

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>

Uyanışlar

Çeviren: Erhun Yücesoy

YAŞANTI

2.
baskı



Ücretsiz PDF Kitap Arsivi - <https://rantey.org>

Oliver Sacks 1933 yılında Londra'da doktorlar ve bilim insanlarının çoğunlukta olduğu bir ailenin (annesi cerrah, babası aile hekimiydi) üyesi olarak dünyaya geldi. Tıp eğitimini Oxford Üniversitesi'nde tamamladı, San Francisco Mt. Zion Hastanesi ve UCLA'da ihtisas yaptı. 1965'ten beri New York'ta yaşayan ve nöroloji alanındaki çalışmalarını sürdüren Sacks, 2007'de Columbia Üniversitesi Tıp Merkezi'ne Nöroloji ve Psikoloji Profesörü olarak atandı. 1966 yılında Bronx'taki Beth Abraham Hastanesi'nde nöroloji danışmanı olarak görev yaparken deneysel bir ilaçla tedavi ederek hayata döndürdüğü hastaları anlattığı *Uyanışlar* (2003, YKY) aynı adı taşıyan Oscar adayı bir filme uyarlandı ve Harold Pinter tarafından *A Kind of Alaska* adlı bir oyunla dönüştürüldü. Tourette sendromundan otizme çok farklı nörolojik vaka tarihçelerini anlattığı *Karısını Şapka Sanan Adam* (1996, YKY) ve *Mars'ta Bir Antropolog* (1997, İletişim) adlı kitaplarıyla uluslararası üne kavuşan Sacks, *Sesleri Görmek*'te (2001, YKY) sağır insanların dünyasını ve işaret dilini, *Renkkörleri Adası*'nda (1998, YKY) üyeleri renkkörü olan sıradışı bir topluluğu anlattı. Doktorluk deneyimini *Migren*'de (2002, İletişim), hastalık deneyimini *Dayanacak Bir Bacak*'ta (2001, İletişim) paylaşan yazarın benzersiz biyografisi 2001'de *Tungsten Dayı: Kimyasal Bir Çocukluğun Anıları* adıyla (2004, YKY) yayımlandı. *Oaxaca Journal* (2002) adlı bir gezi günlüğü de bulunan yazarın son kitabı, 2007'de yayımlanan *Müzikofili: Müzik ve Beyin Öyküleri*'dir.

Erhun Yücesoy 1969 yılında Ankara'da doğdu, ilk, orta ve lise öğrenimini Kıbrıs'ta tamamladı. 1992 yılında Bilkent Üniversitesi İşletme Fakültesi'nden mezun oldu. Çeşitli bankalarda kurumsal bankacılık alanında çalıştı; şu anda emtea ithalatı ve ihracatı yapan bir şirkette finansman ve ithalat koordinatörlüğü yapıyor. Diğer çevirisi: Oliver Sacks, *Migraine* (Migren, İletişim, 2002)

*Oliver Sacks'ın
YKY'deki kitapları:*

- Karısını Şapka Sanan Adam (1996)*
Renkkörleri Adası (1998)
Sesleri Görmek (2001)
Uyanışlar (2003)
Tungsten Dayı (2004)

OLIVER SACKS

Uyanışlar

Çeviren:
Erhun Yücesoy

Yaşantı



Yapı Kredi Yayınları - 1916
Edebiyat -535

Uyanışlar / Oliver Sacks
Özgün adı: Awakenings
İngilizceden çeviren: Erhun Yücesoy

Kitap editörleri: Cem Akış, Dr. Zehra Betül Yalçınır
Düzeltili: Mahmure İleri

Kapak tasarımı: Nahide Dikel

Baskı: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.
Beysan Sanayi Sitesi, Birlik Caddesi, No: 26, Acar Binası
34524, Haramidere - Avcılar / İstanbul
Tel: (0 212) 422 18 34 Faks: (0 212) 422 18 04
www.acarbasim.com

Çeviriye temel alınan baskı: Picador 1991
1. baskı: İstanbul, Ekim 2003
2. baskı: İstanbul, Ocak 2010
ISBN 978-975-08-0667-0

© Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık Ticaret ve Sanayi A.Ş. 2003
Copyright © 1973, 1976, 1982, 1983, 1987, 1990, Oliver Sacks

Sertifika No: 12334

Bütün yayın hakları saklıdır.

Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında
yayıncının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık Ticaret ve Sanayi A.Ş.
Yapı Kredi Kültür Merkezi
İstiklal Caddesi No. 161 Beyoğlu 34433 İstanbul
Telefon: (0 212) 252 47 00 (pbx) Faks: (0 212) 293 07 23
http://www.ykykultur.com.tr
e-posta: ykykultur@ykykultur.com.tr
İnternet satış adresi: http://alisveris.yapikredi.com.tr

İÇİNDEKİLER

Teşekkürler • 7
Özgün Baskıya Önsöz • 11
Sunuş • 15
1990 Baskısına Önsöz • 18
Giriş • 34
Uyku Hastalığı (Encephalitis Lethargica) • 40
Uyku Hastalığının Sonuçları (1927-67) • 46
Mount Carmel’de Yaşam • 50
L-Dopa’nın Gelişi • 54

UYANIŞLAR

Frances D. • 63
Magda B. • 88
Rose R. • 96
Robert O. • 109
Hester Y. • 117
Rolando P. • 134
Miriam H. • 148
Lucy K. • 160
Margaret A. • 169
Miron V. • 184

Gertie C. •	188
Martha N. •	194
Ida T. •	201
Frank G. •	205
Maria G. •	213
Rachel I. •	219
Aaron E. •	221
George W. •	229
Cecil M. •	232
Leonard L. •	234
Perspektifler •	249
Uyanış •	259
Sıkıntılar •	265
Uzlaşma •	283
Sonsöz (1982) •	292
Hamiş (1990) •	334

EKLER

Uyku Hastalığının Tarihçesi •	341
“Mucize” İlaçlar: Freud, William James ve Havelock Ellis •	345
Uyanışların Elektriksel Esasları •	350
L-DOPA’nın Ötesinde •	357
Parkinsonlunun Uzay ve Zaman Boyutu •	362
Kaos ve Uyanışlar •	375
<i>Uyanışlar’ın Sahne ve Sinema Uyarlamaları</i> •	388

Notlar •	411

Bibliyografya •	491

Teşekkürler

Öncelikle bu kitapta hikâyelerini aktardığım ve *Uyanışlar*’ın orijinal baskısını ithaf ettiğim New York’taki Mount Carmel Hastanesi’nin olağanüstü hastalarına sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Aradan çeyrek yüzyıldan fazla bir zaman geçtikten sonra şimdi geriye bakıp, hastalarımızla ilgilenenleri ve doğrudan ya da dolaylı olarak *Uyanışlar*’a katkıda bulunanları anımsamak zor; fakat hemşirelere –Ellen Costello, Eleanor Gaynor, Janice Grey, Melanie Epps–; doktor kadrosuna –Walter Schwartz, Charles Messelof, Jack Sobel ve Flora Tabbador–; hastalarımızın uyanış dönemi olan o önemli üç yıl boyunca en yakın yardımcım ve konuşma terapistim olan Margie Kohl Inglis’e; “Uyanışların Elektiriksel Esasları” bölümünü birlikte yazdığımız EEG teknisyeni Chris Carolan’a; dopaminerjik toz bulutlarıyla dolu bir ortamda L-DOPA kapsüllerini hazırlayan eczacımız Bob Malta’ya; diğer sadık meslektaşlarım ve fizyoterapistlere dair çok sıcak anılarım var. Bu arada hastalarımız açısından kimyasal olmayan en etkili ilacı sağlayan ve çok yakın ilişkiler kurduğum müzik terapistlerimizi –hastaların uyanışlarının ilk yıllarında Kitty Stiles ve sonrasında Connie Thomas– de ayrıca burada anmak isterim.

Mount Carmel’deki hastalarımızla bir taraftan büyük benzerlikler taşıyan, buna karşın çok farklı özellikler de gösteren muhteşem bir hasta grubuyla temas kurmamı sağlayan Highlands Hastanesi’ndeki İngiliz meslektaşlarıma ayrıca teşekkür borçluyum. 1969 yılında bu hastaların “uyanışında” çok dostane

yaklaşımlarla yardımcı olan Gerald Stern ve Donald Calne'ye; 1954'ten beri bu hastalara sırayla hastabakıcılık yapan James Sharkey ve Rodwin Jackson'a; hastalara uzun yıllar bakıcılık yapan hemşire Bernard Thompson'a; ve hepsinden öte, altmış yıldan uzun bir süredir bu (ve diğer) post-ensefalitik hastaları tanıyan James Purdon Martin'e özellikle teşekkür etmem lazım. 1969 yılında, hastaların ilk "uyanış patlamasını" görmek amacıyla Mount Carmel'i ziyaret eden Martin, sonrasında bu hastalar için bir baba figürü ve yol gösterici olmuştur.

Uyanışlar'ın yazılma ve hastaların tedavileri aşamasında sayısız meslektaşım ve arkadaşım bana yardımcı oldu: D.P. de Paola, Roger Duvoisin, Stanley Fahn (ve Basal Ganglia Kulübü), Ilan Golani, Elkhonon Goldberg, Mark Homonoff, William Langston, Andrew Lees, Margery Mark, Jonathan Mueller, H. Narabayashi, Isabelle Rapin, Robert Rodman, Israel Rosenfield, Sheldon Ross, Richard Shaw ve Bob Wasserman aklıma ilk gelenler. Bunlar arasında, 1969 yılında yazılan ve orijinallerini kaybettiğim el yazılarımın bir nüshasını saklamış olan ve bunları ilk editör-yayıncım Colin Haycraft'a veren (ki Haycraft çok sonraları bu yazılardan faydalanarak BBC için Ivan Vaughan'ın portresini çizen *Ivan* adında olağanüstü bir televizyon filmi yapacaktı) Jonathan Miller'ı; 1976 baskısını yayına hazırlamamda bana yardımcı olan Eric Korn'u; Mount Carmel'deki post-ensefalitik hastaların çoğunu tanıyan ve on yıl boyunca *Uyanışlar*'ın her yönünü benimle yoğun bir şekilde ele alan Lawrence Weschler'i; ve şu sıralar birlikte kaos teorisi ve "uyanışlar" üzerine çalıştığımız Ralph Siegel'i özellikle anmak isterim.

Bizzat kendileri de hasta olan ve Parkinsonluların dünyasını benzersiz bir uzmanlıkla anlayıp tarif edebilen meslektaşlarımın burada çok özel bir yeri var. Bunların arasında Ivan Vaughan'ı, Sidney Dorros'u ve Cecil Todes'u (tüm bu meslektaşlarım Parkinson hastalığıyla yaşamının nasıl bir şey olduğuna dair kendi hikâyelerini yazdılar); ve kendi güçlü izlenimlerine dair sayısız görsel malzemeyi bana sağlayan Ed Weinberger'i sayabilirim. Tourette sendromlu birçok insan, hiperkinetik ensefalitisle çok benzerlik gösteren durumlarını anlamamda bana yardımcı oldular. Son olarak yirmi yıldan fazla bir süredir tanıdığım, kendi

post-ensefalitik hastam Lillian Tighe'ye teşekkür ederim. Lillian *Uyanışlar* üzerine yapılan belgesel filmin ana karakteri olmakla kalmayıp, konuya ilişkin uzun metrajlı filmin yapımında da esin kaynağı olmuştur.

Uyanışlar'ın yazılışında, yapımında ve sahne uyarlamalarında birçok insan yaratıcı yeteneklerini ortaya koydu; bunların arasında ilk ve en önde gelen kişiler arasında, 1973 yılında *Uyanışlar*'ın harika bir belgesel filmine imza atan Yorkshire Televizyonu'ndan Duncan Dallas'ı –bu belgesel, *Uyanışlar*'da hikâyelerini aktardığım hastaların ve olayların unutulmaz görüntülerini içermekte. Kitabı okuyan herkesin, dokümanteri görebilmesini dilerdim– *Uyanışlar*'dan esinlenerek 1982 yılında bana yazdığı oyunu (*Alaska'ya Benzer Bir Yer*) gönderen Harold Pinter'ı (bu oyun aynı yılın Ekim ayında İngiltere'deki Ulusal Tiyatro'da sahneye kondu); 1987 yılında *Uyanışlar*'ın dokunaklı bir radyo temsilinin Kanada Yayın Kurumu için yapımcılığını üstlenen John Reeves'i; yine 1987 yılında olağanüstü bir uyarlamayı Chicago'da sahneleyen City Lit'ten Arnold Aprill'i; *Uyanışlar*'ın bir başka radyo uyarlamasının yapımcılığını üstlenen Carmel Ross'u; ve uzun metrajlı filmin oyuncu ve yapımcı kadrosunu –özellikle yapımcılar Walter Parkes ve Larry Lasker; senaryo yazarı Steve Zillian; yönetmen Penny Marshall ve elbette büyük aktörler Robert De Niro ve Robin Williams– sayabilirim.

Son olarak, geçtiğimiz on yedi yıl içerisinde *Uyanışlar*'ın birçok baskısını yayına hazırlayan editörlere ve menajerim Suzanne Gluck'e; Colin Haycraft'a, Ken McCormick'e, Julia Vellacott'a, Anne Freedgood'a, Mike Petty'ye, Bill Whitehead'e, Jim Silberman'a, Rick Kot'a ve Kate Edgar'a minnet duygularımı ifade etmek isterim. Bazı isimleri diğerlerinden ayırıp tek tek belirtmek haksızlık da olsa, ilk ve son kez bu isimleri öne çıkarmalıyım: Duckworth Yayınevi'nden Colin Hayes'in bana olan inancı 1973 yılındaki orijinal baskının ortaya konmasını sağladı; ve Kate Edgar da elinizde tutmakta olduğunuz büyük ölçüde genişletilmiş bu yeni baskının ortaya çıkmasında yardımcı oldu.

Kitabın ikinci kez yayımında çok özel iki kişiye teşekkür-

lerimi sundum. Akıl hocalarım, dostlarım ve beni “uyandıran” bu kişiler W.H. Auden ve A.R. Luria’dır. Şimdi tüm bunları bir kenara koyup *Uyanışlar*’ı sevgi ve minnetle bu iki adamın anısına ithaf ediyorum.

Özgün Baskıya Önsöz

Bu kitabın ana konusu, belirli hastaların eşine pek az rastlanan bir durum karşısındaki hayat mücadeleleri, gösterdikleri tepkiler ve tüm bunların tıp ve bilim açısından taşıdığı anlamlardır. Bu hastalar, elli yıl önce yaşanan büyük uyku hastalığı salgınında hayatta kalabilmeyi başaran az sayıdaki insanın arasında yer almaktadır. Ortaya koydukları tepkileri ise laevodihydroxyphenylalanine ya da L-DOPA adında yeni ve olağanüstü bir “uyanış” ilacına borçludurlar. Bu hastaların tıp tarihi boyunca eşine rastlanmayan yaşamları ve tepkileri genişletilmiş vaka hikâyeleri veya biyografiler halinde sunulmuştur. Kitabın önemli bir kısmı bunlardan oluşmaktadır. Bu vaka hikâyelerinin öncesinde hastalıklarının doğasına, ilk kez hastalığa tutulduklarından bu yana nasıl bir yaşam sürdüklerine ve hayatlarını dönüştüren ilaca dair tanıtıcı açıklamalar yer alıyor. Böyle bir konu özel ya da kısıtlı bir çevrede ilgi çekebilir gibi görünse de inanıyorum ki durum kesinlikle böyle değil. Kitabın ilerleyen kısımlarında bu konudan kaynaklanan çok çeşitli sonuçları belirtmeye çalıştım. Bu sonuçlar sağlıktan hastalığa, ıstırap çekmeye, bakıma ve yaşanan koşullara kadar geniş bir alanı kapsamakta.

Hayattaki insanlara dair böyle bir kitapta zor ve belki de aşılması güç bir sorun ortaya çıkıyor: mesleki ve şahsa özel sırları ele vermeden detaylı bilgileri sunmak. Bu anlamda hastalarımın isimlerini, yaşadıkları hastanenin ismini ve yerini, koşullardan kaynaklanan diğer birtakım detayları değiştirmek zorunda kaldım. Yine de önemli ve esas olanı, yani hastaların gerçek varlıklarını

ve mevcudiyetlerini, yaşamı “hissedişlerini”, karakterlerini, hastalıklarını ve ortaya koydukları tepkileri, özetle içinde bulundukları tuhaf durumun temel niteliklerini korumaya çalıştım.

Kitabın genel hatları –anlatımındaki ve yansımalarındaki farklılıklar, izlenimlerindeki ve metaforlarındaki çeşitlilik, ortaya koyduğu görüşler, tekrarlar, üzerinde fazla durmadığı konular ve dipnotları– bizzat konunun doğasına olan yönelmemle şekillenmiştir. Amacım bir sistem ortaya koymak ya da hastaları birer sistem olarak ele almak değil, daha ziyade bu hastaların yerleşik oldukları dünya ya da çeşitli dünyaların resimlerini okuyucunun zihninde canlandırabilmektir. Bu dünyaları resmetmek ise devinmeyen ve sistematik bir formülasyondan öte imge ve bakış açılarının yoğun bir şekilde araştırılması, kavramların sürekli yer değiştirmesi ve yaratıcı bir *faaliyet* gerektirir. Karşılaşılan biçimsel ve epistemolojik* sorunlar, Wittgenstein’in *Felsefi Araştırmalar* adlı eserinin Önsöz’ünde ifade ettikleriyle birebir örtüşür. Wittgenstein bu manzaraları (düşünce manzaralarını) şekiller ve “görüşlerle” resmetme gerekliliğinden bahsederken şöyle der:

... Bu elbette araştırmanın doğasıyla bağlantılıydı. Zira bu, geniş bir düşünce alanında, her yöne ve çaprazlama olarak hareket etmemizi zorunlu kılar. Bu kitaptaki düşünceler, zihinde yapılan uzun ve karmaşık yolculukların gidişatı esnasında ortaya çıkan birkaç manzara eskizinden ibarettir. Benzer ya da hemen hemen aynı noktalara her zaman farklı yönlerden yaklaşılmış ve yeni eskizler ortaya konmuştur... O yüzden esasen bu kitap sadece bir albümdür.

