistimali nedeniyledir.

Belki de daha ilgi çekici olan toplumun intihara karşı tutumundaki değişmedir. Aileler için çaresizce travmatik olmakla birlikte, günümüzde daha az utanç vericidir. Gitgide daha çok, ciddi ve acılı hastalıkları olan bireyler (daima yüksek bir risk grubu) için ya da yaşamlarının bir sona eriştiğini hissedendenler için sadece eldeki seçeneklerden biri olarak görülmektedir. İsviçre, her ne kadar akıl hastalıkları genellikle dışarıda tutulsa da, bu tür vakalar için intihar yardımını yasallaştırmıştır. Yaşam iradeleri gittikçe daha çok kabul edilir hale geldikçe ve yasal olarak yardım edilen intiharlar İsviçre'den yayılırsa (şüphesiz yayılacaktır) intihar zaman içinde psikiyatrik bir sorun olmaktan çok yeniden kişisel özerkliğin ahlâkî ve etik bir sorunu olarak görülecektir. O halde, hatta daha da önemlisi, bu gerçek özerkliği korumak için, ruh hastalıklarının mercekleriyle bozulan yargılarca belirlenen intiharlar önlenmelidir.

Neden psikiyatri tıbbî bir etkinliktir?

Ruh sağlığı hizmetlerinin psikiyatristler tarafından yönetilmesi herkes tarafından (özellikle hizmetin içinde yer alanlar tarafından!) kabul edilmemektedir. Bunlar "ruh hastalıkları

hizmetleri" midir yoksa "psikiyatrik hizmetler" midir? Tartışmaların birçoğu çok dar ve çok mütehakkim olduğu düşünülen "tıbbî model"e odaklanmaktadır (Üçüncü Bölüm). Hem psikoloji hem de sosyal hizmet (sosyal çalışma), öncülük için güçlü iddialarda bulunabilir ve tıbbî sağlık hemşireliği sık sık bağımsızlığını vurgular. Buraya kadar söylenenlerden açıktır ki, iyi uygulama (ister ruh sağlığı isterse de psikiyatrik olarak adlandırılsın) tiptan daha geniş bir odağı gerektirir. O halde psikiyatri nasıl bu kadar başat hale geldi?

Bir iddia, akıl ve fiziksel hastalıkların çakışmasından kaynaklanmaktadır. Neredeyse tüm ruh hastalıklarının durumu fiziksel hastalıklar tarafından taklit edilebilir ve bunların teşhis edilememesi büyük bir risk taşır. Trioid düzensizlikler, depresyon ("myxoedema deliliği") ya da kaygı durumu olarak ortaya çıkabilir. B vitamini Niyasin²⁰ eksikliği demencia (Pellagra) olarak belirebilir; Miyasten²¹ ve erken multipl skleroz²² kolayca histerik düzensizlikler olarak yanlış teşhis edilebilir. Liste geniştir. Bununla beraber bu zayıf bir iddiadır. Hastaların birçoğu ruh sağlığı hizmetlerine bu fiziksel sorunları eleyecek aile doktorları tarafından yönlendirilir. Bunun olmadığı durumlarda, bir hastanın "diğer depresifler" gibi olmadığı kısa sürede anlaşılacak ve tıbbî ya da nörolojik seçenekler kolayca aranacaktır. Bu iddia, psikiyatrik hastaların, büyük akıl hastanelerinde diğer tıbbî bakımdan yalıtıldıkları zamanlarda daha ikna edici olabilirdi ama yirmibirinci yüzyılda pek de mantıklı değildir.

İkinci bir iddia, en başarılı tedavilerin birçoğunun tıbbî

20 Niyasin eksikliği sinir sistemi bozukluğu, mide bağırsak bozukluğu, zihin bulanıklığı depreyon gibi semptomlar gösteren pellegra denen bir hastalığa sebebiyet verir.

21 Nedeni tam olarak bilinmeyen ağırlıklı olarak gençlerde görülen sinir-kas iletim bozukluğuna bağlı bir hastalıktır.

22 Beyin ve omuriliği tutan özbağışıklık hastalığıdır.

yaklaşımları kullanarak geliştirildiği ve bunların birçoğunun ilaçlar olduğu, bu nedenle de tedaviyi yönetecek bir doktorun gerekli olduğudur. Bunun ikinci kısmı pek ikna edici değildir -psikiyatristler bakım evleri ve otizm okulları gibi yerel hizmetlere yönetici konumunda olmaksızın katılmakta ve reçete vermektedir. Bununla beraber “tıbbî model”in çok başarılı olduğu iddiası bulunmaktadır.

Tıbbî modelden, her ne kadar bilimsel kuramlardan ve yöntemlerden yararlansa da, temelde pragmatik bir yaklaşımı kastediyorum. İşliyorsa yapmaya devam et; işlemiyorsa yapmayı bırak; emin değilsen bulmak için dikkatli bir deney gerçekleştir. Psikiyatrinin tanımlayıcı bir kuramdan tam bağımsızlığı ve onun genel olarak bilimsel yaklaşımı onun belli başlı erdemleridir. Her ne kadar herkesin önünde istenmediği söylene ve gizli gizli arzulansa da psikiyatrinin içinde de iyi huylu bir paternalizm ve sorumluluk alma istekliliği bulunmaktadır.

Akıl hastanelerinin yöneticileri olarak doktorların statüsü tamamen başka nedenlerden ortaya çıkmaktadır. Ondokuzuncu yüzyılda akıl ve fiziksel düzensizliklerin çakışması konusunda kesinlikle çok az şüphe bulunmaktaydı. Birçok akıl hastanesi sakini, kısa sürede onları öldürecek frenginin beyinsel komplikasyonlarından acı çekiyordu ve diğerleri ise fiziksel olarak ağır hastaydı. Bununla beraber doktorlar akıl hastanelerini kurmamıştır ama sorumluluğuna getirilmişlerdir (İkinci Bölüm).

Bu, sunacak etkin tedavileri olduğu için değil ama onların toplumsal konumunun ve hesap verebilirliklerinin hastaların istismar edilmesine karşı onları etkin koruyucular kılmasındandır. Bu istismar, tımarhaneler yerini aldığı akıl hastanelerin tümü için yaygın bir skandaldı. O zamanlar *deliliğe* karşı tıbbî yaklaşımlar muhtemelen yardım etmekten çok

zarar veriyordu. Doktorlar mütehakkim konumlarını şaşırtıcı nedenlerle elde etmiş olabilir ama günümüzde daha anlaşılabilir nedenlerle bunu sürdürmektedirler. Gelecekte bunu sürdürüp sürdürmeyecekleri bir başka konudur ve Yedinci Bölüm'de bu konuya geri dönecektir.

Bir psikiyatristle konsültasyon

Genel pratisyen hekiminiz sizi bir psikiyatra sevk ederse ne olur? Uygulama çeşitlilik gösterir ama genel olarak öngörülebilir bir örüntü izler. Neredeyse kesin bir biçimde bir mü-lakat olacaktır -birçok konsültasyon fiziksel muayene ya da kan testleri olmaksızın tamamen konuşma üzerine kuruludur. Genellikle 30 ya da 60 dakika sürecektir. Psikiyatristin yapması olası ilk şey, kendi sözcüklerinizle ne olup bittiğini, sizi neyin rahatsız ettiğini ve sorunun ne olduğunu düşündüğünüzü ona anlatmanızı istemektir. Her ne kadar genel pratisyen hekim sevk mektubunda bunu özetlemiş olsa da bunu sizden duymak ve gerçekten açık bir resim elde etmek isteriz. Bundan sonra Psikiyatristinizin, sizin ve yaşamınızın ("geçmiş"inizin) daha geniş bir resmini elde etmek için konuşmayı yönlendirmesi olasıdır. Yetiştirilişiniz, aileniz hakkında bilgi ve genellikle ailevî hastalıklarınızla (özellikle psikiyatrik olanlarla) ilgili ayrıntılı sorular soracaktır. Bundan sonra, hayatınız boyunca -hem fiziksel hem de psikiyatrik- sağlığınıza hakkında sorular ve uyuşturucunun ve alkolün psikiyatrik sorunlar üzerinde önemli etkisi olduğundan (özellikle genç insanlarda) bunların kullanımını soracaktır. Daha ayrıntılı sorgulamanın, özgül sorunlarınızla ilgili alanlar (önemli ilişkiler, iş stresi, vb.) hakkında olması olasıdır.

Geçmişiniz hakkında bilgi aldıktan sonra Psikiyatrist "ruhsal durum değerlendirmesi" olarak adlandırılan şeyi gerçekleştirir. Bu belirtilerinizin -endişeler, duygudurum,

uyku, takıntılar- ayrıntılı bir değerlendirmesidir. Genellikle bu bir konuşma şeklinde gerçekleştirilse de kimi zaman bazı resmî sorular ve basit hafıza testleri olabilir. Bunlar genellikle kısadır ve zor değildir -IQ testi yapmak gibi değildir. Geçmişiniz hakkında bilgi aldıktan ve "zihinsel durum değerlendirmesi" yaptıktan sonra psikiyatr genellikle sorunun ne olduğu hakkında (çoğu zaman bir "formülasyon" olarak adlandırılan) bir görüşe erişir. Bu formülasyon genellikle bir teşhisi ve sorunun hâlihazırda getirdiği zorluklar ve gerilimler hakkındaki düşünceler gibi, daha fazlasını içerir. Bunları, görüşünüzü almak için sizinle tartışacaktır ve ardından uygun olduğunu düşündüğü çeşitli seçenekleri konuşacaktır. Bu bir dizi tedavileri (konuşma ya da ilaçları) ya da, nadiren, bir hastaneye yatışı içerebilir. Bununla beraber, şaşırtacak kadar sık olarak, tavsiye ve destek tek gerekli olandır. Birleşik Krallık'ta psikiyatra sevk edilenlerin neredeyse dörtte biri hastaya ya da pratisyene tavsiyeyle sonuçlanan bir seferlik konsultasyonlardır.

Birçok psikiyatrik sorunun aile üyelerini etkilemesi nedeniyle psikiyatrlar, hem ne olup bittiğinin daha açık bir kavrayışını elde etmek hem de herhangi bir önerilen tedaviyi ve en iyi nasıl yardım edebileceklerini açıklamak için, sık sık onlarla konuşmak ister. Açıktır ki bu her zaman uygun değildir; durum oldukça kişisel ve mahrem olabilir. Yetişkin hastalar, istedikleri takdirde, mutlak gizlilik hakkına sahiptir.

Psikiyatristin yapmayacağı şey, zihninizi okumak ya da tuzak sorular sormaktır. Bazen böyleymiş gibi görünebilir çünkü anlattıklarınızdan çok daha fazlasını biliyor görünür. Bunda sihirli bir şey yoktur -bu basitçe benzer öyküleri daha önce de duymuş ve ne olup bittiğini anlamış olmasındandır. Her şey bir yana, bu, -depresyon ve kaygının nasıl hissettirdiğini ve insanların yaşamlarındaki güçlüklerle nasıl baş ettiklerini bil-

mek- onun mesleğidir. Birçokları bunu -sorunlarının benzer-siz olmadığını; diğerlerinin de benzer güçlüklerinin olduğunu ve bunun üstesinden geldiklerini- kendi başına güven verici bulur. Benzer bir biçimde psikiyatristler tuzak sorularla “sizi yakalamak için” orada değillerdir. Onlar nasıl bir süreçten geçtiğinizi bilmek ve bunu nasıl yöneteceğiniz konusunda tavsiye vermek isterler. Bir başka olmayacak olan da sizin iradenize rağmen aniden hastaneye yatırılmanızdır. Vakit kaybetmek-sizin zorunlu hastaneye yatış gerektiren hiçbir psikiyatrik teşhis yoktur. Bu sadece büyük bir riskin karşı konulmaz delillerinin olması durumunda ve genellikle aile ve genel pratisyen hekimle birçok tartışmadan sonra meydana gelir.

Değerlendirmesini yaptıktan ve tedaviyi sizinle tartıştıktan sonra, onu ya da tedavi takımının bir başka üyesini (örneğin hemşire ya da psikolog) görmeniz için ileri bir tarihe randevu verebilir ya da bir daha gelmenize gerek olmadığını söyler. Ne olursa olsun sizin genel pratisyeninize yazacak ve onu bilgilendirecektir.

Öyle ise psikiyatrinin ufku hakkında artık bir şeyler -zihni anlamak için olan diğer yaklaşımlara nasıl uyduğunun, ne tür düzensizlikleri ya da hastalıkları tedavi ettiğini ve belli başlı tedavi yaklaşımlarını- biliyoruz. Şu ana dek okumaya başladığınızdan dolayı pişman olmuş olabilirsiniz -çok sayıda belirsizlikler, çakışmalar ve karşıtlıklar. Daha basit olamaz mı? Muhtemelen olamaz. Sıfırdan başlayarak psikiyatriyi icat edecek olsaydık farklı olabilirdi. Bununla beraber sahip olduğumuz, son iki yüzyıldır aşama aşama gelişendir. O kuvvetli rakip güçlerin ve önemli tarihsel gelişmelerin bir ürünüdür ve nörolojik bilimlerdeki dikkate değer gelişmelerle daha yeni karşı karşıya gelmektedir. O halde okumaya devam edin ve kitabın sonuna doğru az da olsa anlamlı gelmeye başlayacaktır; size kesinlik vaat edilmediğini hatırlayacaksınız.

AKIL HASTANELERİ VE PSİKİYATRİNİN KÖKENLERİ

BÖLÜM 2

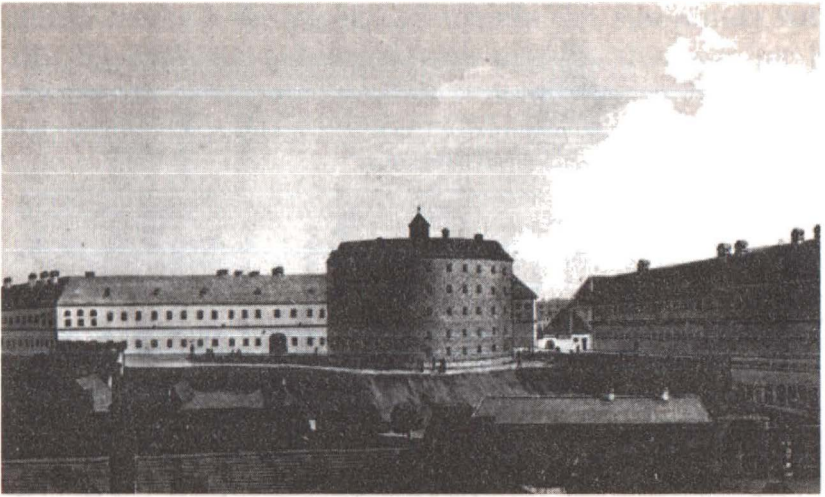
Psikiyatrinin tarihi kolayca üstesinden gelinebilecek kadar kısadır –hemen hemen 200 yıl. Zihinsel dengesizlik her zaman tanınıyordu ve onlara aile içinde bakılamadığında da bazı üstünkörü düzenlemeler –zenginler için özel tımarhaneler ve kaplıcalar ve yoksullar için çalışmaevleri- yapılıyordu. Çalışmaevleri kendine bakamayan herkesi –zayıf iradelileri, hastaları, acizleri ve işsizleri- kapsıyordu. Koşullar (devlet hazinesine yük olacakları caydırmak için kasıtlı olarak) çirkin-di ve çoğu zaman akıl hastaları onlara karşı sabırsız olan ve onlardan yararlanan diğer sakinlerden kötü muamele görüyordu. Özel *tımarhaneler* güçbela daha iyiydi. Akıl Hastanesi sahibi olmak ya da onu yönetmek için eğitim gerekmiyordu. Onların esas amacı, zengin ailelerin *deli* üyelerini, ya ailenin itibarını korumak ya da onların zenginliklerine el koymak için, ortadan kaldırmaktı. Çok sevilen Kral III. George'un haşın tedavisi onsekizinci yüzyıl sonu İngilteresi'nde onlara karşı güçlü bir antipati oluşturdu.

Londra'da 1685'te açılan ve birçok reformdan sonra Bethlem Kraliyet Hastanesi olarak hâlâ varlığını sürdüren Bedlam belli başlı ilk kamu tımarhanesiydi. Sakinlerinin sergilenmesi onsekizinci yüzyılın başında popüler bir halk eğlencesiydi ve daha eğitilmiş çevrelerde tiksinti oluşturunuyordu. Fran-

sa 1656'da Hotel Dieu'yu ve Hôpital Général'i (erkekler için Bicêtre ve kadınlar için Salpêtri re) kurmuştı, her ne kadar adları öyle olsa da, hastane değillerdi ve daha çok çalışma-evlerine benzeyen, koruyucu bakım için genel kurumlardı. Tollh user (*ahmakların evi*) Ortaçaę Avrupası'nda kurulmuştı. ABD'deki ilk *deliler* koğuğu Boston Almshouse'da, 1729'da kurulmuştı ve ilk ABD Psikiyatrik Hastanesi de Virginia Eyaleti'nin Williamsburg Kenti'nde, 1773'te kurulmuştı.

York rehabilite merkezi

Akıl hastalarını ayırmak ve daha uygun bir bakım sağlamak için itici güç, doktorlardan değil toplumsal reformculardan geldi ve bu g   insan haysiyeti için duyulan, belirtmekte olan kaygıyı yansıtır. Risk takıntılı günümüzde tımarhanelerin akıl hastalarını toplumdan korumak için bilakis  onerildiğinin farkına varmak ayıltıcıdır. Fransa'da 1792'de Pinel dramatik ve simgesel olarak Bic tre sakinlerinin zincirlerini  ı-kardı ve İngiltere'de Bir Quaker aile, Tuke'lar, York'da ilk akıl hastanesini inşa etmeyi önerdi. Tuke'lar, Pinel ve Esquirol'un yazılarından, doğaya yakın ve nazik ve öngörülebilir rutinlerle birlikte sakin ve uyumlu bir çevrenin ("ahlâkî terapi") sorunlu zihinlere barış getireceğine ikna olmuştı. York rehabilite merkezi 30 hastayı barındıracak şekilde inşa edilmişti; 1796'da a ıldı ve dikkate değer sonuçlar aldı –ilk hastaların birçoğu iyileşmiş ya da hatta tedavi olmuş olarak evlerine taburcu edildi. Tüm dünyadan ilgiyi üzerine çekti ve ABD'den ve tüm Avrupa'dan ziyaretçiler onu incelemek ve taklit etmek için geldi. Birleşik Krallık, zincirler ya da kemerler gibi mekanik kısıtlayıcılar kullanmaya isteksiz, erken liberal bir rej m (sonraları John Connelly tarafından "kısıtlayıcı olmayan hareket" olarak desteklenen) geliştirdi.



#© Hulton Archive/Getty Images

Viyana Genel Hastanesi'nin yanında konumlandırılmış Narrenturm ("Ahmakların Kulesi"), Avrupadaki ilk modern hastane İmparator III. Joseph tarafından yaptırılmıştır.

Akıl hastanesi hareketi

1820'lerde akıl hastanesi hareketi başladı ve sonraki 70 yıl boyunca İngiltere'de, birçok Avrupa ülkesinde ve baştanbaşa Amerika'daki tüm kentlerde yoksul "delileri" kabul etmek için yüzlercesi inşa edildi. Günümüzde, her biri birkaç yüz hastayı barındıracak muazzam, iyi düzenlenmiş binalarıyla birlikte yatırımın boyutunu kavramak güçtür. Akıl hastanelerinin içindeki fiziksel koşullar (mekân, ısıtma, yiyecek, eğlence) birçok hasta için aileleriyle birlikte evlerinde umabileceklerinden önemli ölçüde daha iyiydi. Ahlâkî terapi ilkeleri, akıl hastanelerinin ferah, kalabalık kentlerden uzak, geniş bir arazi üzerinde kırlarda olmasını emrediyordu. Yüksek havadar konumlar seçiliyordu çünkü zamanın kuramları, hastalıklara sisin ve "miasma"²³ nın etkisini ima ediyordu.

Doktorlar öncelikli olarak akıl hastanelerinin yönetimine getiriliyordu çünkü onları yönetim kuruluna hesap verir kıl-

²³ Mikroplu veya kirli hava.



#Courtesy of the Central State Hospital, Georgia

Milledgeville'deki Georgia Devlet Sanatoryumu, ABD'deki en geniş kapasiteli akıl hastanesi 1950'de 10.000 üzerinde kişiye ev sahipliği yapmaktaydı.

mak kolaydı. Çok az sayıda etkili tıbbî müdahale bulunuyordu ve tıbbî yöneticilerin rolü esas olarak yönetimsel ve disipline ilişkindi. Hastaları kabul ya da taburcu etme güçleri bile yoktu -bu yetki genellikle yerel sulh hâkimlerinin elindeydi.

Akıl hastaneleri sık sık -birçokları iyileşen- yeni vakaları kabul ederek iyi başladı. Bununla beraber kısa zamanda iyileşmeyenlere de el attılar ve böylece de aşırı kalabalık hale geldiler. Ondokozuncu yüzyılın ikinci yarısı ve yirminci yüzyılını başı boyunca akıl hastanelerindeki iyileşme oranı, bu ağır vakaların artan yoğunlaşması nedeniyle yavaş yavaş düştü. İyileşmeye yönelik iyimserlik aşamalı olarak söndü ve koşullar (her ne kadar çalışmaevlerinden daha iyi olsalar da) kötüleşti.

Ondokozuncu yüzyıl boyunca akıl hastanelerine yatırım sürdürüldü. Onlar, ABD'de etkili toplumsal reformcu Dorothea Dix ve tıp doktoru Benjamin Rush tarafından ve İngiltere'de etkili toplumsal reformcu Lord Shaftsbury'nin

güçlü merkezi desteğiyle, gündemin üst sıralarında tutuldu. İlk başlarda oldukça küçük olan kurumların her biri Avrupa'da birkaç yüz, ABD'de birkaç bin hastayı barındıracak şekilde hızla büyüdü. ABD'deki inşa programı biraz geç başladıysa da daha uzun süre devam etti. 1903 ve 1933 arasında ABD'deki akıl hastanelerindeki hasta sayısı 143.000'den 366.000'e çıkarak iki katından daha çok arttı. Bunların birçoğu 1000'den daha fazla yatağı olan kurumlardaydı ve ABD akıl hastaneleri yayılmaya devam etti. En büyüğü, 1950'lere doğru 10.000'den fazla hastayı barındıran, Milledgeville'deki Georgia Devlet Sanatoryumu'ydu.

Kısıtlayıcı olmayan hareket

Akıl hastalıklarının bakımı kültürel değerleri güçlü bir biçimde yansıtır. Akıl sağlığı araştırmalarının küreselleşmesine rağmen bu hâlâ doğrudur. Akıl hastanesi hareketinin başlangıcında Birleşik Krallık ve ABD insan hakları üzerine odaklandı ve özellikle Birleşik Krallık'ta olabildiğince az fiziksel kısıtlamayla hastaların tedavisine yoğunlaşıldı. John Connelly, Hanwell Akıl Hastanesi'nin doktor yöneticisi, deli gömlekleri ya da zincirler olmaksızın hastaların idare edilmesinin öncü savunucusu oldu. İyi eğitim görmüş ve sakin personelin değerini vurguladı ve hastaların sakinleşmesi için yalıtımı kullandı. Connolly'nin ABD'li bir ziyaretçisi, İngiliz hastaların daha uysal olması gerektiği ve bu yaklaşımın "evde [ABD'de] işe yaramayacağı" yorumunu yaptı. Bu gelenek devam etti ve Birleşik Krallık hiç kilitli kapısı olmayan bazı akıl hastanelerini yöneten ilk ülke haline geldi (Scotland'daki Dingleton, 1948'de -yeni ilaçlardan önce, bakınız Üçüncü Bölüm- tamamen "açık kapılı" ilk hastane oldu). Birleşik Krallık yaklaşımı, altüst olmuş hastaların denetimi için mekanik kısıtlayıcıların tamamen yokluğuyla, sıradışı olarak

kaldı. Bunu elde etmek için ilaçlara bel bağlamasının iyi bir şey olup olmadığı tartışmaya açıktır.

Bir meslek olarak psikiyatri

Tıbbî yöneticiler akıl hastanesinin işletmesinden -yeterince yiyeceğin olmasını sağlamak, sarhoş çalışanları kovmak, istismarı önlemek ve hastalar iyileşirse kurula taburcu edilmelerini önermek- sorumluydu. John Connolly gibi, daha muktedir olanları insan yönetiminde oldukça becerikli hale geldi ve yeni akıl hastanelerinin tasarımında öncü rolü üstlendi. Erken dönem akıl hastanesi hareketi bazı dikkat çekici mimarî başarılar üretti ama tedaviye yönelik olanları görece daha azdı. Akıl hastanesi doktorları için özgül bir eğitim yoktu -oraya gider ve yöneticilerin yanı sıra çalışırdınız ve şanslıysanız eninde sonunda biri yerinizi alırdı. Bununla beraber bunlar genellikle düşünceli erkeklerdi (tamamı erkekti) ve bilimle ilgileniyorlardı. 1840'larda kendi meslek örgütlerini -1841'de Birleşik Krallık'ta (sonradan 1865'te Royal Medical Psychological Society ve 1971'de Royal College of Psychiatrists haline gelecek olan) Tıbbî Yöneticiler Derneği [Association of Medical Superintendents]- kurdular. Bu profesyonel derneğin 1841'deki kuruluşu bir dinazorun adlandırılmasıyla çakışır -mesleği kötüleyenlerce unutulmayan bir rastlantı.

"Almanya" -psikiyatrinin doğum yeri

Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında Almanca konuşan Avrupa'da dikkate değer bir entelektüel serpilme yaşanıyordu. Modern Almanya'yı oluşturmak için bir araya gelen devletler topluluğu birbirlerine rakipti ve prestijli üniversiteleri ve kurumları olan yerel hükümet merkezleriyle karakterize oluyordu. Her şeyin Paris'te meydana geldiği zamanın

Fransa'sının aksine kültürel ve dilsel olarak bağlantılı, ama bağımsız birçok yenilik merkezi -Münih, Berlin, Viyana, Zürih- vardı. Bunlardan modern psikiyatrinin büyük kurucu babaları geldi: Griesinger, Morel, Alzheimer, Kraepelin, Bleuler, Freud, Jung. İlk psikiyatri kürsüsü Berlin'de (Griesinger, 1864) oluşturuldu ve 1882'ye gelindiğinde bunlardan altı tane vardı. Bunu ilk psikiyatri profesörünün 1948'de atandığı İngiltere'yle karşılaştırın.

Topyekün olarak bu akademik pozisyonlar, ne akıl hastanelerinde konuşlandırılmıştı ne de onlarda kalan psikotik ve diğer ruhsal bozukluğu olan hasta taburlarını tedavi etmeye kendilerini adanmıştı. Birçok araştırma üniversite kliniklerinde yürütülüyordu ve akıl hastalıklarının altında yattığı düşünülen mekanizmaları açığa çıkarma için, sinir sisteminin ayrıntılı incelemesine odaklanmıştı. En etkili üç şahsiyet, daha kişisel nedenlerle alana giden yollarını buldu. Hem Kraepelin hem de Freud için neden aşık olmaktı; Bleuler'inki ailevi endişelerdi. Freud ve Kraepelin üniversite bölümlerinde başarılı araştırma pozisyonlarına sahipti (Freud yılan balıklarının sinir sistemini parçalara ayırıyordu). O zamanlar bir araştırma kariyeri (hem gelir hem de zaman bağlamında) evlilik ve bir aileyle bağdaşmazdı. Bununla beraber her ikisi de evlenmek istedikleri kadınlarla karşılaştı, bu nedenle de gelecek vaat eden araştırma pozisyonlarını terk edip "gerçek" bir iş aramaktan başka alternatifleri yoktu. Biliyoruz ki her ikisi de uzun ve mutlu evliliklere sahip oldu. Bleuler Zürih Kantonu'nda doğdu ve yetiştirildi ve taşınmak istemedi. Kız kardeşi şizofreniden acı çekiyordu ve kız kardeşine çok yakındı; onun bakıldığı Burghölzi Hastanesi'ndeki bir işe geri dönmesi mantıklı göründü. Bu üç adam modern psikiyatriyi biçimlendirdi.



Courtesy of the US National Library of Medicine

Emil Kraepelin (1856-1926): Psikiyatrik bozuklukların rasyonel olarak sınıflandırılmasını gerçekleştiren öncülerdendir aynı zamanda manik depresif bozukluk ile erken bunamayı (dementia praecox) ayırtetmiştir.

Emil Kraepelin (1856–1926)

Kraepelin günümüzde Estonya’da olan Dorpat kentinde akıl hastanesi doktoru olmak için 1886’da eşiyle birlikte kente taşındı. Meslekî sınıflar Almanca konuşuyordu ama hastaları değil -sonuç olarak onların söylediklerinden tek sözcük bile anlamadı ve yararlı bir biçimde onlarla mülakat yapamadı. Onun yaptığı hastalarının vakalarıyla ilgili notları incelemek ve hastalıklarının dalgalanmalarını gözlemlemektir. Bununla, (erken bunama anlamına gelen “dementia praecox” olarak

adlandırdığı) şizofreni ve manik depresif bozukluk arasında ayırım yaptı. Her ne kadar akut aşamalarında iki bozukluğu ayırmak güçse de önemli farklılıklar zaman içinde ortaya çıktı. Dementia praecox hastaları hiçbir zaman tam olarak iyileşmez (iyileşmeyeceğine inanmıştı) ve akut hastalığın her devresiyle hasta daha kısıtlanmış olur. Kraepelin hastalığın seyri üzerine temellendirerek, günümüze kadar varlığını sürdüren, iki belli başlı işlevsel psikozu belirledi.

“Kraeplinci” şizofreniye kötümser bir bakışı (şizofreni kötü sonucuyla tanımlanacak olursa, kötü bir sonuç bulunuyorsa o sadece teşhis edilebilir) ve onun manik depresif düzensizlikten farkını abartan bir yaklaşımı ima eder.

Bununla beraber psikozları başarılı bir biçimde sınıflandırılabilenizi sergilemek bile muazzam yararları beraberinde getirdi. Farklı grupları birbirinden ayırır ayırmaz, sonuçlar (“prognoz”) hakkında anlamlı öngörüler yapmaya başlayabilirsiniz ve her bir hastalığın daha açık bir resmini geliştirebilirsiniz. Bunları birbirinden ayırt etmek psikiyatristlerin diğerlerini (demans, serebral frengi, zehirlenmeler) ayırt etmeye başlamasına izin verdi.

En basit düzeyde bu, psikiyatristlere hastaların hastalıklarına daha fazla dikkat göstermeleri için bir neden ve temel düzeyde öngörüler ve tedavilerin geliştirilmesi için bir temel verdi.

Kraepelin ünlü ve etkili bir şahsiyet haline geldi ve yaşamı boyunca çok seyahat etti. O, Ilımlılık Hareketi’nin²⁴ tutkulu bir savunucusu oldu ve İtalya’daki bir ders turunda İtalyan meslektaşlarını şaşırtan, teşhise ilişkin radikal fikirlerinden çok, şarap içmeyi reddetmesiydi. Gerçekten de alkol karşıtı kampanyasının insanlığa esas katkısı olduğunu düşünüyordu.

24 *Temperance movement*, alkol tüketiminin azaltılmasını ya da yasaklanmasını savunan onsekizinci yüzyılın sonunda ortaya çıkmış bir hareket.



Eugen Bleuler (1857–1939): 1911 yılında ilk kez şizofreni terimini kullanmıştır.

Eugen Bleuler (1857–1939)

Bleuler şizofreni kavramını ilk kez 1911’de kullandı. Bunu, Zürich’teki Burgh lzi Hastanesi’nde uzun yıllar süren dikkatli bir çalışma izledi. Bleuler’in durumu, Kraepelin’inkinden oldukça farklıydı. Hastalarıyla aynı “*dili*” konuşarak büyüdü, şizofreni hastası olan kız kardeşinin olduğu hastanede yaşadı ve   gleden sonralarının çoğunu hastalarıyla konuşarak geçirdi. Kraepelin’in yaptığı gibi sadece gözlemlemek yerine, hastalarının i  dünyalarını anlamaya ve anlamlandırılmaya çalışmak için her yönden hazır d .

Onun şizofreni tanımı hastalarının deneyimlerinin içeriği üzerine temellenir. Bu yaklaşım, sonuçlar iyi olsa bile ( zel-

liklerin bulunduğunu saptayarak) teşhis koymasını sağladı. Elbette kötü sonuçlarıyla birlikte birçok şizofreni hastası bulunmaktadır ama Bleuler iyi sonuçları olanların da bulunduğunu doğruladı.

Bleuler şizofrenideki birincil rahatsızlığın yakın ilişkilerden geri çekilme, düşünmede ve duygudurumda bozukluk olduğunu varsaydı. Halüsinasyonların ve sanrıların bu deneyimleri anlamlandırmak için hastalar tarafında yapılan girişimler olduğuna inandı. Şizofreniyi ünlü “Dört A” sıyla tanımladı -*Otizm* (geri çekilme), *Duygulanım* (duygudurum bozukluğu), *Birliktelik* (düşünüş düzensizliği -sözlüklere eklenen farklı ilişkiler ve anlamlar), *İkirciklilik* (yönelim ve motivasyon yokluğu). Bleuler’in yaklaşımının yerini, geçtiğimiz yıllarda, tanımlarındaki büyük kolaylıkları ve ilaç tedavilerine yanıt verirlilikleri nedeniyle, “olumlu” belirtilere (sanrılar, halüsinasyonlar, düşünce bozukluğu) odaklanma aldı. En kötüleşmiş hastaların deneyimlerine bile anlam atfeden, akıl hastalıklarının bu en yıkıcısına, onun yaklaşımı kesinlikle daha insaniydi.

Sigmund Freud (1856–1939)

Kraepelin gibi, Freud da evlilik için, seçtiği kariyerini terk etmek zorunda kaldı. O zamanlar Yahudi bir doktor için elde bulunan tek alternatifi izledi -özel pratisyenlik. Freud’un akıl hastaneleri hakkında çok az deneyimi vardı ve nerdeyse sadece nörotik hastalarla çalıştı; daha ağır hastalar için yaklaşımlarının sınırlılığını daima kabul etti. Bununla beraber onun vaka geçmişlerinin dikkatli bir okuması, fazlasıyla altüst olmuş bireyleri tedavi ettiğine şüphe bırakmaz. Araştırmaları onu tamamen farklı bir yöne götürdü: Psikanalizin kuruluşu (Üçüncü Bölüm). O kendisini akli tedavi eden bir doktordan çok onu keşfeden bir biliminsanı olarak gördü.



Courtesy of the US National Library of Medicine

Freud (1856-1939) Psikanalizin babası

Freud fiziksel tedavilerin (ilaçların) eninde sonunda akıl hastalıklarının tedavisi olacağına daima inandı.

Bir yüzyıl önce bu gruplar arasında bir karşıtlık ya da kaçınma olmasını bekleyebiliriz ama gerçek bu değilmiş gibi görünür. Bu hâlâ psikiyatrinin “tıp öncesi modeli”ydi. Geniş akıl hastanelerinde çalışırken, doktorlar için, hastalarını geniş teşhissel gruplara sınıflandırdıktan sonra elde bulunan tek şey, onlarla konuşmaktı. Ahlâkî terapi, kaba ve hazır psikoterapiye evrildi. Çok azı bunun hastalığı tedavi ettiğine

inandı ama doktorların rolü sadece tedaviyle ve acıları hafifletmekle hiçbir zaman sınırlandırılmamıştı. Dönemin akıl hastanesi doktorlarının günlükleri, hastalarıyla -onları rahatlatmaya çalışarak ve onları sakinleştirmek için mantıklı düşüncüyü kullanarak- geçirdikleri zamana tanıklık etmektedir.

Bir başka büyük Alman psikiyatristi Karl Jaspers'in (1883–1969), çalışması bunu örneklemektedir. Jaspers başyapıtını, 30 yaşında Heidelberg'de yazdı: *Genel Psikopatoloji*²⁵ (1913). Bu kitap hâlâ basılmaktadır ve psikotik hastalıkların zihinsel süreçlerinin daha iyi bir betimlemesi hiçbir zaman olmamıştır. Jaspers ilk başlarda psikanalistlerin yapıtlarıyla oldukça rahattı ve onun kitabı, akıl hastalıklarının araştırılmasına yönelik iki farklı yaklaşımı açıkça ayırt ediyordu. Bunlardan ilki *verstehen* “anlama” ve ikincisi *erklären* “açıklamak”tır. Her ikisinin de meşru ve gerekli olduğu düşünülürdü: hastanın söylediğinin anlamı nedir ve buna neden olan nedir? Bu, psikiyatride hâlâ –özellikle psikolojik zihniyet ve biyolojik zihniyet arasında- çatışmalara neden olan ikililiktir.

İlk tıbbî model

Akıl hastaneleri çağının sonu (Üçüncü Bölüm), 1920'lerin ve 1930'ların “ilk tıbbî model”iyle önceden haber verildi. Psikiyatriye olan ilgi, mermi şoku yaşayan askerlerin tedavi edilmesi gereksinimiyle Birinci Dünya Savaşı boyunca hızla arttı; aynı dönemde akıl hastaneleri daha kalabalık ve ihmal edilmiş hale geldi. Gerçekten etkili tedaviler ancak 1920'lerde ve sonrasında keşfedildi ve sunuldu. Bu tutumlarda yaygın bir değişime neden oldu ve iyimserliği yeniledi. “Deli” “akıl hastası”yla, “tımarhane” “akıl hastanesi”yle, “yetkilendir-

25 Kitabın özgün adı *Allgemeine Psychopathologie*'dir. İngilizce baskısı için bibliyografya notu: Karl Jaspers, *General Psychopathology*, Çeviren: Hoenig J, Hamilton MW, Manchester, Manchester University Press, 1963.

me” “gönülsüz kabulle” değiştirildi ve gönüllü kabul ilk kez yaygın hale geldi: bakış açısında gerçek anlamda devrimci bir değişim. Günümüze kadar ajitasyonun denetiminde kullanılan ilaçlarda aşamalı bir gelişme oldu ama iki yeni tedavi çağ açıcıydı -serebral frengi için sıtma tedavisi ve elektrokonvülsif terapisi.

Julius Wagner-Jauregg (1857–1940) ve sıtma tedavisi

Wagner-Jauregg, Sigmund Freud’dan önce (Freud 1939’da aldı) Tıp alanında Nobel Ödülü alan tek psikiyatristtir. O, 1917’de (daha sonraları delinin genel felci (GPI) olarak adlandırılan) serebral frengi için, sıtma tedavisini başlatmasıyla ödülü aldı. Frenginin etkili tedavisinden önce, kronik olarak hastalanmış kişiler, korkunç sonuçları olan hastalığı beyinde geliştirmeye devam eder. Çoğu zaman gelişim yirmi yıl sürer, bu sürede hasta yerleşik bir aile babası haline gelmiş olabilir. Ondokuzuncu yüzyıl toplumu için hastalığın temsil ettiği terör Ibsen’in *Hortlaklar*²⁶ adlı oyununda canlı bir biçimde yakalanmıştır. İlk zihinsel belirtileri ani ve dramatiktir. Filozof Nietzsche, Turin sokaklarında istismar edilen bir atı açıklanamaz bir biçimde kucaklamıştı ve birkaç gün içinde bir akıl hastanesine kapatıldı; hiçbir zaman iyileşmeyerek 11 yıl sonra öldü. Hastanın kötüleşmesi trajik ve küçük düşürücüdür. Ona sık sık büyüklük sanrıları eşlik eder (kendilerinin Napoleon olduğuna inanmış tüm o karikatürler bundan dolaydır) ve bunamayla son bulur.

Wagner-Jauregg’in tedavisi hastaya sıtma parazitleri bulaştırmayı ve yüksek ateş şiddetlenirken dikkatli bir bakımla beklemeyi içeriyordu. Bunun 10–12 döngüsü, frengi virüsle-

26 Ibsen, *Hortlaklar*, Çeviren: İbrahim Yıldız, Ankara, İmge Yayınevi, 2001.

rini öldürdü. Ardından da sıtma, kininle tedavi edilirdi. Bu tedavi zor ve riskliydi ama alternatifleri umut vermiyordu. GPI etkili antibiyotiklerin erişmesinden çok önce akıl hastanelerinden temizlendi. Sıtma tedavisi akıl hastanelerine yönelik iyimserliği yeniledi ve bu güç ama etkili tedaviyi yöneten doktorların ve hemşirelerin meslekî gururunu güçlendirdi. Ayrıca hastaların sık sık tedavi için gitmek zorunda olduğu genel hastanelerle daha iyi bağlantılar kurdu. Bunu yaparken, gönülsüz hastaların çoğu zaman tedavide işbirliği yapabileceği açıklığa kavuştu ve bu da bu kadar çok zorlamanın gerekliliğinin yeniden değerlendirmesini harekete geçirdi.

Elektrokonvülsif terapi

Sıtma tedavisi tamamen tarihsel bir merak konusuyken, elektrokonvülsif terapi (EKT) hâlâ yaygın olarak kullanılmaktadır. Psikiyatristler sara nöbetlerinin duygudurumda önemli değişikliklere neden olduğunu bilir -bir nöbet, sonraki saatlerde, hastaları ya heyecanlandırır ya da sakinleştirir. Saranın, şizofreni hastaları arasında yaygın olmadığı düşüncesinden yola çıkarak nöbetlerin hastayı hastalığa karşı koruduğu düşüncesi geliştirildi. Nöbetler şizofreni hastalarında 1935'ten itibaren ya içlerine kafur²⁷ çekmeleri sağlanarak ya da metrazol adı verilen kimyasal zerk edilerek meydana getirildi. Sonuçlar umut vaat ediciydi, birçok hasta iyiye gidiyordu. Ne yazık ki gittikçe artan dehşetle birlikte yaşanan deneyim (özellikle metrazol zerk edildikten sonra nöbete doğru ilerleyen dakikalarda) gerçekten de tatsızdı, bu nedenle birçok hasta tedaviyi reddetti.

27 Kalp ve solunum antiseptiği olarak kullanılan, kafur ağacından elde edilen bir madde.

Bir İtalyan, Cerletti, nöbeti harekete geçirmek için düşük elektrik akımını kullanma fikrini ortaya attı ve bunu, ilk hastası üzerinde 1938'de kullanarak çarpıcı sonuçlarla elde etti. Birçok psikiyatrist EKT'yi kullanmaya başladı ve sonuçlar tamamen dikkate değirdi. Yöntem altüst olmuş şizofreni hastalarını sakinleştirirken en dramatik sonuçları, birçokları kalıcı iyileşmeler gösteren depresyon hastalarıylaıydı. Bu bar-barca geliyorsa depresyon hastalarının 1930'larda (hatta oldukça iyi akıl hastanelerinde) çoğu zaman yıllarca kaldığını ve beşte birinin kabul sırasında öldüğünü hatırlamak yararlı olabilir.

İlk başlarda EKT anestezi olmadan veriliyordu ve sık sık baş ağrısı, hafıza kaybı ve nöbet güçlüyse küçük kırıklar gibi komplikasyonları olan açıkça korkutucu bir deneyimdi. Son 50 yılda hastalar, kısa sürede etki eden anestetikler ve kas kasmalarını engelleyen bir kimyasal aldı; böylece görülebilir bir nöbet ve kırık riski ortadan kalktı. Baş ağrısı, hafıza kaybı hâlâ sorun olmaya devam etmektedir ama hastalar gerçek nöbeti hatırlamamaktadır.

EKT'nin keşfi ve sürekliliği, psikiyatrideki birçok gelişme için tipiktir. Onu harekete geçiren (saranın şizofreniye karşı hastayı koruduğu) fikir yanlıştı ama tedavi, her ne kadar şizofreniden çok depresyonda olsa da, işe yaradı. Neden işe yaradığını hâlâ bilmiyoruz ama kesinlikle işe yaramaktadır. Psikiyatrinin en etkili tedavilerinden biri olmaya devam etmektedir ve (onun yaygın şöhretine rağmen) bu tedaviden geçen birçok hasta bunu yeniden isteyeceğini söylemektedir.

Akıl sağlığı hukuku

Psikiyatri, hastanın açıkça ifade edilmiş isteklerine karşı tedaviyi zorlayabilmesiyle tıp içinde benzersiz bir konumdadır. Nihai olarak birçok ülke, buna izin vermek ve onu izlemek

için özgül düzenlemeler geliştirdi. Akıl hastanesi hareketinin bütünü bu tür düzenlemeler üzerinde düzgün bir biçimde temellenir. Ondokuzuncu yüzyılda, İngiltere'deki gelişmeleri takip etmek kolaydır çünkü o merkezîleşmiş yönetimi ve bölgesel çeşitlemeler için dar bir ufku olan erken bir ulus-devletti.

İlk kanun akıl hastanelerini düzenlemek içindi. Tek yaptığı onları kayıt altına almaktı. Standart getirmiyordu ama açıkça ortada olan istismar olaylarında bir akıl hastanesini kapatabiliyordu. 1808 tarihli Akıl Hastanesi Kanunu'nun(Asylum Act) ve 1845 tarihli Akıl Hastalığı Kanunu'nun amacı bakımın sağlanmasını ve savunmasız akıl hastalarının sömürülmesini engellemeyi güvence altına almaktı. Kanun "şiddetli akıl hastalarının" çalışmaevinden akıl hastanesine "nakline" izin veriyordu.

Sonraki yarım yüzyılda halkın ilgisi, yoksul akıl hastalarını ihmal ve istismar etmekten, akli başında olanların zenginliklerini soymak için kötücül kapatılması hayaletine kaydı. Başkan olarak bir filo amiraliyle, "Deli Oldukları İddia Edilenlerin" Dostları Cemiyeti²⁸, ondokuzuncu yüzyılın sonunda parlamentoda ve halk arasında önemli bir destek kazandı.

Georgina Weldon ("ateşli, çekici, zengin ve iyi bağlantıları olan bir kadın") son kapatılmasına meydan okumak için, bir gösteri düzenlemek amacıyla, Londra'da 1883'te, Covent Garden Opera House'u doldurdu ve sonunda da davasını kazandı. Halkın artan rahatsızlığı, 1890 tarihli Akıl Hastaları Kanunu'na yansıdı. Bu, birkaç yüz sayfadan ve 342 bölümden oluşan, fazlasıyla hukukî olan belge, hastaların haklarının korunmasını öylesine öne çıkarıyordu ki erken ve gönüllü tedavi neredeyse olanaksız hale geldi. Akıl sağlığı konusunda önde gelen tarihçi, Kathleen Jones, "kanun akıl

28 "Alleged Lunatics" Friends Society.

sağlığı politikasındaki ilerlemeyi, raylarının üzerinde yarım yüzyıl durdurdu” diye yazar.

Böylece halkın tutumları sarkacı akıl sağlığına yöneldi. Neredeyse tüm kalkınmış ülkeler kanunî haklarla tedaviye yönelik gereksinimleri, toplumun gereksinimlerini hastanunkilerle dengelemek için mücadele verir. Bu konuya Altıncı Bölüm’de yeniden döneceğiz ama burada daha önce bulunduğumuzun hatırlatılması aydınlatıcıdır.

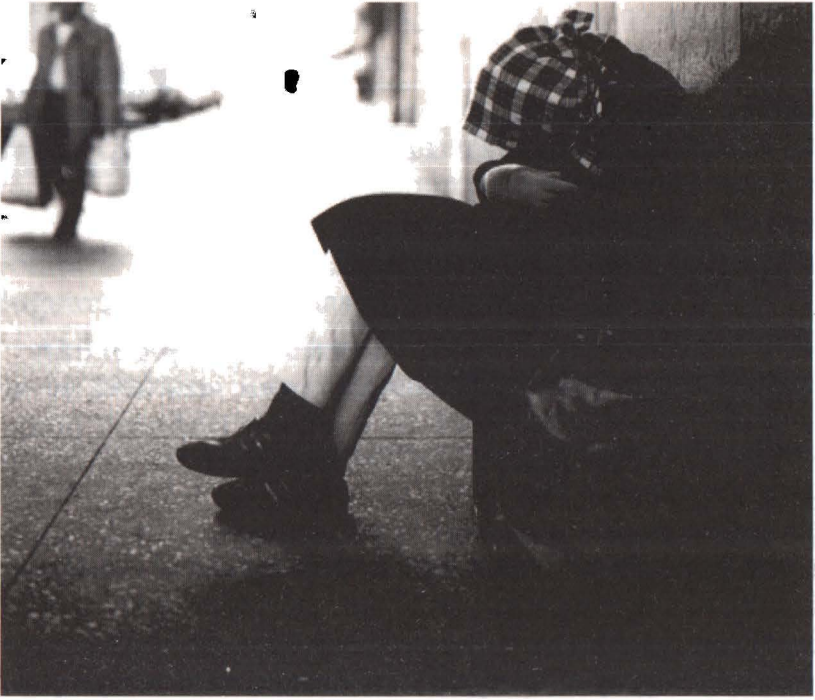
Akıl hastaneleri, hukuk bataklığına saplanmış ve 1920’lerin ve 1930’ların memnuniyetle karşılanan tedavi ilerlemelerinin dışındaki yeniliklerden kısıtlanmış olarak, 50–60 yıl daha topallamaya devam etti. Bu olağanüstü uluslararası kura nihaî olarak meydan okunması ve kendi sonuna doğru ilerlemesi için 30 yıl daha vardı. Bu Üçüncü Bölüm’ün konusudur.

TOPLULUĞA TAŞINMAK

Bakışlardan gizlenen onlarca yıldan sonra, günümüzde akıl hastaları fazlasıyla halkın gözünün önündedir. Evsiz bir akıl hastasının içinde bulunduğu zor durum ya da rahatsız bir bireyin karıştığı bir olayla ilgili gazete başlıkları olmaksızın bir hafta neredeyse geçmiyor. “Toplum içinde bakım” vicdan muhasebesi, şiddet ve düzensizlik korkusuyla birlikte uluslararası bir uğraş haline geldi. Bu durum nasıl ortaya çıktı? Gerçekten bu kadar korkunç mu? Öyle ise bunun için ne yapılabilir?

Kurumsallaşmadan vazgeçme

Batı’da psikiyatrik yatakların sayısı 1955’teki sayısına göre üçte bir azaldı. Birleşik Krallık’taki büyük akıl hastanelerinin neredeyse tümü ve ABD’deki birçoğu kapandı. Geriye kalan birkaçı bir zamanlar barındırdıkları hastaların sadece küçük bir kısmını barındırıyor. Uzun süreli yatan hastaların yaşadığı kronik koşullar neredeyse tamamen yok oldu. 1950’lerin sonunda ABD’de 500.000 ve Birleşik Krallık’ta 160.000 yatılı psikiyatri hastası bulunuyordu. Günümüzde ABD’de 100.000’den az ve Birleşik Krallık’ta 30.000’den az yatılı hasta bulunmaktadır. Bu neredeyse dünya çapında bir eğilimdir.



#© Douglas Kirkland/Corbis

Bag Lady'ler (Her şeyini toplatıcı bir çantası ile sokakta yaşayan kadınlar için kullanılan deyim)" akıl hastanelerinin çoğunun kapatılmasından sonra ağırlıklı olarak 1990'larda dünyadaki pekçok şehirde sayıları hızla artan bir "topluluk".

Bu süreç incelikten yoksun bir biçimde "kurumsallaşmadan vazgeçme" olarak adlandırıldı ve koşulların kalabalıklığını azaltmayla başladı ve koşulları kapatmakla devam etti. Son 15 yıl bütün olarak akıl hastanelerinin kapatılmasını nihaî olarak gördü.

Akıl hastanelerinin boşaltılması genellikle 1950'lerin başındaki antipsikotik ilaçların keşfine bağlanır. Bu açıkça önemli bir nedendir ama öykünün tamamı değildir. Akıl hastalarına karşı toplumsal tutumlardaki temel değişim, ilaçların uygulamaya sokulmasından bir adım öndeydi. Yeni ilaçların etkisi –bazı ülkelerde toptan taburcu etmelerden diğerlerinde

ise neredeyse hiç etkili olmamaya- muazzam çeşitlilik gösteriyordu. Toplumsal tutumların ve psikiyatri içinde yeniden düşünmenin de güçlü etkisi oldu. Daha sonra malî kaygılar resme dahil oldu. Ama öncelikle ilaçlardan başlayalım.

İlaç devrimi

Birçok önemli keşif gibi klorpromazin'in antipsikotik etkisi tamamen şans eseri bulundu. Travma ve şokları araştıran bir Fransız donanma anesteziisti, klorpromazin'in operasyon sonrası hastaları, yatıştırıcı vermeksizin nasıl sakinleştirdiğini not etti. İki psikiyatrist, Delay ve Deneke, 1952'de Paris'teki St Anne's Hastanesi'nde denedi ve sonuçlardan şaşkına döndü. Onuncu hastada büyük bir buluş yaptıklarını biliyorlardı. Sonraki dört yılda klorpromazin psikotik hastalıklarda sınır hattı tedavisi haline geldi ve psikiyatri koşullarındaki hava tamamen dönüştü.

İlaçların en doğrudan etkisi koşulların insanileştirilmesiydi. Çalışanlar hastalarını sadece denetim altında tutmak yerine onları tanımaya başlayabilirdi. Hastalık bölümleri daha kısa ve daha az rahatsız ediciydi öyle ki rehabilitasyon ve (aile ilişkileri ve iş hayatı tamamen kaybedilmeden önce) erken taburcu olma gerçekçi olasılıklar haline geldi. İlk başlarda ilaçlar, akut bölümlerin tedavisinde kullanıldı ama 1970'lere doğru ilaçları kullanmaya devam etmenin ileride meydana gelebilecek yıkım risklerini azalttığı fark edildi. "Devam terapisi", "koruyucu terapi" şizofreninin ve diğer psikozların uzun dönemli tedavisinin vazgeçilmez bir parçası haline geldi.

Son 50 yıl boyunca bir dizi antipsikotik geliştirildi. Birçoğu eşit derecede etkilidir ama yan etkileri oldukça farklıdır. Özgün klorpromazin benzeri ilaçlar sık sık hastaları kasılmış

ve uyukulu kıldı. Daha yeni ilaçlar, kasılmanın önüne geçti ama kilo almaya ve diyabete neden olabilmekte. Bu ilaçların bazıları uzun süreli etkili olan enjeksiyonlar halini aldı; bu da hasta her iki ya da dört haftada bir enjeksiyonunu yaptırdığı sürece hastanın ilaç almayı unutabileceği anlamına geliyordu.

İlaç devrimi antipsikotiklerle sınırlı değildi. Antidepresanların ilki (imipramine) 1958’de uygulamaya sokuldu. Bunlar ECT’ye göre daha uzun süreli etkiye sahipti ve birçok hasta için daha kabul edilebilirdi –1980’lerin başında ABD’li doktorlar bir yılda on milyon antidepresan reçetesi yazıyordu. Doğal olarak meydana gelen bir madde olan lityum karbonat’ın sakinleştirici etkisi olduğu 1949’da fark edildi. Manik depresif düzensizliğin tedavisinde uzun dönemli “duygudurum dengeleyici”si olarak 1968’de devreye sokuldu ve ileride meydana gelebilecek yıkım risklerini önemli ölçüde azalttı.

Modern psikiyatrik ilaçların gelişimlerini detaylı olarak ele almanın yeri burası değil ama ilerlemenin hızlandığını belirtelim. Günümüzde, en tanınan düzensizlikler için geniş yelpazede ilaçlara sahibiz. Bununla beraber bunlar “büyülü mermiler” değildir. Hiçbir ilaç özgül bir bozukluğa sahip tüm hastaları tamamen tedavi edemez ama iyi seçilmiş ilaç tedavileri, akıl hastalığına sahip hastaların büyük çoğunluğunda gerçek bir farklılık oluşturabilir. Bu yeni ilaçların başarısı, Altıncı Bölüm’de ele alınacak, aşırı kullanım risklerini ve etik ikilemleri beraberinde getirir.

Toplumsal tutumlarda devrim

İkinci Dünya Savaşı

Psikiyatri İkinci Dünya Savaşı boyunca radikal bir biçimde değişti ve (hem askerlerin seçimindeki hem de savaşın yarattığı bozuklukların akut tedavisindeki) katkısına fazlasıyla

değer verildiğinden yeni bir güven kazandı. Artan profili ve önemi, hiçbir zaman akıl hastanelerinde çalışmayı tasarlamamış birçok doktoru ona getirdi. Eski sorunlara taze zihinler getirildi. Önceden sağlıklı olan erkekler savaş tarafından, eski kaderci varsayımlara meydan okuyarak sinirli enkazlara dönüştürüldü. Pratik tedavilerle (örneğin, yakın zamanda meydana gelmiş korkunç deneyimleri serbest bırakmak ya da “dışa vurmak” barbiturat enjeksiyonu) savaş travmasından dramatik iyileşmeler, stresin ve travmanın rolünü doğruladı. Psikiyatri aktif, iyimser, neredeyse cazibeli bir tıp dalı haline geldi.

Tedaviye yönelik topluluklar

Akut savaş nevrozlarının ilaç tedavisiyle tedavi edilmesi İkinci Dünya Savaşı’nda kaydedilen tek ilerleme değildi. Psikoanalitik eğitimi olan psikiyatristler hem Birleşik Krallık’ta hem de ABD’de etkili askerî danışmanlık konumları elde etti. Onlar örgütlerin kendilerinin akıl sağlığını ve iyileşmeyi nasıl etkilediğini incelediler ve “tedaviye yönelik topluluklar”ı geliştirdiler.

Tedaviye yönelik topluluk hareketi, hastane örgütlerinin (hatta cezaevlerinin ya da okulların ya da çalışma mekanlarının) içinde yer alanların refahı üzerinde önemli etkisinin olduğunu vurguladı. Psikiyatrik hastalar için bu, kendileri hakkında öğrenmek ve iyileşmek için bir fırsat olabilirdi. Ordu psikiyatristleri, psikolojik sorunlarından dolayı sıradan bir askeri tedavi etmekteki sorunların doktorların, yüksek rütbeli subaylar olmalarından kaynaklandığını fark etti. Rütbe ve konum araya giriyordu. Onlar birimlerindeki statü farklılıklarını, teklifsizliği cesaretlendirerek ve hastaların, birbirlerine yardım etme ve sorun çözme kapasitesini vurgulayarak, aktif olarak azalttılar. Bu nörotik ve kısıtlanmış bireylerin, demok-

ratik, hoşgörölü ve ilgili grup ortamında sorunlarıyla baş etmelerinin yeni yollarını öğrenmelerine izin verdi.

Tedaviye yönelik topluluk hareketi, akıl hastanelerindeki ve nihâi olarak cezaevlerindeki ve ruh sağlığı bozuk çocuklar ve ergenler için yatılı okullardaki bakımı geliştirdi. Kendi başarısının kurbanı oldu, verdiği dersler (ticarî örgütlerde bile) öylesine kabul gördü ki kökenleri unutuldu. Psikanaliz de benzer bir kaderden mustarıpti.

“Kurumsal nevroz” ve “topyekûn kurumlar”

Neredeyse aynı zaman diliminde, geleneksel akıl hastaneleri ortamlarının, hastaların üzerinde derin bir biçimde zarar verici etkisinin olabileceği kabul edildi. Hastanelerin kendileri, tedavi etmek için can atıkları sorunların bazılarının nedeni olabilirdi. Genellikle şizofreniden acı çeken, hastanelerde uzun süre kalan hastaların, yıllar ya da on yıllarca yatılı hasta olanların, kayıtsız, kendini ihmal eden ve yalıtılmış oldukları fark edildi. Bunun şizofreninin bir sonucu olduğu (“şizofreni bozukluk durumu” olarak adlandırılan) daima düşünüldü ve bu bireylerin durumu ve bağımlılığı akıl hastanelerini destekleyen görüşlerden biriydi.

Şizofreninin bu görünümü (halüsinasyon, sanrı ve ajitasyon gibi akut belirtilerinin aksine) yeni ilaçların bir çoğuna tepki vermedi. Ama hastanelerin kendileri bir fark yaratmış gibi göründü. Daima iyi akıl hastanelerinin ve de kötü olanların bulunduğu biliniyordu. 1960'larda benzer büyüklükteki ve eşit derecede hasta şizofrenlerin bulunduğu üç hastane üzerindeki bir çalışma kayıtsızlığın ve kendini ihmalin belirgin bir biçimde farklı düzeylerini saptadı. Çalışma, farklılıkların, etkinlik düzeyleriyle ve sağlanan çeşitli günlük rutinlerle ilişkili olduğunu gösterdi.

Bir psikiyatrist, Russell Barton, biraz daha ileri gitti ve bu kayıtsızlığın büyük bir kısmının kişisel sorumluluğu reddeden bir kurumda yaşamaya bir tepki olduğunu ileri sürdü. Kayıtsızlık kullanılmamanın bir sonucuydu -bir başkası da ima bunu sizin için yaptığından kendinize bakmayı basitçe bırakırsınız. Barton bunu, nedeninin şizofreni değil hastane olduğunu vurgulamak için, “kurumsal nevroz” olarak adlandırdı. Hastalarına daha fazla bağımsızlık vermek için nesneleri yeniden düzenledi ve dikkate değer sonuçlar aldı. Birçok hasta yeni rejimde serpildi ve kısa zamanda taburcu oldu. Rehabilitasyon (hastalara kaybedilmiş becerileri ve yetenekleri yeniden kazanmaya yardım etmek) birçok akıl hastanesinde bir uğraş haline geldi ve bu kayıtsız, kısıtlanmış hastaların artık yatılı bakıma gerek duymayacağına yönelik iyimserlik arttı.

“Kurumsal nevroz” değişimi harekete geçirdi ama onun kapsamı şüphesiz abartılmıştı. Uzun dönem şizofreninin bir parçası olarak gelişen kayıtsızlık durumu bulunmaktadır ama hastane rutinlerince bu büyütülmüştür. Hatta iyileşmiş ve çalışanlar tarafından basitçe fark edilmemiş bazı hastalar bile vardı! Barton’un birçok erken hastası bağımsızlığını çaba sarf etmeksizin kucakladı ama bu tür “küçümşenen” hastalar artık nadirdir ve sürdürülen destek genellikle gereklidir.

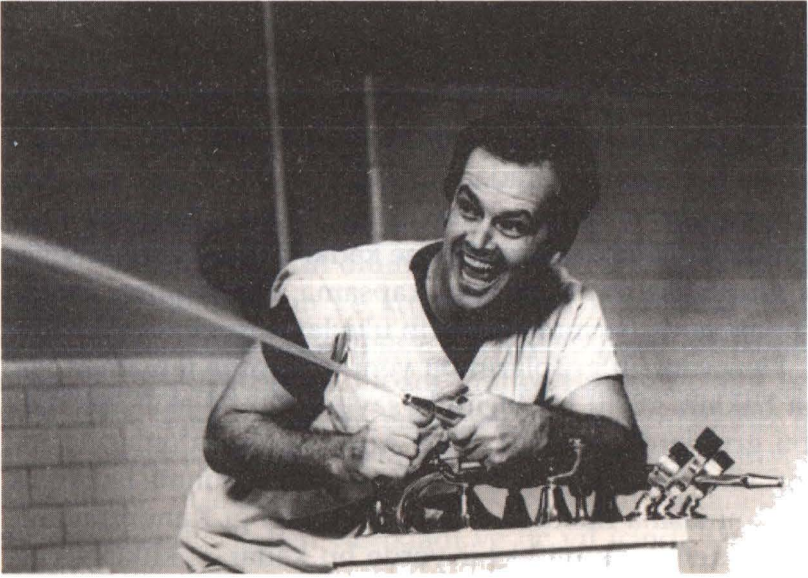
Erving Goffman ve topyekûn kurumlar

Üç Hastane Çalışması ve Russell Barton’un kurumsal nevrozu profesyonelleri sarstı ama onlar -ABD’li sosyolog Erving Goffman’ın bir kitabı olan- *Asylums*’un [*Tımarhaneler*] (1961) neden olduğu uluslararası şok dalgasıyla sapsarı kesildi. Bu öncü çalışma (Washington DC Eyaleti’ndeki devasa bir akıl hastanesindeki bir koğuştaki temizlikçi olarak “gizlenerek” bir yıl çalışmıştı), onun açık ve radikal düşüncüsü ve en azından

zarif yazma biçimi kurumu basitçe afallattı. Goffman ikna edici ayrıntılarla akıl hastanelerinde -insanların ne düşündüğünü değil- gerçekte ne olup bittiğini betimledi. Doktorlar ve hemşireler ortak bir kavrayışı paylaştıklarını düşünüyordu ama Goffman bunun böyle olmadığını gösterdi -doktorlar, hastalarını, bir hastalık ve tedavi modelini kullanarak ele alırken, hemşireler, kendi yargılarını daha çok hastaların davranışlarına ve bunların nedenlerine göre oluşturur. Daha açıkçası doktorlar, birimleri kendilerinin yönettiğini düşünür ama günlük yaşamda hemşireler, yardımcıları (ve hatta diğer hastalar) kuralları ve kültürü belirler ve otoriteyi ellerinde bulundurur. Goffman akıl hastanelerini sempatik olarak değerlendirmiyordu.