Yukarıda bahsedilen kitabın sayfalarında gezinirken metafiziksel temalara rastlanmakta – bu konu, hastalığı tamamen mekanik ya da kimyasal koşullarla ele almanın yetersiz olacağı fikrinden kaynaklanmaktadır; öyle ki hastalık biyolojik ya da metafiziksel koşullarla, yani hem örgütlenme ve hem de tasarım koşullarıyla eşit düzeyde ele alınmalıdır. İlk kitabım *Migren*’de, böyle bir *çifte* yaklaşımın gerekliliğinden bahsetmiştim. Bu ese-

* Kökeni, doğayı, yöntemleri ve bilginin sınırlarını araştıran teorik bilim dalı. (ç.n.)

rimde de, bu temayı çok daha detaylı olarak geliştirmektedirim. Böyle bir düşünce tarzı yeni olmaktan çok uzaktır – klasik tıpta bu düşünce yapısı çok açık bir biçimde anlaşılmıştı. Buna karşın günümüz tıp anlayışında, neredeyse sadece teknik ve mekanik bir vurgulama vardır. Bu vurgulama, tıpta ciddi boyutlarda ilerlemelerin yanında entelektüel gerilemeyi ve hastaların ihtiyaçları ve hissiyatlarına gösterilen özende de eksiklikleri beraberinde getirmiştir. Bu kitap, böylesine bir metafiziksel özeni tekrar kazanma ve eksikliklerini giderme yönünde yapılmış bir girişimin ürünüdür.

Ortaya koyduğu fikirler ve amacı basit ve dolaysız olsa da, kitabı yazarken beklemediğim ölçüde zorlandım. Anlatımda dolaysız ve açık sözlü olabilmek için izlediğiniz yolun açık ve kullanıma *müsait* olması gerekir. Doğru bakış açısını, odaklanmayı ve anlatım tarzını yakalamak için çaba verirsiniz – ve sonra hiç farkında olmadan bunları kaybedersiniz. Bu kaybettiklerinizi tekrar kazanmak ve dikkatinizi kaybetmemek için sürekli mücadele etmek gerekir. Karşı karşıya kaldığım, beni uğraştıran ve okuyucularımın da yüz yüze gelmesi gereken sorunları, Maynard Keynes'in *Genel Teori* adlı eserinin Önsözü'nde yazdığı muhteşem kelimelerden daha iyi ifade edecek bir anlatım ortaya koyamazdım:

Bu kitabın yazımı, yazarı için uzun bir kaçış mücadelesi oldu. Dolayısıyla, çoğu okur için okuması da, yazarın onlara yönelttiği saldırının başarılı olabilmesi adına aynı tür bir mücadeleyi gerektirmeli – bu, alışlagelmiş düşünce ve ifade kalıplarından kaçış mücadelesidir. Burada büyük zahmetlerle ortaya konan fikirler son derece basittir ve apaçık olmalıdır. Zorluk, yeni fikirlerin ortaya konmasında değil, birçoklarımız gibi yetiştirilen insanların zihinlerinin her köşesinde dallanıp budaklanmış eski fikirlerden kaçabilmektedir.

Alışkanlıkların zorlaması ve değişime karşı direniş –düşüncenin her alanında çok sık rastlanır– tıbbın, en karmaşık ıstıraplarımızın ve varlığımıza dair bozuklukların incelendiği alanlarında en yüksek düzeye ulaşır; zira bu noktada en derin, en

karanlık ve en ürkütücü yanlarımızı, hepimizin inkâr etme ya da görmeme yönünde mücadele verdiğimiz yanları dikkatle incelemek zorunda kalırız. Kavranması ya da ifade etmesi en zor düşünceler, bu yasaklı bölgeye temas eden ve içimizdeki en güçlü inkâr mekanizmalarını ve en yerleşik gelenekleri tekrar uyandıranlardır.

O.W.S.
New York
Şubat 1973

Sunuş

Uyanışlar 1973 yılındaki özgün baskısından bu yana birkaç farklı baskı ve formatla okuyucunun karşısına çıktı. Geçen yıllar boyunca, kaynakçayı hazırlayanların ve okurların bazen kafasını karıştıran her türden eklemeler, çıkarmalar, gözden geçirmeler ve diğer değişiklikler yapıldı. Kitaba ilişkin, aşağıdaki kısa yayım tarihi yeni basımın gelişimini izlemek açısından faydalı olabilir.

Uyanışlar ilk kez 1973 yılında, İngiltere’de Duckworth Yayınevi tarafından basıldı. İlk ABD baskısı 1974 yılında Doubleday Yayınevi tarafından yayımlandı. Bu baskıda küçük ilaveler vardı: fazladan yaklaşık bir düzine dipnot ve Rolando P’nin (İngiltere baskısı yayıma hazırlanırken hayatını kaybetmişti) ardından kısa bir anma yazısı.

Karton kapaklı bir baskı 1976 yılında İngiltere’de Penguin Yayınevi, ABD’de ise Random House Yayınevi tarafından çıkarıldı. Bu baskılar bir kısmı kısa deneme yazıları uzunluğunda ve formatında olmak üzere, kitabın yaklaşık üçte birini oluşturan çok miktarda ilave dipnot içeriyordu (bu dipnotlar hayatımın zorunlu olarak çok durağan bir döneminde, bizzat benim hastalık geçirdiğim 1974 yılının sonbaharında yazıldı – *Üzerinde Duracak Bir Bacak* adlı kitabımda anlatılan dönem).

1982 yılında İngiltere’de Pan Books ve ertesi yıl ABD’de Dutton Yayınevi tarafından yayımlanan üçüncü baskıya, tüm hastalar hakkındaki detaylı izlenimlerimi (o döneme kadar postensefalitik sendromlar sergileyen ve çoğu on bir-on iki yıldır

L-DOPA tedavisi gören yaklaşık 200 hasta tetkik etmiştim) ve L-DOPA ve Parkinson hastalığının yanı sıra sağlığın, hastalığın, müziğin genel doğası üzerine düşündüklerimi bir öndeyiş şeklinde ekledim. Yanı sıra hastalarımızla birlikte EEG üzerine yaptığımız yeni gözlemleri bir ek bölüm olarak bu baskıya ilave ettim. Bununla birlikte diğer gözlem ve düşünceleri en gözde formatım olan dipnotlar halinde kitaba ekledim – buna rağmen bir yayıncımın talebine rıza göstererek bu tür dipnotların bir kısmını mümkün olan yerlerde ana metine ve kalanları ise (genelde epey kısaltarak) kitabın sonundaki notlara ekledim. Yaklaşık 20.000 kelimededen oluşan dipnot malzemesi tamamen kaldırılmış oldu. (1987 yılında, Summit Books Yayınevi tarafından yayımlanan ciltli bir baskıya çok geniş bir önsöz ekledim ve onun dışında herhangi bir değişiklik yapmadım.) 1982-83 yıllarında yapılan bu baskı, 1976 yılındakine kıyasla genelinde daha derli toplu bir görünüm ortaya koydu fakat (benim ve diğer birçoklarının düşüncesine göre) bu denli çok malzemenin dahil edilmemesinden ötürü yavan bir baskı oldu.

Yavanlığı düzeltme ve eksik dipnotları yerine koyma ihtiyacının, birçok yeni malzemeyi ilave etme gereksinimiyle birleşmesi beni, yeni 1990 baskısı için *Uyanışlar*'ı bir kez daha ve epey radikal bir anlayışla yeniden şekillendirmeye sevk etti. Tüm ilave ve yeni malzemeyi dipnotlara ve ek bölümlere kaydırarak, kitabın en önemli kısmını –*ana metni*– özgün şekline soktum. Şunu ilave etmeliyim ki, 1976 baskısının tüm dipnotlarını yerine koymadım; bunlardan bazılarını kısaltmak ya da tamamen kaldırmak zorunda kaldım. Bu noktada bir şeylerin kaybolduğu hissinden ve (Gibbon'ın ifadesini farklı sözcüklerle açıklamak gerekirse) yabancı otları temizlerken bazı güzel ve süslü çiçeklerin de kökünü kurutmuş olabileceğim düşüncesinden kendimi alamıyorum. 1976 baskısının en uzun dipnotlarından bir kısmını da (uyku hastalığının tarihçesi ve Parkinson hastalığının uzay zaman boyutu üzerine olanları) yeni ek bölümlere ilave ettim. İlave birtakım dipnotları (bunlar üç beş taneden fazla değil) ve yeni yazdığım üç ek bölümü de bu baskıya ekleme fikrine karşı koyamadım. Yeni ilave edilen bu malzemeler, hem İngiltere, hem de ABD'de hayatta kalabilen son post-ensefalitik

hastalar; geçtiğimiz altı ya da yedi yıl içerisinde Parkinson hastalığını kavrama ve tedavi etme yönünde yaptığımız kayda değer ilerlemeler; son birkaç ay içerisinde farkına vardığım bazı yeni ve teorik formülasyonlar; ve son olarak da *Uyanışlar*'ın, bu yıl içerisinde çekilen uzun metrajlı filmiyle doruğa çıkan ve son sekiz yıl içerisinde yaratılıp gösterime sunulan çarpıcı dramatik ve sinema uyarlamaları referans alınarak yazılmıştır.

Bir kitabı güncellemeye dair birtakım kendine has zorluklar vardır – en azından bilince dair büyük ölçüde gözlem ve yansıma içeren böylesine kişisel bir kitabı. Zira, bu konu insanın zihninde sürekli gelişip evrim geçirir. Bazı formülasyonlara olan bağlılığınızı ya da inancınızı yitirebilir, bazılarının artık işe yaramadığını düşünürsünüz; yine de bunlar –belki bir kısmı ölçüsüz, görünürde boş ve faydasız fakat diğer bir kısmı da gerçekten öncü ve sonuç verebilecek formülasyonlar olarak– şu anda bulunduğumuz duruma varırken izlediğimiz yolu oluşturmuştur. O nedenle, *Uyanışlar*'da yer alan bazı formülasyonlara artık inancımı yitirmiş olsam da, onlara olan bağlılığım böyle bir kitabın oluşum sürecinde son verdim. Aynı mantıktan yola çıkarsak, kimbilir 90'lı yıllar ne tür vizyon ve revizyonlara gebe? Parkinson hastalarını hâlâ, daha büyük bir şaşkınlık ve merakla gözlemlemekteyim. Bu, sınırsız bir dünyanın henüz yüzeyine dokunmuş olmam ve bu dünyayı gözlemlemenin çok farklı yöntemleri olduğuna inanıyor olmanın verdiği bir histir.

Hastalarımın uyanışlarının üzerinden 21, bu kitabın ilk basımının üzerinden ise 17 yıl geçti; yine de bana göre bu, tıbbi, insani, teorik ve dramatik yönlerden tükenmek bilemeyen bir konudur. Yeni ilaveleri ve baskıları gerektiren ve benim –inaniyorum ki okuyucularımın da– konuya olan ilgisini sürekli taze ve canlı tutan da budur.

O.W.S.
New York
Mart 1990

1990 Baskısına Önsöz

Yirmi dört yıl önce Mount Carmel'in koğuşlarına girdim ve Birinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonra ortaya çıkan büyük *encephalitis lethargica* (uyku hastalığı) salgınından bu yana oraya adeta tıkilıp kalmış, olağanüstü post-ensefalitik hastalarla tanıştım. Von Economo *encephalitis lethargica'yı* yarım yüzyıl önce ilk kez tanımlarken, bu hastalıktan en çok etkilenen hastalar'dan da "sönmüş yanardağlar" olarak bahsetmişti. 1969 yılının baharında, bu "sönmüş yanardağlar" bir anlamda Von Economo'nun dahi aklına gelmeyecek ve hiç kimsenin ummadığı bir biçimde patlama göstererek yaşama döndüler. Mount Carmel'in sakin ortamı bir anda bambaşka bir havaya bürünmüştü – gözlerimizin önünde devasa boyutlarda bir afet gerçekleşiyordu. Hem kendileri hem de başkaları tarafından, uzun zamandır ölü olarak kabul edilen seksen kadar hasta, adeta bir patlama yaşarcasına "uyanıyor" ve "hızla" hareketlenmeye başlıyordu. Geriye dönüp o anı hatırladığımda, hâlâ derin bir coşku ve heyecan duymaktan kendimi alamıyorum – o hayatımdaki en önemli ve akıl almaz andı. Hastalarımız için de yaşananların benim yaşadıklarım'dan aşağı kalır yanı yoktu. Mount Carmel'deki herkes duygu ve heyecan seline kapılmış, korku ve merakla karışık bir şekilde, adeta büyülenmişçesine olanları izliyordu.

Bu uyanışlar sadece tıbbi bir olay olsa da, yaşanan heyecan tamamen "tıbbi" değildi. "Ölüler" in tekrar uyandığını –Ibsen'in *Biz Ölüler Uyanınca* adlı eserinden alınan *Uyanışlar* başlığını tam da bu noktada kafamda tasarlamaya başladım– tedavi edilemez

ölçüde hasar görmüş, kökü kurumuş yaşamların birdenbire çiçekler açıp yenilendiğini, yıllardır adeta bir kadavra halinde yitip gitmiş, donmuş hallerinden çıkıp tüm varlıklarıyla hayata dönen o kişilikleri görmenin olağanüstü *insani* (hatta mecazi) bir heyecan boyutu vardı. Çok uzun bir dönemden beri tutsak alınmış bu hastaların parlak ve canlı kişiliklerine dair ipuçlarını daha önceleri de sezmiştik – fakat esasen hastalarımızın uyanışlarıyla birlikte bu gerçeklik adeta bir çığ gibi üzerimize düştü.

Bu hastalarla öyle bir dönemde ve o çalışma şartlarında karşılaştığım için kendimi çok şanslı sayıyorum. Fakat dünyada onların dışında başka post-ensefalitik hastalar da vardı – 60'lı yılların sonunda tüm dünyaya yayılmış tedavi merkezlerinde, bazıları büyük gruplar halinde hâlâ binlerce hasta vardı. Dünyada başı çeken ülkelerin hepsinde post-ensefalitis hastalarına rastlanıyordu. Buna karşın, yıllarca süren uzun uykularından, 1969 yılında dramatik bir biçimde “uyanana” bu tür hastalara ait elimizdeki tek belge *Uyanışlar*’dır.

Bu, o dönemde bana çok tuhaf gelmişti: Neden dünyanın başka yerlerinde de neler olduğuna dair diğer hikâyeleri duymuyorduk? Örneğe neden, benim hastalarımın pek de farklı koşullar altında yaşamadıklarını bildiğim Philadelphia’daki bir grup hasta kendi “Uyanışlarını” yaşamıyordu? Londra’daki en büyük post-ensefalitik hasta grubuna ev sahipliği yapan Highland Hastanesi’nden veya hastalığın ilk kez görüldüğü Paris ya da Viyana’dan aynı tür haberleri neden duymuyorduk?¹

Bunun tek bir yanıtı yok; bu vakalarda, *Uyanışlar*’ın biyografik yaklaşımını boşa çıkaran birçok şey vardı.

Uyanışlar’ı mümkün kılan unsurlardan biri oradaki hastaların *durumları ve konumlarıyla* bağlantılı olmalıydı. Mount Carmel müzmin vakaların kabul edildiği bir tür akıl hastanesidir; doktorlar genelde bu tür hastanelerde bulunmaktan kaçınır ya da sadece kısa ziyaretlerde bulunarak, mümkün olan en kısa sürede buralardan ayrılırlar. Fakat bu her zaman geçerli değildi: geçtiğimiz yüzyılda, Charcot Salpêtriére Hastanesi’nde, Hughlings-Jackson ise West Riding Akıl Hastanesi’nde adeta ikamet ediyorlardı – nörolojinin kurucuları, sadece bu tür hastanelerde, ciddi bozuklukların derinlikleri ve detaylarının ince-

lenip, ortaya çözümler konmasının mümkün olabileceğini fark etmişlerdi. Ben daha önce, müzmin hastaların bulunduğu bir hastanede kadrolu olarak görev yapmamıştım. Post-ensefalitik, Parkinson ve diğer rahatsızlıkları olan birkaç hastayı ayakta tedavi yapılan kliniklerde tetkik etmiş olmama rağmen, post-ensefalitis hastalığının ne kadar ciddi ve tuhaf etkileri olabileceğine dair hiçbir fikrim yoktu. 1966 yılında Mount Carmel'e gelişimin bu gerçeği açığa çıkardığını anladım. Bu daha önce hiç görmediğim, hakkında okuyup bir şeyler işitmediğim ölçüde derin bir hastalıkla ilk karşılaşmamdı. Uyku hastalığına ilişkin tıp literatürüne yapılan katkılar 1935 yılından bu yana neredeyse yok denecek kadar azdı. O nedenle hastalığa dair sonraları ortaya çıkan daha ciddi vakalar hiç tanımlanmamıştı. Ben böyle hastaların var olabileceğini ya da varsalar tanımlanmamış olabileceklerini dahi düşünemezdim. Zira hastalığın en ağır biçiminde yaşandığı "ulaşılmayan noktalara" ne doktorlar varıyordu, ne de bunlarla ilgili raporlamalar ortaya çıkıyordu. Doğrusunu söylemek gerekirse bunlar tıbbın farkına varamadığı noktalar. Çok az doktor müzmin ya da akıl hastanelerinin koridorlarına veya arka koğuşlarına girmiş ve yine çok azı giderek ulaşılmaz hale gelen bu hastaların fizyolojilerine ve açmazlarına nüfuz edebilmek amacıyla onları dinleyip tetkik etmiştir.

Bu tür hastanelerin "diğer" yönü, yani iyi tarafı ise bu hastalarla yıllar boyu birlikte çalışıp onların içinde yaşayan mevcut kadroların, bakımlarından sorumlu oldukları hastalara büyük ölçüde yakınlaşma, onları tanıyıp sevmeye ve onları *insan* olarak algılayıp saygı duyma şansı olmasıdır. O yüzden, Mount Carmel'e adım attığım zaman yalnızca "seksen post-ensefalitis vakası"yla değil, aynı zamanda iç dünyaları ve (hatırı sayılır ölçüde) varlıkları hastanenin kadrosunca takdir edilmiş seksen bireyle karşılaştım. Bu soyut tıp bilgisine dayanan bir yaklaşım değil, parlak, canlı ve sağlam temelleri olan bilinçli bir ilişkiydi. Bu topluluğun içine girdiğim zaman –hem hastaların hem de hastalarla birlikte kadronun oluşturduğu bir topluluk– hastalarla birer birey olarak yüzleştiğimi fark ettim. Bu insanları giderek daha az istatistik ya da bulgulardan ibaret bir hasta listesi olarak görebilirdim.

Elbette bu, hastalar ve hepimiz için eşi bulunmaz bir *dönemdi*. Parkinsonlu bir hastanın beyninde dopamin ileticilerin yetersiz olduğu ve bu nedenle dopamin seviyesi yükseltilebildiği takdirde hastanın “normale döndürülebileceği” gerçeği 1950’lerde ortaya konmuştu. Fakat hastaya miligram miktarlarda L-DOPA (dopamin salgılanmasına önayak olan ilaç) vererek yapılan tedavi girişimleri sürekli başarısız olmuştu – ta ki George Cotzias adında bir doktor büyük bir yüreklilik göstererek bir grup hastaya, daha önce kullanılan dozun *bin kat* daha fazlasını verene dek bu böyle sürdü. Cotzias’ın vardığı sonuçların Şubat 1967’de yayımlanmasıyla birlikte Parkinson hastalarına olan bakış açısı birdenbire değişti. Beklenmedik, inanılmaz bir umut ışığı doğmuştu – öyle ki, o ana dek hastalığın sadece berbat ve giderek kötüleşen sonuçlarına razı olan hastalar tamamen iyileşmese de, bu yeni ilaç sayesinde bir dönüşüm geçirebilirlerdi. Tüm hastalarımız için yaşam kapısı bir kez daha açılmıştı. Kırk yıldır ilk kez, bir gelecekleri olabileceğine inanabilirlerdi. O andan itibaren yaşanan heyecan herkesin tüylerini diken diken etti. L-DOPA’nın bahsini duyan hastalardan biri olan Leonard L. heves ve ironiyle karışık bir duyguyla yazı tahtasına şöyle yazdı: “Dopamin yeniden diriliş ilacıdır. Cotzias Kimyager Mesih’tir.”