Goffman daha da ileri gitti. Esnek olmayan rutinlerin ve bireyselleştirilmiş bakım yokluğunun sonucu olarak hastaların insanlıktan çıkarılmasının ve aşağılanması, basitçe (genel açıklamalar olan) az eğitilmiş personelin ve kaynak yokluğunun talihsiz etkileri olmadığı sonucuna vardı. Bu kurumların, kişiliği *aktif bir biçimde* kemirdiğini ileri sürdü. Bu özellikle, akıl hastaneleri, cezaevleri ve ordu gibi onun “topyekûn kurumlar” olarak adlandırdıklarının niteliğiydi. Bunlar tipik bir biçimde Üyelerinin -yiyecek, barınma, arkadaşlık, boş zaman gibi- tüm gereksinimlerini karşılar. Bunlar çalışanlar ve hastalar (ya da mahpuslar ve gardiyanlar, ya da subaylar ve erler) arasındaki katı ayrıma ve kişisel kimliği kemirmek ve ezmek için gereken talepkâr törenlere dayanır. Goffman kurumların bunu, disiplini güçlendirmek ve geniş insan gruplarını daha kolay yönetilebilir kılmak için yaptıklarını savundu.

Çalıştığı hastanedeki, sadece tıbbî incelemeyi değil ayrıca bu tür bir güçlü ve simgesel aşağılama olarak bittten arındırmayı, yıkamayı ve saçların kesimini de içeren fazlasıyla yapılandırılmış kabul sürecinden de bahsetti.



#© United Artists/Fantasy Films/The Kobal

“Guguk Kuşu” filminden bir sahne; bir akıl hastanesinin tasvir edildiği başrollünde Jack Nicholson’ın yer aldığı 1975 yapımı Milos Forman filmi.

Her ne kadar Goffman’ın eseri meslek erbabı tarafından başta (anlaşılır bir biçimde) hoş karşılanmadıysa da akıl hastanelerinin kapatılmasına götüren belli başlı güçlerden biri oldu. Kitabı *Asylums*, yayınlanmasından kırk yıl sonra bile modern sosyolojide en çok alıntılanan metindir. Ken Kesey’nin 1962 tarihli *Guguk Kuşu*²⁹ [*One Flew Over the Cuckoo’s Nest*] (ve başrolünü Jack Nicholson’ın oynadığı muazzam başarılı film uyarlaması) bu tür büyük “kişidişi” akıl hastanelerinin kabul edilemez yüzünü canlı bir biçimde resmetti.

Akıl hastalarının hakları ve istismarı

Şimdiye kadar kurumsallaşmadan vazgeçmeye sürükleyen meslek içi güçlere odaklandım. Bununla beraber akıl hasta-

²⁹ Ken Kesey, *Guguk Kuşu*, Çeviren: Aziz Üstel, İstanbul, Turkuaz Kitap, 2. Baskı, 2007.

nelerinin kökenlerinde (İkinci Bölüm) olduğu gibi zamanın toplumsal iklimi daha fazla değilse bile en az o kadar etkiliydi. İkinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonra Avrupa değişim ruhuyla yarıyordu ve toplumsal adalete açtı. Eski rejimler gözden düşmüştü ve sıradan insanların hakları, hem eve geri dönmekte olan askerlerin hem de geri dönmüş hükümetlerin önceliği idi. Demokrasi ve (her ne kadar daha sonraları böyle adlandırılmasa da) toplumsal kapsama, ister eğitim, isterse de sağlık ya da barınmada olsun uluslararası gündemi belirledi. Dezavantajlı grupların bu yeni toplumda tamamen yer alma hakları güçlü bir biçimde savunuldu ve akıl hastaları da bu gruplardan biriydi. Nazi Almanya'sında onların toptan ortadan kaldırılmaları, sadece onların korunma hakkının vurgulanmasına hizmet etti. Bu, Akıl Sağlığı Kanunu'ndaki değişiklikten daha iyi hiçbir yerde bu kadar açıklıkla sergilenmez. Örneğin, Birleşik Krallık'ta 1890 tarihli Akıl Hastaları Kanunu (akıl hastalarının haklarına ve refahına kısıt kanaat itibar ederek) akıl hastası olmayanların akıl hastası olarak değerlendirilmeme hakkını korumaya odaklanmışken, 1959 tarihli Akıl Sağlığı Kanunu akıl hastalarının haklarını, onların bakımlarının ve kapatılmalarının yürürlükteki kanunlara ve kurallara uygun olarak ele alınmasını ve gözden geçirilmesini güvence altına alarak, korumaya odaklanmıştı.

Akıl hastalarının istismar edilmeleri hakkında bir dizi skandal 1960'larda ve 1970'lerde ortaya çıktı. Aşağılayıcı ve uygun olmayan bakım vakalarının birbiri ardına ortaya çıkışını, birçok akıl hastanesinin soruşturulması takip etti. Raporlar, insan haysiyetinin inkârından açıkça suiistimallere ve saldırılara dek uzanıyordu. Bu skandallar, az eğitilmiş ama tutunumlu (kohezyon) çalışan gruplarıyla -birçokları mesleğe ebeveynlerini takip ederek girmişti- geniş yalıtılmış kurumların (boyut can alıcı önemdeydi ve yaklaşık 400 hastanın üzerinde risk katlanarak artıyordu) tekrar tekrar yinelenen

resmini sergiledi. Goffman'ın tanımladığı, bireyselleştirilmiş tedavi ya da bakıma çok az dikkat gösteren uygulamalar tamamen göz önündeydi.

Bu ifşaatlar anlaşılabilir bir tiksinti uyandırdı ve akıl hastanelerinin reformdan geçirilmesi ya da ortadan kaldırılmasına yönelik kararlılığı güçlendirdi. 1960'ta, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı onların ölümünü vahyetti ama profesyonel tutumların tuğlalardan ve kireçten daha uzun yaşayacağını öngördü. İtalyan reformları son çiviye çaktı. Karizmatik yaratıcısı, psikiyatrist ve filozof Franco Bassaglia, akıl hastanelerinin temelde reform edilemez olduğuna (bakınız Beşinci Bölüm) ve ortadan kaldırılmalannın tek yol olduğuna inanıyordu. 1978 tarihli, 180 sayılı Kanun akıl hastanelerine zorunlu kabulü hemen yasakladı ve üç yıl içinde tamamen kapatılmalarını talep etti.

O zamanlar psikiyatrinin tüm mirası sorgulanıyordu. R. D. Laing, Thomas Szasz ve Michel Foucault tarafından yönlendirilen anti-psikiyatri hareketi (Beşinci Bölüm) 1968'in öğrenci ayaklanmalarından doğmuştu. Onların kitapları tüm Avrupa'da ve ABD'de 1970'lerin "Kampüs İncilleri" haline geldi. 1980'lerin başında akıl hastanelerinin küçültülmesi ve kapatılması akıl sağlığı profesyonelleri, esas olarak psikiyatristler, tarafından yönetilen ve eklemlenen kurumsallaşmış uluslararası bir hareketti. Bununla beraber yatılı hastaların azalan sayılarına rağmen, akıl sağlığı bakımının maliyeti, çalışanların standardı genel tıbbinkiyle aynı seviyeye geldikçe ve onyıllardır süren görmezden gelmeyle baş edildikçe, arttı. Tüm akıl hastanelerinin kapatılmasının malî avantajı, günümüzde çoğu zaman profesyonellerin karşı çıktığı, bu gündemi son yirmi yıldır yöneten hükümetler için görünür hale geldi. Bilge bir ABD'li gözlemcinin işaret ettiği bu "tedaviyi hedef alan liberallerle malî muhafazakârların kutsal olmayan

ittifakı" son 30 yıldır kurumsallaşmadan vazgeçmeyi yönetmektedir.

"Kurumsallaşmanın ötesi" ve "yeniden kurumsallaşma"

Akıl hastaneleri inşa edildiğinde ilk hastalarını aile evlerinden değil cezaevlerinden ve çalışmaevlerinden almıştı. Kurumsallaşmadan vazgeçmenin endişe verici olan görünümü, bazı kesintilerin, daha çok akıl hastasının cezaevlerine nakledilmesi anlamına gelmesidir. Psikiyatrik birimler daha küçük ve daha tedaviye yönelik hale geldikçe, birimlerin daha güç hastalarının birçoğunun (muhtemelen daha önce kilitli koğuşlarda uzun dönem kalacak olanlar) kabulü reddedildi ve cezaevine gönderildi. Bu üzücü eğilim, zorunlu tedavinin kriterlerinin, acil tehlikenin kanıtlarını gerektirecek kadar sıklaştırıldığı dünyanın bazı bölgelerinde daha da kötüleşti. Günümüzde Kaliforniya cezaevlerinde akıl hastanelerinden daha çok psikotik bireyler bulunmaktadır.

Öyle ise kurumsallaşmadan vazgeçme oranı hastanelerin kapatılmasının akla getirdiği kadar dramatik değildir. Gerçekten de son beş yıldır, daha fazla akıl hastasının denetlenen konaklamanın o ya da bu biçimde olmasıyla, işaretler aksi yönü göstermektedir. İşin içinde birçok faktör (bakınız ilerleyen sayfalar) bulunmaktadır ama şüphesiz biri riske karşı artan hoşgörüsüzlüktür.

Toplum içinde bakım

1980'lerde Birleşik Krallık'tan yönetici konumundaki bir sağlık memuru "herhangi bir budala bir akıl hastanesini kapatabilir" demişti. Hastane kapatmanın değil alternatif bakım sağlamanın beceri gerektirdiğini hızla eklemişti. Modern toplum bakımının fark edilebilir biçimleri 1930'lardan bu

yana gelişmektedir –Rusya’da psikiyatrik gündüz hastaneleri, hem ABD’de hem de Birleşik Krallık’ta ayakta tedavi birimleri, Hollanda’da mobil klinikler. Bununla beraber topluluk hizmetleri, 1960’lardan sonra, akıl hastanelerinin basit bir tamamlayıcısı olmak yerine *alternatifi* olarak yürürlüğe girdi.

Bölge genel hastane birimleri ve günlük hastaneler

Yerel genel hastanelerin içinde ya da onun yanında küçük yatılı hasta birimlerinin inşası akıl hastalarının damgalanmasının önüne geçmek ve akıl hastanelerinden uzaklaşmak içindir. Bu birimler küçüktür genellikle 40–100 yatak içerir. Bunlar akut, kısa dönemli hastalara hitap eder ve genellikle, destek için akıl hastanelerine dayanabilir. Bu uluslararası bir olgudur ve uygulama yerel gelenekleri yansıtır.

ABD’de genel hastaneye bağlı psikiyatrinin güçlü geleneğini; Almanya’da fiziksel hastalıkların psikoterapik tedavisinin akademik bir psikosomatik geleneğini; Birleşik Krallık’ta daha hızlı taburcu etmek için uyarlanmış akıl hastanesi geleneğini cisimleştirirler. İtalyan reformları mutlak bir kopuşta ısrar etti ve akıl hastanelerini küçük, oldukça kısa sürelerle hasta kabul eden birimlerle değiştirdi.

Bununla beraber yeni genişlemiş Avrupa’da, psikiyatrik yatılı hastaların yarısından fazlasının, varsa bile çok az bir gerçek topluluk desteğiyle, geleneksel akıl hastanelerinde hâlâ bakım gördüğü üzerine düşünmek ayıltıcıdır. ABD uygulaması eyaletler arasında -yüksek düzeyde topluluk temelli hizmetlerden, eski akıl hastanelerine yaygın bir biçimde dayanmaya dek- muazzam bir biçimde çeşitlilik gösterir.

Psikiyatrik birimler, genel hastanelerin içinde konumlandırılmak suretiyle, akıl hastanelerinin birçok sorunlarına karşı küçük muhafızlar olarak tutuldu. Ama bunların da, aşırı

kalabalık olmak ve daha az hoşgörölü olmak gibi, kendi sorunları bulunmaktadır. Oldukça zor hastalarla zorluklar yaşayabilirler ve daha büyük birimlerin sunabileceği etkinlik ve tedavi çeşitliliğini genellikle sunamazlar.

Toplum ruh sağlığı ekipleri (CMHT'ler "Community mental health teams") ve Toplum ruh sağlığı merkezleri (CMHC'ler "Community mental health centers")

Akıl hastanelerinin tahakkümünü kırmak hizmetleri hastaların daha yakınına taşımayı içerdi. Hizmetlerin, hastaların ve ailelerin çok geç olmaksızın yardım alabilmeleri amacıyla onlara yaklaşabilmesi için, erişilebilir ve çok korkutucu olmaması gerekir. "Sektör psikiyatrisi" bu meydan okumayı karşılamak için ortaya çıktı. Akıl hastaneleri tanımlanmış alandan (genellikle bir beldenin ya da bir kentin tümü) tüm hastaları alır. Sektör yaklaşımı kolay erişim, oldukça kapsamlı bir bakım sunmak için, bu alanı küçük yönetilebilir alanlara (40.000 ila 100.000 kişiye) böldü. Fransa ve Birleşik Krallık bu gelişimin önünü açtı. Fransız "secteur"ü sosyolojik kuramdan ortaya çıktı ve krize müdahaleyi vurguladı. Hizmet psikotik hastalarla sınırlandı ve derme çatma olarak kaldı. Birleşik Krallık yaklaşımı daha kapsayıcı ama baştan sona kadar kuramsal olmak şöyle dursun, pragmatikti. Yerel bakım, 1950'lerin zorunlu olarak özgürlüğünden alıkonulan hastalara tedavinin ayakta sürdürülmesinin önerilmesini ve sosyal hizmetlerin sürece dahil edilmesini gerektiren yasal düzenlemeyi takip etti. Uzak akıl hastanelerinden işbirliği uygulanabilir değildi; sosyal hizmetler ve aile doktorlarıyla bağlantı kurmak sadece küçük komşuluk birimlerinde gerçekleşiydi. Sektör yaklaşımı psikiyatristlerin, hemşirelerin ve sosyal hizmet uzmanlarının bir takım olarak birlikte çalışmaya başlamaları anlamına geliyordu.

Birleşik Krallık'ta bu gelişme "toplum psikiyatrisi hemşireleri"yle (CPN'ler) olanaklı kılındı. Bu hemşireler neredeyse tamamen hastane dışında çalışan, psikotik hastaları, ilaç almaya devam ettiklerinden emin olmak ve ayrıca günlük pratik sorunlarını çözmeye yardım etmek için, sık sık evlerinde ziyaret edenlerdir. 1953'te iki hemşireyle başlayan CPN'ler günümüzde Birleşik Krallık'ta psikiyatristlerden daha kalabalıktır. Birlikte çalışan CPN'ler ve psikiyatristler, aşama aşama sosyal hizmet uzmanlarını, klinik psikologlarını ve meslekî terapistleri sürece dahil ederek, çokdisiplinli takım çalışmasını kurumsallaştırdı.

Toplum ruh sağlığı takımları, (depresyondan psikozlara dek) akıl sağlığı sorunlarının geniş yelpazesini değerlendirir ve kliniklerde, hastaların evlerinde, günlük hastanelerde ve (gerektiğinde de) yatılı olarak tedavi sunarlar. Avrupa'da ve dünyanın birçok bölgesinde kural haline geldiler. İtalyan reformları bu bakım modelini, teklifsizliği, yerel bilgiyi ve esnek erişimi vurgulayarak, açıkça özetledi.

CMHT'lerin birçoğu kabaca benzerdir. İtalya'da ve Birleşik Krallık'ta aynı takımlar, genellikle hem hastanenin içinde hem de dışında hastalara bakar ama Avrupa'nın genelinde ve ABD'de bu sorumluluklar ayrılmıştır. Bazı hizmetlerde, CMHT'ler akıl sağlığı sorunlarının bütününe görür; diğerlerinde kendilerini ağır psikozlarla sınırlandırır.

Yakın geçmişte CMHT'leri bir dizi uzmanlaşmış takımlarla (örneğin, kriz için, uzun dönem destek için, ilk belirtisini gösteren hastalar için) değiştirme girişimi oldu. Bu takımların odağı değişse de uygulamaları (çalışanların seçimi, değerlendirme, gözden geçirme vb.) şaşırtıcı bir biçimde benzerdir.

CMHT'ler, yerel hizmetlerin sunulmasının tek modeli değildir. ABD'de Başkan Kennedy'nin 1963 tarihli "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin İnşası Kanunu (Community Men-

tal Health Centers Construction Act)’ Toplum ruh sağlığı merkezlerini oluşturdu.

Bunlar, bakımın parçalanmasını azaltmayı amaçlayan ve akıl sağlığı için günlük bakım, değerlendirme, tedavi, sosyal yardım, önleyici ve eğitimsel hizmetler sunan, hırslı ve görece geniş birimlerdi. Bunlar aşırı hırslıydı, kadrolarının oluşturulması ve işletilmesi olanaksızdı ve kısa zamanda günlük bakım ve kliniklere odaklanarak bzştı. Model Hollanda’da ve Avrupa’nın bazı yerlerinde iyi işlev gördü.

Günlük hastaneler

Genel hastane birimleriyle işbirliği içinde günlük hastaneler, akıl hastanesi bakımının alternatifini olarak önerildi ama bir ölçüye dek meydana gelen olaylar tarafından aşıldı. Onlar için gereksinim, CMHTler gelişmiş olduğundan, hiçbir zaman tam olarak cisimleşmedi. Onların planlanmasının nedeni olan birçok kaygı ve depresyon tedavisi, yeni elde ettikleri becerilerle CMHT kadroları tarafından sunuldu. Ağır hastalarının desteklenmesi için etkili bir sosyal yardım onlara olan gereksinimi azalttı. Diğer yandan, sağlıktan çok toplumsal bakım sunan günlük merkezler serpilmeye devam etti. Bunlar, geniş anonim kentlerde, birçok akıl hastası tarafından deneyimlenen yalıtılmışlığı ve yalnızlığı azalttı.

Damgalanma ve toplumsal bütünleşme

Toplum bakımına taşınmanın ilk yirmi yılı genel olarak küresel bir başarı olarak değerlendirilir. Pahalı ve kasvetli akıl hastanelerinde olmaları gerekmeyen hastalar, onların dışına çıktı ve daha ödüllendirici bir hayat buldu. CMHTler tarafından onlara sunulan destek etkili ama insaniydi. Bununla birlikte akıl hastaneleri kapanmaya başladıkça, gittikçe daha

çok ağır kısıtlılıkları olan hastalar taburcu edilmeye başlandı. Çoğu zaman kapatmalar, uygun alternatif hizmetlerin, özellikle erişilebilir yerel barınmanın sunulmasının çok önünden koşuyordu. Birçok hasta (özellikle bunun ulusal bir skandal haline geldiği ABD’de) evsiz kaldı. Sokaklarda pislik içinde yaşayan onlar, hepimiz için bir utanç kaynağı ve sık sık küçük suçların ve sömürünün kurbanları haline geldi. Resim elbette oldukça çeşitlilik gösteriyordu. ABD’de bazı eyaletler hızla çok yönlü ve takdire şayan toplumsal düzenlemeler geliştirdi ve bu Avrupa’nın birçok bölgesi için de doğrudu. Bununla birlikte belli başlı kentler (Londra, Roma, New York, Los Angeles) bununla baş etmek için mücadele etti ama genellikle başarısız oldu.

New York ve Kaliforniya’da olduğu gibi, acil tehlike kararı olmaksızın hastaneye yatırılmayı engelleyen, sivil özgürlükler için kaygının harekete geçirdiği yasal değişiklikler, bu sorunu daha da kötüleştirdi. Fazlasıyla kısıtlanmış hastalar onlar için bir yatak olmasına rağmen hastaneyi reddetti ve yeni yasalar onların zorunlu kılınmasına izin vermiyordu. Bu, her ikisini de deneyimlemiş hastaların, sokaklarda yoksulluk ve güvensizlik içinde yaşamayı görece rahat hastane koşullarında olmaya tercih ettiğini anlatıyor. Bu basitçe kavrayış yoksunluğu olarak görmezden gelinemez -birçoğumuz kişisel özgürlüklere değer veriyoruz ve onu rahata tercih ediyoruz. Bununla beraber, sokaklarımızdaki açıkça ruhsal olarak iyi olmayan bireylerin, evsiz kadın ve erkeklerin görüntüsü kolayca yanıt veremeyeceğimiz geniş bir ahlâkî meydan okuma sunmaktadır.

Damgalama

Damgalama akıl hastalıklarının esas yüklerinden biri olarak önerildi ve günümüzde onu azaltmak için uluslararası programlar bulunmaktadır. Damgalama belirli bireylerden

kaçınma ("toplumsal mesafe oluşturma") ve en aşırı biçimlerinde onları uzaklaştırma ya da sürgün etme isteğimizin bir dışavurumudur. Akıl hastaları, geçmişte birçok hastalıktan acı çekenlerin durumunda olduğu gibi, daima damgalanmıştır. Cüzzamlıların çanı ya da insanların damgalanması gibi damganın daha uç dışavurumları geçmişte yok olduysa da ayrımcılık ve görmezden gelme, akıl hastalarının eksiksiz bir toplumsal kabullenmeden hâlâ reddedilmiş olarak kalmalarını sağlamaktadır. İş hayatında ve barınmada ayrımcılık yaygındır. Akıl hastalarının damgalanmasının, yaşlılara göre genç insanlarda daha az olduğunun kanıtları bulunmaktadır. Bu açıkça cesaret verici bir bulgudur ama nedeni muğlaktır. Hâlihazırdaki genç kuşak, onlara daha çok maruz kalarak, akıl hastalıklarını daha mı iyi anlamaktadır? Ya da basitçe, insanlar yaşlandıkça daha mı hoşgörüsüz olmaktadır? Umarım ilkidir.

Biz genellikle kendimiz için bir risk oluşturduğunu düşündüğümüz insanlardan kaçınmaya (yani onları damgalamaya) çalışırız. Geçmişte korku esas olarak hastalık (cüzam, tüberküloz, vb.) korkusuydu ama akıl hastalıklarında korkulan ürkütücü ya da tehlikeli davranışlardır. Akıl hastalıklarına şiddetin artan riskinin eşlik ettiğini inkâr etmek yanıltıcıdır. Birçok hasta için bu risk kendilerine (intihar ve kendine zarar verme) yöneliktir ama psikozlu bireylerin akıl hastası olmayan bireylere göre diğerlerini tehdit etmesi ya da yaralaması yaklaşık dört kat daha olasıdır. Bu yüksekmiş gibi görünebilir ama nüfusun sadece yüzde 2-3 bu tür hastalıklardan acı çektiğinden, küçük bir riski temsil etmektedir. Birçoğumuz için gerçek risk, aksi halde sağlıklı olan, bağımlı genç erkeklerden kaynaklanmaktadır. Ancak birçok ülke, genellikle akıl hastaları tarafından işlenen çarpıcı cinayetlere kapılıp sürüklendiğinden, bu riskten başka bir şey düşünmemektedir.

Bazı davalarda bu, adını kurbanın adından alan yeni yasal düzenlemelere (örneğin ABD’de Kendra’nın Kanunu³⁰) götürür. Birleşik Krallık’ta akıl sağlığı hizmetlerinin topyekûn reformu, biri şizofreni hastası ihmal edilmiş bir birey ve diğeri ağır kişilik bozukluğu olan kaotik bir ilaç bağımlısı tarafından işlenen iki, kötü ünlü cinayet tarafından ateşlendi. Benzer reformlar Dışişleri Bakanı Anna Lindh’in öldürülmesinden sonra İsveç’te de başlatıldı.

Bu tekil olayların her biri dâhil olan herkes için bir trajediye de gerçekte bir salgın oluşturmazlar. Örneğin İngiltere’de (akıl hastası olmayanlar tarafından işlenen cinayetler 1980’de yılda 300’den fazladan, 2000’de yılda 800’den fazlaya yükselmişken) akıl hastaları tarafından işlenen cinayetler, son 40 yılda, yaklaşık yılda 160’ta sabitlenmiş olarak kaldı. Bu “akıl hastalığı” cinayetlerinin birçoğu aile içinde meydana gelir ve (birçoğumuzun tipik bir biçimde “akıl hastalığı” olarak düşündüğümüzün aksine) ilaç ve alkol suiistimaliyle çoğu zaman karmaşıklaşmış kişilik bozukluğu olan bireylerce işlenir. Bununla beraber, “iyileşmeden önce akıl hastanesinden taburcu edilmiş” psikotik bir bireyin rastlantısal saldırısı kamuoyu üzerinde dikkate değer bir nüfuza sahiptir. Birleşik Krallık’ta akıl hastası bir yabancı yerine, hız yapan bir polis aracı tarafından öldürülmeniz daha olasıdır.

Toplumsal oйдаşıma ve post-modern toplum

Risk için duyulan endişenin ve ondan kaçınmanın, postmodern toplumun merkezindeki özellikler olduğu ileri sürüldü. Ortak merkezî değerler geri çekilirken, bireysel varlığımızı ve iyi oluşumuzu korumak başat bir uğraş haline gelir. Bu iddia ikna edici olsun ya da olmasın Batı toplumları reddedi-

30 1999 yılından beri ABD New York eyaletinde yürürlükte olan istemsiz ayaktan tedavi ile ilgili bir yasa.

lemez bir biçimde, daha az toplumsal oydaşma ve daha çok risk bilinciyle, gitgide artan bir biçimde bireyci olmaktadır. 1940'ların ve 1950'lerin kamu okulları ve sağlık bakımı gibi paylaşılan toplumsal sermaye üzerindeki vurgu çeşitli derecelerde yerini, kişiselleştirilmiş bakım üzerindeki vurguyla tüketici yaklaşımlarına bıraktı. Bu yaklaşım, hem yerel hem de uluslararası düzeyde kitlesel bir biçimde artan toplumsal hareketlilikte yansıtıldı ve sırası geldiğinde de onun tarafından yönlendirildi. Aileler, yetişkin olarak işlev görmemizde daha az merkezî ve kendilerinde de daha az istikrarlı hale geldi.

Modern sanayi toplumları nadiren "homojen"dir -oldukça farklı kökenlerden, dinlerden, değerlerden ve etnik gruplardan gelen geniş toplum kesimleri bulunmaktadır. Bunun açık faydasına rağmen bu psikiyatriyi güçleştirmektedir. Farklı yaşam tarzları ve davranışlar bir seçim olarak kabul edilmekte ve bir başka kişinin özgürlüğüne ihlal etmediği sürece de hoş görülmektedir. Birçoğumuz bu özgürlüklere oldukça yüksek bir değer vermekteyiz. Bununla beraber, çeşitli yaşam tarzı seçimlerine karşı artan hoşgörü, akıl hastalıklarına karşı azalan bir hassaslık anlamına gelebilir. İstedığınız herhangi bir şekilde giyinmeyi ve davranmayı seçebilirken, başkasının tuhaf giysisinin ve davranışının basitçe benliğinin ifadesi değil hastalığının bir parçası olduğunu fark etmek güçleşir. Manik hastaların aşırı aktif ve çekingen olmayan davranışları, basitçe sorumsuz ve dışavurumcu olarak, düzenli bir biçimde yanlış yorumlanmaktadır.

Toplumsal kurallar hakkındaki artan belirsizlik, batı toplumlarındaki muazzam bir biçimde artan alkol ve eğlence amaçlı uyuşturucu tüketimiyle daha da karmaşılaşmıştır. Bağımlılık genellikle akıl hastalıklarını kötüleştirmekte ve tedavilerini güçleştirmektedir. Ayrıca akıl hastalıklarının ta-

nunmasını da önemli ölçüde karmaşıklaştırmaktadır -aylarca kötü olan durumu, oda arkadaşları tarafından uyuşturucu kullanımına bağlanan ve bu nedenle de yardım alması geciktirilen genç bir öğrencinin durumu trajik bir biçimde yaygındır.

Damgalama, akıl hastalarına karşı abartılmış risk algısı, ailelerin parçalanması, yüksek toplumsal hareketlilik, ilaç ve alkol kullanımının artan düzeyleri, bunların hepsi, akıl hastalarının toplum bakımını, sürecin başladığı zamana göre, çok daha güç kılmak için bir araya geldi. Bu, zorunlu tedavinin küçük ama yaygın yükselişinde ve “yeniden kurumsallaşma”nın alçakgönüllü artışında yansıtıldı. Bu, bir kuşak önce kavranamaz olan, bireysel haklara daha incelikli ve içselleştirilmiş saygıyla dengelendi. Toplum bakımı hakkında süregiden bir vicdan muhasebesini ve belki de kurum/topluluk vurgusunun yeniden dengelenmesini, deneyimlememiz olasıdır. Önümüzdeki yıllarda uzun süre kalınan kurumlara büyük ölçekli bir geri dönüş olası görünmemektedir. O ya da bu biçimiyle toplum bakımı, öngörülebilir bir gelecek için bizimledir.

PSİKANALİZ VE PSİKOTERAPİ

BÖLÜM 4

Psikoterapi farklı insanlara farklı şeyler ifade edebilir. Kelimesi kelimesine “aklın tedavisi” anlamına gelir, “akılla tedavi” olarak da okunabilir. Ben bu ikinci kavrayışı kullanacağım (aksi halde tüm psikiyatrik etkinlik, psikoterapi olabilir ve ileriye doğru ilerleyemeyiz). Bu bölümde, psikoterapi, terapist ve hasta arasındaki *ilişkinin*, hastanın kendisini daha iyi anlamasına ya da değiştirmesine yardım etmek için, herhangi bir amaçlı, yapılandırılmış kullanımını içerecektir. Psikoterapi genellikle konuşarak gerçekleştirilir, bu yüzden günümüzdeki ifadesi “konuşma tedavileri”dir, ama bazı terapilerde sözcükler can alıcı unsurlar değildir ve bazılarında “diyalog” içseldir.

Psikoterapi normal nezaketten nasıl farklılaşır?

Psikoterapiyi karakterize eden birçok şey normal yaşamı da karakterize eder. Hepimiz arkadaşlarımıza ve ailemize, destekleyici olarak ve üzgün olduklarında onlarla etraflıca konuşarak, yardım etmeye çalışırız. Birçok ruh sağlığı doktoru hastalarını sakinleştirmek ve mantıklarını eski durumuna

getirmek için hastalarıyla destekleyici görüşmelerle zamanlarını geçirdi. Bu geniş anlamda amaç olarak psikoterapikti. Bununla beraber, psikoterapilerde özel olan, hasta ve terapist arasında, zaman üzerinde yoğunlaşmak için zamanı bir yana bırakmak konusunda açık bir *uzlaşmanın*, neredeyse bir *sözleşmenin* bulunmasıdır. Ayrıca onlar, ne olacağı ve ne kadar süreceği konusunda açıklıkla, bilinen ve uzlaşılmış bir yaklaşımla izler.

İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmeti, "gerçek" psikoterapinin ne olduğu konusundaki eski sektör tartışmadan kaçınmak için, psikoterapiyi "konuşma tedavileri" ya da "psikolojik tedaviler" olarak adlandırır. Ulusal Sağlık Hizmeti'nin oldukça yararlı bir hiyerarşisi de bulunmaktadır:

- *Tip A* herhangi bir tedavi sırasında kullanılan basit psikoterapik kavrayışı kapsar (örneğin, antidepresan reçetesi veren bir doktora danışma ve ondan destek alma).
- *Tip B* psikolojik kavrayışa ve duygusal desteğe özellikle adanmış seansları içerir. Bunlar genel psikoterapik ilkeleri kullanır ama sıkı bir kuramı izlemez ya da önceden belirlenmiş sayıda seansa sahip değildir. Depresyondaki hastalarla, durumları üzerine etraflıca konuşmak için, koğuştaki düzenli toplantılar düzenleyen bir hemşire buna bir örnek olabilir.
- *Tip C* tedaviler "hakiki psikoterapi"dir. Burada terapist tanınan bir psikoterapi eğitimine sahiptir ve o psikoterapinin özgül seyrini izlemek için açık, paylaşılan bir anlayış bulunmaktadır.

Bunun üzerinde durdum çünkü daha eski bazı psikoterapiler, *Tip A* ve *Tip B* tedavilerinde daha açıktır ve "hakiki" *Tip C* psikoterapiler kullanılmadığında da küçümsenirler.

Sigmund Freud ve psikanalizin kökenleri

Psikoterapiye dair hiçbir öykü Sigmund Freud'u görmezden gelemeyiz. Onu sevin ya da ondan nefret edin, o sadece psikoterapiyi değil ayrıca Batı dünyasının düşünce biçimlerinin birçoğunu da radikal bir biçimde altüst etmiş devasa bir şahsiyettir. Araştırmalarını bir yana bırakmaya ve Viyana'da özel doktor olarak kendi hayatını kazanmaya zorlanmış olarak ona İkinci Bölüm'de rastladık. Müracaatçıların birçoğu "nevrotik" ve kadındı. Onun karşılaştığı en yaygın sorunlar ya "nevrasteni" (motivasyon yokluğu, ılımlı depresyon) ya da tanımlanabilir hiçbir fiziksel nedeni olmayan, fiziksel olduğu iddia edilen bir dizi şikayetti (felç, ağrılar, nöbetler, vd.). Freud'a ulaşmadan önce, hiçbir fayda elde etmeksizin, tüketen tıbbî incelemelere ve tedavilere tabi tutulmuş olabiliyorlardı.

Elli yıldan uzun sürede ve 24 ciltlik eserleriyle, Freud'un fikirleri önemli ölçüde değişti ve bunlar kimi zaman birbirine karşıttır. Bu satırları izleyen çerçeve, zorunlu olarak, basitleştirilmiş ve kısmidir ama birçok ayrıntılı ve erişilebilir başlangıç niteliğinde metinler bulunmaktadır (Örneğin Anthony Storr'un *Freud: A Very Short Introduction*).

Freud'un düşüncüsü onu çevreleyen bilimsel modellerden önemli ölçüde etkilenmiştir. Darwin'in *Türlerin Kökeni* [*Origin of Species*]³¹ insan türünü, (özel bir ilahi yaratılış olarak değil) doğal dünyanın içinde açıkça konumlandırdı; böylece akıl bilimsel araştırmanın meşru bir nesnesi haline geldi. Yirminci yüzyıl fiziğinin çoğuna neden olan termodinamiğin yasaları, bilimsel düşünceye hâkim oldu. Bu yasalar enerjinin hiçbir zaman kaybolmadığını -basitçe dönüştüğünü- ileri sürüyordu. Ondokuzuncu yüzyıl Avrupası iktisadî anlamda

31 Charles Darwin, *Türlerin Kökeni*, Çeviren: Öner Ünalın. Evrensel Basım Yayın. İstanbul, 2009.

canlanmayı yaşıyordu; sanayi, trenler, fabrika presleri, gemi motorları gibi, “korunmuş enerji”nin işe koşulması üzerine temellenen mekanik icatlar tarafından yönlendiriliyordu. İster su, buhar isterse de içten patlamalı motorlar olsun, bunların tümü, enerjinin toplanmasını ve sınırlandırılmış bir çıkış aracılığıyla kaçışının yönlendirilmesini sergiliyordu. Freud’un insan zihni üzerine düşünceleri bu metaforla doludur -ister engellenmiş içgüdüsel itkiler isterse de bastırılmış anılar olsun, Freud en yıkıcı ya da yaratıcı başarılarımızın doğal serbest bırakılışı inkâr edilmiş güçlerden kaynaklandığına inanıyordu.

Bilinçdışı ve serbest çağrışım

Enerjinin korunumu yasaları zihne uygulanacaksa, yeni fikirler ve duygular bir yerlerden geliyor olmalıydı. Freud, sara nöbetleri ya da dilsizlik gibi histerik düzensizlikleri hipnozla tedavi eden Fransız nörolog Charcot’u ziyaret ederek, “bilinçdışı”nın güçlerini serbest bırakmanın etkisini gözlemledi. Freud ilk başlarda hipnozun ve telkinin hastalarının birçoğunda başarılı olduğunu saptadı ama sonuçlar sadece geçiciydi. Freud, hipnoz altında onları hastalıklarına neden olan olayları hatırlamaya cesaretlendirdi ve travmatik anıların bu illetlerin birçoğunun nedeni olduğu sonucuna vardı.

Bundan çıkardığı sonuç, hastalarının kendi “düşünüş”lerinin çoğundan habersiz olduğuydu -bazı zihinsel süreçler *bilinçdışı*ydı. Hatırlamak için ne kadar çok çaba harcanırsa hatırlamak o kadar güçleşir. Freud buna “serbest çağrışım” -hastayı hatırlamaya çalışmayı durdurmaya ve bunun yerine aklına ne gelirse onu söylemeye cesaretlendirmek- tekniğiyle yanıt verdi. Hatırlanan rüyalarla desteklenen bu “rastgele” yorumlar aracılığıyla, bastırılmış düşünceler



© Hulton Archive/Getty Images

Freud'un ünlü kanepesiyle Viyana'daki muayenehanesi. Oda Freud'un Eski Mısır ve mitolojiye olan ilgisini gösteren eşyalarla doludur.

muğlak yollardan dışarı sızar (neredeyse Freud'u buhar güçlü pistonları hayal ederken görebilirsiniz). Analist kendi bilinçdışını bu yorumları "dinlemek" için kullanır, örüntüleri fark eder ve böylece hastayı sorunlarının kaynağına doğru yönlendirir. Bundan dolayı "Freudcu sürçme" birinin gerçek düşüncelerini kazara açığa vurduğu zamandır. Freud bu serbest çağrışımlara müdahale etmeme gereksinimiyle takıntılı hale geldi. "Boş ekran" terapistler kendileri hakkında hiçbir şey ifşa etmemelidir, çoğu zaman hastanın arkasında oturur ve hiçbir zaman sorulara yanıt ya da güvence vermezler. Danışma odasının fotoğrafına bakarak ve yaşamı boyunca ona eşlik eden tartışmaları bilerek, Freud nasıl olup da kendisinin boş bir ekran olduğuna inandığını hayal etmek güçtür.

Ondokuzuncu yüzyıl Viyana burjuvazisi çok çekingen bir toplumdur. Freud'un ortaya çıkardığı bilinçdışı çatışmalarının birçoğunun cinsel olması şaşırtıcı değildir. İlk başlarda Fre-

ud hastalarının cinsel olarak istismar edildiğine inandı ama inancını değiştirerek bu betimlemelerin daha çok fanteziler ve gerçekleştirilmek istenenler olduğu sonucuna vardı. Çocuk cinselliği -çok küçük çocukların bile ebeveynleri hakkında güçlü "cinsel" duyguları olduğu- kuramını savunmaya doğru ilerledi. Bu elbette rahatsızlığa neden oldu ve birçok çevrede hâlâ neden olmaktadır. Dil sakardır ama düşünceler çocukların ailelerinde kurduğu yoğun ve güçlü dinamikleri anlamlandırmaya yardım edebilir. Oedipus Kompleksi onun ünlü bir inşasıdır. Freud üç yaşındaki bir oğlanın annesini arzuladığını ve onun sevgisi için babasını bir rakip olarak gördüğünü (babasını öldüren ve annesiyle evlenen Antik Yunan Oedipus mitine dayanarak) ileri sürdü. Bu şekilde ortaya konduğunda fazlasıyla yararsızdır ama bu bazı insanların önemli ilişkilerini paylaşmayı nasıl hiçbir zaman öğrenemediğini anlamamanın bir yoludur. Özel bir yakınlık için can atarken en çok istedikleri şeyi yerle bir ederler. Bu Freud'un gördüğü birçok hastayı, günümüzde olduğu gibi, anlaşılır kılmaktadır.

Ego, id ve süpereo

Freud ilk başlarda bilinçli zihnin, tamamen ussal olduğuna ve daha ilkel, daha az mantıklı, bilinçdışı zihinsel süreçlerle karşıtlık oluşturduğuna inandı. Bu, bunu tartışırken kullandığı abartılı terminolojinin bir kısmını açıklayabilir. Bununla beraber Freud bazı hastalarının acımasız, cezalandırıcı vicdanlarınca çarpıldı. Vicdan kadar soylu bir şey, nasıl olur da bir hastayı suçluluk aracılığıyla intihara sürükleyebilir? Onun çözümü, vicdanı hem bilinçli düşüncelerden hem de ebeveynlerin ve toplumsal taleplerin güçlü bilinçdışı kalıntılarından türeterek betimlemek oldu. Onun zihin haritası iki alandan (bilinçdışı ve bilinç) üç alana genişledi. Freud ilkel bilinçdışını id ("o"), bilinçli zihni ego ("ben") ve vicdanı sü-

perego (kelimesi kelimesine “ben üzeri”). Bütün bu kavramlar günümüzde yaygın kullanımdadır.

Savunma mekanizmaları

Erken psikanaliz hastayı bastırılmış çatışmaları keşfetmeye muktedir kılmayla ilgiliydi. İlk başlarda Freud ve onun kalabalıklaşan meslektaş orkestrası bunun yeterli olduğunu düşündü. Bununla beraber analizler uzadıkça ve daha karmaşık hale geldikçe analistler, hastaların çeşitli psikolojik savunma mekanizmalarını kullanarak değişimi engelliyor görüldüğü yerlerde, “direnç”le karşılaştı. Freud’a göre en sorunlu “dirençler” hastaların ona aşık olup durmasıydı (ya da en azından bir baba figürü görmesi idi). Bir ölçüye dek bu yararlıydı -hasta sizi severse, istediklerinizi yapmaları daha olasıdır. Bununla beraber bu güçlü duygular (Freud bunları “aktarım” olarak adlandırdı çünkü hastanın geçmiş yaşamındaki önemli figürlerden *aktarıldığını* düşünüyordu) serbest çağrışımların incelenmesini neredeyse olanaksız kılıyordu. İlk başlarda aktarımı özellikle bir sorun olarak gören Freud bunu analizlerinde kullanmamaya başladı. Bu “savunma mekanizmalarının analizi” tedavinin can alıcı bir parçası haline geldi.

Freud’un eserlerinde kesinlikle birçok çıkmaz sokak bulunmaktaydı -bu kadar çok yazmış biri için şaşırtıcı değildir. İnkâr edilen düşüncelerin gücü ve geçmişin yaşamlara nasıl musallat olmaya devam ettiği konusunda bizi uyanık kıldı. Belki daha önemli olanı, Freud, (basitçe destek ve rahatlık sunmanın değil) ıstırabın kökenleriyle yüzleşmek ve anlamak için cesur bir girişimin gerçek özgürleşmeye ve rahatlamaya götürebileceğini gösterdi. O (şüphesiz kendi isteklerine rağmen) dürüstçe girilen düşünümsel insan ilişkilerinin kendisinin oldukça ağır akıl hastalıklarından iyileşmenin bir aracı olabileceğini de gösterdi.

Freud (özellikle Birinci Dünya Savaşı'nın katliamlarından sonra) bir kötümserdi ve hiçbir zaman mutluluk vaat etmedi. Psikanalizin amacı, hastanın "çalışmasına ve sevmesine" yardım etmektir, diye yazdı. Ne daha az ne de daha çok. Birçok ardılının katılığı ve görkemliği saygınlığını lekeledi. Onun bir biliminsanı olduğu iddiası sorgulanabilir ve onun tedavisi, psikanaliz, etkililiğini kanıtlamaktaki başarısızlığından dolayı kuşatma altındadır. Bununla beraber, belki de, akıl hastalarının bakımına yönelik kavrayışa ve hoşgörüyeye herhangi bir birey kadar katkıda bulunmuştur. Onun hastanın geçmişini ciddiye almak konusundaki ısrarı ve zihinsel süreçlere ilişkin canlı metaforları, terapistlere olduğu kadar hastalara da çekici gelmektedir. Bunlar, insanî çalışma ilişkisinin temelini oluşturdu, ki bunun için şimdiki payından daha fazla itibarı hak etmektedir.

Jung

Freud çevresine etkileyici bir izleyiciler kitlesi topladı. Bu tür yaratıcı gruplarda sık sık olduğu gibi gerilimler, çatışmalar ve bölünmeler bulunmaktaydı. Birçokları yaklaşımı farklı yönlerle taşıdı ve bireysel ünleri büyüdü ve söndü. *Carl-Gustav Jung* (1875–1961) belki de en uzun süren etkiye sahip oldu. Freud sahip olduğu çok az ruhanî ya da aşkınlık algısıyla kendisini "Tanrısız Yahudi" olarak adlandırırken, Jung'un kuramları daha mistikti. Bunlar, (hepimizin paylaştığı simgesel figürler olan) "arketipler"le birlikte ırksal bilinçdışı gibi inşaları içeriyordu. Jung kişilikteki karşıtlıkların önemini ve kabullenemediğimiz kişiliğimizin görünümlerinden nasıl bir "gölge ben" in geliştiğini vurguladı. Jung olasılıkla kendisi de psikotik bir yıkımdan mustarıptı ve bu derin bir biçimde usdışı deneyimleri cezbetti. Freud'un aksine Jung terapinin derin bir kişisel tatmini teşvik edebileceğine inandı ve yak-

laşımı ağır hastalarla çalışanlara ve sanat çevrelerine çekici geldi. Jung'un en kalıcı katkısı belki de *içedönük* ve *dışadönük* kişilik türlerini ayırtılandırmasıdır. Bunlar konuşma diline ve onun adını bile bilmeyen milyonların günlük kullanımına girdi.

Psikodinamik psikoterapi

Psikanaliz başlangıcında Yahudi olan uygulamacılarıyla yakından ilişkilendirildi ve 1930'larda Nazi saldırılarının hedefi haline geldi. Sonuç olarak birçok uygulayıcı ülkeyi terk etmek zorunda kaldı ve birçoğu ABD'ye, İngiltere'ye ve Güney Amerika'ya taşındı. Esas olarak Almanca konuşan ülkelerden daha fazla, bu yerlerde, çalışmaları ve öğretileri psikiyatri üzerinde muazzam bir etkiye sahip olmaya başladı.

İkinci Dünya Savaşı, dikkatlerini travmatize olmuş askere ve şaşırtıcı bir biçimde, örgütleri (özellikle orduyu) anlamaya yönelten psikanalistlere ek öğrenci getirdi. Bundan, hastaların dayanışma ve desteğin yanı sıra anlayıştan da yararlandıkları, 5-8 kişilik küçük gruplar olarak tedavi edildikleri grup analizi ve grup terapileri ortaya çıktı. Grup çalışması, analitik ve psikolojik kavrayışların (bireysel tedaviden çok) bir birimi işlemeye uygulandığı terapötik toplulukların (bakınız Üçüncü Bölüm) gelişimine izin verdi. Bu (çalışanların ve hastaların mekânın işletilmesinin birçok görevini paylaştığı) teklifsiz, komünal yaklaşım, "sosyoterapi" olarak adlandırıldı ve modern psikiyatrik pratiğin, uyuşturucu rehabilitasyon birimlerinin ve bazı cezaevlerinin standart özelliği haline geldi.

Klasik psikanalizin (çoğu zaman haftada üç ila beş seans-tan yıllarca süren) sonsuzluğu sert bir biçimde eleştirildi. Aşırı derecede pahalıydı ve birçokları kısa terapilerin akla daha iyi odaklanacağına ve sonuçları iyileştireceğine inandı.

Günümüzde tipik kısa dönem terapiler, haftalık bir saatlik seanslarla üç ila altı ay sürmektedir. Kişilerarası terapi ilişkilerine odaklanır ve bilişsel analitik terapi, terapinin bir parçası olarak mektup yazma ve ödev verme gibi özgül egzersizleri kullanır. Hâlâ katı kişisel sınırları sürdürmekle birlikte terapistler gitgide daha aktiftir.

Bunlar genellikle “psikodinamik” psikoterapiler olarak adlandırılır çünkü geçmiş ile şimdi ve bilinç ile bilinçdışı süreçler arasındaki dinamik karşılıklı etkileşime büyük önem atfederler. Bireyin yaşam öyküsü, onun “anlatım”ı sorunların anlaşılmasında ve çözülmesinde merkezîdir. Tek gereken terapistin çok fazla doğrudan tavsiye vermekten kaçınması böylelikle hastanın, rehberlikle birlikte, kendi çözümlerini bulmasıdır. Bu terapiler diğer psikiyatrik terapilerle (antidepresan, hastane bakımı, vb.) rutin bir biçimde birleştirilirler.

Psikoterapide özgül olmayan unsurlar

Psikodinamik psikoterapistlerin birçoğu, tedavilerinin özgüllüğüne ikna olmuş olarak, modellerine yoğun bir biçimde sadıktır. Ne yazık ki kanıtlar onların aleyhinedir. Bilişsel davranışçı terapilerini aksine, psikodinamik psikoterapiler hakkında insanı kötümserliğe sevk edecek kadar az sayıda araştırma vardır ama olanlar da ilginç bir okuma oluşturmaktadır.

Eğitimlerini sıkı bir biçimde izleyen deneyimli terapistler yeni başlayanlara ya da modellerini gevşekçe uygulayanlara göre işini daha iyi yapmaktadır. Bununla beraber modelin ne olduğu önemli değilmiş gibi görünmektedir —onların hepsi neredeyse eşit derecede etkilidir. Bu araştırmaların birçoğu iyi bir terapötik ilişkinin oluşturulmasının can alıcı önemini doğrular.

İyi bir terapistin nitelikleri farklı düşünce okullarını aşmaktadır. Olmazsa olmaz olan malzemeler doğru empati (terapist, hastalar için üzölmek yerine, onların neyin içinden geçtiğini gerçekten anlamalıdır), koşulsuz saygı (terapist hastasını sevmek ve saygı göstermek zorundadır, gerçekten sevmediğiniz biriyle terapi yapamazsınız) ve sahiplenici olmayan samimiyet (terapist hastasına minnettarlık hissettirmeden samimiyet gösterebilmelidir). Bu kavrayışlar özellikle psikiyatrik uygulamada yararlıdır. Hastalarla terapistleri eşleştirmek gerçekten önemlidir –hepimiz herkesle iyi geçinemeyiz. Örneğin, şiddet kullanan ya da cinsel saldırıganlarla çalışmak özellikle hoşgörölü ve bağışlayıcı bireyleri gerektirir.

Varoluşsal ve deneysel psikoterapiler

Psikodinamik psikoterapinin kuramını kabul etmeksizin tekniklerini kullanan, birçok psikoterapi okulu gelişti. Varoluşsal psikoterapi adının da ima ettiğı gibi, insanların ne “gibi olması gerektiğı” konusunda hiçbir varsayımda bulunmaz ama hastaların kendi seçtikleri yoldan kimliklerini ifade etmelerine yardımcı olmaya odaklanır. Varoluşsal psikoterapilerin Jungcu yaklaşımlarla bazı akrabalıkları bulunmaktadır ve toplum daha az katı ve konformist hale geldikçe daha popüler olmaktadırlar.

Freud’un hastaları ailelerinin ve toplumun onlardan ne beklediğini genellikle biliyordu ve bunu başaramadıkları için de acı çekiyorlardı. Yirmibirinci yüzyılın başında beklentilere uygun yaşamamaktan dolayı suçluluk hissetmek yerine amaçsızlık ve boşluk deneyimlememiz daha olasıdır. Yabancılaşma ve kafa karışıklığı günümüzde başat şikayetlerdir, öyle ki psikoterapiler, sınırlar ve denetim sağlamak için, daha yapılandırılmış hale geldi. Bu burada-ve-şimdi terapileri algılanmaz bir biçimde kişisel gelişim hareketiyle

harmanlandı. Bazen bir geştalt terapi ya da toplantı grubunun, acıları azaltmak için bir tedavi mi yoksa kişisel mutluluğu ve tatmini artırmak için bir egzersiz mi olduğunu ayırt etmek güç olabilmektedir. Belki de amacın ne olduğu, terapiyi kimin aldığı kadar önemli değildir. Depresyondaki ve morali bozuk psikiyatrik hastaların, genel morali ve öz-saygıyı arttıran bu tür etkinliklerden büyük ölçüde yararlandıkları konusunda çok az şüphe vardır. Kendine zarar veren genç kadınların tedavisinde öz-saygıya doğrudan hitap etmek en etkili müdahalelerden biri olabilir.

Psikodinamik psikoterapiler hâlihazırda psikiyatrinin saldırısı altındadır. Psikodinamik terapiler gerçekten işe yaradıklarını kanıtlamak için yapılan yetersiz araştırmalardan dolayı eleştirilmektedirler. Ayrıca terapistlerin kendilerinin tedaviden geçmesi (analizden geçmesi) ve profesyonel yaşamları boyunca süpervizyonla devam etme gerekliliği nesnellikten ödün vermektir ve bir meslekten çok bir "kült"ün şamarıdır. Kısa dönem dinamik terapilerde bazı araştırmalar gerçekleştirilmiştir ve bunların sonuçları genel olarak iyidir. Bununla birlikte daha ayrıntılı araştırmalar hangi görünümle- rin etkili olduğunu hangilerinin işlevsiz olduğunu ve nelerin yapılacak olarak kaldığını belirler. Fırsat kaçırmış bile olabilir. Öyle ise psikodinamik psikoterapinin birçok merkezi özelliği rutin bakıma dahil edilmiştir (yukarıda anılan Tip A ve B tedavileri) özgöl tedaviler olarak onların katkısı yalıtılması ve değerlendirilmesi güçtür. Eleştirinin gücü, psikanaliz gerçekten de kendisini aşırı pahalıya sattığından, şaşırtıcı değildir. (Kuzey ve Güney) Amerika'da 1940 ve 1970 arasında akıl sağlığı bakımı alanından, diğer tüm düşünüşleri neredeyse çıkardı -birçok insan bir psikiyatristin psikanalist olduğunu düşündü. Analizin çok az şey sunabileceği psikotik hastalar, temel teşhis ve tedavinin becerileri gibi, ihmal edildi. Eleştir- menler bu dönemde Amerikan psikiyatrisini, yüksek statüsü ve genişleyen işgücüy- le, sırtını ağır akıl hastalarına ve topye-

kün bilime dönmekle suçladı. Başkan Kennedy 1960'ların başında mesleği yeriden odaklandırmaya çalıştı ama başarısız oldu ve bunu elde etmek için farmakolojik devrim gerekiyordu.

Güçlkle kazanılan araştırma verileriyle kendisini yeniden kurumsallaştırmak zorunda olan daha bilimsel ve öz-eleştirel bir psikiyatri, psikanalizden intikamını aldı (ve bazıları aynı hataların birçoğunu şimdi de yapmakta olduğunu söyleyebilir -Altıncı Bölüm).

Daha yeni psikoterapiler ve danışmanlık

Son kırk yıl radikal bir biçimde farklı olan, yeni psikoterapilerin tam bir serisinin gelişimine tanıklık etti. Onlar geçmişini anlamaya daha az dikkat sarf etti. Terapistler genellikle daha yönlendiricidir -hastaya düşünmeye devam etmesi için sadece daha fazla cesaretlendirme değil, talimatlar ve fikirler verirler. Terapilerin birçoğu, özgül egzersizleri ve seanslarda gözden geçirilen "ev ödevi"ni içerir. Yıllar değil aylar sürer. Psikoterapistler diğer akıl sağlığı profesyonelleri gibi davranır ve psikodinamik terapistlerin çevresini saran gizemli havadan kaçınır.

Kişi merkezli (sık sık Rogerici olarak adlandırılan) danışmanlık bu tür yaklaşımlardan biridir. Danışmanlık ve psikoterapi arasındaki ayrım değişkenlik gösterebilir ve muğlaktır. Danışmanlık, çoğu zaman kişisel kriz zamanlarında, genellikle "hasta" olarak görülmeyen insanlara önerilir. Onun amaçları formel terapilere göre daha alçakgönüllüdür. Önceki sayfalarda anahatları belirtilen iyi terapistin karakteristiklerine ve bireylere kaygılarını araştırmaları için "güvenli bir mekân" sağlar. Burada terapist yönlendirici değildir. Nadi-ren hastalarına ne yapmaları ya da ne düşünmeleri gerektiği konusunda görüşlerini ya da tavsiyelerini verirler ve sık sık basitçe hastanın son ifadesini düşünmeye teşvik etmek için

tekrar ederler. Danışmanlık birçok akıl sağlığı profesyoneli tarafından yüksek değer biçilen bir beceridir ve hastalar tarafından da açıkça kıymeti bilinmektedir.

Aile ve sistemler terapileri ve kriz müdahalesi

Aile terapileri hasta çocukların tedavisinde çok önemli hale geldi. Aile terapistleri genellikle hastalığa neden olmakta aileye bir rol ima etmekten kaçınır (bakınız Beşinci Bölüm) ama bazen bir hastanın iyileşmesi, aile tepki verme biçimini değiştirmedeği sürece olanaksızdır. Örneğin anoreksiya nervoza'da kızlarının hastalığı konusunda aile o kadar kaygılı hale gelir ki onun gerekli riskleri alma özgürlüğüne ve böylece de olgunlaşmasına izin veremez. Onlar geri çekilmeleri ve kaygılarını içinde tutmaları konusunda yardıma gereksinim duyabilirler. Zaman zaman, aynı durum yetişkin hastalarda da meydana gelebilir. Bu tür durumlarda, aile terapisi çiftlerin ilişkilerindeki dengeyi değiştirmelerine sık sık yardım eder. Aile terapisi genellikle, tek tek üyelerinin değil ailenin tümünün odakta olduğu, "sistemler" yaklaşımına dayanır.

"Davranışsal aile yönetimi" sorun çözme yaklaşımını kullanarak, şizofreni hastalarının ailelerine yardım eder. Hastalar, -özellikle gerilim ve endişenin olduğu- fazlasıyla duygusal ailelerde yaşıyorlarsa daha sık yıkılırlar. Aileler için bundan kaçınmak çok güç olabilir öyle ki tedavi, ilişkilerdeki parlama anlarını belirlemeyi ve alternatif çözümler (örneğin, yanıt vermek yerine bir başka odaya gitmek) bulmayı amaçlar. Bu neredeyse ilaçlar kadar yıkılma oranlarını azalttığını göstermiştir ama uzayıp gitmektedir ve yapması güçtür.

Kriz terapisi sistem terapileriyle buradadır çünkü o acil sorunlarla baş eder. Kriz ya da aile terapisinde çevreyi kazarak aramak zorunda değilsinizdir -o orada, önünüzdedir. Kriz terapisi dramatiktir, çoğu zaman çok kısa sürelidir ve

kökenlerine sınırlı ilgi göstererek, güçlü duyguları ele alır. Aile terapileri genellikle iyice kurumsallaşmışken kriz terapisi hakkında şüpheler bulunmaktadır. Örneğin bazı araştırmacılar travma sonrası yapılan soruşturmanın işleri daha da kötüleştirebileceğini ileri sürmektedir. Büyük olasılıkla rahatsızlık veren olayları unutmamanın sağlıklı sürecine olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

Davranışçı terapi

Davranışçı terapi ilkeleri psikodinamik psikoterapininkinden olabildiğince farklı olmakla ilgilidir. Bu ilkeler, “bilinç”in denklemden çıkarılmasını bir erdem haline getiren öğrenme kuramı üzerine temellenir -değişim refleks öğrenmeyle açıklanır. Davranışçı terapi, silinmez bir biçimde, istediğiniz davranışı ödüllendirerek (ilgi koşullandırma) ya da durdurmak istediğiniz davranışı “cezalandırarak”, farelere oldukça karmaşık davranışlar öğretebileceğinizi sergileyen, B. F. Skinner’la ilişkilendirilir. Davranış birer birer, küçük adımlarla “şekillendirilir”. Davranışçı terapinin benzersiz görünümü, nesnenin katılıp katılmamasının ya da ne olup bittiğini bilmesinin bile konuyla ilgisiz olmasıdır -öğrenme tamamen bilinçdışıdır. Davranışçı terapi korkutucu bir biçimde başarılı olabilir -belki de hiçbir zaman “bilinçli” bir biçimde öğrenmediğiniz halde bisiklet sürmenin ne kadar kolay olduğunu düşünün. Sürmeyi sadece denediniz ve yanlış gitmeye başladığı her seferinde bedeniniz telafi etti ve şimdi tamamen beceriklisiniz.

Davranışçı terapi de bu şekilde işler. Çocukların ve öğrenme güçlüğü olan bireylerin tedavisinde özellikle etkili olduğunu kanıtladı. Bilgi koşullandırmanın basit bir örneği, yatak ıslatma (nocturnal enuresis) için çan ve ped sistemidir. Ped ıslanır ıslanmaz, hastayı uyandıran bir çan çalar. Zaman geçtikçe, (ya-

tağını ıslatan genellikle erkektir) idrar kesesi dolu olduğunda, o his çan ve uyandırılmayla ilişkilendirilmiş hale geldiğinden, uyanmaya başlar. Bu başarılı tedavi, yatak ıslatmanın nörotik sorunların bir kanıtı ya da, aksine, esas olarak genetik olduğu inancına rağmen, yaygın bir şekilde uygulanmaktadır.

Davranışçı terapi fobiler ve obsesif kompulsif bozukluklar için yaygın bir biçimde kullanılır. Hasta, kaçınması engellenerek ve kaygısı kabul edilebilir sınırlar içinde kaldığından emin olmak için izlenerek, aşama aşama korkulan uyarana (örneğin, mikroplar hakkında takıntısı olan birine kirli bir el) maruz bırakılır. Davranışçı terapistler uygulamada hastaların ayrıntılı geçmişlerini almaya devam eder çünkü iyi bir terapötik ilişki olmaksızın, hasta tedaviyi bırakır.

Bilişsel davranışçı terapi

Bilişsel davranışçı terapi, her ne kadar psikodinamik psikoterapinin bir uyarlanması olarak görülebilirse de, davranış terapisinin gelişmiş bir uzantısı olarak düşünülebilir. Her ikisinin ortasında bir yerlerdedir. ABD'li psikiyatrist Aaron Beck tarafından geliştirilmiştir. Psikanalitik olarak eğitilmiş bir psikiyatrist olan Beck hastalarının bir kısmının psikanalizden yararlanamadığını saptadı.

Genel olarak bunlar, kendi belirtilerini anlamaktan çok onların üzerinde hâkimiyet kurmaya değer veren insanlardı. Özellikle depresyon üzerine araştırmaları, en az duygular kadar bilinçdışı ve patolojik düşüncelerin de hastalarını tuzağa düşürdüğüne onu ikna etti. Hastaların "otomatik olumsuz düşünceleri" (öz-eleştirel, kendi kendini yenilgiye uğratan inançlar ve çıkarsamalar) tanımasını sağlayan ve hastalarını bunlara karşı nasıl meydan okuyacaklarını ve karşı çıkacakları konusunda eğiten bir terapi geliştirdi.