Yine de, internliğinin üzerinden bir yıl geçmiş, genç bir doktor olarak Mount Carmel’e ilk kez geldiğimde, benim için bu denli heyecan yaratan L-DOPA ya da onun sunduğu deva değildi. Beni o dönemde heyecanlandıran her hastada farklılık gösteren ve mümkün olan her şekilde giren bu hastalığı gözlemlemekti – hastalığın üzerinde ilk kez inceleme yapanlar çok doğru bir ifadeyle bunu “fantazmagori”^{*} diye adlandırmışlardı. (Mc Kenzie 1927 yılında şöyle yazmıştı: Tıp literatüründe, bu tuhaf hastalığın seyri esnasında sergilediği fantazmagoriyle kıyaslanabilecek hiçbir olgu yoktur.) Bu derece fantastik ve fantazmagorik olan encephalitis hakikaten dikkat çekiciydi. Daha da temeline inecek olursak, sinir sisteminin her düzeyinde meydana gelen inanılmaz boyuttaki rahatsızlıkların neden olduğu bu bozukluk, sinir sisteminin örgütlenmesini, beyin ve davranışın ilkel düzeylerdeyken nasıl çalıştığını diğer tüm hastalıklardan çok

* Sürekli görünüm değiştiren gerçek ya da hayali figür (ç.n.)

daha iyi ortaya koyabilmekteydi. Bu, içimdeki biyolog ve doğa bilimci açısından son derece dikkat çekiciydi ve beyin kabuğu altında meydana gelen ilkel faaliyet ve kontrole dair bir kitap derlemek için beni veri toplamaya sevk etti.

Fakat rahatsızlığın ve doğrudan etkilerinin ötesindeki şey, hastaların yaşadıkları rahatsızlığa karşı gösterdikleri tüm tepkilerdi. Dolayısıyla, incelenen ve karşı karşıya gelinen şey sadece hastalık ya da fizyoloji değil, aynı zamanda uyum sağlayıp hayatta kalabilmek için mücadele veren *insanlardı*. Bu da hastalığı ilk kez gözlemleyenler ve hepsinden öte Ivy Mc Kenzie tarafından fark edilmişti. Şöyle der Mc Kenzie: “Doktor, doğa bilimcinin aksine, ters koşullarda kimliğini korumak için çablayan tek bir organizmayla, insanla ilgilidir.” Bunu algılamak için doğabilimci özelliklerinden taviz vermeyerek, doğa bilimcinin ötesinde bir kimliğe büründüm. O noktada yeni bir ilgi alanı, yeni bir bağlantı ortaya çıktı: Bakımım altındaki insanlara, hastalara karşı olan sorumluluğum. Onların vasıtasıyla, akıl almaz koşullar ve tehditler altında insan olabilmenin, insan *kalabilmenin* nasıl bir şey olduğunu araştırabilirdim. Dolayısıyla, bir taraftan onların organik doğasını, karmaşık ve sürekli değişen patofizyoloji ve biyolojilerini denetlerken, onların *kimlikleri* –kimliklerini koruma çabaları–, bu konudaki gözlemlerim, yardımlarım ve nihayet açıklama getirme çabalarım temel inceleme ve ilgi alanım haline geldi. Tüm bunlar biyoloji ve biyografinin kesişim noktasındaydı.

Hastalığın ve hayatın dinamizmine, organizma ya da öznenin bazen en garip ve en bilinmez koşullardaki yaşam mücadelesine dair bu anlayış, ben ne öğrenci ne de internken bir bakış açısı olarak vurgulanmıştı. Yanı sıra günümüz tıp literatüründe de böyle bir bakış açısına denk gelmemiştim. Fakat post-ensefalitik hastaları görünce bu anlayışın açık ve ezici bir doğruluğa sahip olduğunu anladım – hatta bu, hastaları *gözlemleyebilmemin* tek yoluymuştu. Dolayısıyla, çoğu meslektaşımca küçümsenerek bir kenara itilen bu anlayışın (“akıl hastaneleri mi? – o yerlerde ilginç hiçbir şeye rastlayamazsınız”) tam aksine gözlemlemek, bakım altına almak, incelemek için ideal bir koşul olduğu ortaya çıktı. Sanırım *Uyanışlar* herhangi bir “uyanış” söz konusu olmasay-

dı bile yazılırdı. Sadece o vakit bu tutuklanmış ve donuklaşmış hayatların ifadesizliğini ve karanlığını her şeye karşın cesaret ve neşeleri sayesinde hayatla yüzleşen bu hastaları betimlemek amacıyla, kitabın başlığı *Cehennem Çukuruna Düşmüş İnsanlar* (ya da Fransızca baskısında olduğu gibi *Uykuda Elli Yıl*) olurdu.

Hastalara karşı duyulan hissiyatın yoğunluğu ve aynı oranda onlara ilişkin duyduğumuz entelektüel ilgi ve merak, bizleri Mount Carmel’de bir topluluk olarak bir araya getirdi; ve bu yoğunluk hastaların esas “uyanış” yılı olan 1969’da doruk noktasına ulaştı. O yılın baharında, hastaneden yüz metre uzaklıkta bulunan bir apartman dairesine taşınarak, günde bazen on iki-on beş saat arasında değişen bir mesaiyi hastalara ayırdım. Sürekli hastalarla birlikteydim – uyku saatlerimi kendimden esirgeyip, zamanımı onları gözlemleyerek, onlarla konuşarak, not tutmalarına önyak olarak ve her gün binlerce kelimedenden oluşan detaylı notları bizzat tutarak geçirdim. Eğer bir elimde kalem varsa, diğer elimde de kamera oluyordu. Belki de daha önce hiç görülmemiş –ve büyük olasılıkla bir daha görülmeyecek– şeylere tanık oluyordum; olanları kaydedip bunlara tanık olmak hem görevim hem de zevkim haline gelmişti. Diğer birçok insan da kendini bu işe adanarak, hastanede uzun saatler geçirdi. Hastalarla haşır neşir olan herkes –hemşireler, görevliler, her türden terapistler– sürekli birbiriyle iletişim halindeydi. Koridorlarda heyecanlı sohbetler yapıyorlar, hafta sonları ve geceleri birbirlerine telefon ediyorlar, sürekli yeni deneyim ve fikirlerini paylaşıyorlardı. O yıl yaşanan heyecan ve heves görülmeye değerdi; bana öyle geliyor ki “Uyanışlar” deneyiminin vazgeçilmez parçası buydu.

Yine de ilk başlarda beklentilerimin ne olması gerektiğine dair pek az şey biliyordum. L-DOPA üzerine 1967-68 yıllarında yayımlanmış altı tane rapor okumuştum, fakat benim hastalarımın çok farklı olacağını hissediyordum. Onlarda, diğer hastaların raporlarında belirtildiği gibi, sıradan Parkinson rahatsızlığı yoktu. Daha ziyade çok daha karmaşık, şiddetli ve garip bir post-ensefalitik hastalık geçiriyorlardı. Bu denli farklı bir hastalık yaşayan *bizim* hastalarımız nasıl bir tepki verecekti? Kendimi temkinli, hatta aşırı temkinli olmak zorunda hissediyordum.

1969 yılının başlarında, sonrasında *Uyanışlar* haline gelecek çalışmama başladığım zaman, bunu sınırlı ve dar bir “bilimsel” ifadeyle, ensefalitis hastalığına yakalandıktan sonra tedavi merkezine alınan geniş bir hasta grubu üzerinde yapılan L-DOPA denemeleri olarak kafamda tasarlamıştım. L-DOPA o dönemde deneysel bir ilaç olarak görülüyordu ve bu ilacı kullanabilmek için Gıda ve İlaç İdaresi’nden özel bir araştırma lisansı çıkartmak zorundaydım. Bu lisansın şartlarına göre, ilaç alışılabilirliği “katı” metotlarla kullanılmak ve hastalar üzerindeki sonuçları sayısal ifadelerle İdareye sunulmak zorundaydı.

Fakat bir aydan kısa bir süre içerisinde açıkça görüldü ki başlangıçtaki bu uygulamadan vazgeçilmesi gerekiyordu. L-DOPA’nın bu hastalar üzerindeki etkisi şüphe duyulmayacak kadar kesin ve görülmeye değerdi; bir taraftan da yüzde elli oranındaki kesinleşmiş başarısızlık oranına bakarak, L-DOPA’nın plasebo* etkisi olmadığı sonucuna varıyordum. Artık hastalara vicdanım rahatsız olmadan plasebo veremezdim ve L-DOPA’yı her hastada denemek zorundaydım; yanı sıra ilacı 90 gün boyunca verip sonra uygulamayı durdurmayı da doğru bulmuyordum, zira bu hastaların adeta nefes aldığı havayı kesmek gibi bir şeydi. Dolayısıyla ilk başta 90 günlük deneme olarak tasarlanan uygulama tarihi bir deneyime dönüşmüştü: bu, hastaların L-DOPA öncesindeki yaşamlarıyla, L-DOPA ile tedaviye başladıktan sonra değişen ve gelişen yaşamlarının hikâyesini içeren bir deneyimdi.

Bu nedenle, ister istemez vaka hikâyelerinden ve biyografilerden oluşan bir sunum yapmak zorunda kaldım, zira sayılar, istatistikler, derecelendirme etkileri vs.’den oluşan ve “alışılabilir”in dışındaki bir sunum, deneyimin tarihi gerçekliğini ortaya koyacaktı. 1969 yılını Ağustos ayında, *Uyanışlar*’ın ilk dokuz vaka-hikâyesini yazdım. Aynı güdü, hikâyelerin dramını ve fenomenlerin hazzını ortaya koyan aynı türden bir his, ertesi yılın hemen başlarında beni, editörüme birkaç mektup yazmaya sevk etti. Daha sonra aynı mektupları *Lancet* ve *İngiliz Tıp Dergisi*’ne de gönderdim. Bu mektupları yazmaktan keyif aldım ve gelen tepkilerden anladığım kadarıyla bu dergilerin okurları da bunları okumaktan keyif aldı. Bu yazıların forma-

* Esas ilaç yerine kullanılan etken maddesiz ilaç (ç.n.)

tı ve tarzı, klinik deneyimlerin mucizesini, bir tıp makalesinde mümkün olamayacak biçimde ortaya koymamı sağladı.

O aşamada tüm gözlemlerimi ve vardığım genel sonuçları mektup formatına sadık kalarak sunmaya karar verdim. *Lancet* dergisine yazdığım ilk mektuplar kısa hikâyeler içeriyordu (kısa hikâyeleri herkes sever); herhangi bir genel formülasyon girişimim henüz olmamıştı. 1969 yazındaki ilk deneyimlerim, hastaların ilk gösterdiği tepkiler mutluluk vericiydi; o dönemde bizleri şaşkınlığa uğratan, ortalığı bayram yerine çeviren bir “uyanış” meydana gelmişti – fakat sonra tüm hastalarım sorunlarla yüz yüze geldi ve sıkıntı yaşadı. O vakit, L-DOPA’nın sadece belirgin “yan etkileri”ni değil, aynı zamanda yaşanan sorunun genel seyrini gözlemledim – ani ve kestirilemeyen tepki dalgalanmaları, birdenbire meydana gelen salınımlar, L-DOPA’ya duyulan aşırı hassasiyetin artması ve son olarak kullanılan dozla, ilacın etkisini birbirine denk getirme konusunda yaşanan imkânsızlıklar gibi–, tüm bunlar son derece yıldırıcıydı. L-DOPA’nın dozunu değiştirmeye çalıştım fakat bu artık işe yaramıyordu – görünen oydu ki bu “sistem” kendi dinamiklerini geliştirmişti.

1970 yılının yazında, *Amerikan Tıp Birliği Dergisi*’ne yazdığım bir mektupta, bir yıl boyunca 60 hastaya uyguladığım L-DOPA’nın tüm etkilerini anlatarak, bu bulguları ortaya koydum. Tüm bu hastaların ilk başlarda olumlu bir seyir izlediğini fakat eninde sonunda hepsinin kontrolden çıkarak, karmaşık, zaman zaman tuhaf ve kestirmesi güç bir durum sergilediğini yazdım. Bunların “yan etkiler” olarak görülemeyeceğini, daha ziyade değişim gösteren bir bütünün önemli bileşenleri olarak görülmesi gerektiğini belirttim. Sıradan değerlendirmeler ve yaklaşımların er ya da geç faydasız kaldığını vurguladım. Daha derin ve daha radikal bir anlayışa ihtiyaç vardı.

Amerikan Tıp Birliği Dergisi’ne yazdığım bu mektup, bazı meslektaşlarım arasında homurdanmalara sebep oldu. (Bkz. Sacks ve diğerleri, 1970, Aralık *Amerikan Tıp Birliği Dergisi*’nde yer alan mektuplar.) Koparılan fırtına ve özellikle de bazı meslektaşlarımla kullandıkları üslup beni şaşkınlığa uğratmış ve şok etmişti. Bu meslektaşlarım bu tür etkilerin “hiçbir zaman” meydana gelmediği konusunda ısrarcıydılar; diğerleri ise bu etkiler meydana

gelse dahi “L-DOPA’dan elde edilebilecek en yüksek verim için ihtiyaç duyulan iyimser tedavi ortamı”nın zarar görmemesi için konunun fazla deşilmemesi gerektiğinden bahsediyordu. Hatta bir kısmı mantıksız bir biçimde benim L-DOPA’ya “karşı” olduğumu bile düşündü – fakat ben L-DOPA’ya değil, dozunu azaltma düşüncesine karşıydım. Meslektaşlarımı Mount Carmel’e davet ederek, raporladığım gerçekleri bizzat kendi gözleriyle görmelerini önerdim; davetimi hiç kimse ciddiye almadı. O ana dek, gerçeği çarpıtma ve inkar etme *arzusunun* yarattığı gücü tam anlamıyla fark etmemiştim. Böyle karmaşık durumlarda genel olarak, doktorların heyecanıyla hastaların duyduğu ıstırap, tatsız bir gerçeği hasır altı etme kaygısıyla bilinçaltılarında oluşturdıkları gizli fikir birliğine dönüşebilirdi. Bu olay, yirmi yıl önce kortizonun vaat ettiği sınırsız kullanım alanının ortaya çıkmasıyla benzerlikler taşıyordu; sadece zaman geçtikçe ve inkâr edilemez deneyimlerin birikimiyle, arzu ve istekler gerçeği kavrama duygusuna yenik düşebilirdi.

Yazdığım mektup konuyu çok mu basite indirgemişti – yoksa sadece kafaları mı karıştırmıştı? Acaba konuyu geniş makaleler halinde mi sunmalıydım? Çok emek harcayarak (zira doğrusunu söylemek gerekirse bu benim eğilim ve arzularıma aykırıydı) her şeyi alışılagelmiş, geleneksel bir şekle soktum – istatistiklerle, rakamsal ifadelerle, tablo ve grafiklerle dolu yazılar hazırladım – ve bunları çeşitli tıp ve nöroloji dergilerine gönderdim. Fakat hiçbirinin kabul edilmemesi bende şaşkınlık ve hayal kırıklığı yarattı – dergilerin bazıları, adeta yazılarımda tahammül edilmez bir şeyler varmışçasına sansürcü bir zihniyet ve hatta şiddetli tepkiler ortaya koydular. Bu tepkiler, derin bir yarayı deştiğim kanısını güçlendirdi. Öyle ki, her nasıl olduysa sadece tıbbın değil, aynı zamanda bilginin sınırlarını zorlayan bir kaygıyı –ve öfkeyi– da ortaya çıkarmıştım. ²

İlk başlarda hastalara ilaç verip, etkilerini tetkik etmeye dair alabildiğine basit gibi görünen bir konudaki kuşkuları dağıtmakla kalmayıp aynı zamanda önceden tahmin edilebilirliğe dair kuşkuları da yok etmiştim. Belki ben bile tam olarak farkına varmadan, sıradan düşünce kalıplarıyla ve bu dünyanın kabul görmüş betimlemeleriyle çelişen tuhaf bir olguya dair ipuçlarını

ortaya koymuştum. Son derece tuhaf, adeta olanaksız bir hayat düşünce yapısı gündeme gelmişti – ve tüm bunlar son derece huzur bozucu, kafa karıştırıcıydı (“Bu olanlar o denli garip ki düşünmeye bile tahammül edemiyorum” – Poincaré).

Böylece 1970 yılının ortası itibarıyla en azından makale yayımlama konusundaki girişimlerim son buldu. Çalışmalarım dinmek bilmeyen bir tempoda, heyecanla sürdü; bunlara ilişkin gözlemlerden, hipotezlerden ve yansımalarından oluşan mü-kemmel, adeta hazine değerinde bir birikim (kendimde bunu düşünecek cüreti buluyorum) elde ettim. Fakat bunları nasıl kullanabileceğim konusunda hiçbir fikrim yoktu. Son derece az bulunur bir fırsatın karşıma çıktığını biliyordum; söyleyecek değerli şeylere sahip olduğumun da farkındaydım; fakat makale yayımlayabilme ya da meslektaşlarım arasında kabul görme şansından yoksun bir haldeyken bunları ortaya koyma-nın imkânı yoktu. Büyük bir şaşkınlık, düş kırıklığı, yabana atılmayacak bir öfke ve bazen de umutsuzluk yaşadığım bir dönemdi.

Bu içinden çıkılmaz durum, 1972 Eylülü’nde *The Listener* dergisinin editöründen, deneyimlerim üzerine bir makale yazma daveti alınca değişti. Bu benim için bir fırsattı. Alışkın olduğum sansürcü, reddeden zihniyet bir tarafa bu kez gerçekten de yazmaya davet ediliyor, bu kadar uzun bir süredir biriken bilgi ve deneyimlerimi, tam anlamıyla ve serbestçe yayımlama teklifi alıyordum. “Büyük Uyanış” makalesini bir solukta yazdım –ne ben ne de editör tek bir kelimesini dahi değiştirmedik– ve erte-si ay yayımlandı. Bu makalede, tıbbi yaklaşımın ve terimlerin kısıtlaması olmaksızın, büyük bir serbestlik duygusuyla, hastalarımda gözlemlediğim olağanüstü panoramayı ve fenomenleri tarif ettim. Onların “uyanışları” esnasında yaşadıkları hazları ve sonrasında sıkça gelişen büyük acıları anlattım; fakat hep-sinden öte, tedavi ve tıbbi bir gözlemden ziyade fenomolojik bir bakış açısıyla *fenomenleri* tanımladım.

Bu fenomenlerin ortaya koyduğu resim ve teori bana göre bir devrim niteliğindeydi – bunu yazımda “kuantum-görecelik teorisi türünden yeni bir nörofizyoloji” diye tanımladım. Aslında bunlar cesur ifadelerdi. Kısa bir süre sonra hem çok fazla

hem de çok az şey söylemiş olduğum düşüncesine varmış olsam da bu ifadeler beni ve diğerlerini heyecanlandırdı. Kesin olan şey şuydu ki, gördüklerimiz kuantumsal ya da görecesel bir oluşumdan öte, daha sık rastlanan fakat yine de tuhaf bir oluşumdur. 1972 yılında *Uyanışlar*'ı tamamlamak üzereyken aklımdan çıkmamasına karşın bu olgunun ne olabileceğini hayal edemiyordum.

İki yıl öncesindeki *Amerikan Tıp Birliği Dergisi*'ne yazdığım makaleyle ilgili berbat deneyimin aksine *Listener* dergisindeki makalenin ardından bir ilgi ve mektup yağmuru ve birkaç hafta boyunca süren yazışmalar başladı. Bu tepki yıllardır süren hayal kırıklığı ve engellemelere bir son verdi ve bende, onaylanmış olmanın verdiği kararlı bir cesaret havası estirmeye başladı. Uzun zaman önce, 1969 yılında ıskartaya çıkardığım vaka hikâyelerini bir araya getirdim ve on bir tane daha hikâyeye ekleyerek iki hafta içinde *Uyanışlar*'ı tamamladım. Kitabın yazması en kolay kısmı bu vaka hikâyeleriydi; adeta kendi kendine yazılan bu hikâyeler doğrudan deneyimlerden kaynaklanıyordu. *Uyanışlar*'ın vazgeçilmez, dokunulmaz bir parçası olan bu hikâyelere her zaman farklı bir gözle baktım. Kitabın gerisi tartışmaya açıktır.

Fakat kitabın söz konusu 1973 baskısı, bir taraftan çok ilgi görse de, öncesinde yazdığım makaleler gibi aynı şekilde soğuk karşılandı. Kitaba ilişkin tek bir tıbbi uyarı ya da eleştiri yoktu. Daha çok onaylamayan, hoşnutsuz ve kavrayıştan uzak bir sessizlik hâkimdi. Sadece *British Clinical Journal*'da çalışan cesur bir editör bu konudaki sessizliği bozarak *Uyanışlar*'a 1973 yılının "editörün tercihi" payesini verdi ve bizim mesleğin kitaba karşı olan bu garip "sessizliği" üzerine yorum yaptı.

Tıp çevrelerinin sessizliği karşısında hayal kırıklığına uğramış fakat aynı zamanda A.R. Luria'nın güven telkin eden tepkisiyle de cesaretlenmişim. Luria bir ömür boyu sürdürdüğü ayrıntılı ve titiz nöropsikolojik gözlemleri takiben roman diye nitelendirilebilecek olağanüstü iki vaka hikâyesi yayımlamıştı – *Bir Bellekçinin Zihni* (1968) ve *Dünyası Paramparça Olan Adam* (1972). Tıp çevrelerinin *Uyanışlar*'ın yayımlanmasını takiben büründükleri tuhaf sessizlik ortamında Luria'dan beni çok keyif-

lendiren iki mektup aldım; ilkinde kendi yazdığı “biyografik” kitaplardan ve yaklaşımlarından söz ediyordu:

Doğrusunu söylemek gerekirse, bizzat ben de Sherashevsky (Bellekçi) ve Zazaetski’de (“dünyası paramparça olan” adam) ortaya koyduğum gibi “biyografik” inceleme türünü çok seviyorum... Öncelikle bu benim tanıtmak istediğim ve bir tür “Romantik Bilim” olarak nitelendirdiğim bir yazım tarzı olduğu için, kısmen de biçimsel ve istatistiksel bir yaklaşıma *şiddetle* karşı olduğum, kişiliğe dair nitel bir incelemeden, bu kişiliklere ait yapının temelini oluşturan birtakım *unsurları* ortaya çıkarmak için yapılan her girişimden yana olduğum için. [19 Temmuz, 1973 tarihli mektup. İtalik vurgulamalar mektupta aynen yer aldığı şekliyle yazılmıştır]

İkinci mektubunda ise *Uyanışlar*’dan bahseder:

Uyanışlar’ı aldım ve bir solukta, büyük keyif alarak okudum. Vakalara ilişkin yerinde klinik tanımlamaların tıpta, özellikle de Nöroloji ve Psikiyatride önemli bir rol oynadığının her zaman bilincindeydim. Ne yazık ki, 19. yüzyılın önde gelen Nörologları ve Psikiyatristlerince sıkça kullanılan bilgi dağarcığı artık kaybolmuş durumda. Bu belki de mekanik ve elektrikli aygıtların kişilik üzerine yapılan incelemelerin yerini tutabileceği konusundaki hatalı düşünceden kaynaklanmakta... Yazdığınız bu mükemmel kitap, önemi büyük olan klinik vaka incelemeleri geleneğinin büyük bir başarıyla tekrar canlandırılabilceğini ortaya koymakta. [25 Temmuz, 1973 tarihli mektup]

Luria mektubunun devamında bana bazı özgül sorular sormakta ve hepsinden öte L-DOPA’nın gösterdiği etkilerin bu denli çeşitli ve değişken olmasına dair şaşkınlığını dile getirmekteydi.³

Luria’ya karşı gerek tıp eğitimi aldığım dönemde, gerek öncesinde sonsuz bir hayranlık duymuştum. 1959 yılında Londra’da

verdiği konferansı izlediğim zaman, entelektüel birikimle samimiyeti bir araya getirmekteki hüneri beni çok etkilemişti –bu iki özellikle birbirinden ayrı olarak sık sık karşılaşmış fakat *bir araya* geldiklerini nadiren görmüştüm– onun ortaya koyduğu çalışmalarda beni hoşnut eden ve hem öznelliği, hem de düşünceyi ortadan kaldırmaya yönelik tıbbi makalelerde görülen bazı eğilimlerin panzehiri olan tam da bu bileşimdi. Luria’nın erken dönem çalışmaları zaman zaman şatafatlı ve azametli bir çizgide olsa da, yaşı ilerledikçe entelektüel yönden daha sıcak ve bütünlük içeren eserler ortaya koydu. Yukarıda bahsettiğim *Bir Belleğin Zihni ve Dünyası Paramparça Olan Adam* adlı son iki eserinde ise bu özellikleri doruk noktasına çıktı. Bu çalışmaların her biri beni ne ölçüde etkiledi bilemiyorum ama kesin olan bana cesaret verdikleri, teşvik edici oldukları ve *Uyanışlar’ı* yazmamı ve yayımlamamı kolaylaştırdıklarıdır.

Luria sık sık birbirinden farklı amaçla birbirlerini tamamlayan iki türde kitaplar yazdığından söz eder. Bunlardan biri “klasik” sayılabilecek analitik metinler (örnekse *İnsandaki Yüksek Kortikal Fonksiyonlar*), diğeri ise yine yukarıda sözünü ettiğim “romantik” türde biyografik kitaplardır. Bu çifte ihtiyacın her zaman bilincindeydim ve her klinik deneyimin potansiyel olarak *iki* tür literatüre rağbet ettiğini fark ettim: biri rahatsızlıkların, mekanizmaların ve semptomların nesnel tanımını içeren tamamen “tıbbi” ya da “klasik” literatür; diğeri ise hastaların deneyimlerine ve dünyalarına özdeş bir bakış açısıyla yaklaşan daha varoluşçu ve kişisel literatür. Bizim post-ensefalitik hastalarımızla ilk kez karşılaştığım zaman bu iki tür literatüre ait kitaplar kafamda canlanmaya başladı. Bunlardan biri beyin kabuğu altında meydana gelen bozukluklar ve mekanizmalara dair *Baskı ve Kısıtlama* adlı eser ve diğeri de Jack London’vari bir roman tarzında yazılmış olan *Cehennem Çukuruna Düşmüş İnsanlar* adlı kitap. Bu ikisi en nihayet 1969 yılında, biyoloji ve biyografinin kesişim noktasında, paradigmayla sanatın tarzlarını elimden geldiğince bir araya getirmek amacıyla hem klasik ve hem de romantik tarzda yazmaya çalıştığım bir kitapta bir araya geldi.

Fakat sonuçta hiçbir model benim gereksinimlerime uymadı – zira benim gördüklerim ve ifade etmeye çalıştıklarım ne

tam anlamıyla klasik ne de tam anlamıyla romantik olan, daha ziyade alegori ve efsanelerle süslenmiş etkileyici bir boyutta yer alıyorlardı. Kitabın başlığı *Uyanışlar* bile kısmen gerçek, kısmen de metafor ve mecaz içeren çifte anlam taşıyordu.

Detaylı vaka hikâyeleri, yaşamı bütünlük içinde sunmaya çalışan “romantik” tarz ve hastalıkların yansımalarındaki zenginlik bu yüzyılın ortalarında epey gözden düşmüştü – *Uyanışlar* 1973 yılında ilk kez yayımlandığında meslektaşlarımın büründüğü “tuhaf sessizliğin” nedenlerinden biri belki de buydu. Fakat yetmişlerin devamında, vaka hikâyelerine karşı duyulan bu antipati azaldı – hatta tıp literatüründe yer almak üzere vaka hikâyelerini yayımlamak (zor da olsa) mümkün oldu. Ortamın yumuşamasıyla birlikte, karmaşık nöral ve psişik işlevlerin (ve bunlara ait bozuklukların) açıklanabilir ve anlaşılabilir olması açısından detaylı ve eksiksiz aktarılmaları yönünde bir anlayış gelişti.⁴

Yanı sıra, 1969 yılında hastalarımın L-DOPA’ya verdiği kesirilmesi güç tepkiler –durumlarındaki ani değişiklikler, salınışlar, salınımlar, L-DOPA’ya ve aslında çevrelerindeki *her şey*e karşı aşırı “hassaslaşmaları”– giderek artan bir oranda herkes tarafından görülebiliyordu. Açıkça ortadaydı ki, post-ensefalitik hastalar bu tepkileri birkaç hafta, bazen birkaç gün içerisinde veriyordu – oysa “sıradan” Parkinson hastaları, daha dengeli sinir sistemlerine sahip olduklarından, ilacın kullanımının üzerinden yıllar geçse de bu tür tepkileri vermeyebiliyorlardı. Yine de, L-DOPA ile tedavi gören *tüm* hastalar er ya da geç bu tuhaf, değişken halleri sergilemeye başladılar – Gıda ve İlaç İdaresi’nin L-DOPA’yı 1970 yılında onaylamasıyla birlikte bu tepkileri veren hastaların sayısı sonunda milyonlarla ifade edilmeye başlandı. Şimdi herkes aynı sonuca ulaşmıştı: L-DOPA’nın esas vaadi milyon kere teyit edilmişti – fakat aynı şekilde esas tehlikesi yani “yan etkileri”nin kesinliği, başka bir deyişle yarattığı “sıkıntıları” da er ya da geç ortaya çıkıyordu.

Bu nedenle, *Uyanışlar*’ı ilk kez yayımladığımda yaşanan şaşkınlık ve tahammülsüzlük –1982 yılında kitabı üçüncü kez yayımladığım döneme kadar– tüm meslektaşlarım için kendi ya-

şadıkları inkâr edilemez deneyimler vasıtasıyla teyit edilmişti. L-DOPA'nın o ilk günlerindeki iyimser ve duygusal hava daha ağır başlı ve gerçekçi bir ortama dönüştü. 1982 yılı itibarıyla iyice benimsenen bu ortam *Uyanışlar*'ın yeni baskısını kabul gören bir kitap, hatta dokuz yıl öncesinde ilk basımı kabul etmeyen tıp çevrelerinde bir klasik haline getirdi.

Uyanışlar'ın ana teması diğer insanların dünyalarını hayallerimizde canlandırmakla ilgilidir – neredeyse tasavvur edilemeyecek denli tuhaf, ama yine de tıpkı bizler gibi insanların yaşadığı, hatta bir gün kendimizi dahi içinde bulabileceğimiz dünyalar. Diğer dünyalar, diğer yaşamlar, bizlerin yaşadıklarından çok farklı olsa da aynı duyguları paylaşma hissini uyandırma, içimizdeki yoğun ve çoğunlukla yaratıcı tınıları uyandırma gücüne sahiptir. Rose R. gibi birine hiç rastlamamış olabiliriz. Fakat bir kez ona ilişkin bir şeyler okuyunca o dünyaya daha farklı gözlerle bakmaya başlarız – onun yaşadığı dünyayı korku ve merakla karışık duygularla izlemeye başlarız, bu bakış açısıyla birlikte bizim dünyamız birdenbire genişlemeye başlar. Harold Pinter *Alaska'ya Benzer Bir Yer* adlı oyununda bu tür yaratıcı tepkiye olağanüstü bir örnek vermekte. Bu Harold Pinter'in dünyası, onun eşsiz yeteneklerinin ve duyarlılığının ortaya koyduğu tablodur. Fakat aynı zamanda bu Rose R.'ye ve *Uyanışlar*'a da ait bir dünyadır. Pinter'in oyununu *Uyanışlar*'ın sahne ve televizyon uyarlamaları izledi; bunların her biri kitabın farklı unsurlarına dikkat çekti. Her okur *Uyanışlar*'a kendi hayal gücü ve duyarlılığını katıp, duygularını serbest bıraktığı takdirde kendi dünyasının garip bir biçimde derinleştiğini, yeni bir hassasiyet ve belki de korku boyutu kazandığını görecektir. Zira bu hastalar görünürde çok farklı ve "özel" de olsalar, içlerindeki evrensellik sayesinde tıpkı bana seslerini duyurup uyandırdıkları gibi, herkese seslerini duyurup uyandırabilirler.

Hastalarımızın "hikâye"sine ve yaşamlarına dair yazdıklarımı ilk kez yayımlarken büyük ölçüde tereddüt ettim. Fakat bizzat onlar beni yüreklendirdi ve ta en başından itibaren bana "Hikâyelerimizi anlat – yoksa hiçbir zaman bilinmeyecek" dediler.

Bu hastaların birkaçı halen hayatta – artık birbirimizi yirmi dört yıldan bu yana tanıyoruz. Fakat yaşamını kaybedenler bir anlamda l değil – onlar benim için, çok kişiisel bir biçimde hâlâ hayatta. Onlar sadece hasta değil, aynı zamanda öğretici birer dosttular ve onlarla birlikte geçirdiğim zaman hayatımın en önemli yıllarıydı. Onların yaşamlarına ve varlıklarına dair bazı şeylerin korunmasını ve diğerleri için insanoğlunun açmazlarının ve hayatta kalma mücadelesinin ibret verici örnekleri olarak canlı kalmasını arzuluyorum. Bu eşi benzeri olmayan bir olayın tek tanıklık ifadesidir – fakat bir gün hepimiz için bir alegori haline gelebilir.

O.W.S.
New York
Mart 1990

Giriş

Parkinson Hastalığı ve Parkinsonizm

1817 yılında, Londralı bir doktor olan James Parkinson, o zamana dek erişilmemiş bir berraklık ve kavrayışla, ilerde Parkinson hastalığı olarak bilinecek rahatsızlığa dair yaygın, önemli ve benzersiz koşulları tanımladığı ünlü *Titreyen Felç Üzerine Deneme* adlı eserini yayımladı.

Bu hastalığın kendine has bulguları ve belirleyici özellikleri –tipik titreme ya da sarsıntı, yürüyüş biçimi ve konuşmada ortaya çıkan tipik hızlı veya telaşlı haller– Galen’in döneminden bu yana doktorlar tarafından tanımlanmıştı. Ayrıca tıp dışındaki literatürlerde de detaylı tanımlamalar yer almıştı – Aubrey’nin, Hobbes’un “Titreyen Felci” tanımında olduğu gibi. Fakat hastalığın her özelliğini ve unsurunu bir bütün olarak ilk kez Parkinson fark etti ve bunu diğerlerinden farklı bir hal ya da *davranış biçimi* olarak sundu.⁵

1860 ile 1890 yılları arasında, Paris’teki Salpêtrière hastanesinde müzmin rahatsızlıklardan mustarip büyük bir hasta grubuyla çalışan Charcot, Parkinson’un genel hatlarını çizdiği taslağın içini doldurdu. Hastalığa ilişkin zengin ve detaylı nitelendirmelerinin yanı sıra Charcot, Parkinson hastalığının bulgularıyla depresyon, katatoni ve isteri arasında var olan önemli ilişkileri ve yakınlıkları kavradı: gerçekten de Charcot’nun Parkinsonizmi “bir nevroz” olarak nitelendirmesi kısmen bu çarpıcı ilişkilerin ortaya koyduğu kanı doğrultusundadır.

Ondokuzuncu yüzyılda, Parkinson rahatsızlığı elli yaşın altındakilerde hemen hemen hiç görülüyordu ve genellikle bazı "zayıf" ve savunmasız hücrelerde görülen bozucu bir süreç ya da bu hücrelerin beslenme yetersizliğine dayalı bir yansıma olarak kabul ediliyordu; o dönemde bu bozukluk gerçek örneklerle ortaya konamadığından ve nedenleri bilinmediğinden, Parkinson hastalığı kişiye özel ya da "sebebi bilinmeyen hastalık" olarak nitelendirildi. Bu yüzyılın ilk çeyreğinde, büyük uyku hastalığı (*encephalitis lethargica*) salgınının baş göstermesiyle birlikte, anlaşılır ve belirgin bir sebebe dayalı "yeni" bir tür Parkinsonizm ortaya çıktı: bu ensefalitik ya da post-ensefalitik Parkinsonizm⁶, sebebi bilinmeyen hastalığın aksine her yaştan insanı etkileyebiliyor ve sebebi bilinmeyen hastalıklarda görülenden çok daha farklı şekillere bürünüp, ağır ve dramatik boyutlarda şiddet ve acı içeriyordu. Parkinsonizmin üçüncü bir nedeni ancak son yirmi yılda fark edildi. Bu da fenotiazid ve butirofenon içeren ve "ağır yatıştırıcı ilaçlar" olarak nitelendirilen ilaçların kullanımının beklenmedik (ve genellikle kısa süreli) sonuçları ya da "yan etkileri"ydi. Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde Parkinson hastalığı olan iki milyon insandan bahsediliyordu: bunların bir milyonu sebebi bilinmeyen Parkinson; geri kalanı ise ilaç kullanımına bağlı Parkinson hastalığından mustarıpti; birkaç yüz ya da binle ifade edilen insan ise post-ensefalitik Parkinson hastasıydı – bunlar büyük salgının son hayatta kalan hastalarıydı. Parkinsonizmin diğer sebeplerine –kömür-gaz zehirlenmesi, mangan zehirlenmesi, sifilis, tümörler vs.– çok nadir rastlanıyordu ve sıradan doktorların tüm meslek hayatları boyunca bu sebeplere dayalı Parkinson rahatsızlıklarını tetkik etme şansı çok seyrekti.