Yöntemi "Sokratik Diyalog"u vurguladı. Sokrates, hakikati öğretmek için gereksinim duyduğunuz tek şeyin, doğru soruları sormaya devam etmek olduğuna inandı ve insanlar onlar içindeki yanıtları buldu. Bir hasta ne zaman patolojik bir şüphe -örneğin "bugün işte her şeyi berbat ettim. Benim bir geleceğim yok"- ifade etse terapist bunu açıklamalarını onlardan ister -"neden umutlu olmadığını bana açıkla". Terapist düşünceleri durumun gerçekliğiyle karşılaştırır -"bu hatalara rağmen işte nasıl terfi ettirildiğini bana açıkla". CBT günümüzde psikiyatrik uygulamanın ve eğitimin önemli bir parçasıdır; depresyon ve kaygının tedavisinin standart bir bileşenidir. Bu ayrıca, önemli psikolojik öğeleri olan fiziksel düzensizlerin ve inatçı halüsinasyonları ya da sanrılarıyla şizofreni dahil bir dizi düzensizliğin tedavisinde de gittikçe daha fazla kullanılmaktadır.

Öz-yardım

Öz-yardım hareketi psikiyatrik olmayabilir ama psikoterapik gelenekten gelişmiştir. Adsız Alkolikler, Ağırılık İzleyenler, Depresyon İttifakı öğrendiklerini ve daha fazlasını uygulamaya başladı. Uygun empati ve koşulsuz saygı -bunun içinden geçmiş birinden başka kim daha iyi olabilir? Aynı sorunları olan birinden başka kimin suçlayıcı olması daha az olası olabilir? Sahiplenici olmayan samimiyet -paylaşılan ıstıraplardan ve gerçek yoldaşça duygulardan başka ne daha iyi bir kaynak olabilir? Öz-yardım grupları, çağımızın, rahatsızlığı ve yalıtılmışlığı dindiren ve damgalamayı azaltan, halk hareketini oluşturur. Kaygı ve depresyon gibi yaygın bozukluklar için öz-yardım kitapları ve bilgisayar programları gün geçtikçe daha ulaşılabilir hale gelmektedir. Onların etkisini yargılamak için çok erkendir ama onlar kesinlikle halkın oyunu almıştır.

Psikiyatrinin 200 yılından sonra, psikoterapi için kendi kısa bölümüyle sınırlandırılmış olması tuhaf görünmektedir. Gerçekten de psikoterapi psikiyatriden bağımsız olarak ele alınabilir mi ya da psikiyatri ondan bağımsız mıdır? Psiko-terapi, psikiyatrik zanaatın -bir cerrahın ameliyat yapması, bir radyoloğun x-ray okuması, bir doğum uzmanının bebek doğurtması gibi- tanımlayıcı karakteristiğidir. Yüz elli yıl öncesinin akıl hastanesi doktorları, anlayış, rahatlama ve iyileşme sağlamak için rahatsız hastalarla konuşarak zamanlarını geçiriyordu. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında, birçok kişinin mesleğe girmesinin nedeni bu kişisel ilişkilerdi. Ancak yirmibirinci yüzyıla başladığımızda, psikiyatri ve psikoterapi gitgide artan bir biçimde paralel etkinlikler olarak düşünüldü. Psikiyatri temelden değişiyor mu? Yeniden birlikte gelişip gelişemeyeceklerini ya da gitgide daha fazla bağımsız patikalar izlemeye devam edip etmeyeceklerini zaman gösterecektir. Bu değişimleri yönlendiren güçlerden bazıları ilerleyen bölümlerde bizi meşgul edecektir.

PSİKİYATRİ İÇERİDEN VE DIŞARIDAN SALDIRI ALTINDA

BÖLÜM 5

Psikiyatri daima tartışmalı olagelmıştır -herkesin anlaştığı barış ve huzurun “Altın Çağı” hiçbir zaman olmamıştır. Belki de bu kitabı, psikiyatristlerin yaptığı bazı doğrular ve yanlışlar üzerine ateşli bir tartışmadan sonra satın aldınız. Psikiyatri zihinle uğraştığından ve psikiyatristler isteklerimize karşı hareket edebildiklerinden, daima bir dereceye dek şüphe ve korku oluşturmaktadır. Basitçe bunu görmezden gelmek ve insanlar daha fazla şey bilse bu tür kaygıları olmazdı demek yeterince iyi değildir. Psikiyatri hakkında -hem meşruiyeti, hem de “bir başka tıbbî uzmanlık” olarak statüsü, ve ayrıca nasıl uygulandığı hakkında- sorulması gereken oldukça gerçek sorular bulunmaktadır. Modern tıbbın iktidarı, etik meydan okumaları ve tartışmaları sürekli olarak gündeme getirmektedir ve psikiyatri de kendi adil payını almaktadır. Bu daha ayrıntılarıyla Altıncı Bölüm’de ele alınacaktır. Bu bölüm, uygulamadaki sorunlar yerine psikiyatriye *içkin* olan, onun doğasından kaynaklanan, karşıtlıklara ve gerilimlere odaklanacaktır.

Akıl-beden ikililiği

Fransız filozof René Descartes (1596–1650) Batı düşüncesinde (çoğu zaman “Kartezyen ikililik” olarak anılan) akıl ve bedeni nasıl ayırdığımız konusunda sık sık suçlanır. Onun “co-

gito ergo sum"ı ("düşünüyorum öyleyse varım"ı) çekici ve hatırda kalıcıdır; maddî dünya hakkındaki bilginin kesinliği konusunda şüpheciligi ifade eder. Çağdaşı ampirist filozofların birçoğunu kızdıran bir sorunda bütün "suçu" üstlenmesi için neden onun seçildiğini anlamak güçtür. Zihin sorununu o icat etmedi; Descartes sorunların bazılarını daha iyi ortaya koydu ve 350 yıl sonra onlar, özünde çözülmemiş olarak kaldı. Zihnin ne olduğu ve maddî dünya ile nasıl etkileşimde bulunduğu hâlâ gizemlidir. Birçoğumuz bir farklılık olduğunu düşünürüz ve birçoğumuz karşılıklı bir etkileşim olduğunu kabul ederiz. Yaşamlarımızı maddî dünyayı doğrudan etkileyebileceğimize (örneğin, kolumu uzatmaya karar verdim ve bilgisayarı açmayı umuyorum) inanarak yaşamak zorundayız. Ayrıca başkalarının zihinlerini bilebileceğimize (örneğin, kütüphaneye gideceğinizden ya da metninizi teslim edeceğinizden eminim) inanmamız gerekir. Bu inançlar olmaksızın tamamen felç oluruz.

Zihin-beden sorunu kaçınılmaz bir biçimde psikiyatriktir. Zihin ve beyin arasındaki ilişki büyük bir sorundur. Nefroloji böbrek hastalıklarıyla ya da kardiyolojinin kalp hastalıklarıyla ilgili olması gibi, psikiyatri de sadece "beyin hastalıkları"yla ilgili olsaydı sorun olmazdı. Bununla beraber psikiyatri "zihinsel/akıl" hastalıklar(ı)yla ilgilenir. Birçok akıl hastalığının beyin bozuklukları (örneğin, depresyon ve şizofrenide hücreler arasında aktarım kimyasallarında rahatsızlık) içerdiğini biliyoruz ama tüm beyin hastalıkları akıl hastalıkları ya da psikiyatristlerin sorumluluğu değildir. Multiple sclerosis (MS) ve Parkinson hastalığı reddedilemez bir biçimde beyin hastalıklarıdır ama onlarla uğraşanlar psikiyatristler değil, nörologlardır. Bir dizi fiziksel bozukluk gibi, bu nörolojik bozukluklar sık sık psikiyatrik sorunlara neden olur. Birçok psikiyatrik bozukluk, fiziksel bozuklukların psikiyatrik belirtileri

(depresyon, kaygı ve hatta halüsinasyon) içermesi gibi, fiziksel belirtileri (örneğin yorgunluk ve ağrı) içerir.

Psikiyatrik bozukluklar esas rahatsızlıkların düşüncelerde, duygularda ve davranışlarda olduğu bozukluklardır (Birinci Bölüm). Fiziksel hastalıklar sadece fiziksel nedenlere ve tedavilere sahip değildir ve akıl hastalıkları zihinsel nedenlere ve tedavilere sahiptir. Hastalıkların fiziksel nedenleri ve hatta fiziksel tedavileri olabilir (örneğin, tamamen Parkinson hastalığının neden olduğu depresyon antidepresan tabletlerle etkili bir biçimde tedavi edilebilir) ve hâlâ “akıl hastalıkları” olabilirler. Ayrım esas rahatsızlık ve hastaya yardım etmek için gerekli olan beceriler üzerine temellenir. Bazı psikiyatristler ve hasta grupları arasında “zihinsel bozukluklar beyin bozukluklarıdır” sloganı popüler bir slogan olagelmıştır. Sloganın amacı akıl ve fiziksel hastalıklar arasındaki benzerlikleri vurgulamak ve damgalanmayı ve suçlamayı azaltmaktır. Bunlar takdire şayan hedeflerdir ama bu bir aşırı basitleştirmedir. Psikiyatri iki savaş alanında dövüşülen bir belirsizlikle mücadele etmek zorundadır.

Genetiğe karşı yetiştirilme (nature-nurture³²):

Aileler akıl hastalıklarına neden olur mu?

İster uzun isterse de kısa boylu olun, ister sporda iyi isterse de umutsuz olun, birçoğumuz bunun genlerimizin (birlikte doğduğumuz biyolojik potansiyel) ve yetiştirilişimizin (diyetimizin, egzersiz programımızın ve hatta gittiğimiz okul türünün) bir karışımına bağlı olduğuna inanırız. Bunda tartışmalı olan bir şey yoktur. Bununla beraber psikolojiyi anadığımız an balon yükselir. IQ miras mı alınmıştır ya da aynı

32 Nature-nurture karşılaştırması insanın gelişiminde genetiğin mi (nature-doğa) yoksa yetiştirilmenin mi (nurture) daha etkili olduğu tartışmasını içeren bir sorunsaldır.

olanaklarla herkes aynısını yapabilir mi? Kişilik ya da suça eğilimlilik birlikte doğduğumuz bir şey midir ya da bunu değiştirebilir miyiz? Sağlıklı yaşayarak depresyondan kaçınabilir miyiz? İnsan davranışlarının ne kadar değiştirilebilir olduğuna inancımız kadar çok az sorun, bizi kutuplaştırır. Anlaşmazlıklar sadece sakin, akademik olanlar değildir ama temelden farklı dünya görüşlerini yansıtan siyasî ve toplumsal inançları ateşler (ya da onlar tarafından ateşlenir).

Esasında psikiyatri “doğa” kampında kendisini fazlasıyla evindeymiş gibi hisseder -akıl hastalıkları aileden geçer ve miras olarak alınan zayıflıklardır. Hızlı bir iyileşme umut ederek, onları iyileştirmek ve yaşamı olabildiğince katlanılabilir kılmak bizim işimizdir. Freud ve onun izleyicileri, dengeyi “büyüme” lehine bozarak, bütün bunları değiştirdi. Psikanaliz, erken yaşamımızda başımıza gelenlerin ve bu deneyimler hakkındaki anılarımızın birçok hastalığın nedeni olduğu inancı üzerinde sıkı bir biçimde temellenir. Daha da ikna edici olan, Freud’un, bu anıları ele almanın bazı akıl hastalıklarını tedavi ettiğini göstermesidir. Bir bireyin kişisel tarihi (onun “anlatımı”) hastalıklarını anlamak için sadece bir bağlam değil, ayrıca muhtemelen hastalıkların kökenidir.

Psikanaliz, psikiyatrik düşünceye ve eğitime, 1940’lardan 1970’lere dek hükmetti. Psikanalizin Amerika kıtalarındaki çekiciliği şaşırtıcı olmamalıdır. Her şey bir yana bu toplumlar, sabitlenmiş toplumsal düzenleri ve soydan geçen monarşileri ve aristokrasileriyle Avrupa’nın kötümser kaderciliğinden kaçanlar tarafından kurulmuştu. Batı’ya doğru ilerleyenler bunu reddedenler ve her bireyin kendi geleceğini biçimlendirme fırsatına sık sık sarılanlardı. Onların, bireyin erken sınırlamaların üstesinden gelebileceği ve kendi kaderlerini biçimlendirebileceği, bu büyüme kapasitesini kutsayan bir psikolojiyi benimsemeleri şaşırtıcı değildir. Büyümenin ve

deneyimlerin rolü, her iki dünya savaşındaki savaş travması üzerine gözlemlerle güçlendirildi (Üçüncü Bölüm). Nazi Almanyası'nın öjenik ve ırkçı siyasalarının ("genetik olarak aşağı" psikiyatrik hastaların ortadan kaldırılışı dahil) ortaya çıkışı büyümenin ahlâkî gücünü nihaî olarak garanti altına aldı.

Büyümeyi vurgulamanın bir başka çekiciliği, daha büyük tedavi olanaklarını elinde bulundurmasıdır. Akıl hastalıklarına esas olarak ilişkiler neden oluyorsa o halde ilişkiler tarafından tedavi edilmeleri gerekir (yani, psikoterapi). Bununla beraber bu yaklaşımın olumsuz yanı onun suçlama -özellikle ebeveynleri suçlama- potansiyelidir. Freud, rapor edilen ebeveynlerce cinsel istismarların (ilk başlarda kendi ebeveynlerinin nevrozlarının nedeni olarak düşündüğü) fanteziler olabileceğinden şüphelenmeye başlayınca bu riskleri hızla fark etti. Büyük Alman psikopatolojisti ve filozofu Jaspers, belirtilerin kişisel ilgisini anlamamanın psikiyatride esas olduğuna ama bunun hastalığa neyin neden olduğunu anlamakla aynı şey olmadığına işaret etti. Bununla beraber bu tür iyi düşünülmüş ayrımlar bu kamusal tartışmaları genel olarak karakterize etmez.

Şizofreninin kökenleri

Bu tartışma şizofreninin kökenleri üzerinde şiddetle hüküm sürdü. Şizofreninin aileden geçtiği daima biliniyordu ve bu ailelerin, sık sık gergin ya da yoğun bir biçimde aşırı kapsayıcı ilişkileriyle "tuhaf" (sıradışı ya da geri çekilmiş) görülebildiği gözlemlenmişti. Şizofreni düşüncede ve ilişkilendirilmede ifade edilen bir hastalık olduğundan, onunla erken büyüme evresi arasında aşikâr bir olası bağlantı bulunmaktadır. Her şey bir yana, aile yaşamı düşünce ve ilişkilendirme aracılığıyla yürütülür ve büyümekte olan çocuğu bu alanlar-

daki becerilerle donatmayı amaçlar. Psikanalitik düşünce şizofreniye uygulandığında (Freud bundan açıkça kaçınmıştı) bir dizi kuram önerildi; bunlardan bazıları muazzam bir biçimde etkili oldu ve dile yerleşti.

“Şizofrenik anne”

Bunların en ünlüsü (ve belki de en zarar verici olanı) soğuk, düşmanca ve lakin denetimi elden bırakmayan ebeveyn kuramıydı -“şizofrenik anne” (sözcüğü sözcüğüne “şizofreniye neden olan anne”). Bu, Harry Stack Sullivan’la birlikte ABD’deki hastaneye yatırılmış şizofrenik ebeveynlerle uzun dönemli, yoğun bir psikanalize girişen, analist Frieda Fromm-Reichmann tarafından önerildi. Onun en ünlü hastası Joanne Greenberg, daha sonra deneyimlerini *Sana Gül Bahçesi Vadetmedim*³³ adlı çok satan otobiyografik romanında anlattı. Fromm-Reichmann, hastayı sıkıca kendisine bağlayan, sağlıklı bir bağımsızlığın ve ben algısının gelişmesini engelleyen, güçlü ama soğuk ve reddeden bir anne figürünü betimledi. Şizofreni, zayıf kişilik sınırlarıyla (bundan dolayı halüsinasyonlardaki içsel ve dışsal deneyimlerin karışmasıyla) sonuçlanan “ben gelişimi”nin bir düzensizliği olarak anlaşıldı. Fromm-Reichmann’ın vargıları, hâlihazırdaki standartlara göre inanılmazdır. O bunları, tamamen analiz sırasındaki hastanın anlatımlarına dayandırdı ve hiçbir zaman annelerle buluşma ya da mülakat yapma sıkıntısına girmedii. Fromm-Reichmann’ın, fikirlerini sadece 11 hastanın analizinden türettiği varsayılır. Kuram meslek içinde erkenden reddedilmiş olmasına rağmen, ailelerin şizofreniye “neden olabileceği” yargısı yaşamaya devam etmektedir. Bu, ebeveynlerin kendilerini sonu gelmez suçlamasına ve bazı du-

33 Joanne Greenberg, *Sana Gül Bahçesi Vadetmedim*, Çeviren: Nesrin Kasap, İstanbul, Metis Yayınları, 2012.

rumlarda akıl sağlığı çalışanları tarafından reddedilmelerine ve dışlanmalarına neden oldu.

“Çifte-bağ”

Antropolog Gregory Bateson, bir çocukla, süreklilik arz eden, mantıksal olarak hatalı ve çelişkili iletişimin, çocuğun uygun bir ben algısı ve dış dünyayla ilişkisini oluşturmamasını engellediğini ileri sürdü. Bateson, Bertrand Russell’ın ve A. N. Whitehead’in matematiksel eserlerinden etkilenmişti. Onların önermelerinden biri, bir sayılar dizisine işaret eden bir sayının kendisinin bu serinin bir üyesi olamayacağıydı -işaret eden “mantıksal olarak farklı bir düzen”dendi. Bateson benzer bir biçimde, iletişimin mantıksal olarak farklı düzeylerinin olduğunu ve birbirimize (çoğu zaman dolaylı bir tarzda) mesajın bir kısmının, mesajın ana kısmının nasıl anlaşılması gerektiğine işaret ettiği mesajlar gönderdiğimizi söyledi. Bu dolaylı mesajları “meta-iletişimler” (yani, iletişim hakkında iletişim) olarak adlandırdı. Tipik bir biçimde meta-iletişimler duygusal ve sözlü olmayandır ve aile varsayımları (örneğin, “anne sadece kendi çocuklarını sevebilir ve onlar için daima olumlu hisseder”) haline gelir.

Bateson sözlü olmayan mesajla sözlü mesajın birbiriyle çeliştiği durumları çifte-bağ olarak adlandırır (örneğin, açıkça kızgın olan bir annenin çocuğun bardağı kırmasını önemsemediğini söylemesi ve kucaklamak için kollarını açması). Bir çifte bağ üç bileşeni gerektirir: açıkça basit bir mesaj, çelişen bir meta-iletişim ve çelişkinin kabul edilmesi üzerinde mutlak bir yasak. Her üçü de gereklidir ama çelişkiyi reddetme aile kültürü belki de en patolojik olanıdır. Her şey bir yana tüm aileler çelişen ve kafa karıştırıcı mesajlar verir. Çifte-bağ kavramı, herhangi bir çelişkili iletişimi ima etmek için gevşek bir biçimde kullanılsa da Bateson’un kuramı çok daha hassastır.

Bu kuramların tümü, dikkatli bilimsel incelemeyle kesin bir biçimde yerle bir edildi. Yaklaşımlardan biri bağımsız araştırmacılara şizofrenik bireye sahip olan ve olmayan ailelerin ses kayıtlarını dinletmek ve çifte-bağların sıklığını belirlemek ya da ailelerle mülakatlar gerçekleştirmek ve onları soğukluk, düşmanlık, aşırı müdahalecilik, vb. açılardan değerlendirmektir. Güvenilir farklılıklar basitçe bulunamadı. Bununla beraber evlat edinme çalışmaları merhamet vuruşunu beraberinde getirdi. Sağlıklı ailelere doğumda evlatlık verilen çocuklar üzerine yapılan çok dikkatli çalışmaların saptadığı, çocukları yetişkin hale geldiklerindeki şizofreni oranını, şizofrenik anneler tarafından yetiştirilmiş olmaları durumundaki kadar yüksekti. Benzer bir biçimde doğumda farklı ailelere evlatlık verilen ikizler, doğal ailelerinde büyü-tülen tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinin arasındaki aynı farklılığı sergiler. Bu risklerin hiçbirisi yüzde 100 değildir ve büyütülme ve çevre oldukça fazla etkiye sahiptir. Şizofreni-nin bir nedeni olarak ailenin etkisi kesin bir biçimde reddedildi, ailenin etkisi hastalığın sürecine dahil olmuş olarak kaldı. Duygusal olarak fazlasıyla yüklü ailelerdeki şizofreni hastası bireylerin daha sık yıkıma uğraması olasıdır. Bu, elbette ağır hasta üyeleri olan ailelerin daha gerilimli olması nedeniyle olabilir (bakınız Dördüncü Bölüm). Bununla beraber ailelerin daha az duygusal tepki verme konusunda eğitilmeleri yıkım oranlarını azaltır; öyle ise abartılmış bir biçimde ifade edilen duyguların muhtemelen etkisi vardır.

Toplumsal ve akran grubu baskısı

Ailenin etkisi sorgulanırken, daha geniş toplumsal etkiler son yarım yüzyılda gittikçe daha çok tanındı. Örneğin yeme düzensizliklerindeki yükseliş (anoreksiya nervoza ve bulimiya) kadınlardaki bedensel inceliğin kültürel idealinin izini

sürerek Batı'dan yayıldı. Kendine zarar vermenin yayılması (özellikle genç kadınlardaki doz aşımı ve kendini kesme) grup normlarından ve beklentilerinden açıkça etkilenir. Yerel feveranlar TV pembe dizilerindeki intihar girişimleri gibi özgül olaylarla sık sık bağlantılandırılabilir. Alkol ve uyuşturucu kullanımı farklı kültürel gruplar (hem uluslararası hem de ulus içi) arasında fazlasıyla çeşitlilik gösterir ve bu tür davranışlar üzerinde grup beklentilerinin gücü reddedilemezdir. Bu muazzam bir biçimde önemli halk sağlığı sorunları ve bu davranışların “akıl hastalıkları” olarak statüsü Altıncı Bölümde yeniden ele alınacaktır.

Evrimsel psikoloji

Genetik-yetiştirilme(nature-nurture) tartışmasının solup giden ilgisi evrimsel psikolojinin yükselişiyle yakın zamanda yeniden canlandı. Darwinci evrimin daha gelişmiş bir kavranışı (en uygun olanın hayatta kalması) psikiyatriyi bazı psikiyatrik bozuklukların olası evrimsel değeri hakkındaki kuramlara yöneltti. Basitleştirici bir görüş genetik bileşeni olan tüm akıl hastalıklarının hayatta kalmayı azaltacağını ve yok olmak zorunda olduğu öngörür. Bununla beraber “içerici uygunluk”, bir karakteristiğin evrimsel değerini sadece bireyin hayatta kalmasına yardım edip etmemesine göre değil, ayrıca onun soyundan gelenlerin hayatta kalmasını daha olası kılıp kılmamasına göre değerlendirir. Richard Dawkins'in 1976 tarihli *Gen Bencildir*³⁴ [*The Selfish Gene*] grup desteğinin evrimsel avantajlarına ve bireylerin diğerleri için kendilerini kurban ettiklerindeki alturizme ikna edici bir biçimde açıklamalar getirmektedir.

34 Richard Dawkins, *Gen Bencildir*, Çeviren: Asuman Ü. Müftüoğlu, Ankara, TÜBİTAK Yayınları, 9. Baskı, 2007.

O zamandan bu yana çeşitli davranış farklılıklarının ve akıl hastalıklarının evrimsel avantajları konusunda bir dizi spekülatif varsayımlar önerildi. Bunların birçoğu etolojik oyun kuramına (yani herhangi bir davranışın faydası sadece, grubun diğer üyelerinin davranışlarının bağlamında anlaşılabilir) dayanır. Öyle ki depresyon hiyerarşik bir grup içindeki “yenilgi”ye güvenli bir yanıt olabilir çünkü bireyin iyileşirken çatışmadan geri çekilmesini sağlar. Aynı şekilde görkemliliği ve cinsel etkinliğiyle mani, bireyin genlerinin yayılmasını teşvik eden hiyerarşik bir mücadelede başarıya verilen bir yanıt olarak önerildi. Depresyon ve hipomaniye benzer davranış değişiklikleri, primatların, yaşamlarını yöneten hiyerarşide yükselip alçaldıklarında açıkça görülebilir.

Şizofreni hastası bireylerin mekânsal yalıtımı ve toplumsal temas için sınırlı gereksinimi, düşük yiyecek tedariki olan uzak mekânlara uyarlanmanın sağlayıcısı (ve bulaşıcı hastalık ve salgın riskine karşı bir koruma) olarak yaratıcı bir biçimde önerildi. Evrimsel psikoloji şüphesiz psikiyatrik düşünceyi gitgide artan bir biçimde etkileyecektir -bozukluklarımızın birçoğu klasik “tıbbî model”e zayıf bir biçimde uymaktadır. Bununla beraber bu -zihinsel bozuklukların etrafında değil ama toplumsal davranış ve özellikle toplumsal cinsiyete özgül davranışla ilişkili- oldukça tartışmalı bir alandır. Burada bu sık sık fazlasıyla erkek-yönelimli, sömürücü bir dünya görüşünü haklı gösterme olarak yorumlanır. İyi ki bu bir başkasının savaşıdır.

Neden aileler kendilerini suçlar?

Aile kuramlarının birçoğu gözden düştüyse neden burada bu sorun üzerine bu kadar çok zaman harcandı? Akıl hastalıklarında aile kuramları, aksine kanıtlara rağmen, üzerimizde dikkate değer güçte bir baskı uygulamaya devam etmektedir. Ve sadece şizofreni üzerinde değil ayrıca depresyon,

anoreksiya nervoza, kişilik düzensizlikleri, uyuşturucu ve alkol suiistimali vb. üzerinde de. Ebeveynlerin, çocuklarına ne olduğu (ve belki çocukların da ebeveynlerini suçlamak) konusunda sonsuz bir kendilerini suçlama kapasitesi varmış gibi görünmektedir. Bu belki de inanmaya gereksinim duyduğumuz içindir. Özgür iradeye ve dış dünya üzerindeki etkimize inanmaya gereksindiğimiz gibi, aile üyeleri de birbirlerini etkileyebildiklerine inanmaya gereksinir. Etkileyemiyorsak neden kendimizi sıkıntıya sokalım? Evrimsel psikologlar, ailelerin çocukların yetiştirilmesine yıllarını vermek için inanmaya gereksinim duyduğunu söyleyebilir. Biz çocuklarımıza bakmak için biyolojik olarak programlandık öyle ki biz bunu destekleyecek bir inanç sistemine gereksinim duyarız (aynı şekilde, biz eşleşmek için biyolojik olarak programlandık öyle ki onu desteklemek için aşka inanmamız gerekir, diyebilecekleri gibi). Bu tür bir inancın, biyolojik görevimize dikkatimizi sürdürmemiz için, bir mekanizma olduğu ileri sürüldü.

Bunun kötü yanı elbette, suçluluk duygusu ve kendini suçlamadır. Bir etkimiz olduğuna inanıyorsak, işler yolunda gitmezse başarısız olduğumuzu hissederiz. Bu kaçınılmazdır. Duygusal çabanın ifade edildiği, terapistlerin empatik olarak kimsenin suçlanmaması gerektiği ve amacın daha etkili baş etme stratejileri bulmak olduğunda ısrar ettiği zaman bile aileler kendilerini suçlanmış hisseder. “Bu kadar çok karışmasaydık bu kadar çok hata yapmayacaktı.” “Diğer aileler bununla daha iyi baş edebiliyor olmalı yoksa terapist ne tavsiye edeceğini nasıl bilecek?” Bazı aileler için suçluluk yerine sorumluluk hissetmek daha tercih edilebilirdir. Bu, sonucu etkilemek için yapabilecekleri bir şeyler olması gerektiğinin mantıksal sonucunu ima eder. Kabullenmeye değer veren kültürlerin kendini suçlaması daha az olasıdır (duyguların

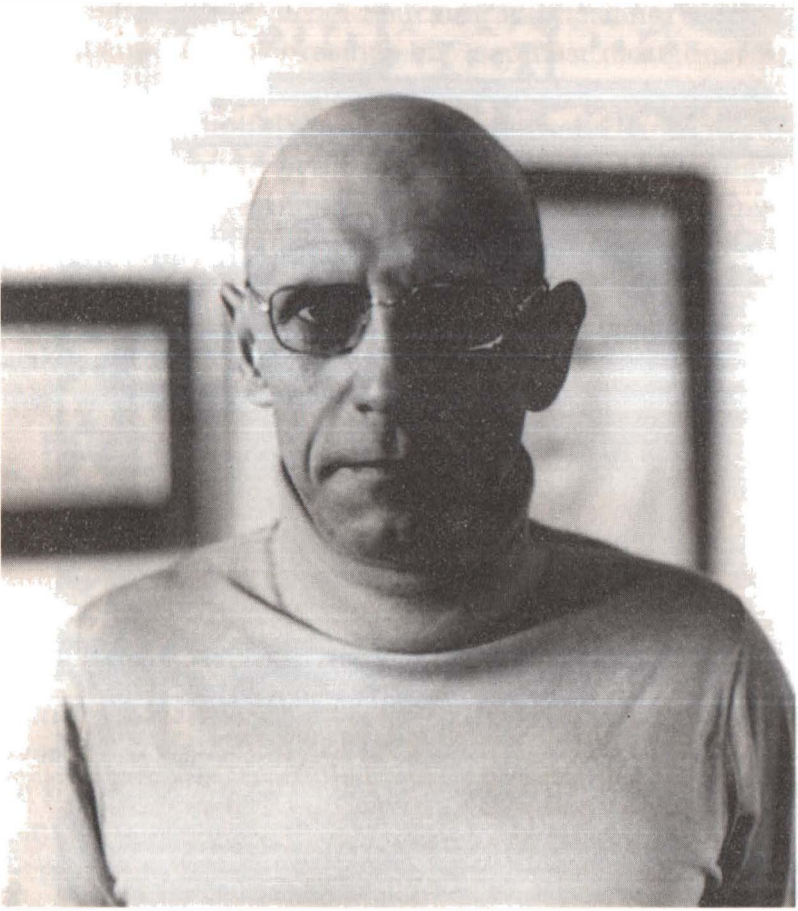
abartılı dışa vurumu Avrupa'ya göre Hindistan'da daha az yaygındır).

Anti-psikiyatri hareketi

Zihin ve beyin, doğa ve yetiştirilme üzerindeki tartışma psikiyatrinin daima bir parçası olagelmıştır ve öyle olmaya devam etmesi olasıdır. Bu tartışmalar, psikiyatriye yönelik en kesintisiz ve ünlü “dışsal” saldırıyı desteklemiştir. Bu, 1960'larda ve 1970'lerde meydana geldi ve daha sonraları “anti-psikiyatri hareketi” olarak adlandırıldı. 1960'ların başındaki akıl hastaneleri skandalları ve Erving Goffman'ın *Asylums'u* yayınlaması muazzam bir saldırının zeminini hazırladı. Bu, bazı psikiyatri uygulamalarının ya da sistemdeki hatanın eleştirisi değildi; bu psikiyatrinin meşruiyeti üzerine bir saldırıydı.

Anti-psikiyatrinin mesajı, bir hurda olarak psikiyatrinin geliştirilmeye gereksinimi yoktu. En iyi haliyle psikiyatri şaşkındı ve başkalarının kafalarını da bulandırıyor; en kötü haliyle nazik bir tıbbî uygulama olarak gizlenen tamamen kötücül bir tahakküm aygıtıydı. Üç karizmatik yazar hareketi cisimleştirmek için öne çıktı. İkiisi mesleğini icra eden psikiyatristlerdi. Kitapları, yaygın öğrenci ayaklanmalarının olduğu bir zamanda, 1960'ların sonu ve 1970'lerde kampüs incilleri haline geldi ve onlar 1968 Paris öğrenci ayaklanması ve onun uluslararası sonuçlarında çok büyük bir etkiye sahip oldular.