Parkinson hastalığı birkaç yüzyıl boyunca "titreyen felç" (ya da Latince karşılığıyla *paralysis agitans*) olarak adlandırıldı. Şunu belirtmek gerekir ki, ilk atak olarak görülen titreme ya da sarsıntı kesinlikle Parkinsonizmin tek başına görülen sabit bir bulgusu değildir ve çoğu kez Parkinson hastalarının karşılaştığı sorunların en küçüğüdür. Eğer sarsıntı varsa bu dinlenme sırasında meydana gelir ve hareket ya da harekete geçme esnasında kaybolma eğilimi gösterir;⁷ bazen titreme ya da sarsıntı sadece

ellerle sınırlı kalır ve tipik “tespih çekme hareketi” özelliği ya da (Gover’ın ifadesiyle) “Doğuluların küçük davullarını çalmalarına” benzer bir özellik gösterir; diğerlerinde ve özellikle de post-ensefalitik hastalarda, sarsıntı çok şiddetli olabilir, vücudun herhangi bir kısmını ve tümünü etkileyebilir ve hasta gayret sarf edince, sinirlenince ya da aşırı yorulunca artış eğilimi gösterir. Parkinsonun, sarsıntının dışında sık sık anılan bir ikinci bulgusu da vücudun katılaşması ya da sertleşmesidir; bu katılığın kurşun bir borunun bükülmesiyle sık sık kıyaslanan tuhaf plastik bir özelliği vardır ve şiddetli acılara yol açabilir.⁸ Yine de sarsıntılarının ve katılaşmanın Parkinsonun temel özellikleri olmadığını vurgulamak gerekir; bu kitapta özellikle üzerinde duracağımız hastalığın post-ensefalitik hallerinde bu özelliklerin ikisine de hiç rastlanmayabilir. Parkinsonun, her hastada görülen ve hastalığın post-ensefalitik hallerinde yoğunluğu had safhaya ulaşan temel özellikleri, hareket bozuklukları ve “itme”yle bağlantılıdır.

Parkinsonun öncelikle göze çarpan özelliklerine dair ilk yapılan tanımlamalar *festination* (hızlanma) ve *pulsion* (itme) bozukluklarıydı. *Festation* adımların, hareketlerin, kelimelerin ve hatta düşüncelerin hastanın bedeninde ve zihninde hızlanması (ve bununla birlikte kısaltılması) şeklinde ortaya çıkar – bu özellik, adeta hastanın zamana karşı yarışır bir halde olduğu sabırsızlık, acelecilik ve atiklik biçiminde kendini gösterir; bazı hastalarda bu özellik bir aciliyet ve sabırsızlık hissiyle birlikte görülse de, diğer hastalar kendi iradeleri dışında hızlanırlar.⁹ *Festation* ve *pulsion*’a dair hareketlerin nitelikleri; çabukluk, anilik ve kısıklıktır. Sık sık bunlara bağlı gelişen bulgular ve tuhaf “sabırsız hareketler” (akathisia) eski yazarların çok ağırlık verdiği konulardı. Dolayısıyla Charcot bu hastaların birçoğunun “acımasızca bir huzursuzluk” çektiğinden, Gowers ise “her birkaç dakikada bir bedenin duruşunu az da olsa değiştirmeyi gerektiren had safhada bir huzursuzluk”tan mustarip olduklarını ifade ederler. Bu unsurları –vücut hareketlerinin bu atik, baskın ve aceleci hallerini– vurguladım zira bunlar deyim yerindeyse Parkinsonizmin daha az bilinen “diğer yüzü”nü, yayılan ve patlayan unsurlarını temsil eder. Öyle ki bu unsurların,

L-DOPA kullanan hastalarda görülen birçok “yan etki”yle tuhaf bir ilişkisi vardır.

Bu etkilerin zıttı –tuhaf bir yavaşlama ve hareket güçlüğü– daha sık vurgulanır ve pek de aydınlatıcı olmayan “akinezi” terimiyle adlandırılır. Akinezinin pek çok şekli vardır, fakat telaş ve itmenin tam anlamıyla karşıtı olan şekli; hareketi, konuşmayı ve hatta düşünmeyi engelleyen ve tamamen durdurabilen, aktif bir *yavaşlatma* ya da *direnç*’tir. Aşırı tesir altında kalan hastalar herhangi bir hareket yapmayı “istedikleri” ya da niyetlendikleri an “karşıt bir irade”nin ya da “direnç”in meydana gelip hareketlenmelerini engellediklerini görürler. Kendilerini, hareketlenmekten alıkoyan fizyolojik bir savaşımın, bir çatışmanın içinde bulurlar – güce karşı zıt-güç, iradeye karşı zıt-irade, hâkimiyete karşı zıt-hâkimiyet. Charcot, kendilerini bu tür bir çatışmanın içinde bulan hastalar için şu ifadeyi kullanır: “Bu savaşta ateşkes yoktur” – Charcot bu tür hastaların yaşadığı sarsıntıyı, bedenlerinin katılaşmasını ve akineziyi böyle hallerdeki iç savaşımın nihai ve faydasız sonuçları olarak görür ve Parkinson hastalarının sıklıkla şikâyet etmelerine neden olan gerilim ve yorgunluğu ise böylesine anlamsız iç savaşımlar sırasında tükenen enerjilerine bağlar. Hastalarımın birinin (Leonard L.) sürekli “kışkırtıcı ve dizginleyici” olarak ifade ettiği olgular bu itme ve durdurma halleriyle ilgilidir.¹⁰ Hareketsizlik ve uyuşukluk dış görünüşleri itibarıyla aldatıcıdır: bu tür bir engelleyici akinezi kesinlikle atalet ya da dinlenme hali değil, daha ziyade (de Quincey’in ifadesiyle açıklamak gerekirse) “uyuşukluktan kaynaklanmayan fakat güçlü ve aynı ölçüde karşıt, sonsuz faaliyetler, sonsuz dinginlik halidir.”¹¹

Bazı hastalarda, çabalama ya da mücadele etmekten ziyade sürekli bir tekrar ve devamlılığa ilişkin farklı tür bir akinezi söz konusudur. Gowers buna örnek teşkil edebilecek bir hastaya ilişkin şu tespiti yapmıştır: “Hastanın elleri ve ayakları havaya kaldırıldığı vakit birkaç dakika boyunca öylece kalmış ve sonra yavaşça düşmüştür” – bu Gowers’ın haklı olarak katelepsiyle kıyasladığı bir akinezi türüdür; bu, post-ensefalitik Parkinson hastalarında çok daha sık görülen ve çok daha şiddetli hissedilen bir türdür.¹²

Bu özellikler – itme, direnç ve devamlılık Parkinsonizmin aktif ya da pozitif özelliklerini temsil eder. Kitabın ilerleyen bölümlerinde bunların bir ölçüde kendi aralarında yer değiştirebildiğini ve dolayısıyla değişik evre ya da şekilleri veya Parkinsonizmin dönüşümlerini temsil ettiğini göreceğiz. Parkinson hastalarının –terminolojide bir çelişki yaratmıyorsa– “negatif” özellikleri de vardır. Bu nedenle, Charcot bu hastalardan bazılarının saatler boyu sadece hareketsiz oturmakla kalmayıp, hareket etmek için görünürde hiçbir güdü ortaya koymadıklarına özellikle dikkat çekmiştir: Bu hastalar hiçbir şey yapmamaktan hoşnut görünür ve başka birinden –*dışarıdan*– bir uyarı, komut ya da talep geldiği takdirde pekâlâ hareket edebilmelerine rağmen eyleme geçme ya da herhangi bir faaliyetlerini devam ettirme “iradesi”nden yoksundurlar. Bu tür hastaların durumu irade yoksunluğu ya da “abulin” diye ifade edilir.

Parkinson hastalarında görülen bu tür “negatif” bozukluk ya da yetersizliklerin diğer unsurları yorgunluk hissi, enerji eksikliği ve belirli ölçüde “renksizlik” hissetmeye ilişkindir – duyumsama, cinsel içgüdü, amaç ve yoğunlaşmaya dair yoksunluklar. Tüm Parkinson hastaları “hareketlenme”, enerji, başkalarının yardımı olmaksızın karar verme, canlılık vs. gerektiren durumlarda az çok farklılık gösterirler. Bu durum depresyon sıkıntısı yaşayan hastalarınınkiyle yakın benzerlik taşır.¹³

Dolayısıyla Parkinson hastaları aynı anda (farklı boyutlarda olsa da) hem patolojik bir yokluktan hem de patolojik bir varlıktan ötürü ıstırap çeker. Patolojik yokluk onları normal ve gerektiği gibi hareket etme ve eylem devamlılığından alıkoyar (şiddetli vakalarda normal kavrama ve düşünce akışı da kesilir) ve “güçsüzlük”, yorgunluk, yoksunluk hisleriyle ortaya çıkar; patolojik varlık ise endişe, anormal faaliyet, patolojik bir oluşum meydana getirerek deyim yerindeyse hastaların davranışlarında anlamsız, ıstırap veren ve mahrum eden bir biçimde yığılmalara yol açar. Tıpkı gündelik hayatta insanların acı, zevk, hiddet ya da bir nevroz seline kapılmaları gibi, bu tür hastaların da Parkinsonizmin –patolojik bir duygu selinin– (“*erethism*”) *hücumuna uğradığı* düşünülebilir. Hepsinden öte Parkinsonun hastaya bir baskı uyguladığı düşüncesini, *kinesia*

*paradoxa** olgusu da bir ölçüde destekler. Bu, Parkinsonizmin aniden ve tümüyle (geçici bir süre için de olsa) kaybolmasına dair bir olgudur ve en çok hastalığı yoğun yaşayanlarda dramatik bir biçimde meydana gelir.¹⁴

Ciddi bir rahatsızlığın birdenbire iyileştirilebileceğini düşünmek hayli güçtür, fakat yoğun bir baskının aniden ortadan kaldırılabilmesi ya da deşarj olabileceği akla yatkındır. Bu tür kavramlar Charcot'nun düşüncelerinde çoğu zaman üstü kapalı, bazen de açıkça ortaya konmuştur. Charcot, Parkinsonizmin farklı şekilleri ya da evreleriyle nevrozun evreleri ya da şekilleri arasında yakın benzerlikler olabileceğini vurgular. Charcot özellikle, birbirinden ayırt edilebilir ama yine de birbirlerinin yerini alabilen üç Parkinsonizm evresiyle katatoni ve isterinin katı, cinnet boyutundaki türleri arasındaki biçimsel benzerliği fark etmiştir –uysal-sürekli, engelleyici-dirençli ve patlayıcı-hızlı evreler– Parkinsonizmin ensefalitik salgın sırasında görülen diğer bozukluklarla birlikte oluşabileceğine dair 1920'lerde yapılan gözlemler bu yaklaşımları güçlendirmiştir. Sonra bu gözlemler tamamen “unutulmuş” ya da nörolojik bilincin dışına itilmişlerdir. L-DOPA'nın etkileri –göreceğimiz üzere– Charcot'nun ve çağdaşlarının bu unutulmuş analizlerini ve kurduğu paralellikleri eskiden olduğu gibi değerlendirmeye ve detaylandırmaya zorlar.

* Devinim paradoksu (ç.n.)

Uyku Hastalığı (ENCEPHALITIS LETHARGICA)

1916-17 yılının kışında Viyana'da ve başka kentlerde birdenbire "yeni" bir hastalık baş göstererek hızla yayılmaya ve bunu izleyen üç yıl içerisinde tüm dünyada görülmeye başladı. Uyku hastalığının¹⁵ belirtileri o denli çeşitliydi ki tıpatıp aynı görünümü sergileyen iki hastaya rastlamak imkânsızdı. Her doktorun ağzından garip bir biçimde farklı teşhisler duyuluyordu. Kimi bu hastalığı salgın bir bilinç kaybı, kimileri ise salgın şizofreni, salgın Parkinsonizm, salgın disemine skleroz atipik kuduz, atipik poliomyelit vs. olarak tanımlıyordu. İlk başlarda görünen oydu ki sanki binlerce yeni hastalık ortaya çıkmıştı. Ancak Constantin von Economo'nun ölmüş hastaların beyinleri üzerinde yaptığı incelemelere dayanan ciddi boyuttaki klinik kavrayışı ve bunların benzersiz bir hasar modeli sergilemelerinin yanı sıra mikroskopla dahi görülemeyecek kadar küçük, hastalığı maymunlara da geçirebilen virüsler içerdiğini örneklerle ortaya koyması sayesinde bu çok yönlü hastalığın özellikleri belirlendi. Von Economo'nun yakıştırdığı adla *Encephalitis Lethargica* adeta bin başlı bir Hidra* idi.¹⁶

Londra'da 1672-73 yıllarındaki uyku hastalığı dahil olmak üzere, geçmişte daha küçük çapta sayısız salgın görüldüyse de hiçbirisi 1916-17 yıllarında baş gösteren bu dünya çapındaki salgın ölçeğinde değildi. Salgının şiddetini arttırdığı on yıl boyunca bu

* *Hydra* mitolojide Herkül'ün öldürdüğü dokuz başlı yılan; astrolojide güney yarım kürede bulunan yılanı benzer bir takımyıldız (ç.n.)

uluslararası hastalık, baş gösterdiği dönemdeki kadar gizemli ve ani bir şekilde 1927 yılında sona erdiğinde yaklaşık beş milyon insanı ya kırıp geçirmiş ya da öldürmüştü.¹⁷ Salgından etkilenenlerin üçte biri uyku hastalığının akut evrelerinde, ya uyanmayı engelleyecek ölçüde derin bir komadayken ya da yatışmayı engelleyecek ölçüde yoğun bir uykusuzluk çekerken yaşamını yitirdi.¹⁸ Bu tür şiddetli uyku hali/uykusuzluk nöbetlerine tutulup sonra da iyileşen hastalar eski canlı hallerine hiçbir zaman kavuşamadılar. Bilinçleri yerinde olsa da tam anlamıyla uyanık değildiler; gün boyunca enerjiden, bağımsız hareket etme dürtüsünden, iştahtan, etkileşimden, istek ve arzudan tamamen yoksun bir halde, hareket etmeden ve tek kelime konuşmadan koltuklarında öylece oturuyorlardı; fazla yoğunlaşmadan ve ne olduğuna pek önem vermeyerek etraflarında olanları izliyorlardı. Hayatta olduklarına dair ne kendileri bir şey hissediyordu ne de böyle bir ifade ortaya koyuyorlardı; adeta birer hayalet kadar güçsüz ve ruh gibi sessizdiler: von Economo onları sönmüş yandırlara benzetmişti. Nörolojideki ifade şekliyle bu tür hastalar “negatif” davranış bozuklukları gösteriyorlardı. Başka bir deyişle hiçbir davranış biçimi ortaya koymuyorlardı. Ontolojik açıdan ölü, askıya alınmış ya da “uykuda” olarak ifade edilebilirlerdi. Bu hastalar (yaşamda kalabilen çok küçük bir kısmı) elli yıl sonra başlarına gelecek bir uyanışı bekliyorlardı.

Bu “negatif” haller ya da *yokluklar* sıradan Parkinson hastalığında görülenlerden daha çeşitli ve şiddetliydi. Bu çeşitlilik ve şiddet, uyku hastalığının meydana getirdiği sayısız “pozitif” bozukluk ve patolojik varoluş halleri için daha da geçerliydi. Gerçekten de von Economo bu konuya dair yazdığı bir makalede birbirinden farklı beş yüzden fazla bozukluk ve patolojik türden bahseder.¹⁹

Genelde akut salgın sonrasında bulgularının su yüzüne çıkması uzun yıllar alsa da bu bozuklukların belki de en sık rastlanana Parkinsona dair bozukluk türleriydi. Sebebi bilinmeyen Parkinsonizmin aksine post-ensefalitik Parkinsonizmde tremor ve katılaşmaya dair bulgular daha azdı –gerçekten de bu bulgular bazen hiç görülüyordu– fakat “patlayıcı” ve “engelleyici” rahatsızlıkların, akinezi ve akatizinin, itme ve direncin vs. ve

yanı sıra Gowers'in katalepsi ile kıyaslamış olduğu uysal-sürekli akinezinin çok şiddetli halleri görölüyordu. Gerçekten de birçok hasta o denli ciddi boyutlarda bir Parkinson akinezisine kapılır ki bu onları adeta yaşayan heykellere döndürüyor; bu hastalar saatler, günler, haftalar ve hatta yıllar boyunca tamamen hareketsiz kalabiliyorlardı. Bu ensefalitik ve post-ensefalitik hallerin daha da şiddetli boyutları ortaya konmuştu ki varolma ve davranışa dair tüm unsurlar –en az hareket etmek kadar önemli olan algılamalar, düşünceler, iştah, hissiyat– aktif ve kısıtlayıcı bir Parkinson sürecinde sekteye uğrayabiliyordu.

Hemen hemen bu tür Parkinson bozuklukları kadar yaygın ve sık sık onlarla birlikte meydana gelen bir başka rahatsızlık da her türden katatonik bozukluklardı. İlk başlarda katatoninin “salgın şizofreni” olarak algılanmasına ve şizofrenik belirtilerin bir parçası olarak düşünölmesine –ta ki ensefalitis salgınında ortaya çıkana kadar– yol açan da bu katatonik bozukluklardı. Uyku hastalığı nedeniyle katatonik hale gelen hastaların büyük bölümü şizofrenik değildi ve bu hastalar, katatoninin doğrudan fizyolojik yöntemlerle ele alınabilineceğini ve bu rahatsızlık nedeniyle, şizofrenik hastaların dayanılmaz baskıların ve çaresizliğin yaşandığı dönemlerde mutlaka bir baskılama mekanizmasını devreye sokmadıklarını ortaya koydu.²⁰

Ensefalitik katatoninin yaygın şekilleri ya da “evreleri” Parkinson’unkilere yakın benzerlikler gösteriyordu, fakat daha yüksek ve karmaşık düzeylerde meydana geliyor ve genelde gözlemlenebilir davranış halleriyle birebir benzerlik taşıyan öznel haller şeklinde yaşanıyor. Dolayısıyla bu hastaların bazıları kendiliğinden bir uyum ya da “itaat” sergileyip beden duruşlarını, bırakıldıkları ya da içinde bulundukları haliyle (süresiz ve görünürde hiçbir çaba sarf etmeden) muhafaza ediyor, veya kendilerine yöneltilen kelimeleri, cümleleri, düşünceleri, algıları ya da hareketleri değışmez bir döngü içerisinde aynen tekrarlayıp “taklit ediyorlardı” (palilalia, echolalia, echopraxia, vs.). Diğer hastalar buna taban tabana zıt bir bozukluk sergileyerek (“komut negativizmi”, “tıkanma” vs.) kendilerine önerilen bir eylemi, konuşmayı ya da düşünceyi anında engelliyor ya da aksi davranış ortaya koyuyordu. Bu bozukluğun en şiddetli

yaşandığı vakalarda bu tür bir “tıkanma” davranışların ve akli süreçlerin neredeyse tümünü yok edebiliyordu (örneğin Rose R. vakası). Bu tür kısıtlanmış katatonik hastalar –kısıtlanmış Parkinson hastaları gibi– birdenbire bu durağan hallerinden sıyrılarak cinnet derecesine varan hiddetli, sert hareketler yapmaya başlayabiliyordu: salgın dönemi ve sonrasında, görülen tiklerin büyük bir bölümü “hareketsizlik tikleri” ya da “catatonia” ile (gerçekten de Ferenczi bu tikleri “cataclonia” diye adlandırmıştı) yer değiştirebilir görünmüştü.

Ensefalitisin akut evresinde ve daha sonrasında, inanılmaz çeşitlilikte irade dışı ve zoraki hareketler gözlenmişti: bir ölçüde Parkinson katılaşmasıyla benzer işlevsel örgütlenme gösteren miyoklonik titreşme ve spazmlar; hareketli spazm halleri (*athetosis*), dystonia ve distonik eğilip bükülmeler (örneğin *torticollis*); vücudun bir köşesinden diğerine sirayet eden, herhangi bir zorlamanın olmadığı, amaçsız hareketler (*chorea*); ve işlev düzeyinde meydana gelen ve ani *dürtülerin* belirtileri olan geniş kapsamlı tikler ve zoraki hareketler – esneme, öksürme, burun çekme, soluma güçlüğü, nefes nefese kalma, nefes tutma, bakışlarını sabitleme, anlık bakışlar, bağırma, çığlık, küfretme, vs.²¹

Encephalitis lethargica en “üst” seviyesinde her türden nevrotik ve psişik bozukluklar olarak ortaya çıkmıştı ve rahatsızlığın bu seviyede tesir ettiği hastaların şikâyetlerinin ensefalitik kökenlerine işaret eden diğer bulgular ortaya konana dek, “işlevsel” saplantılı ve isterik nevroz olduğu düşünülmüştü. Bu bağlamda “istem dışı göz hareketlerine ilişkin krizler” de ilgi çekici bir konudur zira bu krizlerin ilk görülmeye başlandıktan sonraki birkaç yıl boyunca tamamen “işlevsel” ve isterik oldukları düşünülmüştü.

Duygusal zorlamaya dair açıkça ayırt edilebilen türler, özellikle de bir yanda erotomani, eretizm (aşırı asabiyet) ve cinsel dürtüye bağlı heyecanlanmalar, diğer yanda ise öfke nöbetleri, hiddet ve yıkıcı şiddet halleri uyku hastalığının hemen sonrasında sıkça görülen kötü yan etkilerdi. Bu tür davranış biçimleri bazen ani karakter değişiklikleri sergileyen ve birdenbire ve zaman zaman kontrol edilemeyecek ölçüde atak, tahrike açık, yıkıcı, küstah ve müstehcen davranışlar sergileyen çocuklar-

da gayet açık bir biçimde gözlemlenebiliyordu: bu tür çocuklara sık sık “genç psikopatlar” ya da “ahlaki özürölüler” yaftası yapıştırılıyordu.²² Cinsel ve yıkıcı hiddet halleri, yetişkinler söz konusu olduğunda nadiren açıkça ortaya konuyor ve bunlar (tahminen) daha “uygun” diğer tepki ve ifadelere “dönüştürölüyordu”. Özellikle bazı ileri zekâlı post-ensefalitik hastalar üzerinde uzun analizler yapan Jelliffe²³ erotik ve düşmanca duyguların sadece nevrotik ve psişik davranışlara değil, aynı zamanda tiklere, “krizlere”, katatoniye ve hatta Parkinsonizme “dönüştürölülebileceğini” şüpheye yer vermeyecek bir biçimde ortaya koymuştu. Bu nedenle yetişkin post-ensefalitik hastalar yoğun duyumsamaları “içselleştirme” ve bunları dolaylı fizyolojik koşullarla ifade etme konusunda olağanüstü bir yetenek sergilemişlerdi. Bu insanlar patolojik ve ölçüsüz bir ifade yeteneğine –ya da lanetine– veya (Freud’un ifadesiyle) “bedensel bir itaat mekanizmasına” sahipti.

Hayatta kalanların hemen hemen yarısı, örneğin aynı anda meydana gelen ve birdenbire baş gösteren Parkinsonizm atakları, katatoni, tik, saplantı, halüsinasyon, “tıkanma”, giderek artan bir etki altında kalma ya da negativizm gibi olağanüstü krizlere maruz kalabiliyor ve otuz ya da kırk çeşit farklı sorunla karşılaşılıyordu; bu tür krizler birkaç dakika ya da saat sürebiliyor ve geldikleri kadar hızlı bir biçimde ortadan kayboluyordu.²⁴ Bu krizler kişiye özgüydü; bire bir aynı türden bir kriz iki hastada aynı şekilde gözlemlenmiyor ve her hastanın karakterinin temel unsurlarına, kişiliğine, geçmişine, algılamasına ve hayal gücüne göre bu krizler çeşitli biçimlerde ifade buluyordu.²⁵ Bu krizler geçmişte yaşananlardan, duygusal problemlerden ya da mevcut koşullardan iyi ya da kötü büyük ölçüde etkilenebiliyordu. Hemen her tür kriz 1930 yılından sonra nadiren görölme-ye başlandı. Fakat ben, sadece post-ensefalitik hastalarda değil sıradan Parkinson rahatsızlığı olan normalde çok daha dengeli hastalarda da, L-DOPA’nın neden olduğu belirli hallerle kayda değer benzerlikleri olduğundan ötürü bu krizleri ve karakteristik özelliklerini vurguladım.

Genellikle sadece bir tek şey, insanı adeta içine çeken bu hastalığın yaptığı tahribatlardan yakasını kurtarabilir: insanın

akıl, yaratıcılık, yargıya varma ve espri yeteneği gibi “üst düzey yetileri”. İyi ya da kötü, bunlar tahribatlardan muaftır. Dolayısıyla, kimisi insanın tahammül edebileceği aşırı koşulların en tuhaf ve en uzak köşelerine saplanıp kalmış bu hastalar, art niyetsiz bir kavrayışla bu deneyimleri yaşamış ve bunları hatırlamak, kıyaslamak, incelemek ve doğrulamak için güçlerine kavuşmuşlardı. Bir başka deyişle eşsiz bir felaketin eşsiz tanıkları olmak kaderleri haline gelecekti.

Uyku Hastalığının Sonuçları (1927-67)

Birçok hasta uyku hastalığının ardından görünürde tamamen bir iyileşme gösterip önceki yaşamlarına geri dönse de, çoğunda hastalık sonrasında nörolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklar ve en çok da Parkinsonizm baş gösterdi. Hastaların, yıllar, hatta onyıllar boyunca süren görünürde kusursuz bir sağlık döneminden sonra neden bu tür "post-ensefalitik belirtiler" gösterdikleri sorusu gizemini hâlâ korumaktadır ve hiçbir zaman tatmin edici bir açıklama ortaya konamamıştır.

Bu post-ensefalitik bulgular seyirleri açısından çok çeşitlilik gösteriyordu: bazen çok hızlı ilerliyorlar ve ciddi boyutlarda bozukluklara ya da ölüme yol açıyorlardı; bazen de çok yavaş ilerliyorlardı; bazen belli bir noktaya kadar ilerleyip bu noktada yıllar ya da onyıllar boyu kalıyorlardı; bazen de başlangıçtaki şiddetli atağın ardından durulup kayboluyorlardı. Seyirlerde görülen bu inanılmaz çeşitlilik de gizemini korumakta ve tek bir basit açıklama yetersiz kalmaktadır.

Elbette bir dönem üzerinde durulduğu gibi, mikroskopla gözlemlenebilen hastalık süreci kapsamında da açıklanamıyordu. Post-ensefalitik hastaların "kronik ensefalitis"ten mustarip olduklarını iddia etmek de doğru değildi zira bu hastalarda faal bir enfeksiyon ya da iltihap reaksiyonu olduğuna dair hiçbir belirti yoktu. Dahası, klinik bulgularla patolojik bulguların şiddetleri arasındaki karşılıklı ilişki de epey zayıftı. Zira patolojik bulguların şiddeti mikroskobik ya da kimyasal yollarla öl-

çülebiliyordu: bir taraftan ciddi ölçüde sakatlanmış hastaların beyninde, hastalığa dair pek az belirti görülürken, bir taraftan da yaygın doku hasarına uğramış hastalarda sakatlığa hemen hemen hiç rastlanmıyordu. Bu uyumsuzluk açıkça ortaya koyuyordu ki klinik hal ve davranışa ilişkin, beyindeki bölgesel değişikliklerin yanında diğer birçok tayin edici unsur vardı; açıkça görülmüyordu ki örneğin Parkinsonizme karşı hassasiyet ya da eğilim olması, beynin “Parkinsonizm merkezi”ndeki doku hasarlarının sabit bir ifadesine değil bunun dışında sayısız diğer “unsur”a bağlıydı.

Görünüşe bakılırsa, Jelliffe ve diğer birkaç kişinin tekrar tekrar vurguladığı gibi adeta bireyin “özellikleri” –“güçlü yönleri” ve “zayıf yönleri”, direnç noktaları ve esneklikleri, dürtüleri ve deneyimleri vs.– hastalığının şiddetini, seyrini ve şeklini belirlemede çok önemli bir rol oynuyordu. Dolayısıyla 1930’larda, yalnızca fizyoloji ve patolojideki belirli mekanizmaların üzerinde durulduğu bir dönemde, bu post-ensefalitik hastalardaki hastalıkların tuhaf evrimi Claude Bernard’ın *bölge* ve *iç merkez* kavramlarını ve yirminci yüzyılda iyice gözden düşen, eski dönemlerin “bünye,” “diathesis”*, “kişisel özellik,” “yatkınlık” vs. gibi düşüncelerini akla getiriyordu. Aynı berraklıkta ve Jelliffe’in de çok güzel bir biçimde analiz ettiği bir kavramsa dış çevrenin etkileri, yani her hastanın yaşamındaki koşullar ve bu koşullarda görülen genelde olumsuz değişimlerdir. Dolayısıyla post-ensefalitik hastalık hiçbir şekilde sadece temel bir hastalık sürecinin belirlediği basit bir hastalık olarak değil, daha ziyade çok sayıda kişisel özelliğin ve sosyal koşulun tayin ettiği alabilirdiğine karmaşık, özel bir varoluş biçimi olarak algılanmalıdır: özetle bu nevroz ya da psikoz gibi bir hastalık ve tüm çevresiyle birlikte hassaslaştırılmış bir bireyin ifadesidir. Bu tarz yaklaşımlar elbette bu tür hastaların L-DOPA’ya karşı verdikleri toplam tepkiyi anlama açısından büyük önem taşır.

Bugün Parkinsonizme, tiklere veya diğer problemlere rağmen halen faal ve bağımsız bir şekilde yaşamını sürdüren birkaç ensefalitis hastası kalmıştır (örneğin bkz. Cecil M. vakası).

* Organizmanın işlevlerinde bozukluk, hastalık ve dış tesirlere karşı aşırı duyarlılık şeklinde beliren bünye anomalisi, hastalık eğilimi (ç.n.)

Bunlar şu ya da bu sebepten        hayatta kalmayı başarmış ve hastalık, sakatlık, bağımlılık, moral         , vs. gibi fakt  rlerin içine çekilmeyen, "habis felaketlerden oluşan Parkinson treni"nden inebilmiş şanslı bir azınlıktır.

Fakat post-ensefalitik hastaların çoğunluğunu –hastalıklarının yol açtığı ıstırapların, "zayıf yönlerinin", eğılimlerinin ya da talihsizliklerinin neticesinde–  ok daha karanlık bir gelecek bekliyordu. Halihazırda hastanın hastalığıyla,    benliğinin ve dünyasının ayrılmaz bir bütün olduğunu ve bunların herhangi birinin ya da tümünün çeşitli etkileşimlerle ve sonsuz sayıda fasit daire içinde hastayı nasıl varlığının en alt düzeyine düşürdüğünü vurgulamıştık. Bu unsurların hangisinin ne     de katkıda bulunduğu belki de hastalarla tek tek yapılan uzun süreli ve yakın temas sonucu açıklığa kavuşabilir, fakat bunun genel ve evrensel bir uygulama şekli yoktur. Sadece hayatta kalabilenlerin çoğunun giderek derinleşen hastalığın, umutsuzluğun ve akıl almaz bir yalnızlığın içine doğru kademe kademe sürüklendiklerini ve belki de en dayanılmazının bu yalnızlık olduğunu söyleyebiliriz.

Hastalık en büyük sefaletse, hastalığın en büyük sefaleti de yalnızlıktır ... Yalnızlık cehennemde bile reva görülmeyen bir eziyettir.

J. Donne

Hastalıkları karakter değiştirmişti. Salgının ilk günleri patolojik açıdan bakıldığında hareketli günlerdi, tikler, ani güdüler ve tez canlı davranışlar, cinnet halleri ve krizler,  oşku ve isteri ile dolu günlerdi. 1920'lerin sonuna doğru salgının akut evresi sona ermiş ve ensefalitik belirtiler yatışmaya başlamıştı. Hareketsizlik ve tıkanma halleri nadiren görülür olmuş fakat 30'lardan itibaren, hayatta kalmayı başaran hastaların çoğunun üzerine ağır bir gel-git gibi çökmeye ve onları uyku ya da ölümle metaforik (eğer fizyolojik değilse) eşdeğerde bir halin içine  ekivermişti. Parkinsonizm, katatoni, melankoli, trans, dirençsizlik, hareket-sizlik, katılaşma, duyarsızlık: bunlar 1930'larda ve sonrasında hastaların başına üşüşen ve onyıllar boyu süren "uyku" halinin özellikleriydi. Gerçekten de bazı hastalar kendilerini tüm geç-

mişlerinden ve oluşumlarından koparan, zamanın var olmadığı, vücut dolaşımlarının adeta durduğu, hareketsiz bir dünyaya geçiş yaptılar. Birbirinden bağımsız koşullarda –yangın alarmları, yemek zili, beklenmedik arkadaş ziyaretleri ya da beklenmedik haberler– hastaları birdenbire ve kısa bir süreliğine inanılmaz derecede canlı, faal, heyecandan coşmuş insanlar haline getirebiliyordu. Fakat bunlar yaşadıkları karanlığın derinliğinde naddiren görülen, birdenbire parlayıp sönen ışıklardı. Çoğunlukla hareketsiz ve tek kelime etmeksizin yatıyorlar, bazen de hemen hemen hiçbir irade ve düşünce ifadesi ortaya koymaksızın ya da duygu ve düşünceleri değişmez bir biçimde bu uzun “uyku” halinin üzerlerine çöktüğü noktaya sabitlenmiş halde kalıyorlardı. Zihinleri tamamen açık kalıyordu, fakat tüm varlıkları deyim yerindeyse bir kozaya dönüşüyordu.

Çalışmaktan ve ihtiyaçlarını karşılamaktan aciz, bakımı zor, çaresiz, ümitsiz bu insanlar yaşadıkları hastalık tarafından öylesine sınırlandırılmışlardı ki ne tepki verebiliyor ne de olayları birbiriyle bağdaştırabiliyordu. Çoğunlukla aileleri ve arkadaşları tarafından terk ediliyorlardı ve onlara faydası dokunacak belirli bir tedavi yöntemi yoktu – bu hastalar akıl hastanelerine, bakım evlerine ya da kendileri gibi kronik hastaların gruplar halinde yaşadığı hastanelere kapatılıyordu; genelde buralarda unutulup gidiyorlardı – onlar bu yüzyılın cüzamlılarıydı ve yüzbinlercesi ölüp gidiyordu.

Yine de bazıları yaşamayı sürdürdü. Sayıları giderek azaldı ve yaşlanıp, elden ayaktan düştüler (genelde yaşlarına kıyasla genç göstermelerine rağmen). Tamamen terk edildikleri ve adeta hapsedildikleri bu sağlık merkezlerinde deneyimden uzak, bir zamanlar yaşadıkları dünyayı kâh hayal eder kâh unuttur vaziyette hayatlarını sürdürdüler.

Mount Carmel'de Yaşam

Mount Carmel, sinir sistemlerinde hasar meydana gelen savaş gazileri ve uyku hastalığına yakalanması muhtemel insanları tedavi etme amacıyla, Birinci Dünya Savaşı'ndan kısa bir süre sonra kuruldu. İlk başlarda geniş bir alan üzerine kurulu küçük kulübelerden oluşan ve en fazla kırk yataklı, çevresi hoş bir kırsal manzara ile çevrili bir hastaneydi. Hudson ırmağı yakınlarındaki Bexley kasabasına çok yakındı ve bu kasabayla hastane sakinleri arasında dostane ilişkiler yaşanıyordu. Hastalar sık sık alışveriş yapmak, yemek yemek ya da sessiz sinema seyretmek amacıyla kasabaya gidiyor, buna karşılık kasaba halkı da hastaneye sık sık ziyaretlerde bulunuyordu; hastane sakinleriyle kasaba halkı arasında flörtler, dans partileri ve zaman zaman da evlilikler görölüyordu; dostça bir ortamda bowling ve futbol turnuvaları yapılyordu. Kasaba halkının bu karşılaşmalardaki tedbirli ve ölçülü hareketlerine, hastalar elli yıl önce birçok ensefalitis hastasının anormal çabuklukdaki tipik vücut hareketleriyle karşılık veriyordu.²⁶

Yıllar geçtikçe tüm bunlar değişime uğradı. Hudson artık bir kasaba değil, New York'un kalabalık ve sefil bir banliyösüydü; burada yaşayanların artık yakınlarındaki bu hastaneye ayıracak ve oradaki hastaları düşünecek zamanı yoktu; Mount Carmel ise giderek büyüyen habis bir ur gibi yayılıp etrafındaki alanı yutmuş, 1.000 yataklı bir sağlık kurumuna dönüşmüştü; artık pencerelerini açtığınızda hoş bahçe ve kır görüntüleri yerine ya karınca yuvası gibi kalabalık bir varoş görüntüsü var veya hiçbir manzara yok.