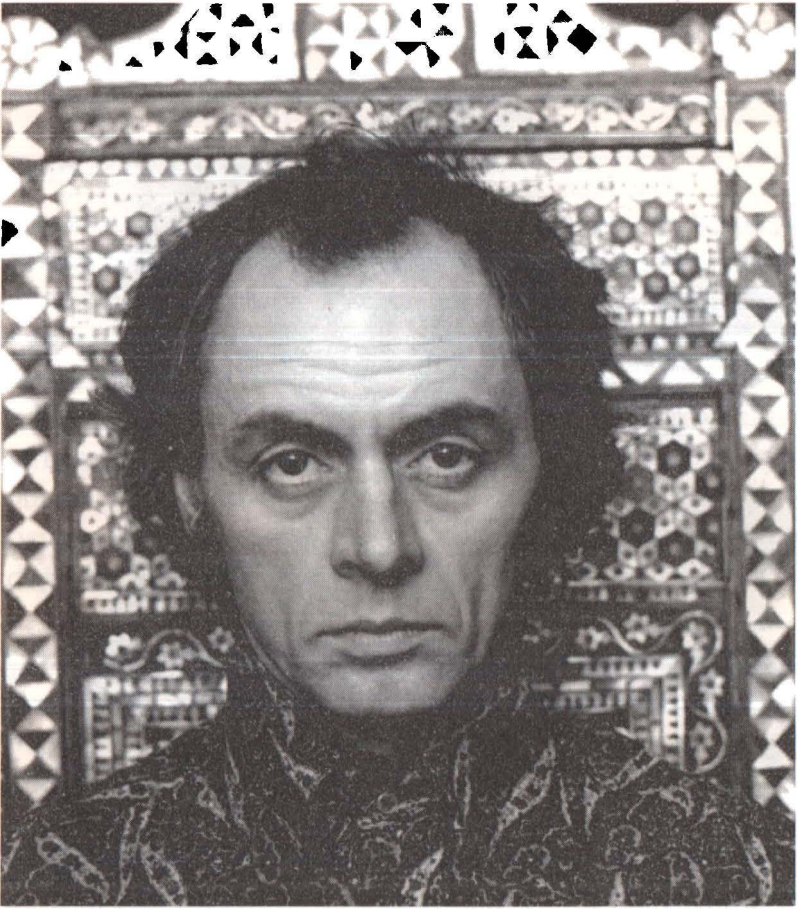
Thomas Szasz, ABD'ye göç etmiş bir Macar, 1961'de *Akıl Hastalığı Miti* [*The Myth of Mental Illness*] adlı kitabıyla üne kavuştu. Kitabında, “akıl hastalıkları”nın, toplumsal olarak sapkın bireyleri yasal haklarından yoksun bırakmak için imal edildiğini ileri sürdü. Gönüllü olmayan tedaviye karşı, psikiyatri ve devletin ayrılması ve delilik savunmasının lağ-



#© Photos12.com/Carlos Freire

Michel Foucault (1926-84) Toplumsal baskıyı meşrulaştıran psikiyatrinin gücünü eleştiren Fransız filozofu.

vedilmesi için güçlü bir biçimde mücadele etti. Akıl hastası olarak yargılananların eşit bir biçimde muamele görmeleri ve davranışlarından dolayı sorumlu tutulmaları (yani, psikotik bireylerin, tedaviyi reddetme hakkının olması ve görünür bir biçimde iyi olmasalar bile, yasayı ihlal ettiklerinde cezaevlerine gönderilmesi) gerektiğine inanıyordu. Kendi akıl hastalığı modelinde sık sık histeriye dayanıyordu (belki



#© J. Haynes/Lebrecht

R. D. Laing (1927–89)

de New York'da bir psikanalist olarak deneyimlerini yansıtıyordu); bu da davasının gücünü sınırlandırdı. Aşırı liberter duruş noktasının ve tahakküme muhalefetinin Sovyet işgali sırasındaki deneyimlerinden kaynaklandığı ileri sürüldü. Scientology³⁵ Kilisesi devletin işlettiği ve baskıcı psikiyatriye muhalefet ederken onu sık sık alıntılanmaktadır.

35 ABD'li bilim kurgu yazarı L. Ron Hubbard tarafından geliştirilen bir inanç ve buna bağlı uygulamaların bulunduğu bir inanç akımı.

Fransız filozof Michel Foucault akıl hastalığı kavramının aydınlanma çağı sonrasının bir sapması olduğuna inandı. Foucault, deliliğin varlığının deli kimliğini gerektirmediğini ileri sürerek, kimliklerin sınıflandırılmasına karşı çıktı. Onun *Delilik ve Uygarlık*³⁶ [*Madness and Civilisation*] adlı kitabı psikiyatrik uygulamanın bizzat temeline meydan okudu ve onu (tedavi edici ve özgürleştirici olmaktan çok) baskıcı ve denetleyici olarak ele aldı. Eseri Kıta Avrupası'nda muazzam bir etkiye sahip oldu (etkisi İtalya'da Basaglia'nın reformlarında açıkça görülür). Bununla beraber eserleri yoğun ve özümsemesi güçtür ve Foucault okunmaktan çok alıntılanır.

En erişilebilir ve etkili olan anti-psikiyatrist R. D. Laing'dır. Parlak bir aklı ve şeffaf bir yazma stili olan Glasgowlu psikiyatrist bir dizi çok satan kitapla psikiyatri dünyasını altüst etti. Orijinal ve tahrik edici bir adam olarak görüşleri yaşamı boyunca değişti ve Freud gibi o da, bu radikal değişiklikleri kabul etme ya da açıklama gereksinimi hissetmedi. İlk ve en etkili kitabı *Bölünmüş Benlik*'ti³⁷ [*The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*] (1960). Laing konumunu "varoluşçu fenemoloji" (sakın sormayın!) olarak adlandırdı ve şizofreni hastalarının sanrısız düşüncesinin basitçe dünyanın farklı bir ele alınışı olduğunu ileri sürdü.

Bunun rahatsız edici bir biçimde provakatif ama özünde yaratıcı olduğunu ve yeterli hayal gücü ve ahlâkî cesaretle anlaşılabilirliğini ileri sürdü. Bununla beraber bu farklı dünya görüşleri güvenliğimizi tehdit etmektedir bu nedenle onlara teşhisler dayatarak ve onları "patolojikleştirerek" varlıklarını inkâr ederiz.

36 Michel Foucault, *Deliliğin Tarihi* (Akıl ve Akıl Bozukluğu - Klasik Çağda Deliliğin Tarihi), Çeviren: Mehmet Ali Kılışbay, Ankara, İmge Yayınevi, 1992.

37 R.D. Laing, *Bölünmüş Benlik*, Çeviren: Ergün Ahmet Akça, İstanbul, Pinhan Yayıncılık, 2012.



© Hiroshi Hamaya/Magnum Photos

Öğrencilerin, R. D. Laing'in 1969'daki bir dersinden sonra yaktığı psikiyatri bölümünden geriye kalanlar

Kitap Laing'in tedavi ettiği hastaların canlı betimlemelerinin yanı sıra onların ikilemlerinin en sarsıcı ve yaratıcı yorumlarıyla doludur. Psikozun Bölünmüş Benlik tarafından verilen izlenimi, toplumun korkakça ve kötü-niyetli dışlamasıyla karşılaşmak için, canlı ve otantik deneyimlerini aktarmaya çalışan eziyet edilmiş ve kahramanca bir bireydir. Her ne kadar çekilen ıstırabı inkar etmiyorsa da, onun yaptığı esas olarak (paradoksal bir biçimde) saldırdığı psikiyatriye aynı zamanda katılımı arttıran, akıl hastalığına romantik bir bakıştı. Laing, Szasz gibi, hiçbir zaman kendisini (ilk kez 1967'de meslektaşı David Cooper tarafından kullanılan kavram) anti-psikiyatrist olarak adlandırmadı ve her ne kadar geleneksel olmayan bir tarzda olsa da uygulamaya devam etti.

Laing'ın ikinci "aşama"sı ailelerin, çocuğun belirmekte olan kimliğini inkâr ederek şizofreniye katkıda bulunduğu inancıydı. Aaron Esterson'la birlikte yazdığı, *Sanity, Madness and the Family: Families of Schizophrenics* kitabı, şizofreniyi baskıcı ve dışlayıcı ebeveynliğe bir tepki olarak formüle etti. Kitaptan esinlenen film (*Aile Yaşamı [Family Life]*, 1971) uluslararası ilgi gördü. Laing'ın üçüncü aşaması o zamanlar çok yaygın olan LSD'yle yaygın deneylerinden esinlenmiştir. 1967 tarihli *The Politics of Experience and the Bird of Paradise* adlı kitabında psikoza, algı kapılarını açan ve bilinci genişleten hayal gördüren bir keşif yolcuğu olarak tasavvur etti.

Laing bu tür etkili bir rol için olası olmayan bir adaydı. Psikiyatrik kariyerine bir ordu psikiyatristi olarak başladı. Kişisel yaşamı birçok evlilik ve birçok çocukla fırtınalıydı. Bir üniversite hocası olarak esinlendirici olmaktan samimi bir biçimde sarhoş ve anlaşılmaz olmaya dek uzandı. Kurum karşıtı duyguları harekete geçirme yeteneği öylesine güçlüydü ki 1972'de Tokyo'da verdiği bir dersten sonra öğrenci derneği gidip psikiyatri bölümünü ateşe verdi. O, onu tanıyan herkesi şaşırtarak, Fransız Riviera'sında utanç verici bir burjuva etkinliği olan tenis oynarken, 62 yaşında, ölünceye dek bir radikal olarak kaldı.

Yirmibirinci yüzyılda anti-psikiyatri

1960'larda ve 1970'lerde anti-psikiyatri hareketini yaratan psikiyatriye içsel karşıtlıklar ortadan kalkmamıştır. Akıl ve beyin, özgürlük ve baskı, farklı olma hakkı (hatta belki farklı olma görevi), genetik-yetiştirilme canlı sorunlar olarak kaldı. Birçok (hiçbir suretle hepsi değil) eski hasta grupları sık sık kendilerini hastalar, müşteriler ya da hizmet kullanıcıları olarak değil "hayatta kalanlar" olarak niteleyerek militan

anti-psikiyatrik haline geldiler. Almanya’da ve Hollanda’da devlet rutin akıl sağlığı hizmetlerinden “kaçan” bireyler için yurtlara ve gecelik kalacak yerlere katkıda bulunmaktadır. En dikkat çekici anti-psikiyatri grubu Scientology Kilisesi’dir. İlgilerinin büyük bir kısmı beyin ameliyatı ve ECT gibi tartışmalı tedaviler üzerindeyse de onlar mesleğin bütününe karşı eleştireldir. İnsan acılarına karşı yapay ve teknolojik yaklaşımlardan kaçınmamız gerektiğini ve rahatlamak için alternatif kişisel rotalar aramamız gerektiğini söyleyeceklerdir.

Bununla beraber günümüzde bir disiplin olarak psikiyatriye karşı ahenkli bir muhalefet daha azdır. Bu kısmen “biyolojik” açıklamaların hızla yayılmasına duyulan abartılı inanç-genetik ve genomik ilerlemelerin tüm sorunu akademik kılacağı iyimserliği- yüzündendir. Bununla beraber psikiyatriye karşı daha az kavramsal muhalefet varken onun uygulanmasının çeşitli görünümüne karşı duyulan hoşnutsuzluk konusunda bir kıtlık yoktur. Bunlara şimdi Altıncı Bölümde yeniden döneceğiz.

İSTİSMARA AÇIK

Psikiyatri uygulamasındaki tartışmalar

Psikiyatrik uygulamanın bizatihi doğası onu kötüye kullanıma ve istismara açık kılar. Uygulama fazlasıyla eşitsiz iktidar ilişkilerinin yanı sıra görüşleri ve şikâyetleri “hastalığın bir parçası” olarak kolayca görmezden gelinebilecek olan bir başkasına bağımlı ve incinebilir hastaları içerir. Buna psikiyaristin, görünür hiçbir hastalıklar işareti olmayan hastanın saiklerinin ve zihinsel durumunun değerlendirmesine dayanan teşhis sürecinin öznel doğasını ekleyin. Psikiyatrinin tarihi de güven esinlendirmemektedir. Utanç verici, siyasal suiistimal dönemleri bazı akıl hastalığı kuramları, bize hem tehlikeli hem de barbarca gelen tedaviler olagelmıştır. Modern psikiyatrinin bizatihi görünürlüğüne (kurum duvarlarının arkasında) ek olarak iyi bilgilenmiş bir toplum ve işler kötüye giderse bunu kabul etmeye yönelik bir isteklilik, bu tür suiistimallere karşı belki de en büyük güvencelerdir. Psikiyatri iyi ki, dünya çapındaki bilimsel, kanıt temelli tıp hareketine dahil olmuştur -veriler otorite ve görüşlerin önünde geçmiştir. O halde bu bölümde psikiyatrinin neyi yanlış anlayabileceğine odaklanırken onun daha sık bir biçimde doğru anladığını ve bu ilerlemenin somut olduğunu unutmayalım.

Toplumun imgeleminde en büyük psikiyatrik suiistimal riski onun muazzam gücünden kaynaklanmaktadır. Filmlerde, kötü psikiyatrist, kendi amaçları için kurbanlarının zihinlerini manipüle ederken, rahatsız ve etkiye açık kişileri tabi kılmaktan zevk alırken betimlenir. *Kuzuların Sessizliği*'ndeki³⁸ [*Silence of the Lambs*] Hannibal Lecter karakteri bunlardan biridir -kurbanların aklını okumakta gayet becerikli olan Lecter bu gücünü onları tuzağa düşürmekte ve sömürmekte kullanır. Diğer filmlerde psikiyatristler, dünyayı yönetmek için güçlerini kullanma megalomanik sanrısını geliştirir.

Bu tür vakalar -psikiyatristlerin yanılmazlıklarına ikna olduğu ve büyük zarar verdiği- küçük ölçekte meydana geldi. Toplumsal cinsiyetin toplumsal olarak belirlendiğini doğrulamak için toplumsal cinsiyet kimliğini değiştirme deneyleri uç örneklerdir; akıl hastalığına neden olduğu düşünülen dişlerdeki ve bağırsaklardaki enfeksiyon kaynaklarını ortadan kaldırmak için yüzlerce bireyi kötürümleştirmek ve 1940'lar da ve 1950'lerin başında lobotominin topyekun kullanımı diğerleridir. Bununla beraber psikiyatrinin birçok aşırılıkları farklı nedenlerden, psikiyatristlerin yetersizlik algısından ve eziyet edilmiş hastalarına yardım etmek için en umutsuz müdahalelere yönelme korkusundan kaynaklanır.

Bu dinamik değişmektedir. Meslekler artık böylesine güçlü ve bağımsız değildir. Otoriteye riayet ve saygı küresel bir saldırı altındadır. Psikiyatrik uygulamadaki hâlihazırdaki riskler, meslekî yalıtılmışlık ve kendini beğenmişlik yerine toplumsal uymadan kaynaklanmaktadır. Psikiyatristleri izlemek belki de işin sadece yarısıdır -psikiyatriyi manipüle edebilecek diğer güçlü oyuncular (çokuluslu ilaç şirketleri, hükümetler, baskı grupları) üzerinde de ihtiyatlı bir göz bulundurmamız gerekir.

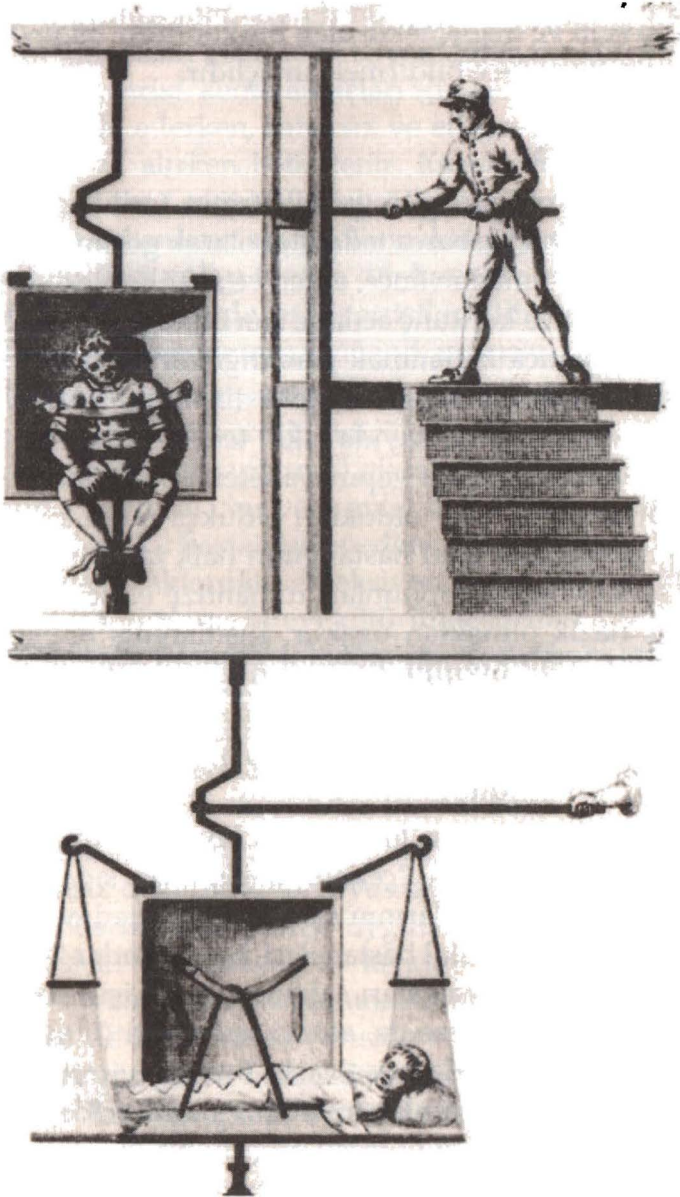
38 Thomas Harris, *Kuzuların Sessizliği*, Çeviren: Pınar Öcal, Nemesis Kitap, 2014, İstanbul.

Bu yaygın ve değişmekte olan bir konudur bu nedenle izleyen bilgiler sadece bildirmek amaçlıdır.

Eski günahlar

Tüm tıp için olduğu gibi, psikiyatrinin tarihi günümüzde tehlikeli ve hatta barbarca tedaviler olarak görünenleri içerir. Fazla eleştirel olmadan önce, erken ve ani ölümleri sürekli bir tehdit olduğu ve korkunç acılara, son buluncaya dek haftalar ve aylar boyunca katlanmak gerektiği zamanlarda yaşamının nasıl bir şey olması gerektiğini düşünün. Çok az sayıda kesinlik ve daha da az sayıda etkili tedavi bulunuyordu. İki yüzyıl önce doktorların yapmaya istekli oldukları ve hastaların katlanmaya hazır oldukları oldukça farklı standartlarla yargılanmalıdır. Akıl hastalığının halk tarafından tedavisi de, sanayi öncesi toplumları romantize etme eğilimimize rağmen, nazik olmaktan uzaktır. Kısıtlanmış bireyler çoğu zaman kabul ediliyordu ve zaman zaman da saygı görüyordu ama daha rahatsız olanlar sık sık (ölüm anlamına da gelebilen) dışlanıyordu ya da cadılar ya da benzerleri olarak muamele ediliyordu.

Erken psikiyatristler, kan almak, lavman yapmak ve fincan çekmek (toksinleri “çekmek” için sırta sıcak fincanlar basmak) dahil, zamanlarının standart tıbbî tedavilerini kullandı. Erken dönem akıl hastaneleri, her ne kadar “gözü dönmüş” altüst olmuş hastaları sakinleştirmek için çeşitli çaresiz önlemleri denediyse de, ahlâkî tedavileri (İkinci Bölüm) vurgulayarak bunlardan uzaklaştı. Bunlar (yirminci yüzyılda hâlâ kullanılan) soğuk banyoları ve ünlü “dönen sandalye” gibi basitçe hastayı yorarak çalışan, bir dizi zekice aygıtı kapsıyordu. Bununla beraber tımarhaneler çağının belli başlı günahları, görmezden gelmeyle ilişkili olanlardı -ilgi yerine sınırlandırma, aktif suiistimal yerine haysiyetsiz ve aşağıla-



“Dönen Sandalye” Ortaçağda “taşkın” hastalar üzerinde kullanılmak üzere geliştirilen “rahatlatıcı” pekçok aletten biri.



Bedlam'da 1814'te zincire vurulmuş William Norris

yıcı koşullar. Uzun dönem dalgalanan hastalıklar fantastik kuramları ve tedavileri biriktirmeye özellikle yatkındı. Bu çaresizliğin ve saf şansın (hastalar bazı ilgisiz tedavilerin kullanımıyla basitçe iyileşirdi) karışımıydı. Ondokuzuncu yüzyılın sonunda "sepsis" in (düşük yoğunluklu enfeksiyonun) yeri olduğunu düşünüldüğünden akıl hastalarının sağlıklı organları alma modası vardı. Binlerce sağlıklı diş ve bademcik ve hatta bağırsakların büyük bir kısmı alındı. New Jersey'deki Trenton Devlet Hastanesi'nden Dr. Henry Cotton, 1933'teki ölümüne dek (kendi iki oğlunun tüm dişlerini sökmek ve hatta birini karın ameliyatına tabi tutmak dahil) bu yaklaşımın destekçisiydi. Bu tedaviler tartışmalıdır ama önde gelen psikiyatrik şahsiyetler tarafından hâlâ desteklenmektedir.

Hawthorn etkisi

İşleri karmaşıklaştıran bir unsur, tedavinin kendisi etkisiz olsa bile tedavileri çevreleyen heyecan ve ilgi gerçek bir fark yaratabiliyor olmasıydı. Bu insülin koması tedavisiyle sergilenmişti. İnsülin iştahı uyarmak ve (aksi halde, sözcüğün tam anlamıyla, ölünceye dek açlık çekecek olan) altüst olmuş hastaları sakinleştirmek için psikiyatride uzun zamandır kullanılıyordu. Bir dizi insülin komalarının şizofreni tedavisinde etkili olduğuna inanılıyordu ve bu 1930'lardan 1960'lara dek yaygın bir tedavi haline geldi. Yetenekli ve ilgili bir hemşirelik gerektiren potansiyel olarak tehlikeli bir tedaviydi -koma çok derinleşirse hasta ölebilirdi. Bu, etkisini belirlemek için kontrollü bir denemeye tabi tutulan ilk psikiyatrik tedaviydi. Çalışanlar hangisinin hangisi olduğunu bilmeksizin, hastaların yarısı sakinleştiriciler kullanılarak hafif uykuya ve diğer yarısı da insülin komasına sokuldu. Farkı yaratarını insülin değil, hemşirelik ilgisi ve tedavinin esinlendirdiği umut ol-

duğu vargısını zorlayacak şekilde, sonuçlar her iki grup için de aynıydı. Tedavi bir yana bırakıldı. Bu etki “Hawthorn” etkisi olarak bilinir ve psikiyatrik araştırma daima şevkin hesabını vermek zorundadır.

Şevk psikiyatride zarar olarak kabul edilmemelidir. Tıbbın büyük bir kısmı, en iyi şekilde tutkusuz, bilimsel bir akıl çerçevesinde gerçekleştiriliyor olabilir ama psikiyatri çalışanlarından umut ve iyimserlik talep eder. Hastalar çok sık umutlarını yitirirler ve onu yeniden kazanmak için yardıma gereksinirler. Umut insülin koması çalışmasının da işaret ettiği gibi, kendi başına terapötiktir. Birçok araştırma iyimserliğin sonuçlar üzerinde (hatta kanser hastalarında bile) bir fark yarattığını doğrulamıştır. Bununla beraber iyimserlik aşırı şevke ve etkili olanlar dahil, tedavilerin uygun biçimlerinin ötesinde verilmesine neden olabilir.

Elektrokonvülsif terapi ve beyin cerrahisi

EKT ortaya çıktığı 1930'lardan 1960'lara dek kesinlikle aşırı kullanılmıştır. Her ne kadar EKT'nin esas etkisinin depresyon tedavisinde olduğu açık hale gelmiş olsa da, şizofrenide ve rahatsız davranışlar için kullanılmaya devam etti. Tedavi ilk başlarda anestetikler verilmeksizin yapıliyordu. Görünen o ki, rahatsız davranışların “tedavisi”, onun uygulanması, şüphesiz zaman zaman kötüye kullanıldı. Guguk Kuşu'nda [One Flew Over the Cuckoo's Nest] Jack Nicholson'a verilen uyarlanmamış EKT gibi, sansasyonalist ve yanlış yönlendirici betimlemeleri, tartışmayı alevlendirmeye devam etti. Birçok ülkedeki -İtalya'da, Yunanistan'da ve İspanya'da ve ABD'de Kaliforniya'da- kamu psikiyatrisinde EKT'yi elde etmek neredeyse olanaksızdır. İngiltere'de ve ABD'nin birçok eyaletinde yasaklanması birçok kez önerildi ama yasalaşmadı. Bunların bir kısmı şüphesiz ilk başlardaki aşırı kullanım nedeniyledir

-onun en acımasız eleştirmenleri, uygun olmayan bir biçimde ECT'ye maruz kalan ve ondan yararlanamayanlardır. Ancak onu destekleyenler için bile onda tatsız olan bir şeyler vardır. Organlarımızın en narin ve önemli olanına, beyne", "kaba bir saldırı olarak görünür. EKT -özellikle nasıl işlediğini bilmediğimiz için- yaratıcı ve duygusal doğamıza bir saldırı olarak deneyimlenir. EKT'ye Scientology Kilisesi gibi gruplar tarafından güçlü bir biçimde karşı çıkılır.

EKT'nin aşırı kullanımından daha da şok edici olanı, ABD'de 1950'lerin başında Watts ve Freeman tarafından yürütülen beyin cerrahisi kampanyasıydı. Psikiyatride beyin cerrahisi, Pittsburgh çelik fabrikasında ustabaşı Phineas Gage'in kafasının içinden bir çubuğun geçmesine rağmen hayatta kaldığı tuhaf kazanın üzerine gözlemleri izledi. Belirtilen tek hasar kişilikte bazı değişikliklerdi -daha yumuşakbaşlı (ama daha az sıkılgan ve küfürbaz) biri haline gelmişti. Çubuğun geçtiği beynin ön tarafındaki bağlantıları bölerek, katlanılmaz kronik kaygı ya da rahatsızlık davranışını azaltmak için son çare girişiminde bulunuldu. Avrupa'da leucotomi ve ABD'de lobotomi olarak adlandırıldı ve ilk kez Portekizli psikiyatrist Egon Moniz tarafından 1935'te uygulandı. Bunun için 1949'da Nobel Ödülünü aldı, kaderin ironik bir cilvesiyle 1955'te memnun olmayan bir hasta tarafından vurularak öldürüldü.

Psikocerrahi ağır obsesif kompulsif bozukluk ya da kronik depresyonla tamamen kısıtlanmış sınırlı birey gruplarında yararlı olabilir. Görünüşte hastaları, (belirtileri ortadan kaldırmak yerine) belirtilere karşı kayıtsız kılarak işlemektedir. Hasta obsesif düşünceleri deneyimler ama onların üzerinde düşünmez ve onları görmezden gelir. Operasyonla hastanın kişiliğinde değişimler meydana gelir -hastanın bir şekilde "duygusuz" hale geldiği söylenir.

Beyin cerrahisi, EKT'ninki gibi bir rahatsızlığı uyandırdı. Bütünüyle saldırgan ve acımasız göründü. Nasıl işlediğine dair açıklaması ve ikna edici olmaktan uzaktı. Freeman ve Watts operasyonun sadece lokal anestezi gerektiren oldukça basit bir versiyonunu geliştirdi. Riskleri önemsizmiş gibi göstererek büyük akıl hastanelerinde bu operasyonlardan binlercesini gerçekleştirerek ABD'yi bir uçtan diğerine gezdiler. 1939 ve 1951 arasında ABD'de 50000'den fazla operasyon gerçekleştirildi; Freeman kendi başına 3439 operasyon yaptı. Modern teknikler oldukça farklıdır (genellikle birkaç milimetre küp beyin dokusunu tahrip etmeyi içerir) ve fazlasıyla düzenlenmiştir. BK'da ve ABD'de yılda sadece birkaç düzine operasyon gerçekleştirilir. Yine de bu, insanların nadiren düşüncelerini değiştirdiği, fazlasıyla yüklü bir konu olarak kaldı.

Psikiyatrinin siyasî istismarı

Psikiyatrinin daima ikiz sorumluluğu olagelmıştır -hasta bireylerin bakımı ve toplumun korunması. Bu "toplumsal denetim" görünümü, özellikle zorunlu tedavide, bireyin haklarıyla dikkatli bir biçimde dengelenmelidir. Denge birçok ülkede ateşli bir biçimde tartışılan bir sorun olarak kalmıştır. Güney Afrika'da Apartheid ve ABD'de Güney Eyaletlerinde ayrımcılık döneminde siyahlara sunulan çok farklı psikiyatrik bakım sık sık siyasî istismar olarak nitelenir. Benzer bir biçimde, İngiltere'de etnik azınlık hastalarının (özellikle Afrika ve Karaip kökenli siyahların) özgürlüklerinden zorunlu olarak yoksun bırakılmalarının yüksek oranı, sık sık baskının sınırlarında farklı kültürlere hoşgörüsüzlük olarak anılır. Bu muhtemelen "küçük s ile siyaset"tir. Bakım hizmetlerine adil olmayan erişim birçok sağlık bakım sisteminin niteliğidir. Mazur gösterilemeyebilir ama özgül bir grubu cezalandırmayı amaçlayan kasıtlı bir siyasa olması güçtür.

Eski Sovyetler Birliği'nde muhalif siyasî görüşleri bastırmak ve susturmak için psikiyatrinin açıkça kullanılması binlerce bir infazdı. Sovyetler "yavaş ilerleyen şizofreni" teşhisi kullandı; bu da olumlu belirtiler (halüsinasyon, düşünce düzensizliği vb.) olmaksızın yavaş gelişen geri çekilme ve tuhaflik anlamına geliyordu. Yavaş ilerleyen şizofreni, devlete muhalif olan ama açık akıl hastalığı işaretleri sergilemeyen muhalif siyasal görüşteki kişileri gözaltına almak için kullanıldı. Elbette bazı akıl hastası bireyler devletin kendilerini cezalandırdığını düşündüğünde devlete muhalif oldu. Sovyetler, çok sayıda açıkça sağlıklı bireyi, adli psikiyatrik kliniklere kapattı.

Bu, (özellikle Orta ve Doğu Avrupa'da) psikiyatrinin ününe ciddi bir biçimde zarar veren bir skandaldı. Sovyet psikiyatrik suiistimalinin bir olumlu sonucu, bu tür uygulamalarla yüzleşmek için psikiyatri içinde uluslararası bir hareketin gelişmesiydi. Düzenli olarak dünya çapında cezaevlerini ve gözaltı merkezlerini ziyaret eden ve izleyen Birleşmiş Milletler ve Kızıl Haç örgütleri günümüzde akıl hastanelerini de rutin görevlerine ekledi. Çin yakın zamanda Falon Gong Tarikatı'na karşı mücadelesini uluslararası incelemeye sunmak zorunda kaldı. Uluslararası farkındalık siyasî istismara karşı en güçlü korumayı sağlar.

Sınırsız psikiyatri: her şey için bir teşhis

Psikiyatri halk sağlığında merkeze taşındı. Dört akıl hastalığı Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam boyu kısıtlılığın ilk on küresel nedenleri listesine dahil oldu. Depresyon hâlihazırda ikinci sıradadır ve 2020'de ilk sırada yer alacağı öngörülmektedir. Kırk dört milyon ABD'li depresyon tedavisi gördü. Bu iyi haber midir yoksa kötü haber midir? Bunun nedeni, dam-

galamarun azaltılması olarak, akıl hastalıklarının yükünün uzun zamandır gecikmiş tanınmasının tespiti ve kayıt etmeyi (ve büyük olasılıkla da tedaviyi ve iyileşmeyi) geliştirmesidir. Alternatif olarak bunun nedeni, modern yaşama ve yaşlanan nüfusa eşlik eden daha büyük bir gerilim ve daha fazla akıl hastalıkları olabilir. Bununla beraber, şizofreni ve iki uçlu düzensizlik gibi kurumsallaşmış ağır akıl hastalıklarının oranı sabit kalmış görünmektedir.