Daha da acı ve vahim olan ise, hastanenin karakteristik özelliklerindeki değişim, atmosferi ve hastalara gösterilen bakım ve ilgi yönünden içten içe kötü bir gidişata sürüklenmesi. İlk dönemlerinde –hatta 1960 öncesinde– hastane hem rahat hem de güvenli bir yerdi; yıllardır orada görev yapan, kendini işine adanmış hemşire ve bakıcılar vardı. Tıbbi mevkilerin çoğu fahri ve gönüllü mevkilerdi ve bu, ziyaretçi doktorların en iyi yanı olan nezaketi ön plana çıkarıyordu; hastalar yaşlanıp iyice güçten düşmüş olsalar da günü birlik kısa gezintilere ve yaz kamplarına katılabiliyorlardı. Geçen on yılda ve özellikle son üç yılda bunların neredeyse tümü değişime uğradı. Hastane bir ölçüde kale ya da hapisane görünümüne büründü ve işler bu tür yerlerin zihniyetiyle yürütülmeye başlandı. Sıkı sıkıya “verimlilik” ve kurallara bağlı katı bir yönetim devreye girdi; hastalarla “yakınlık” kurma artık sert bir tavırla engelleniyor. Kanun ve düzen dostane davranışları ve yakın ilişkileri dışlıyor; mevcut hiyerarşi hastaları bakıcı kadrosundan ayırıyor; hastalar ise dışarıdaki gerçek dünyayla temas kuramayacak kadar uzakta ve “içeride” kapalı kalmış hissediyorlar kendilerini. Elbette bu totaliter yapıda boşluklar var ve gerçek bakım ve şefkat halen bu boşluklarda kendine yer bulmaya çalışıyor; “alt” kadronun çoğu –hemşireler, yardımcı bakıcılar, hademeler, fizyoterapistler, mesleki terapistler, konuşma terapistleri vs.– sınır tanımaksızın, sevgiyle kendilerini hastalara adanmış; çevreden gelen gönüllüler bakım konusunda amatör katkı sağlıyor; ve elbette bazı hastalar akraba ve arkadaşları tarafından ziyaret ediliyor. Kısacası hastane, özgürlük ve sınırlama, sıcak ilgi ve soğuk yaklaşım, insani ve mekanik, yaşam ve ölüm unsurlarının tek boyutlu bir karışımından oluşuyor ve bu unsurlar aralıksız bir mücadele içinde kilitlenmiş.²⁷

1966 yılında, Mount Carmel’e ilk kez gittiğimde, orada halen seksen kadar post-ensefalitik hasta vardı ve bu belki de bu tür bir hasta grubunun, Birleşik Devletler’deki tek ve en geniş örneğini teşkil ediyordu. Dünyada ise kalan birkaç post-ensefalitik hasta grubundan biriydi. Bu hastaların neredeyse yarısı tamamen sessiz, hareketsiz ve bakıma muhtaç bir biçimde patolojik uyku haline kapılmışlardı; geri kalanı hastalıktan daha az et-

kilenmiş, daha az bağımlı ve yalnızlığa daha az itilmiş, morali daha düzgün, birçok temel ihtiyacını kendi kendine karşılayabilen kişisel ve sosyal hayatını bir ölçüde sürdürebilen hastalardı. Elbette, cinsellik Mount Carmel’de yasaklanmıştı.

1966 ve 1969 yılları arasında post-ensefalitik hastalarımızın büyük bölümünü (ki birçoğu hastanenin uzak ve unutulmuş köşelerinde adeta hapsedilmişti) kendi kendini yöneten tek vücut olmuş bir topluluk haline getirdik; onlara devasa bir sağlık kurumuna hapsedilmiş mahkûmlar değil, *insan* oldukları hissini yaşatabilmek için elimizden geleni yaptık; hastaların kayıp akrabalarını ve arkadaşlarını bulmak, kin ya da suçluluk duygusundan ziyade araya giren zaman ve umursamazlıktan ötürü kopan ilişkileri tekrar tesis edebilmek ümidiyle arama çalışmalarına başladık; ve ben de onlarla elimden geldiğince bu tür yakın ilişkiler kurmaya çalıştım.

Bu dönemde sempatik ve yakın ilişkiler bir ölçüde belirginleşti, katı tutumlu kadrolarla hastalar arasındaki ikilik kaybolmaya ve buzlar erimeye başladı; bu ve bunun yanında diğer tüm tedavi yöntemleri sayesinde hastaların nörolojik ve diğer tüm durumlarında bir parça –ne yazık ki sınırlı– ilerleme kaydedildi. Her tür tedavi çabalarına karşı koyan ve kaydedilebilecek aşamaları alabildiğine sınırlayan şey, hastaların yaşadıkları rahatsızlığın ezici ağırlığıydı. Hastalardan birinin ifadesiyle yaşanan Parkinsonizmin Satürn’vari yer çekimiydi; bunun ardında ise uzun süreli yalnızlığın ve hapis hayatının getirdiği bakımsızlık, güçten düşme ve sapkınlıklar vardı ve tüm bunlar o ezici ağırlıkla birlikte hastalara tesir ediyordu.²⁸

Bu hastalardan bazıları tamamıyla dingin ve umutsuz bir havaya bürünmüştü. Fakat bu L-DOPA kullanımından önceki günlerde yaşanan gerçekçi bir umutsuzluktu.²⁹ Kötü bir yazgıya sahip olduklarının *farkındaydılar* ve bunu ellerinden geldiğince cesaret ve soğukkanlılıkla kabullenmişlerdi. Diğer hastalar (ve belki de bir ölçüde, dış görünümlerindeki durgunluk ne olursa olsun tüm bu hastalar) şiddetli ve içlerinden adeta sessiz bir çığlık gibi yükselen bir öfke duyuyorlardı: hayatlarının en güzel yılları *gasp edilmişti*; zamanlarının kaybolması, *harcanıp gitmesi* hissi onları tüketmişti; sürekli bir çifte mucizenin gerçekleşmesi

için yanıp tutuşuyorlardı – sadece hastalıklarına bulunacak bir deva değil, hayatlarının kayıp zamanlarının telafisini istiyorlardı. Kaybettikleri zamanın kendilerine iade edilmesini, gençliklerine ve hayatlarının en güzel yıllarına onları döndürecek bir büyüünün gerçekleşmesini hayal ediyorlardı.

L-DOPA gelmeden önceki beklentileri bunlardı.

L-Dopa'nın Gelişi

L-DOPA bir “mucize ilaç”tır – bu ifade her yerde kullanılmaktadır; ve bu belki de, ilacın kullanımına öncülük eden Dr. George Cotzias için pek de sürpriz olmamıştır, zira, bizzat o L-DOPA için “çağımızın gerçek mucizevi ilacı” ifadesini kullanır.³⁰ Akli başında doktorların ve diğerlerinin, yirminci yüzyılda “mucizeler”den bahsetmesi ve bir ilacı çağın ilacı olarak nitelendirmeleri tuhaftır. L-DOPA'ya ilişkin raporların dünyada, ilacı veren doktorlarda ve kullanan hastalarda yarattığı coşku ve heyecan da olağanüstüdür doğaüstü hislerin ve hayallerin teşvik edilişini ve gerçekleşmesini ifade eder. Son altı yıl boyunca L-DOPA'nın “hikâyesi” detaylı bir biçimde, esrarengiz bir coşku ve duygu haliyle örölmüştür; bu hisler olmadan L-DOPA'yı anlamak mümkün değildir; ve bu ilacı sadece kelime anlamı ve tarihsel boyutuyla ele almak epey yanıltıcı olacaktır.

Düşüncelerimize kılıf uyduruyoruz, ayrıştırıyoruz ve işimize geldiği gibi davranıyoruz: modern tıp sadece gerçeklerden oluşan, saçmalık içermeyen ve görüldüğü gibi olan akılcı bir bilimmiş gibi davranıyoruz. Fakat kökenlerini, temellerini, eski ve karanlıkta kalmış metafiziksel ruhunu, esrarengizliğini, büyüsunü ve ona dair söylenceleri açığa çıkarmak için, parlak yüzeyini şöyle bir delip, genişçe açılan yarığın içine bakmamız yeterli. Tıp en eski sanat ve bilim dalıdır: onun, sahip olduğumuz en derin bilgi ve duygulardan kaynaklanıyor olduğunu düşünmek gayet doğaldır.

Elbette günlük hayatımızda karşılaştığımız, sıradan, yavan, bademcik iltihabı, nasır, çiban gibi rahatsızlıklarla ilgilenen bir tıptan söz etmek mümkün; fakat hepimiz değişik, tamamen *farklı* türden bir tıp fikrini aklımızdan geçiririz: kaybolan sağlığını ve bütünlüğümüzü düzeltecek, bize tamamıyla iyi olduğumuz hissini verecek, daha derinlerde, eski ve sıradışı, neredeyse kutsal bir tıp fikri.

Zira hepimizde, bir zamanlar eksiksiz ve sağlıklı olduğumuza; bu dünyada rahat, huzurlu ve uyumlu olduğumuza; varlığımızın temelleriyle tamamen birleşmiş olduğumuza dair doğuştan gelen bir sezgi vardır; sonra bu esas, mutlu, masum halimizi kaybedip bugün içinde bulunduğumuz hastalıkları ve ıstırapları yaşamaya başlarız. Sonsuz güzelliği ve değeri olan bir şeylere sahipken onu kaybederiz; sonra kaybettiğimiz şeyi arayıp bulmak için hayatımızı harcarız; ve belki bir gün birdenbire onu buluruz. İşte bu mucize ve mutluluk dönemidir!

Bu tür fikirler en yoğun olarak, had safhada hastalığa, ıstı-raba, acıya katlanan ve kaybolan ya da harcanıp giden değerle-rini bir an önce geri kazanmak telaşının verdiği hissiyatla bitip tükenen insanlarda görülebilir. Bu tür insanlar ya da hastalar kaybettiklerine kavuşma özleminin verdiği çaresizlikle rahip-lere ya da doktorlara gittiklerinde, bir kurtuluş, kaybettiklerine kavuşma ve kurtulma umuduyla her şeye inanmaya hazır dırlar. Çaresizlikleriyle doğru orantılı olarak her şeye inanan saf in-sanlar haline gelirler – onlar kendilerinden faydalanmaya çalış-anların ve şarlatanların talihsiz kurbanlarıdır.

Kayıp olanın bulunması gerekliliğinden kaynaklanan bu duygu esasen metafizikseldir. Hastayı bu metafiziksel arayışı esnasında yakalayıp dilediği ya da aradığı şeyin *ne* olduğunu sorduğumuzda, bize maddeler halinde sıralanmış bir liste sun-mayacak ve sadece şunları söyleyecek: “Mutluluğum,” “Kaybet-tiğim sağlığım,” “Eski halime kavuşmak,” “Bir gerçeklik hissi,” “Tamamen canlı hissetmek” vs. Herhangi bir şeyin özlemiyle yanıp tutuşmaktan çok, sadece sağlıklı hayatının gidişatında, doğasında *genel* bir değişimi ve her şeyin bir zamanlar olduğu gibi yine pürüzsüz olmasını arzulayacaktır. Tam bu noktada, kaybolan sağlığını acılı bir telaşla her yerde ararken, birdenbi-

re kendini saçma sapan bir yanlışın içinde bulabilir; (Donne'ın ifadesiyle) "Eczaneyi sağlık tanrısı yerine koyar". Bu, eczacının ya da doktorun özendirebileceği, hastayı cesaretlendirebileceği bir durumdur.

Bu noktada saf ve deneyimsiz hastayla, belki de aynı saflığı göstermemesi beklenen eczacı ya da doktor birlikte gerçeklikten uzaklaşırlar ve bu basit metafiziksel gerçek birdenbire anlamından sapar (ve yerini hayali ve mekanik bir yozlaşma ya da yanlışlığa bırakır). Gerçeğin yerini alan bu hayali kavram hayatiyetin ve materyalizmin yanlış saplantılarından biridir. Bu saplantı "sağlığın" "iyi olmanın", "mutluluğun" vs. bazı "etmenlere" ya da "unsurlara" –ilkeler, akışkanlar, salgılar, mallar gibi ölçülebilen, tartılabilen, alınıp satılabilen şeyler– indirgenebileceği konusundaki kanıdır. Dolayısıyla sağlık bu anlamda, mekanik bir biçimde sulandırılacak ya da tamamlandırılacak bir *seviye*'ye indirgenir. Metafizik kendi içinde bu tür indirgemeler yapmaz. Onun ölçütleri örgütlenmeye ya da tasarıma dayanır. Hileli indirgemeler simyagerlerin, büyücü doktorların, bunların günümüzdeki denkleminin ve *her ne pahasına olursa olsun* iyileşmeyi arzulayan hastaların işidir.

Şiddetli arzularımızı, hastalıklarımızı teskin edip bizleri içinde bulunduğumuz berbat halden kurtaracak esrarengiz bir madde, bir mucize ilaç kavramına dair anlayış bu seviyesiz metafizikten kaynaklanır. Bu, Hayat İksiri kavramının metaforik karışılığıdır.³¹

Bu tür yaklaşımlar ve umutlar, eski dönemlerdeki sihirli, efsanevi güçlerini günümüzde hâlâ muhafaza etmektedir ve –bunu ne kadar inkâr etsek de– kullandığımız kelimelerde ifade bulurlar: vitaminler (hayati önem taşıyan aminler) ve vitamin-kültü ya da "biyojenik aminler" (hayat veren aminler) – ki dopamin (L-DOPA'nın dönüştüğü biyolojik yönden etkin madde) buna bir örnektir.

Bu tür mistik, hayat bahşeden, uhrevi deva anlayışı, geçici bir heves ya da aşırı rağbet modasına ve kendini bu modaya kaptırmış özellikle ölçsüz ve sabit fikirli sayısız insanın ortaya çıkmasına neden olur. Bunun örnekleri, Freud'un kokaine ilişkin yaklaşımında,³² kortizon ilk kez ortaya çıktığında gösterilen

çalgın tepkilerde –dönemin gözlemcilerinden biri konuya ilişkin tıp konferanslarını “daha ziyade yeniden dirilişçilerin toplantılarını andırıyor” diye anlatmıştı,– ve günümüzde tüm dünyadaki ilaç piyasasında ve en az bunlar kadar bizlerin günümüzde L-DOPA’ya karşı gösterdiğimiz aşırı ilgide görülebilir. ³³ Burada, her türlü meşru tutkunun ötesinde özel bir ilgi ve heves, sihirli bir mistisizm olduğu duygusundan kaçınmak imkânsızdır.

Etrafında her zaman mistik bir örgü olduğunu aklımızdan çıkarmayarak, şimdi L-DOPA’nın “doğrudan” hikâyesine geçebiliriz. Dr. Parkinson, önceleri beynin alt ya da omuriliğe yakın kısımlardaki ilik dokularında oluştuğuna dair kesin olmayan tespitler yaptığı Parkinson rahatsızlığının “konumunu” ya da altyapısını tespit etmek için yararsız uğraşlar verdi. Parkinson’un deneme araştırmalarını yayımlamasının üzerinden geçen yüz yıllık süreçte de hastalığın patolojik konumu ve sürecine ilişkin tanımlama girişimleri başarısız oldu.³⁴ 1919 yılında von Economo ve Trétiakoff birbirlerinden bağımsız olarak *substansiya nigra* (orta beyinde pigment içeren çekirdek madde) hasarına dair bulguları, şiddetli Parkinson belirtileri ortaya koyan birkaç *ensefalitis lethargica* hastasında tanımladılar. Ertesi yıl İngiltere’de Greenfield ve başka ülkelerdeki birtakım patoloğlar sıradan Parkinson hastalığı geçirmiş hastaların söz konusu hücrelerinde benzer fakat daha ılımlı değişimler tanımlayabilmişlerdi. Diğer patolojik ve fizyolojik çalışmalara eşlik eden bu bulgular, *substansiya nigra* beynin diğer kısımlarıyla bağlantısını ortaya koyan açıkça tanımlanmış bir *sistem* olduğunu düşündürdü. Bu sistemin işleyişindeki bozukluklar ya da hasarlar Parkinson belirtilerinin ortaya çıkmasına önayak olabiliyordu. Greenfield bu durumu şöyle ifade etmişti:

... Genel bir araştırma *paralysis agitans* (titreyen felç) rahatsızlığının klasik şekliyle, düğüm noktası *substansiya nigra* olan ve sinir sisteminin tümüyle özel bir tür bozulması olduğunu ortaya koymuştur.

1920 yılında Vogt çifti olağanüstü bir kavrayışla bu anatomik ve işlevsel açıdan farklılık gösteren sistemin *kimyasal yönden farklı*

bir sistemle uyumlu olabileceğini; Parkinsonizm ve buna bağlı bozuklukların özgün tedavisinin, varsayıma dayalı bu kimyasal madde teşhis ve kontrol edildiği takdirde mümkün olabileceğini öne sürmüştür.

Çalışmalar ortaya attıkları soruları, [diye yazmışlardı] paralel sistemler ya da kısımlar bazı hasar verici etmenlere karşı özel bir eğilim gösterse de göstermese de cevaplamak durumunda... Bu tür pozitif ya da negatif bir tepkinin eğiliminin tamamen ilgili merkezin belirgin kimyasına göre tanımlandığı varsayılabilir. Buna karşılık bu tür özgün bir kimyanın varlığına dair açıklamalar en azından onun gerçek doğasını aydınlatır ve bu anlamda tedaviye ilişkin biyokimyasal bir yaklaşımın gelişmesine önayak olur...

Dolayısıyla 1920'lerde Parkinson hastalarında sadece "bir şeylerin eksik olduğuna" dair belirsiz bir kavram değil (Charcot'nun düşündüğü gibi), fakat inceleme ve araştırmaların oluşturduğu ve nihai başarı ihtimallerine işaret eden açık bir yol vardı.

Fakat en parlak klinik nörologların bu konuda bazı çekinceleri vardı: acaba *substansiya nigra* ve belki de başka yerlerde, örneğin sinir hücrelerinde ve bunların bağlantılarında *yapısal* hasar yok muydu? *Bu hasar süreci* tersine çevrilebilir miydi? Göze çarpan ölçüde bir yapısal bozulma olduğu takdirde, sadece eksik kimyasal altyapının kontrolü ve tedavisi yeterli ve güvenli olacak mıydı? Bu tür hücreleri aşırı ölçüde uyarmanın ya da yükleme yapmanın bazı riskleri yok muydu? Bu çekinceler Kinnier Wilson tarafından keskin ifadelerle ortaya konmuştu:

Günümüzde *paralysis agitans* tedavi edilemeyen belli başlı hastalıklardan biridir; hücre-lif sistemlerinin "bölgesel ölümlerinin" panzehiri, ulaşılması aynı ölçüde zor "hayat iksiri" olurdu... Parkinson hastalarının çürüyen hücrelerini canlandırmak için herhangi bir sıvı beyin ilacı kullanmanın faydasından çok zararı olur; bunun yerine, hücrenin bünyenin kendisinden elde edemediğini sağlayabilme ümidiyle, bünyenin kolayca sindirebileceği, haricen alınan bir gıda maddesi geliştirilmelidir.