Aklık hastalıklarındaki yükseliş bir yanılsama olabilir mi? Etkili olan başka faktörler var mı ve gözümüzü psikiyatrinin üzerinden ayırırsak yolundan sapabilir mi? Günümüzde psikiyatri, ortaya çıktığı zamankinden oldukça farklı koşullarda işlemektedir. Tıp yirmibirinci yüzyıla, erken yirminci yüzyılın başarısızlıklarını (meslekî kendini beğenmişlik ve cehalet) saptayacak ve denetleyecek donanıma sahip olarak girmektedir. Bununla beraber, hâlihazırdaki risk, psikiyatristlerin bilmeksizin başkalarının gündemine göre hareket etmesinden (Foucault'nun ısrar ettiği gibi, onlar daima bu şekilde hareket etti) kaynaklanmaktadır. Başka kimin gündemi vardır?

Hasta

Psikiyatrik teşhisler hasta ve doktor arasındaki diyalogdan çıkar. Hasta endişelerini sunar ve psikiyatrist bildiği hastalıklar dizisiyle bunları sınar. Bu alışverişte her iki taraf da neyin "psikiyatrik" olduğu eşliğini etkileyebilir. Bireyler olarak bizler deneyimlerimizi nasıl yorumlarız? Neleri basitçe (hoş olmayan ve zor olsa bile) kabul ederiz ve neleri kabul edilemez, bildirmeye değer ve yardım gerektiren olarak değerlendiririz? Şimdilerde daha kolayca yardım ararız ve daha önceleri tahammül ettiğimiz ya da arkadaşlarımıza ve akrabalarımıza yöneldiğimiz nedenler için profesyonellerden yardım ararız. Çocuk büyütme konusundaki kaygılar, ilişkilerdeki hayal

kırıklıkları, kayıplar ve travma sonrası rahatsızlık -bunların hepsi günümüzde, psikiyatrik değerlendirmenin ve olası müdahalenin meşru toprakları olarak düşünülmektedir.

Toplum metin olmayı reddetti ve psikolojiyi ve psikoterapiyi kucakladı. Toplum ölçülemez bir biçimde daha hoşgörülü ve sonuç olarak da daha sakin hale geldi. Duygularımız ve iç yaşamımız ciddiyetle ele alınıyor ve bunları paylaşmamız ve “duygularımızı anlamamız” bekleniyor. Sonuç olarak onları anlayarak yardım ve katlanılmaz olduklarında da onlardan kurtuluş arıyoruz. Bu değişiklikler, kaygıyı azaltmak amacıyla danışmanlık ve psikoterapi ve ayrıca antidepresanlar ve ilaçlar için talepte muazzam bir yükselmeye neden oldu. BK’da reçeteye yazılan antidepresanların yüzde 96’sı aile hekimleri tarafından yazıldı. Bunların çoğu bir psikiyatristi asla görmeyecek olan bireyler içindir ve bunların da birçoğu bir kuşak önce güçbela iyi olmadığı düşünülebilecek olanlardır. Bu tamamen kötü olan bir şey değildir -birçok hasta bu tedavilerden yararlanmaktadır. Ama riskler de bulunmaktadır. Tedavi eşikleri alçaldıkça, tedaviye ihtiyaç duyanların ihmal edilme riski azalacak ama tedaviden yararlanamayacak olan diğerlerinin tedavi edilme riski artacaktır. Rahatlamak için ilaçlara dayanmak da, alternatif stratejiler arayışımızı engelleyebilir. Mutsuz bir evliliği sürdürmek ve hapların onu daha iyi kılacağını umut etmek anlamlı bir uzun dönem stratejisi değildir. Benzer bir biçimde beklentilerimiz farkına varmaksızın değişir ve kişisel esnekliğimiz azalabilir.

Psikiyatristlerden beklediğimiz tedaviler bizi daha da kötü kılabilir. Valium ve diğer sakinleştiricilerin reçetelere aşırı yazılması, tersine çevrilmesinin muazzam bir biçimde güç olduğu kanıtlanan bağımlılık salgınına neden oldu. Bazı araştırmalar ağır trafik kazalarından ve ölü doğumlardan sonraki rutin danışmanlığın yardım etmek bir yana iyileş-

me sürecini yavaşlattığına işaret etti. Belki de en iyisi bazı deneyimleri basitçe geride bırakmak ve unutmaktır. Doğal felaketlerden sonra danışmanlık sağlamak, öz-yardımanın ve toplumsal tutunumun teşvik edilmesi için gerekli enerji ve kaynakları yolundan saptırabilir.

“Büyük Ecza”

Tıp mesleğinin kullandığımız ilaçları geliştiren, üreten ve satan firmalarla ilişkisi konusunda büyüyen bir rahatsızlık bulunmaktadır. ABD’de reçeteli bir ilacın geliştirilmesinin maliyetinin 800.000.000 ABD Doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle ilaç sanayii gitgide daha çok muazzam bir biçimde güçlü çokuluslu işlerin küçük grupları üzerinde yoğunlaşmaktadır. İstatistikler çarpıcıdır. Bir molekülü yalıtım ve patentini almak, testlerden ve denemelerden hastalara rutin reçete olarak yazılmasına dek, ortalama on yıl sürmektedir. Yeni moleküllerin sadece yüzde biri test tüplerinden reçeteye ulaşmaktadır. Araştırma ve geliştirme bütçesi bu nedenle devasadır. Pfizer’inki (2005 yılında en büyük eczacılık firması) bazı Avrupa ülkelerinin araştırma bütçesinin tamamından daha büyüktür.

Bu ilaçların pazarlanması insafsızca olması şaşırtıcı değildir. Doktorlar ve bu ilaç şirketleri arasındaki ilişki karanlıktır. ABD’deki psikiyatristler için tüm eğitim toplantılarının yarısından fazlası bu eczacılık firmaları tarafından karşılanmaktadır ve doktorlara bu ilaçları reçetelere yazmaları için güçbela gizlenmiş teşvikler olarak düzenli bir biçimde lüks konaklamalar ve seyahatler önerilir. İlaçlarının maliyeti düşük olduğundan yakın zamana dek psikiyatrinin buna karşı bağışıklığı vardı. Ancak yeni nesil antipsikotikler ve anti-depresanlar (yeni “tipik olmayan” antipsikotiklerin ABD’de hasta başına, 2000–3000 ABD Dolarlık maliyetinin, daha eski

ilaçların 100–200 ya da daha az ABD Doları maliyetiyle karşılaştırıldığında; yeni antidepresanlar, tofranil ve amitryptiline gibi “penilere” mal olan eski ilaçlara karşıt olarak, yılda birkaç yüz dolara mal olmaktadır) çok daha pahalıdır. Yeni bir ilacın patenti kesinlikle zaman sınırlıdır ve şirketler tüm geliştirme maliyetlerini genellikle ilacın çıkışından sonraki 10-15 yıl içinde geri almak zorundadır. Eczacılık şirketlerinin mesleğe getirdiği mali güçle birlikte, (bu tür bir mali desteği olmayan) toplumsal ve psikolojik müdahaleler daha az görünürdür.

“Büyük Ecza” ilaç satışlarını arttırmak için tedavi edilebilir psikiyatrik düzensizliklerin sınırlarını genişletmekle suçlanmaktadır. Var olan gereksinimler için ilaçlar geliştirmek yerine ilaçlar için yeni gereksinimler yaratmakla suçlanmaktadır. Prozac’ın olağanüstü başarısı klinik depresyon kavramının genişlemesini beraberinde getirdi. Gittikçe daha ılımlı vakalar tedavi edildi. Prozac’ın ikonik statüsü depresyon damgasının azaltılmasına yardım etti ama onu bir “yaşam tarzı” ilacı haline getirdi. Birçok üniversite öğrencisi sınıf arkadaşlarını kullandıkları antidepresanlar üzerinden tanıyacak -bir kuşak önce kavranamaz olan bir gelişme. Teşhissel örüntüler bu ilaçların pazarlamasına yanıt olarak değişti. İlaçlar onları tedavi etmek için lisans aldığından bu yana TSSB (travma sonrası stres bozukluğu) ve sosyal fobi (bazılarının aşırı utangaçlık olarak değerlendirdiği bir bozukluk) gibi düzensizliklerin teşhis edilmesinde çarpıcı bir artış vardır. Daha da endişe verici olanı çocuklar için psikiyatrik reçete verme alanındaki kitlesel büyümedir. Günümüzde çocuk psikiyatristleri, çocuklar için düzenli olarak psikotropik reçeteler yazmaktadır, ki bir zamanlar nadiren yapılırdı. En dramatik artışsa DEHB’nin (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) teşhis ve tedavisindedir: ABD’deki okul çocuklarının yüzde 7’si (teşhis edilme-

si üç kat daha olası olan her on oğlandan biri) DEHB olarak teşhis edilir, bunların yarısı da uyarıcı ilaçlar kullanmaktadır.

Ritalin'in (methylphenidate) yazılması ABD'de 1990'larda altı kat arttı ve bu da dünya çapında yazılanın yüzde 85'ine karşılık gelmekteydi ama Avrupa hızla arayı kapamaktadır (BK'da 2002'de 150.000 reçete). Çocuk psikiyatristleri teşhisin dikkatle yapıldığında ve ilaçların sadece psikolojik tedavi denendikten sonra kullanıldığında ısrar etmektedir ama sayılar bunu desteklememektedir.

Teşhisin meşruiyeti hakkındaki tartışmayla bir yana, bunun ticarî gündem tarafından zorlanan bir psikiyatrik uygulama örneği olduğu konusunda çok az şüphe vardır. Eczacılık sanayini terk etmeden önce bunun insan sağlığına ve refahına olumlu bir katkı olduğunu kabul etmemiz gerekir. Bu tür afallatıcı araştırma ve tasarım maliyetlerinden çıkan malî zorunlulukları görmezden gelip pazarlama uygulamalarına şaşırmak naiftir.

Sanayinin hem ölçek hem de güç açısından dramatik büyümesi psikiyatriyle sınırlı olmayan etik sorunları da gündeme getirmektedir. Sorunlar, etik standartların daha düşük olabildiği yoksul ülkelerin sömürülmesini ve üzerlerinde ilaçların denendiği hastaların geliştirilen ilaçlardan yararlanacak kaynağa hiçbir zaman sahip olmamasını da içerir. Ürünleri satmak için sahte sağlık gereksinimleri yaratma çabası, neredeyse herkesin "biraz daha iyi hissetmek" istemesi nedeniyle psikolojik saha da özellikle olasıdır. Dürüst tartışmalar ve daha sıkı tüzükler gereklidir.

Güvenilirliğe karşı geçerlilik

Psikiyatride teşhis, ölçüt temelli bir sisteme (Birinci Bölümdeki depresyon için teşhis ölçütlerine bakınız) doğru ilerledi.

Normal ve anormal davranışlar arasındaki yaygın benzerliklerin farkında olarak örüntü tanımanın ve düşünümsel empatinin geleneksel yaklaşımı yerini, bozukluğun var olan özelliklerini dikkatli bir biçimde listeleme sürecine bırakmıştır. Değişim teşhissel uygulamaların kabul edilemez çeşitlemelerine bir tepkidir. Yeni teşhis sistemi (Diagnostic and Statistical Manual – DSM III, günümüzde DSM IV düzenlenen³⁹) geçmişte çatışmalara neden olan psikiyatrik kuramlara dayanmaktan kaçınmak için çaba sarf etti. Tamamen “kuramsal olmayan” bir teşhis sistemine sahip olunup olunamayacağı elbette tartışmaya açıktır.

Yeni sistem güvenilirliği (yani, aynı belirtilerle karşılaşan farklı psikiyatristlerin daima aynı teşhise ulaşmasını güvence altına almak) geçerlilikten (yani, belirli teşhise sahip hastanın benzer sonuçları ve tedaviye benzer yanıtları olmasını güvence altına almak) daha fazla vurgular. Elbette hedef azami güvenilirlik ve azami geçerliliktir.

Bununla beraber, iyi güvenilirlik zorunlu olarak iyi geçerliliği garantilememektedir. Tanımlayıcı nitelikleri üzerinde anlaşıyor olmamız gerçeği, onun “bir şey” olduğu anlamına gelmemektedir. Örneğin onyedinci yüzyıl cadı bulucuları çok güvenilirdi -cadıları ele veren işaretler üzerinde uzlaşmışlardı öyle ki yakmadan önce kimin cadı olduğu konusunda daima hemfikirdiler. Günümüzde bizler onların gerçekten de bir cadıyı “teşhis ettiklerini” söyleyemeyiz çünkü onlara inanmıyoruz ama onların yöntemleri kesinlikle çok güvenilirdi.

Güvenilirlik yanlış bir biçimde geçerliliği ima edebilir öyle ki, bir durum esas olarak teşhis statüsüyle bağdaştırılır çünkü psikiyatristler onu nasıl tanımlayacakları ve tanıyacakları konusunda uzlaşmaya varabilir. Bu tartışmalı teşhislerin bir-

39 DSM-V 2013 yılında yayınlanmıştır.

kaçını daha önce belirttim - sosyal fobi ve DEHB- ama inandırıcılığı gerçekten de sıkıntı yaratan daha birçokları bulunmaktadır. Nikotin ve kafein “kullanım düzensizlikleri”nin her ikisi de resmî psikiyatrik bozukluklardır ama çok azımız bunları akıl hastalıkları olarak düşünürüz. Benzer bir biçimde, oldukça tartışmalı bir teşhis statüsü (ve böylece de “tedavi” alabilecek olan bir dizi davranış örüntüleri bulunmaktadır. Bunun bir örneği olan, ergen “karşı olma karşı gelme bozukluğu”, şüphe uyandıracak şekilde ebeveynlerinin istediklerini yapmayı reddeden güç bir yeniyetme tanımına yakındır.

Psikiyatrik ahmaklık

Psikiyatristler bütününde güvenen kişilerdir. Onlar hastalarının öykülerini olduğu gibi kabul etmeye eğilimlidir. Bu psikolog David L. Rosenham’ın ünlü araştırması Deli Bir Ortamda Aklı Başında Olmak’ta [‘Being Sane in Insane Places’] canlı bir biçimde sergilenmiştir. 1973’te ABD’de, kafalarının içinde “boş”, “boşluk” ya da “pat” diyen bir sestten şikayet ederek acil servislere gidecek sekiz gönüllü buldu. Sekiz gönüllünün tamamı, tamamen normal davrandıkları psikiyatrik birimlere kabul edildi.

En şaşırtıcı olanı her biri taburcu edilmeden önce hastanede ortalama üç haftadan biraz az kaldı. Daha da kötüsü bunları çoğu “sönmekte olan şizofreni” teşhisiyle taburcu oldu. Bu tür bir güvenilirlik çağrısının olması şaşırtıcı değildir. Öyle ise psikiyatrinin süregiden genişlemesini tehdit eden (araştırmacıların doğal merakı dahil) birçok güç bulunmaktadır. Bunun istenen bir gelişme olup olmadığı sorunu, karar vermek için sadece mesleğe terk edilemeyecek ve toplumun daha geniş kesimleri tarafından tartışılması gereken bir sorundur (yani, siz).

Kişilik sorunları ve bağımlılıklar

Psikiyatristler uyuşturucu ve alkol bağımlılıklarının sonuçlarıyla daima uğraşmıştır. Onlar, kişilikleri belirgin bir biçimde anormal olan ve sınırsız sorunlara neden olabilen birey gruplarının olduğunu da daima kabullenmişlerdir. Bu sorunlara eşlik eden insanî sefaletin derecesi tartışmanın ötesindedir ve bu tür bireyler akıl sağlığı hizmetlerinde çok sayıda bulunur.

Bununla beraber, bunların öncelikli olarak psikiyatrik düzensizlikler olup olmadığı ve psikiyatristlerin bunların tedavisinden sorumlu olup olmaması konusunda lehte ve aleyhte güçlü önermeler vardır. Bu, her iki tarafa da kendilerine uygun gelen tikel kararları almasına izin veren, basit akademik bir tartışma değildir. Bu sorunlara sahip olan insanlar istekleri dışında tedavi edilebilir ve edilmektedir.

Zorunlu psikiyatri

Zorunlu tedaviye, her toplumda -kanun karşısında bireysel özgürlüğe saygının kurucu ilke olduğu Batı toplumları dahil- psikiyatri içinde izin verilir. Bu oldukça çarpıcı istisna hastalık döneminde bir bireyin yargılarının zarar gördüğü ve ussal kararlar alamadığı gözleminden kaynaklanmaktadır; akıl hastalıkları çoğu zaman normal işleyiştten bir “kopuşu” ve hastaları normal benliklerinden yabancılaştıran bir değişimi içerir. Örneğin, bu kapasiteyi hiçbir zaman geliştirmedikleri için bilgili ve ussal kararlar alamayan öğrenme özürlü bir bireyin aksine, akıl hastalıklarının çarpıcı niteliği değişimdir. Birçok toplum, açıkça “kendisi olmayan” bireyleri korumak adına, baskıcı tedaviler için paternalistik düzenlemeleri yaptırma bağlamıştır. Bu karar, iyileşen ve iyi olmadıkları zamanlardaki davranışları hakkında bizimle aynı endişeleri dile getiren hastaların tekrarlanan gözlemleriyle güçlendi. Hatta birçokları zorla tedavi ettirildikleri için müteşekkirdir.

DSM IV Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu İçin Teşhis Kriterleri

A. En az 6 ay süren kötümser, düşmanca ve sapkın davranış örüntüsü boyunca, şunların dört (ya da daha fazlası) bulunmalıdır:

Sık sık öfkelenme

Sık sık yetişkinlerle tartışma

Sık sık aktif olarak yetişkinlerin isteklerine ya da kurallarına uyum sağlamaya karşı çıkma ya da bunu reddetme

Sık sık kasıtlı olarak insanların canını sıkma

Sık sık kendi hataları ya da kötü davranışları için başkalarını suçlama

Sık sık hassas ve başkaları tarafından canı sıkılabilir olma

Sık sık kızgın ve küskün olma

Sık sık kindar ve öç alıcı olma

Not: Davranışların, karşılaştırılabilir yaş ve gelişim düzeyindeki bireylerde tipik olarak gözlemlenenden sık meydana gelmesi durumunda bir kriterin karşılandığını göz önünde bulundurun.

B. Davranışlardaki rahatsızlık, toplumsal, akademik ya da mesleki işlevlerde klinik olarak önemli zayıflamaya neden olur.

C. Davranışlar sadece Psikotik ya da Duygudurum Düzensizliği sürecinde meydana gelmez.

D. Kriterler Davranış Düzensizliğini karşılamaz ve birey 18 yaşında ya da daha büyükse, kriterler Antisosyal Kişilik Düzensizliğini karşılamaz.

Hukukçular bu alanı zor bir alan olan olarak değerkendirir. Tedavi kararlarının alınması için standart "kapasite" değerkendirmesi (bilgiyi anlama becerisi, bilgiyi veren bireye güvenme becerisi ve bu bilgiyi hatırlayabilme becerisi ve bu bilgiye dayanarak karar alma becerisi) çocuklar, öğrenme engelliler, demans [*dementia*] sorunu olanlar için iyi işlemektedir. Bununla beraber sorunun entelektüel kapasite yerine yargı ve duygudurum olduğu hallerde iyi işlememektedir. Hastanın iradesine rağmen tedavi dayatmak nihaî olarak psikiyatristin, hastanın akıl hastalığından mustarip olduğu, öyle ki şimdiki kararlarının genelde ifade ettiği kararlar olmadığı, vargısına dayanır. Psikiyatristin, hastanın iyi olduğu zamanlarda genellikle yaptığına ya da istediğine inandığı şeyler üzerinden, karar aldığına dikkat edin. Zorlama kararı zaman zaman "geçici olarak dengesiz" kişiler -yabancı bir yerdeki korkmuş bir birey ya da biten bir ilişkiden sonra çaresizlik içinde, kendini öldürmeye ya da kendine zarar vermeye kalkışan genç insanlar- için kısa güvenlik önlemi olarak da kullanılır.

Ağır kişilik düzensizliği

Psikiyatrinin, genellikle erkeklerdeki psikopatik ve antisosyal kişilik düzensizliği ve genellikle kadınlardaki sınır kişilik bozuklukluğu karşısındaki tutumu, etik ve kavramsal endişelere neden olur. Psikopatlar, soğuk, duygusuz, diğerleri için empatiden yoksun ve nihaî olarak korkunç suçlar işleyebilirler. Olayın diğerleri için sonuçları üzerine düşünmezler ve sonrasında da pişmanlık göstermezler. Onlar çoğu zaman erkenden (ev hayvanlarının ölümü, kundakçılık, vb.) tanınır. Ben-merkezci olarak ve diğerlerinin duygularına aldırış etmeyerek aşırı başarılı olabilirler; başarılı bir siyasetçi olmak için ılımlı psikopatinin zorunlu olduğu şaka yollu iddia edi-

lir. Psikopatlar antisosyal kişilik bozukluğu gibi şiddet eğilimi olan ve patlamaya hazır kişilerle sıklıkla bir grupta toplanmıştır. Bu gruplar cezaevleri ve ceza adalet sistemi için büyük bir sorundur.

Bazı ülkelerde psikiyatristler, bu bireyleri akıl hastalarıyla aynı koşullar altında özgürlüğünden yoksun bırakır ve bu yetkinin kötüye kullanımı olarak eleştirilir. Zorunlu tedavi hastanın normalde aldığı kararları almadığı ve iyileştikten sonra da normal kararlar almaya devam edeceği inancıyla genelde haklı gösterilir. Zorlamaya yetki vermek için, koşul genellikle belirli bir zaman dilimiyle sınırlıdır ve tedavinin iyileşmeyi hızlandıracığına güvenle inanılır. Bu koşulların hiçbiri ağır kişilik bozuklukları için karşılanmaz. Davranışları kişiliklerini -onların gerçek kimliklerini- yansıtır; anormal ya da geçici değildir ve günümüze dek zorunlu tedavinin onları önemli ölçüde değiştirebileceğine dair ikna edici bir kanıt bulunmamaktadır.

Bu tür insanlar toplum için derin meydan okumalar ortaya koyar. Onlar sık sık ciddi cinsel ve şiddet içeren suçlar işler ve çok az şey değiştiğinden, cezaevi çalışanları için, onların yeniden saldıracağı aşıkardır. İngiltere’de onlar, tehlikeli ağır kişilik bozukluğu (DSPD) ile etiketlenirler ve onların tedavisi için nitelikli çalışanlarıyla yeni birimler inşa edildi. Ama onların psikiyatristler tarafından, potansiyel olarak belirsiz bir süre özgürlüklerinden alıkonmaları (yasayı ihlal ettiklerinde alacakları hapis cezasına karşıt bir biçimde) Sovyet sistemindeki siyasî mahkûmların özgürlüğünden alıkonmasından daha hafif bir suiistimal midir? İşin içinde olanların insanî duyguları ahlâkî ikilemi ortadan kaldırmaz.

Batı dünyası genç kadınların kaotik kendine zarar verme davranışında bir artış deneyimledi. Akıl hastanelerinin ve cezaevlerinin kadın sakinleri için doz aşımı ve kendini kesme

yaygın bir özellik haline geldi. Hastalar denetimlerini yitirmiş, açık bir biçimde rahatsız görünmektedir ve kızgınlığın ve umutsuz bir yardım çağrısının bir karışımı olarak görünen bir biçimde kendilerine zarar verirler. Psikiyatristler sorumlu ama çaresiz hissederler ve durumu, hastayı zorunlu olarak bir koğuştta tutarak ve gözetim ve destek sunarak, denetim altına almaya çalışırlar. Ne yazık ki işler kötüden daha kötüye gidebilir -hasta kendisine daha fazla zarar verir ve psikiyatrist, durumu denetim altında tutabilmek için, kısıtlamaları arttırır. Kararlı bir baskı grubu, bu kadınların kendi bedenlerine yaptıklarını kendi bilecekleri bir şey olduğunu ve psikiyatrinin, onların iradesine rağmen onları tedavi ederek sınırı aştığını, ileri sürer. Bu grup kendini kötürümleştirmenin (birçok toplumda dinî ve törensel yaralama yaygındır) kültürel öncüllerine işaret ederler ve tıbbın, özellikle de psikiyatrinin, kadınların kendi bedenleri üzerindeki öz-belirlenimini sürekli olarak inkâr ettiğinin altını çizerekler.

Uyuşturucu ve alkol istismarı

Benzer bir önermeler seti uyuşturucu ve alkol suiistimali için de ileri sürülür. Her ikisi de akıl hastalıklarına eşlik edebilir ve her ikisi de akıl hastalıklarına neden olabilir. O halde psikiyatrinin işe karışmasında sorun yoktur. Ama uyuşturucu ve alkol suiistimali kendi başına akıl hastalıkları mıdır? Bağımlılıkları hastalıklar olarak yeniden etiketlemek Adsız (Anonim) Alkolikler'in 1939'da kurulmasından sonra, bağımlı bireylere toksinlerinden arındırmak için yardım sağlamak ve ayıklığı desteklemek için 1940'ların insanî bir itici gücüydü. Dünyanın en büyük öz-yardım gruplarının (Adsız Alkolikler, AA, Adsız Narkotikler, AN) her ikisi de -her ne kadar tıbbî tedavi yerine kişisel ve ruhanî desteğe dayansalar da- bağımlılığı yaşam boyu süren bir hastalık olarak düşünür.

AA ve AN bağımlılığı, diğer bireylerden tümüyle farklı olarak görür; onlara göre bağımlı uyuşturucu ya da alkolü hiçbir zaman makul bir biçimde kullanamayacak olan bireylerdir. Bununla beraber psikiyatri içinde farklı görüşler bulunmaktadır. Birçokları bağımlılığı, diğer herhangi bir akıl hastalığı gibi, tedavi edilecek bir hastalık olarak görür. Diğerleri uyuşturucu ve alkol suiistimalini akıl hastalıklarına sürükleyebilecek tehlikeli alışkanlıklar olarak görür ve nihaî olarak sorumlu olan bireylerin kendileridir. Madde bağımlılığının tıplaştırılması, fiyatların arttırılması ve erişimin sınırlandırılması gibi etkili kamu sağlığı önlemlerinin yoldan çıkarılması olarak eleştirilir. Yukarıdaki önlemlerin her ikisi de - fiyatların arttırılması ve erişimin sınırlandırılması- içmeyi ve içme bağlantılı hastalıkları ve ölümü azalttığını göstermiştir.

Toplumsal hayattan geri çekilmeyle baş etmek için ilaç yazmak gibi yardım sunmak ve ayık bir yaşam tarzını inşa etmek için destek sunmak birbiriyle çelişen şeyler değildir. Endişeler birçok ülkede sınırlı ölçüde yaygın olan zorunlu tedavinin kullanımından kaynaklanmaktadır. Ancak İskandinavya'nın, Doğu Avrupa'nın ve Rusya'nın büyük bir kısmında, alkolikleri ve uyuşturucu bağımlılarını uzun süre özgürlüğünden alkoyma ve tedavi etmede uzmanlaşmış akıl hastanelerinin yaygın kullanımı bulunmaktadır. Bu haklı gösterilebilir mi? Ağır içiciliğin ya da uyuşturucu suiistimalinin sonuçları şüphesiz yıkıcı ve hatta ölümcül olabilir. Ama birçoklarımız aptalca kararlar alır ve sonuçlarına da katlanır -sigara içmek belki de alkol içmekten daha tehlikelidir ama tiryakileri zorunlu tedaviye tabi tutmuyoruz. Sarhoşken karmakarışık düşünme ve zayıf yargı gücü de psikiyatrik müdahale için tartışmalı bir haklılaştırmadır çünkü sarhoş olmanın ifade edilen amacı çekici olmayan bir gerçekliği bulanıklaştırarak yargıları başkalaştırmaktır.

Genetik ve epidemiyolojideki artan sofistikasyon, alkolizm ve uyuşturucu bağımlılığı konusunda daha büyük risk altında olanları belirlemeye yardım etti. Ayrıca alkole tolere ve metabolize etme becerisinde etnik çeşitlilikler olduğu bilinmektedir. Bu saptamalar, bunların kişisel tercihler değil şizofreni gibi bir bozukluk olduğu iddiasını güçlendirdi -şizofreni hakkında bildiklerimiz kadarını bunlar hakkında bilmiyoruz. Hatta bazıları kendini yıkacak kadar içmenin ve uyuşturucu kullanmanın bir akıl hastalığının sonucu olması gerektiğini önerdi. Sorun hâlâ tartışmaya açıktır ve uyuşturucu ve alkol bağımlısı hastalara psikiyatrik müdahale bazı tartışmaları kendisine çekmeye devam edecektir.

Akıl Hastalığı savunması

Psikiyatride baskı tartışmaları, bireyleri adil olmayan bir biçimde haklarından yoksun bırakmaları üzerinedir. Bununla beraber erken dönem akıl sağlığı kanunlarındaki önemli bir motif, hastaların iyi olmadıkları zamanlarda işledikleri suçlardan dolayı cezalandırılmaktan korumaktır. Toplum bu tür cezalandırmalardan dolayı daima rahatsız hissetti. Bebek öldürme suçu cinayetten ondokuzuncu yüzyılda ayrıştırıldı çünkü jüriler, doğum sonrası psikozlarından mustaripken bebeklerini öldüren anneleri mahkûm etmeyi ve cellada göndermeyi reddetti.

Cezaî kastın oluşturulmasının önemi ("mens rea" ya da "suçlu zihin") psikiyatristler ve mahkemeler arasındaki uzun ve işkencevari ilişkiyi garanti altına aldı. Suç anında birinin akıl hastası (yani eylemlerinin önemini yargılayamama ve hatalı olduklarını fark edememe) olup olmadığına ulaşmak ilke de oldukça dolaysızdır. Bununla beraber tek tek davalarda çoğu zaman kolay olmaktan uzaktır. Benzer bir biçimde, mahkemelerde ne olup bittiğini tamamen anlaya-

mayan, gösterişli bir biçimde rahatsız olan hastaların, savunma için uygun olmadığı yargısına varılabilir ve tedavi için hastaneye kabul edilebilir. Birçok ülke, savunma için uygun olmama kararını psikiyatrik değerlendirmeler temelinde kabul edecektir ya da akıl hastalığı gerekçesiyle suçlu olmama kararı verecektir.

Mahkemedeki gerçek sorunlar akıl hastalıkları gerekçesiyle sorumluluğun ortadan kalmasıyla ilgilidir -özellikle suçlu davranışın kendisinin bozukluğunun en açık dışa vurumu olduğu hallerde. Suçu hastalığının birçok işaretinden biri olan (sorumsuzca araç kullanmaktan mahkemeye çıkarılan ama aynı zamanda uyumayan, utanç verici giysiler giyen ve tüm parasını harcayan, manik bir hasta gibi) çok ağır rahatsız hastanın durumu bir sorun değildir . Kişilik bozukluğunu bir savunma olarak ortaya atmak (çünkü bir psikopat neden olduğu rahatsızlığı fark etmez ya da umursamaz) cezaî adalet sisteminin bizihi temeli olan özgür irade ve kişisel sorumluluk kavramlarına bir saldırdır. Suçluların birçoğunun nahoş çocuklukları olmuştur. Birçoğu istismar edilmiştir. Çok azı beceri gerektiren bir mesleğe ya da sığınabilecekleri istikrarlı bir aileye sahiptir. Öyle ise adaletin çeliğine merhametle su vermemiz şaşırtıcı değildir. Ama suça neden olan nitelikleri cezayı hafifletmek için bir gerekçe olarak saymakta bir döngüsellik yok mudur? Bu ahlâkî ikilem, dünyayı başkalarının bakış açısından göremeyen ve umutsuzca istedikleri halde başkalarının motiflerin yorumlayamayan, Asperger sendromu (otizmin ılımlı bir biçimi) olan bireylerde özellikle keskindir.

Pratikte suç ne kadar ciddiye ve risk ne kadar büyükse, karar o ölçüde kolaydır. Bir mahkûmiyetin ve cezaevinin alternatifleri, hastane bakımıysa (ve kimi zaman güvenli hastane bakımı) mahkemeler ve jüriler bunu hesaba katarken daha rahat hissetmektedir. Cezanın o kadar ağır olmadığı ve sadece bir tekrarı caydıracak olduğu daha hafif davalarda psikiyatrik

savunmanın haklı olmadığı ve belki de uzun dönemde bireye yardımı dokunmayacağı ileri sürüldü. Thomas Szasz (Beşinci Bölüm) psikiyatrik savunmanın bireyin temel haklarının ve sorumluluklarının inkârı olduğunda ısrar etti. Bir psikiyatrik savunma bozukluğunun herkesin görebileceği katıksız bir şekilde orada olduğu bireyler için genellikle kabul edilir.

Bazen bozukluğun tek kanıtı suçtur. Faillerin herhangi bir anıyı inkar ettikleri ve olayın bir “otomatizm”de (rüya benzeri ya da gerçeklikten kopmuş bir durumda) meydana geldiğini ileri sürdükleri göze çarpan cinayet davaları bulunmaktadır. Hatta daha uç davalarda, tek bir bireyin harfiyen gelişmiş birçok kimliğinin olduğu, her birinin diğerlerinden tamamen bağımsız olduğu “çoklu kişilik” ileri sürüldü. Bu popüler hayal gücünü ele geçiren çekici bir kavramdır (örneğin, Robert Louis Stevenson’ın 1885 tarihli romanı *Dr Jekyll and Mr Hyde*, ve 1957 tarihli *The Three Faces of Eve* adlı film).

Varsayılan mekanizmaya göre, bazı zihinsel işlevler öylesine başarılı bir biçimde bastırılırlar ki sadece derin psikoterapi aracılığıyla erişilebilirler ya da “fazlasıyla özgül durumlar”da “tetiklenir”ler. Bu, çocuklukta cinsel istismar iddialarının olduğu davalarda, muazzam bir psikiyatrik/hukukî öneme haizdir. Çocukların aile üyeleri tarafından cinsel istismara ne ölçüde maruz kaldığı, psikiyatri içinde uzun zamandır tartışmalıdır. Sarkaç cinsel istismarın nevrozlara neden olan yaygın bir travma olarak ele alınmasından, bunun nadir olduğu ve birçok bildirimin halihazırdaki rahatsızlık ve kafa karışıklığından kaynaklanan “yanlış anılar” olduğu alternatif inancı arasında gidip gelmektedir. Halihazırdaki görüş, çocuk cinsel istismarından şikayet eden yetişkine inanma lehinedir. Bu “geri kazanılan anıların” kazılıp çıkarılmasıyla aileleri bölen ve dikkat çeken davalarla sonuçlanmıştır. Psikiyatristler, ya yıllar boyunca bastırılan istismarların zarar verici etkisini ya

da karşıt bir biçimde, hastanın aşırı hevesli psikiyatriden kolay etkilenebilirliğini vurgulayarak, davanın her iki yanında da yer alır.

Psikiyatri: tartışmalı bir uygulama

Psikiyatrik uygulama muhtemelen daima riskli ve tartışmalı olacaktır. Birçok psikiyatrist, psikiyatriyi açıkça tanımlanabilir ve üzerinde uzlaşmış akıl hastalıklarıyla sınırlandırarak, daha sınırlı bir yaklaşımı savunmaktadır: “Teşhis edilmiş, şizofreni, anoreksiya nervosa, depresyon gibi hastalıkların, tedavisine sarılmamız ve akıl hastalıklarının ötesinde insanî rahatsızlıklarına neden olan birçok diğer nedenin olduğunu kabul etmeliyiz”. “Toplumsal siyasa ve etiği, siyasîlere ve filozoflara bırakmalıyız”. Bu çekici bir önermedir. Psikiyatrinin tarihi sınırı aşmanın örnekleriyle doludur. Ama bu bölümde de gördüğümüz gibi bu sadece psikiyatristlere bağlı değildir -oyunda yer alan diğer paydaşların ve etkili güçlerin yanı sıra dengede, geniş etik sorunlar ve önemli potansiyel faydalar da bulunmaktadır.

Bilimsel gelişmeler yapabileceklerimizi genişletmektedir; aileler ve hastalar bize yönelik beklentilerini yavaş yavaş yükseltmektedir; devletler ve eczacılık sanayii yeni talepler, teşvikler ve fırsatlarla meydan okumaktadır. Biz ilerleme ve yeniliklere sırtımızı dönersek sadece olası tartışmalardan ve potansiyel hata riskinden kaçınabiliriz. Ama bu, psikiyatrinin vaadini ve sorumluluklarını yerine getirememesi anlamına gelir. Hem pozitif bilimleri hem de insan davranışlarını ve tutkularını aynı anda idare eden psikiyatri için tartışmasız olmak basitçe olanaksızdır. Psikiyatri sorumluluk alanıyla birlikte gelmektedir ve Yedinci Bölüm’de de inceleyecek olduğumuz üzere, belki daha da kötüleşmektedir.

YİRMİBİRİNCİ YÜZYILA DOĞRU

BÖLÜM 7

Yeni teknolojiler ve eski ikilemler

Ne yaparsa yapsın, hiçbir zaman bir şey olacağı yok.

(Albert Einstein'ın öğretmeni, 1895)

Bilgisayarlar gelecekte 1,5 tondan daha ağır olmayacak.

(Popular Mechanics, 1949)

Biz onların sesini sevmedik ve gitarın müziği çıkışta.

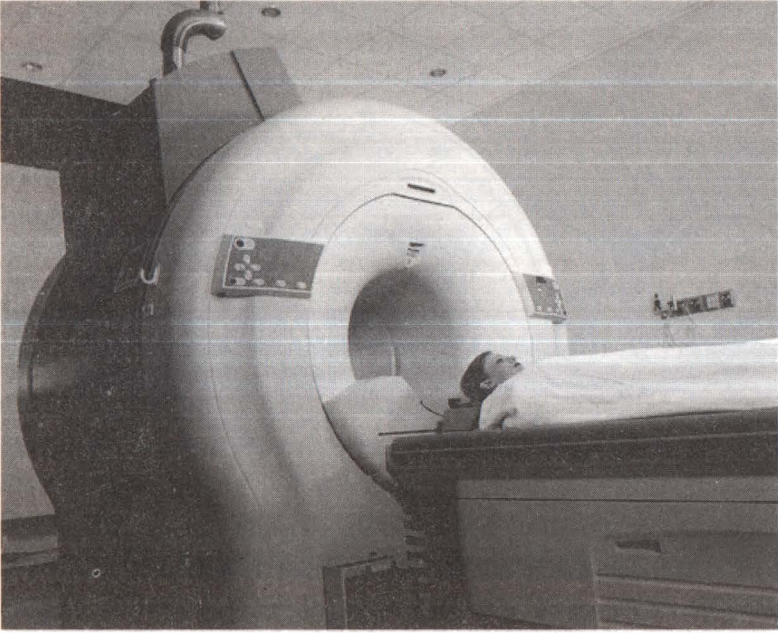
(Decca Records on the Beatles, 1962)

Öngörülerde bulunmak risklidir. Yirmibirinci yüzyılın başlangıcında psikiyatri, sadece birkaç on yıl öncesininkinden oldukça farklıdır. Sadece tüm ayrıntılarıyla yaşayan beynin yapısını görselleştirebileceğimizi değil, ayrıca özgül duygularla ya da halüsinasyonlar sırasında farklı bölgelerinin aydınlanmasını da izleyebileceğimizi kim hayal edebilirdi? Bilgisayar aracılığıyla çıkarsanan teşhisi ya da ne psikiyatristin ne de psikoloğun dâhil olduğu internet üzerinden psikoterapileri, öngörebilir miydik? Psikiyatri değişmektedir ve değişme hızı Altıncı Bölüm'de gündeme gelen ikilemleri yoğunlaştırmaktadır. İyimserler bu ikilemlerin psikiyatrinin bilimsel temelini sağlamlaştırmaya çalışırken, pesimistler ise bu ikilemlerin bilimsel temelini zayıflatmaya çalışmaktadır. İyimserler bu ikilemlerin psikiyatrinin bilimsel temelini sağlamlaştırmaya çalışırken, pesimistler ise bu ikilemlerin bilimsel temelini zayıflatmaya çalışmaktadır. Endişe kaynakları değişebilir ama onlar, şu ya da bu biçimde, bastırılmış gibi görünmektedir.

Beyin biliminde gelişmeler

Beyin işlevleri üzerine kavrayışımızda bir artışı deneyimlemeye devam edeceğiz. Nörobilimler, gitgide artan bir biçimde beyin işlevlerinin görüntülenmesi ve ölçülmesi için güçlü araçların yönlendirmesiyle, biyotıbbî araştırmalarda “sıcak konu” haline geldi. Çok uzun bir süre için beyin, gizemli, görünüşte hiçbir hareketli parçası olmayan, durgun bir organdı. Modern görüntüleme teknikleri, uyaranlara yanıt olarak ardışık bir biçimde harekete geçen tikel alanlarıyla beynin, her yanına yayılmış etkinliklerini gözlemlememize izin vererek, onun dinamiklerini açığa çıkardı. Ve sadece dışsal uyaranlara yanıt vermemektedir ancak matematik sorularını çözmekte ve sevdiğimiz ve sevmediğimiz insanların görüntüleri arasında ayırım bile yapmaktadır.

İleriye doğru büyük sıçrama görüntülemeye geldi. Beynin yapısı, bir yüzyıldan uzun bir süredir, anatomistler tarafından tüm ayrıntılarıyla araştırılıyordu. Onlar işlev alanlarını, felç geçiren ve farklı işlevleri yitiren insanların beyinlerini inceleyerek tanımlamıştı. Büzüşme ya da beynin gördüğü zarar ölüm-sonrasında ve röntgen teknikleriyle sergilenebiliyordu. Bu sonuncular ya damarlara boya ya da beyin boşluklarına (beyinde normal olarak var olan sıvı dolu boşluklara) hava enjekte edilmesini içeriyordu. Bedenin yapılarının görseleştirilmesi CAT taramasıyla ve ardından da MRI taramasıyla ileriye doğru büyük sıçrama yaptı. Bunlar, üç boyutlu resimler inşa etmek için kullanılabilecek, bedenin (beyin dahil) herhangi bir parçasından “dilimler”in, şaşırtıcı biçimde ayrıntılı görüntülerini üretmek için, manyetik alanları kullanır. Bu teknikler beyin tümörlerini teşhis etmekte ve demansı [dementia] sergilemekte yararlı olsalar da birçok psikiyatrik düzensizlikte çok az yardımı dokunmaktadır. Gerçekten de “işlevsel bozukluk” kavramının psikiyatrik hastalıklar için



#© Corbis/Punchstock

MR cihazı: Beynin yapısının ilk gerçek detaylı görüntüsü

uzun zamandır kısaltma olarak kullanılmasının nedeni tam da yapısal anormalliklerin gösterilememesidir.

İşlevsel görüntüleme psikiyatride ek bir ilerleme oldu. Şimdiden üç farklı türü bulunmaktadır -artan kan akışını ölçmek, işaretlenmiş kimyasalları kullanarak hücre metabolizmasını ölçmek ve hatta sinir hücrelerinin elektrik etkinliğini doğrudan ölçmek. Günümüzde düşünmenin ve hissetmenin beyin farklı bölümlerindeki etkinliklere yansıdığını ve hastalar halüsinasyon gördüğünde ve ses duyduğumuz zaman beyin aynı kısımlarının aktif olduğunu gösterebiliriz. İşlevsel görüntüleme, beyin işlevlerinin karmaşıklığını ve karşılıklı olarak bağlılığını doğrulamıştır.

Bu görüntüleme teknikleri psikiyatridi değiştirdi mi? Bunlar kesinlikle bilgimizi arttırdı ve beyinde bozukluklara eşlik

müdahale etmek ve onların denetiminin dışına çıkarmak, geri kalanlarımız arasında olduğu gibi, bilim insanlarının arasında da güçlü bir direnç yaratmaktadır. Bu, kişilik için aynı imaları içermeyen, Parkinson hastalığı gibi beyin hastalıklarında başvurulmuş cerrahî müdahaleyle ve hücre nakliyle karşıtlık oluşturmaktadır.

İnsan genomu ve genetik araştırmalar

Crick ve Watson 1953 yılında DNA'nın çift helikonik yapısını açıklığa kavuşturduğundan bu yana genetik araştırmalar aşırı hızla ilerlemektedir. Genetik, Mendel Kanunu'nu uygulayan bitki ve hayvan üreticilerinin ve hemofili ve Huntington hastalığı gibi tanınmış hastalıkların izini süren tıbbî araştırmacıların alanıydı.

Günümüzde bizatihi kromozomların ve genlerin kendisinin haritasını çıkaran bir programa dönüştü. Önceleri genetikçiler hastalara, sadece bir hastalığa yakalanma istatistiksel şansları hakkında bilgi verebiliyordu. Şimdilerde onlar bazı vakalarda hastanın bir bozukluk taşıyıp taşımadığını ve hatta (hem psikiyatrik hem de hareketsel dışavurumlarıyla, nadir görülen rahatsızlık verici bir hastalık olan Huntington hastalığında olduğu gibi) risk altında olan bir hastanın gelecekte hastalığı geliştirip geliştirmeyeceğini kesinlikle bilebiliyorlar.

Bununla beraber birçok psikiyatrik düzensizlik, evlatların yarısının (başat) ya da dörtte birinin (resesif) hastalığa sahip olmaya yazgılı olduğu, basit "Mendelci" genetik örüntülere sahip değildir. Belli başlı bozuklukların çoğu (örneğin, şizofreni, iki uçlu bozukluk) aileden geçer ve inkar edilemez genetik bir bileşene sahiptir ama neredeyse kesin bir biçimde birçok gen sürece dahildir ve bunları tanımlamak çok güçtür. Birçok sahte şafak bulunmaktadır. Hâlihazırda en olası aday

Neuregulin 1'dir (İrlanda ve Batı İskoçya'daki şizofreni hastalarında tanımlanan bir gen). Ancak bu gen şizofreniden daha yaygındır -muhtemelen nüfusun yüzde 30 kadarı onu taşıyor olabilir. Neuregulin 1 şizofreniye yakalanmak için gerekliymiş gibi görünür ama yeterli değildir. Bazı yaşam deneyimleri (ya da belki de diğer genlerin kombinasyonu) ayrıca gereklidir. Öyle ise doğa ve yetiştirilme arasındaki karşılıklı etkileşim vurgulanır. Bu sorunun geçmişin "ya-ya da" çözümüne karşı neden bu kadar direngen olduğunu açıklayabilir. Bu, düzensizliğin genlerine rağmen şizofreninin gelişmesini engellemek olasıdır umudunu teslim etmemektedir.

Genetik araştırmalar zamanla belli başlı bir klinik etkiye sahip olacak olsa da pratikte kesinlikle düşünceyi harekete geçirmiştir. Çocuğumuzun şizofreni ya da depresyona yakalanma şansının ortalamadan daha fazla olduğunu bilsek hangi risk düzeyini almaya istekli oluruz? Genler kesin bir biçimde tanımlandıktan sonra bu düzensizlikler için görüntülemeye başlamak ahlâkî olarak kabul edilebilir mi? Akıllı olmanın genini tanımlamayı başarırırsak ne olacak -bunun için de görüntüleme kabul edilebilir mi? Görüntüleme seçimi ima eder. Genellikle sadece bir birey hamileliği başlatmak ya da sürdürmek isteyip istemediğini netleştirmek istediğinde yapılır.

Erken tanımlama

Bu sorunlar şizofreni sahibi bazı ailelerin karşısına şimdiden çıktı. Avusturalya'nın genç insanları olabildiğince erken şizofreniye karşı tedavi etme hizmeti, hastalığa yakalanma riski çok yüksek bireyleri başarıyla tanımlamaya başladı. Bunlar, genellikle şizofrenik üyeleri olan ailelerin ergenleridir ve kendileri "tuhaf" ya da "toplumsal hayattan geri çekilmiş" olan ve de sıradışı ama açıkça psikotik olmayan deneyimler rapor edenlerdir.

Genç kişinin hastalanacağından oldukça emin tedavi timi, antipsikotik ilaçlarla tedavi önermeli midir? Onlar grubun yarısına ilaç ve diğer yarısına da placebo verdikleri bir deneme gerçekleştirdi. İlaç verilen grup daha az psikoz geliştirdi. Bununla beraber ilaç verilmeyenlerin hepsi hasta olmadı (yani, bu bir deney olmasaydı, onlara gereksiz yere ilaç verilmiş olacaktı). Gelişimlerinin bu kadar hassas bir aşamasında olan genç insanlar için olası etkileri açıkça muazzamdır. Bu teknik ilerledikçe gitgide artan bir biçimde yüzleşeceğimiz türden kararlara sadece bir örnektir.

Akıl hastalıklarındaki gen tanımlanmasında özgülleşmenin önünde ilerlemesi gereken uzun bir yol var. Psikiyatrik düzensizliklerden kaçınmak için herhangi bir büyük ölçekli gen görüntülenmesi, kaçınılmaz bir biçimde insan davranışlarının zengin çeşitliliğinin yavaş yavaş azaltılması anlamına gelir. Bununla -Van Gogh'un ya da Schumann'ın olmadığı bir dünyada- nasıl mutlu oluruz?

Beyin yıkama ve düşünce denetimi

Psikiyatri hakkındaki en korkutucu fantezilerden birçoğu, genellikle onun “dehşetengiz güçleri” hakkındadır. 1950’lerde Kore Savaşı sırasında “beyin yıkama” kavramının ilk kez kullanılmasından bu yana bu korkular, kavramın çevresinde yoğunlaştı. Hakikaten psikiyatristler bu tür prosedürler hakkında, bilişsel ve grup psikolojisinde çok iyi bilinenlerin ötesinde, çok az bilgiye sahiptir. Psikiyatristler ve psikologlar, hükümete ve orduya insanları nasıl ikna edecekleri hakkında tavsiyelerde bulunur ama onların teknikleri, başarılı reklam ajanslarınınkinden (daha gelişmişse bile) güçbela daha gelişmiştir.

Millgram’ın ünlü deneyi bu gücün bir örneği olarak yanlış bir biçimde alıntılanır. Millgram, normal insanların, bunun

psikolojik bir deneyin bir parçası olduğu söylendiğinde, diğer insanlara ağır, hatta yaşamı tehdit eden elektrik şokları vermeye hazır olduğunu sergilemek için aktörleri kullandı. Bu araştırma psikolojinin dehşetengiz güçlerini değil, hepimizin gündelik hayatta yargılarımızı "otorite"ye teslim etme eğilimimizi sergiler.

Erken dönem bilim-kurgu fantezilerinin bazıları, duygu-durum değiştiren ilaçların yaygın kullanımının doğruluğunu kanıtladı. Aldous Huxley'in romanı *Cesur Yeni Dünya*'daki [*Brave New World*] "Soma", kitleleri halinden memnun ve totaliter bir devlete karşı itaatkar kılmak için kullanılan bir ilaçtı. 1990'ların sonunda Fransa'nın yetişkin nüfusunun yüzde 30'unun psikiyatrik ilaçlar alırken ve ABD'deki okul çağındaki oğlanların yüzde 10'u (bu oran artmaktadır) Rita-lin alırken, *Cesur Yeni Dünya*'dan ne kadar uzağız? Hem akıl hastalıklarını tedavi eden hem de sağlıklı insanların nasıl hissettiğini zenginleştiren bu tür ilaçların erişilebilirliğinde artış söz konusudur. Birçokları bu tasarım ilaçların etkisini "iyiden daha iyi" olarak betimler. İnsanlar daima oyalayıcı ilaçları kendi başlarına kullanmıştır ama günümüzde reçeteli ilaçlar, normal yaşam gerilimleriyle baş etmek için yaygın bir biçimde kullanılmaktadır.

Psikiyatrinin yaşamımızın tüm görünümlerini işgal etmesi ve insanî durumu "tıplaştırması" riski, Altıncı Bölüm'de ele alınan teşhise yönelik daha basit, daha güvenilir ve teşhisin demokratik olarak müzakere edilmesi yaklaşımı üzerindeki vurguyla daha da artmıştır. Psikiyatrik nüfusun boyutları hastanın deneyimlerinin ve davranışlarının temelden "farklı" olduğu hissedildiğinde sadece bir teşhis koyan psikiyatristlerle sınırlandırılmıştı. Bir teşhis, şikâyetler dizisini (bu tür bir yargıyla filtrelenmeksizin) otomatik olarak izliyorsa o zaman genişleme üzerinde çok az bir sınırlama bulunur. Biz

gitgide artan bir biçimde kişinin kendisini dışarıya açmasını ve duygularımıza özen göstermemizi teşvik ediyoruz belki de bundan dolayı kendisinin depresyonda ya da kaygılı olduğunu düşünen insanların sayısı hızla artmaktadır. Birçoğumuz insan deneyimine bu onaylayıcı, açık yaklaşımı hoş karşılamaktadır. Eşit bir biçimde, birçoklarımız, hastanın belirtilerini psikiyatristin kaygılarından daha ciddiye alan ve psikiyatrik konsültasyonda cisimleşen daha dengeli bir ilişkiyi desteklemektedir. Ama yaşamlarımızın gitgide artan sayıda kısmı psikiyatrik düzensizlik olarak etiketlenirken sonuçlardan mutlu muyuz?

Yeni biçimlerinde eski ikilemler

Bütün bunlara rağmen yirminci yüzyıla girerkenkilere dikkat çekici bir biçimde benzer ikilemlerle yirmibirinci yüzyıla girdik. Psikiyatride zorlama ortadan kalkmadı -hatta bir şekilde arttı. Benzer bir biçimde, psikiyatrinin tikel farklılıkları önemsizleştireceği ve insanlara nesne muamelesi yapacağı korkusu gücünden bir şey yitirmeksizin kaldı.

Bir zamanlar büyük akıl hastanelerinin ezici birörnekliğine karşı hastaların haysiyeti arasında olan bu çatışma, günümüzde “kanıt temelli tıp”a karşı “post-modern bireycilik” arasında oynanabilir. Toplum ve psikiyatri, psikiyatrinin hastaya karşı görevleriyle az sayıda potansiyel olarak tehlikeli bireylerin toplumsal denetiminde topluma karşı görevlerini dengeleyen, kolay olmayan bir ilişkiye daima sahip olacaktır (ve belki de daima sahip olması gerekir). Bu tartışmaların bizi zatihi direngenliği, bunların basit teknik sorunlar olmadığını ortaya koyar. Bunlar, bu kitaba başladığımızı neden olan, bir disiplin olarak psikiyatride içkin gerilimleri ve paradoksları yansıtır.

Psikiyatri yirmibirinci yüzyılda hayatta kalacak mı?

Psikiyatrinin beklenmekte olan ölümü onun tarihinin önemli bir kısmında öngörüldü. İyimserler (özellikle tıbbî ve biyolojik araştırmalarla uğraşanlar) antibiyotiklerin tüberkülozu ya da aşılamanın suççeğini yenilgiye uğratmasına benzer bir biçimde akıl hastalıklarını evcilleştirecek önemli ilerlemeler umdu. Zihinsel hijyen hareketi de, ussal çocuk bakımının, azaltılmış alkol tüketiminin ve iyileştirilmiş toplumsal koşulların, analistleri ve psikoterapistleri işsiz kılmasını bekledi. Bu şimdiye kadar gerçekleşmedi. Modern tıbbın başarısı, artan depresyon ve Alzheimer hastalıklarıyla yaşlanan nüfusun sorunlarını beraberinde getirdi. Daha fazla açıklık ve bireyin duygularına daha fazla saygı, danışma ve psikoterapi için talebi muazzam bir biçimde arttırdı. Psikiyatristlerin ve akıl sağlığı profesyonellerinin sayısı dünya çapında kaçınılmaz bir biçimde arttı. Çalışanların sayısı ve hizmet için artan talep göz önünde bulundurulduğunda, evet serpilmeye devam etmelidir.

Ama olduğu haliyle hayatta kalmaya devam edecek midir? Kesinlikle bir şeyler değişmektedir. Psikolojik ve psikoterapik tedaviler, psikozların daha geleneksel tıbbî tedavisinden ayrı olmalı mıdır? Dünya psikiyatrisinin birçok kısmı nörolojiden bağımsızlığını yakın zamanda kazandı ama şimdilerde gelecek için daha güçlü bir tıbbî psikiyatrinin mantıksal gelişimi için onların birleşmesine yönelik güçlü çağrılar duyuyoruz. Birçok psikiyatrist şimdiden kendilerini “nöropsikiyatristler” olarak adlandırdı. Bu Alman etkisinde [*Germanic*] olan birçok sistemde olandır. Psikiyatristlerin teşhis ve yatılı hastaların bakımıyla ilgilendiği, birçok sağlık bakımı sistemi, oldukça bilimsel tıbbî bir modeli vurgulamaktadır. Özürlü hastaların uzun dönem ayakta bakımı, daha kişile-rarası bir yaklaşımı kullanarak, sosyal hizmet uzmanları ve

psikologlar/psikoterapistler tarafından yönetilmektedir. Bu baskılar yeni değildir. Yeni olan, gerekli beceriyle donanmış, iyi eğitilmiş klinik psikologların, hemşirelerin ve sosyal hizmet uzmanlarının yaygın erişilebilirliğidir. Sorumluluklar ve iktidar yapıları dönüşmektedir ve radikal bir biçimde farklı uygulamalar evrilmektedir.

Bu tür gelişmelerin bir mantığı vardır. Artan bilgi uzmanlaşmaya yöneltir, öyle ki psikiyatrinin bir kısmının parçalanması kaçınılmazdır. Buna rağmen psikiyatri bir disiplin olarak yerini güçlendirmektedir. Nörolojiden ya da dahiliyeden bağımsız psikiyatri bölümlerinin kuruluşu hâlâ bir ilerleme olarak görülmektedir. Benzer bir biçimde insanlar seçebildiklerinde, psikiyatri için geleneksel olan psikolojik ve duygusal hassasiyetle birleşmiş, tıbbî uzmanlıkların bir karışımını (ya da otorite mi?) istermiş gibi görünmektedir. Psikiyatrinin tıbbî şeceresi güven vermektedir ancak çok azımız onun sadece tıbbın bir dalı olduğuna inanmaktadır.

Zihin beyinle özdeş değildir. Akıl hastalıklarının (ve nihaî olarak psikiyatrinin) ayırt edici niteliği, onların ben algımız ve en yakın ilişkilerimiz üzerindeki etkisindedir. Bunlar üzerinde çalışmak psikiyatrinin alametifarikasıdır ve toplumun buna karşı ilgisini kaybettiğine dair bir emare yoktur. Muhtemelen önümüzdeki yüz yılda da Psikiyatriye Kısa Bir Giriş olmaya devam edecektir.

OKUMA ÖNERİLERİ

Bu Kısa Bir Giriş, psikiyatri etrafında hızla dönülen bir turdur. Ne konu hakkında teknik ya da mesleki anlayış sunma, ne de sizin ya da sizin bir yakınınızın sahip olabileceği bir psikiyatrik sorun için ne yapılması gerektiği konusunda bir tavsiye verme *amacındadır*. Bir profesyonele yaklaşabilmeye muktedir hissetmenizi ve bunu gerçekleştirerseniz, sizin için orada hoşgörölü ve memnuniyet verici bir karşılınım olduğunu fark etmenizi umut ediyorum.

Bölüm 1

Gelder, M., Mayou, R., and Geddes, J., *Psychiatry*, Oxford Core Texts (OUP, 2005)

Birçok psikiyatri ders kitabı bulunmaktadır ama onların en iyisi bile uygulamaya dönük eğitime eşlik etmek için yazılmıştır ve eğilimim bunlardan birini önermemektir. Bununla beraber özgül bir hastalığa ya da soruna bakmak istiyorsanız, o halde, oldukça kafa karıştırıcı olabilen internet yerine bir ders kitabına bakmanızı öneririm.

Bölüms 2 ve 3

Porter, Roy, *Madness: A Brief History* (OUP, 2002)

Shorter, Edward, *A History of Psychiatry* (Wiley, 1997)

Jones, Kathleen, *Asylums and After* (Athlone Press, 1993)

Roy Porter'ın yakın zamanda, (onun "deliliğin müzeleri" olarak adlandırdığı) tımarhanelerin tarihi üzerine yazdı-

ğı herhangi bir şey okumaya değerdir. Shorter mesleğe daha da eleştirel yaklaşmaktadır. Kathleen Jones'un kitabı klasiktir ve en dengeli olanıdır; her ne kadar kütüphanelerden erişilebilirse de baskısı bulunmamaktadır. Tümü eğlendiricidir ama her birinin belirli bir bakış açısı bulunmaktadır.

Bölüm 4

Storr, Anthony, *Freud: A Very Short Introduction* (OUP, 2001)

Stevens, Anthony, *Jung: A Very Short Introduction* (OUP, 2001)

Bu ikisi, psikanalitik hareketin iki başat şahsiyeti için kısa, jargonsuz girişlerdir.

Bölüm 5

Laing, R. D., *The Divided Self* (Penguin Books, 1960)

Foucault, Michel, *Madness and Civilization* (Tavistock Publications, 1961)

Bentall, Richard, *Madness Explained: Psychosis and Human Nature* (Penguin Books, 2003)

Bölünmüş Benlik [*The Divided Self*] 1960'ların ikonik anti-psikiyatri metnidir. Foucault'yu okumak çok daha zordur. Bentall, daha bilimsel, daha az felsefî bir yaklaşımla tartışmayı günümüze kadar getirmektedir ama hâlâ fazlasıyla zorludur. Bu kitaplarının tümünün baskısı bulunmaktadır.

Bölüm 6

Porter'ın ve Shorter'ın kitaplarının bu sorunlar hakkında da söyleyecek çok şeyleri vardır. Erving Goffman'ın, *Asylums* [*Tımarhaneler*] (1961), biraz uzundur ama kötü uygulamaları ifşa ederek tımarhaneler hakkındaki suçlamalara öncülük eder.

Tom Burns

Psikiyatri

Kısa Bir Giriş

Hepimiz sorunlu (kaygılı, depresyonda ya da kafası karışık) birilerini tanıyoruz. Birçoğumuz, kendimizi zaman zaman (ergenlik çoğu zaman benlik şüphesinin ve mutsuzluğun özgül zamanıdır) bu şekilde hissettik. Bu zamanlarda duygularımız boğucu, öngörülemez ve denetlenmesi olanaksız ve düşüncelerimiz tuhaf ve biçimsiz olabilir.

Bu bizim akıl hastası olduğumuz ya da bir psikiyatristi görmemiz gerektiği anlamına mı gelir? İyi ki bir çoğumuz için yanıt hayırdır. Ancak psikiyatri hakkında okuduğumuzda betimlenenin bunlara dikkat çekici bir biçimde benzeyen deneyimler olduğunu görürüz. Psikiyatri büyüleyicidir çünkü o bilinç, seçim, motivasyon, özgür irade, ilişki ile -gerçekten de bizi insan kılan her şeyle- ilgilenmektedir. Sık sık yasaklayıcı bir jargon altında (ruh hali yerine "duygu durum", endişe yerine "kaygı", korku yerine "fobi", düşünme yerine "biliş") gizlense de, betimlenen koşullar hâlâ hemen tanınır durumdadır.

Bu kitapta, psikiyatrinin ne olduğu, temel kavramlar ve eleştirel değerlendirmelerle birlikte tarihsel gelişim dinamiği bağlamında ele alınmıştır. Psikiyatrinin haleti ruhiyesi ve olası geleceği üzerine değerlendirmeler, bilimsel akıldan kopmadan derinlikli, öğretici ve keyifli bir şekilde yapılmıştır.

ISBN 978-605-84776-7-4



9 786058 477674



Nika Yayınevi



Nika Yayınevi



Nika Yayınevi



www.nikayayinevi.com