1920'lerde nörokimya nadiren bir bilim dalı olarak ele alınıyordu. Vogt'ların hayalinde canlandığı projenin önünde ise yavaş bir gelişim süreci vardı. Bu araştırmanın geçiş evreleri başlı başına etkileyici vakalardır, fakat bunları burada ele almayacağız. Şu kadarı söylenebilir: 1960 yılında Viyana'da Hornykiewicz ve Montreal'de de Barbeau farklı yaklaşımlardan yararlanarak fakat hemen hemen eş zamanlı olarak, Parkinson hastalarının beyinlerindeki hasar görmüş kısımların *dopamin* nöro-transmitterlerinde* ve bu bölgelerdeki dopamin iletkenliği ve metabolizmasında kusurlar olduğuna dair açık kanıtlar ortaya koydular. Beyin-dopaminini takviye etmek için Parkinson hastalarına doğal dopamin uyarıcısı L-DOPA verilerek acil tedavi girişimlerinde bulunuldu (dopamin tek başına beyne nüfuz edemiyordu).³⁵ Bu ilk tedavi girişimlerinin sonuçları cesaret vericiydi fakat kesin yargılara varılmasını sağlamıyordu. Bunu takip eden yedi yıl boyunca yorucu ve çetin araştırmalar yapılmak zorunda kalınmıştı. 1967 yılının başlarında Dr. Cotzias ve ekibindeki meslektaşları, günümüzde artık bir klasik haline gelmiş makalelerinde, ağız yoluyla büyük miktarda L-DOPA, vererek Parkinsonizm tedavisinde büyük yankılar uyandıracak bir başarı bildirebildiler.³⁶

Cotzias'ın çalışmaları nöroloji çevrelerinde büyük yankılar uyandırdı ve bu güzel haber hızla yayıldı. 1967 yılının Mart ayına gelindiğinde Mount Carmel'deki post-ensefalitis ve Parkinson hastaları L-DOPA'dan haberdar olmuştu bile. Bazıları onu hemen deneme konusunda çok hevesliydi; bazılarının çekince-leri ve kuşkuları vardı kendileri denemeden önce ilacın başkalarında ne tür etkiler ortaya koyacağını görmek istiyorlardı; bazı hastalar ise tamamen kayıtsızdılar: ve elbette bazıları herhangi bir tepki ortaya koyacak durumda değildi.

1967-68 yıllarında L-DOPA'nın maliyeti haddinden fazla yüksekti (yarım kilosu 5.000 dolardan fazlaydı) ve o dönemde Mount Carmel gibi yoksul, tanınmamış, herhangi bir üniversite ya da vakfa bağlı olmayan, ilaç şirketlerinin, sanayi ya da hükümet sponsorlarının farkında bile olmadığı bir hayır kurumunun L-DOPA satın alabilmesi imkânsızdı. 1968 yılının sonlarına doğ-

* Sinir hücreleri arasında iletici görev yapan maddeler (ç.n.)

ru L-DOPA'nın maliyeti hızla azalmaya başladı ve ilk kez 1969 yılının Mart ayında Mount Carmel'de kullanılmaya başlandı.

Maliyetine rağmen, Cotzias'ın makalesini okuduktan sonra belki de birkaç hastamızda L-DOPA tedavisine başlayabilirdim. Fakat tereddüt ettim. Hem de iki yıl boyunca. Zira benim sorumluluğumdaki hastalar Parkinson rahatsızlığı olan "sıradan" hastalar değildi. Onlar çok daha çapraşık patofizyolojik belirtiler ortaya koyuyordu ve gerçekten de eşi görülmemiş karmaşık bir durum içerisindeydiler – zira bu kuruma kapatılıp kalmışlardı ve on yıllardır (bazıları büyük salgından bu yana) dünyadan kopuk bir haldeydiler. Bu nedenle daha tedaviye başlamadan bilimsel ve insani, karmaşık birçok unsurla yüz yüze gelmiştim. Bu karmaşık ve kafa karıştırıcı unsurlar levodopanın bundan önceki denemelerinde, hatta geçmişteki hiçbir tedavi girişiminde gündeme gelmemişti. Dolayısıyla olağanüstü, emsali görülmemiş ve kestirilmesi zor unsurlar bir aradaydı. Hastalarımınla birlikte, daha önce hiç seyredilmemiş denizlerde bir yolculuğa çıkmak üzereydim...

Ne olabileceğini, nasıl bir sonuç ortaya çıkacağını bilmiyordum – Parkinsonizmin onlara giydirdiği deli ceketinin giderek daha da daralmasından önce yaşadıkları şiddetli dürtülerle sarsılan ve hiperkinetik hale gelen hastalarımın baktıkça bu bilinmezlik artıyordu. Fakat bazı hastalarım yaşamlarını yitirmeye başlayınca –özellikle 1968 yılının o acımasız yazında– ve bir şeyler yapma gereksinimi her zamankinden daha açık ve kaçınılmaz bir noktaya gelince, 1969 Martı'nda büyük bir temkinle L-DOPA kullanımına başladım.

UYANIŞLAR

Frances D.

Bayan D. 1904 yılında New York'ta dünyaya geldi. Dört kardeşin en küçüğü ve en zekisiydi. On beş yaşında, nadiren görülen, hiperkinetik türde şiddetli bir *ensefalitis lethargica* atağıyla yaşamı sekteye uğrayana dek lisede çok parlak bir öğrenciydi. Bu akut hastalığın ilk altı aylık döneminde yoğun uykusuzluk (sabah dörde kadar gözünü kırpıyor ve sonra en fazla iki üç saatlik bir uyku uyuyabiliyordu), belirgin bir huzursuzluk (yerinde duramama, uyanık olduğu süre boyunca telaşlı, dikkati dağınık ve hiperkinetik, uyuduğu süre boyunca ise sürekli yatakta dönüp duran bir halde), ve ani hareketlenmeler (kendisine hiçbir anlam ifade etmeyen, ani dürtüler sonucu meydana gelen ve çoğu kez bilinçli bir çabayla kendini alıkoyduğu faaliyetler) nedeniyle ıstırap çekiyordu. Daha önceki dengeli kişiliği ve uyumlu aile yaşamına dair açık delillere rağmen bu akut belirtilerin "nevrotik" olduğu düşünöldü.

1919 yılının sonuna gelindiğinde, huzursuzluk ve uyku bozukluğu, Bayan D'yi iki yıl daha hafif şiddette etkilemeye devam etmesine karşın normal yaşamını sürdürüp, liseyi bitirmesine fırsat verecek ölçüde dinmişti. Akut hastalığının sona ermesinden kısa bir süre sonra Bayan D. "nefes darlığı nöbetleri" geçirmeye başladı. Görünürde kendiliğinden oluşan bu nöbetler ilk başlarda haftada iki ya da üç kez geliyor ve saatler boyu sürüyordu; daha sonra bu nöbetlerin sıklıkları, süresi ve şiddeti azalarak belli dönemlerde (genelde Cuma günleri meydana geliyordu) ve koşullarda (özellikle kızgınlık ve hayal kırık-

lığı yaşıadığı anlarda) oluşmaya başladı. Bu solunum krizleri (o dönemde “nevrotik” olarak da tanımlanmalarına karşın bunlar açıkça solunum krizleriydi) giderek daha nadiren meydana gelmeye başladı ve 1924 yılından sonra tamamen kesildi. Gerçekten de Bayan D.’yi ilk kez tetkik ettiğimde bu nöbetlerden kendisi bahsetmemişti. Ancak daha sonra L-DOPA tedavisine başlanmadan önce çok daha detaylı sorgulama yapıldığında yarım yüzyıl önce geçirdiği bu nöbetleri anımsamaya başladı.

Solunum krizlerinin son bulmasını takip eden dönemde Bayan D. ilk istem dışı göz hareketi krizlerini yaşamaya başladı ve yirmi beş yıl boyunca (1924-49) post-ensefalitik rahatsızlığına dair bu krizlerden başka bir belirti ortaya koymadı. Bu dönemde hukuk sekreteri, sosyal ve sivil faaliyetlerde aktif komite üyesi gibi farklı görevlerde bulundu ve başarılı bir kariyer sürdürdü. Çevresindeki birçok arkadaşıyla birlikte eğlenceli ve dolu bir yaşam sürdürdü; tiyatroyu ve okumayı çok seviyordu ve eski porselen koleksiyonu yapıyordu. Yetenekli, sevilen, enerjik ve duygusal yönden dengeli bir insan olan Bayan D.’de hiperkinetik türdeki şiddetli ensefalitis ataklarında çok yaygın görüldüğü söylenen “kötüleşme”den eser yoktu.

1950’lerin başlarında Bayan D.’de öncekilerden daha kötücül, bir dizi belirti ortaya çıktı; bu belirtiler özellikle hareket ve konuşmalarında donukluk gösterme eğilimi ve bunların zıttı olarak yürüyüşünde, konuşmasında ve yazı yazmasında görülen acelecilik ve telaş eğilimleriydi. 1969 yılında Bayan D.’ye ortaya koyduğu belirtiler hakkında ne düşündüğünü ilk kez sorduğumda bana şöyle cevap verdi: “Sizin de gözlemlediğiniz birtakım sıradan bulgularım var. Fakat *esasen* ortaya koyduğum belirti şu ki ne bir harekete başlayabiliyorum ne de bitirebiliyorum. Ya donup kalıyorum ya da hızla hareket etmek durumunda kalıyorum. Sanırım artık bu ikisi arasında bir hali sürdüremiyorum.” Bu yargı Parkinsonizmin aykırı unsurlarını tam bir doğrulukla özetliyordu. Dolayısıyla bu gösteriyordu ki “sıradan” bulguların olmadığı durumlarda (örneğin ancak 1963 yılında ortaya çıkan katılaşma, titreme gibi bulgular) Parkinson tanısı yapılamıyor, fakat çok çeşitli diğer birtakım tanılar (“katatoni” ve “isteri” gibi) yapılabiliyordu. Nihayet 1964 yılında Bayan D.’ye Parkinson hastası tanısı kondu.

Esas bulgularına dönecek olursak, istem dışı göz hareketine dair krizleri ilk başlarda çok şiddetli ve ayda defalarca meydana geliyor ve her biri on beş saat sürebiliyordu. İlk ataklar başladıktan sonraki birkaç ay içerisinde az çok kesin bir dönemsellik göstermeye ve her beş günde bir "saat gibi düzenli bir biçimde" ortaya çıkmaya başladılar. Öyle ki kaçınılmaz olarak her beş günde bir ve ara sıra da diğer zamanlarda kriz geleceğini bilen Bayan D. ertesi aylar için bir kriz çizelgesi planlayabiliyordu. Genelde büyük sıkıntı ya da üzüntü yaşamasına bağlı olarak bu düzende nadiren sapmalar görülüyordu. Krizler aniden ve habersiz geliyor, hastanın bakışları birkaç dakika boyunca önce aşağı ya da yanlara doğru ve sonra da birdenbire yukarı doğru kayıyor, krizin geri kalan süresinde bakışları o noktada donup kalıyordu. Bayan D. bu krizler süresince öfke ya da korku yaşamamasına rağmen yüzünün "sabitleşmiş bir kızgınlık ya da korku ifadesi"ne büründüğünü belirtiyordu. Kriz esnasında hareket etmesi güçleşiyor, ses tonu anormal ölçüde hafifliyor ve düşünceleri adeta bir noktada "saplanıp" kalıyordu; kriz sırasında, her seferinde zıt bir hareket, konuşma ve düşünce içeren bir güç, bir "direnc duygu" yaşıyordu. Ayrıca her kriz esnasında son derece uyanıktı ve uykuya dalması mümkün oluyordu; krizlerin sona ermesi yakinken esnemeye başlıyor ve yoğun bir uyku hissi bastırıyordu; nihayet kriz birdenbire sona eriyor ve normal hareket, konuşma, düşünme yetileri geri geliyordu. (Bayan D., -tam bir bulmaca tiryakisiydi- normal bilinç düzeyinin birdenbire yerine gelmesini "resipiscence" olarak adlandırıyordu). Bu klasik göz hareketi krizlerinin yanı sıra Bayan D. 1955 yılından sonra değişik türde krizler yaşamaya başladı: Bakışlardaki zoraki sapmalar istisnai durumlarda görülürken, bunun yerini sabit ve donuk bakışlar aldı; onu hareket etmekten ve konuşmaktan tamamen mahrum eden bu krizlerin bazıları çok şiddetliydi ve üç gün sürebiliyordu. 1960'larda birkaç kez komşuları tarafından kriz halinde bulunup belediye hastanesine kaldırılmıştı ve hastanenin yönetim toplantılarında "periyodik katatoni"nin çarpıcı bir emsali olarak gösterilmişti. Ayrıca Bayan D., 1962'den bu yana "kendinden geçmiş, büyülenmiş" hissine kapıldığı, onu adeta esir alan ve sadece birkaç dakika süren sabit bakış krizleri yaşamıştır. Yine bir başka ani nöbet belirtisi, düzensiz aralıklarla meydana gelen

yüz kızarması ve terleme krizleriyle kendini gösteren ve on beş ila otuz dakika süren nöbetlerdi. (Bayan D., menopoz dönemini 1940'ların ortasında tamamlamıştı.) 1965'ten bu yana sabit ve istem dışı göz hareketi krizlerinin şiddeti ve sıklığı azalmıştı. 1969 yılının başında Mount Carmel'e kabul edildiğinde ise bir yıldan uzun bir süredir bu krizleri yaşamıyordu ve Haziran 1969'da L-DOPA tedavisine başlatılana dek bu krizlerden muaf kaldı.

Önceden bahsettiğimiz gibi katılma ve titreme 1963 yılında ortaya çıkmış olsa da, Bayan D.'yi en çok mağdur eden ve en sonunda onun bir müzmin hastalıklar hastanesine kaldırılmasını gerekli kılan bulgular üç yönlüydü: boyun ve gövdede, eklem bükülmesine bağlı, ilerleyen kas tonüsü bozukluğu, kontrol edilemeyen, geriye ya da ileriye doğru hızlı yürüme eğilimi ve bazen saatlerce süren ve onu garip beden duruşlarında yakalayıp esir alan "donup kalma". Daha yakın bir zamanda ortaya çıkan ve lokal enfeksiyon hastalığına dair bir sebep ortaya konamayan bir başka nöbet de idrar sıklığı ve dürtüsüydü; bu dürtü bazen bir "tıkanma" ya da idrara çıkmaya karşı bir "isteksizlik"le birlikte görülüyor, veya bu tıkanma ve isteksizliğe zemin oluştuyordu – karşıt bulguların dayanılmaz bir biçimde aynı süreçte yaşanması.

1969 yılının Ocak ayında Mount Carmel'e kabul edildikten sonra Bayan D. koltuk değnekleriyle rahat bir şekilde, kısa mesafeleri ise koltuk değneklerinin yardımı olmaksızın kendi başına yürüyebiliyordu; aynı yılın Haziran ayına gelindiğinde ise kendi başına neredeyse yürüyemez hale gelmişti. Hastaneye geldiğinde halihazırda eğik olan beden duruşu, izleyen altı aylık süreçte neredeyse ikiye katlanmıştı. Onu yataktan kaldırıp koltuğa koymak ne derece imkânsızsa, yatakta bir taraftan diğerine çevirmek ve yeterince yemek yemesini sağlamak da o derece imkânsız hale gelmişti. Hızla kötüye gitmesi ve alışlagelmiş hiçbir anti-Parkinson ilacının fayda sağlamaması göz önünde bulundurulduğunda, giderek hızlanan ve dönüşü olmayan bir çöküş sürecine giren Bayan D. açısından L-DOPA'nın ortaya çıkışındaki zamanlama önem taşıyordu.

Bayan D. ufak tefek, beden duruşu eğik biriydi. Öylesine kam-bur duruyordu ki, ayaktayken bile yüzü ister istemez yere doğru bakıyordu. Başını kısa bir süre için yukarı kaldırmayı başarsa da birkaç saniye içinde eski haline, alışlagelmiş, çenesi göğüs kafesine yapışık, had safhada tetanik spazm duruşuna geri dönüyordu. Bu alışlagelmiş duruş, boyun kaslarının katılaşmasına yorulamazdı: boyundaki katılaşmada az bir artış görülmüş-tü ve istem dışı göz hareketi krizlerinde Bayan D.'nin başı aynı ölçüde bir aşırılıkla ve zorla geriye doğru gidiyordu.

Yüzünde çok şiddetli bir maskelenme (ifade kaybı) vardı. Dikkatini toplama ve duygusal ifadeleri neredeyse sadece hızla etrafı tarayan bakışları ve neşeli gözleriyle açığa çıkıyordu – bir maske gibi görünen yüzündeki bakışları ve gözleri anormal derecede hareketliydi. İstem dışı göz kırpmalar nadiren görülüyordu. Tonlaması ve titreşimi tekdüze, vurgulamaları "kişiyе özgünlük"ten yoksun ve sesi, sadece belli anlarda fısıldamanın üzerine çıksa da, net ve anlaşılırdı; konuşmasında belli aralıklarla, aniden bir telaş ve hızlanma oluyor, aceleyle ağzından art arda çıkan hızlandırılmış sözcükler bazen cümle bitiminde söz-el bir "gürültü"yle son buluyordu.

Konuşma gibi diğer kısımlardaki istençli hareketler de, ya birbirleri yerine geçen ya da zıt bir birliklelikle aynı anda meydana gelen akinezi ve hiperkinezinin çelişen özellikleriyle tipik bir şekilde ayırt ediliyordu. Çoğu el hareketinde akinezi göze çarpıyordu – hareket tekrarlandıkça önce zayıf ve güç sarf etmekten korkan sonra da aşırı gayret sarf eden ve kaybolan bir süreç izliyordu. Yazı yazarken el yazısı ilk etapta çaba sarf etmeden hızla yazılmış büyük harflerden oluşuyordu; fakat aşırı heyecanlandığı vakit yazıları kontrolden çıkarak ya daha da büyüyüp hızlanıyor ve tüm sayfayı girdap şeklinde karalamalarla dolduruyor ya da hareketsiz bir nokta haline gelene kadar küçülüyor, yavaşlıyor ve sabitleniyordu. Herhangi bir güçlkle karşılaşmadan oturduğu koltuktan kalkabiliyor, fakat kalkmasıyla birlikte dakikalarca "donup" kalabiliyor ve ilk adımını atamıyordu. Bu gibi zamanlarda bedeni neredeyse ikiye katlanıp kataleptik (adalelerin donma-

sı, istem ve hissin birdenbire kaybolması) bir sabitlik ya da duruş sergiliyor ve bu haliyle donmuş bir film karesini andırıyordu. İlk adımını attıktan sonra –arkadan biraz itme, bakıcının sözlü bir komutu, değnek ya da sopa şeklinde bir görsel araçla yönlendirme, bir parça kâğıt ya da yerde ayağını basacak belirgin bir iz ya da şekil sayesinde yürüme başlatılabiliyordu, – Bayan D. hızlı ve minik adımlarla ileriye doğru sendeliyordu. Yürüyebilmesinin çok daha kolay olduğu altı ay öncesinde hastaneye kabul edildiğinde, hızlı yürüme eğilimi çok ciddi bir sorun yaratmıştı ve her seferinde (tıpkı konuşmasının bozguna uğraması ve yazı yazarken giderek hızlanan karalamalar gibi) felaketle sonuçlanmıştı. Kayda değer bir başka çelişki de Bayan D.’nin kararlı ve sabit adımlarla, merdiven çıkmaktaki yeteneğiydi; her basamak onu bir sonraki adımı atmaya teşvik ediyordu; fakat basamakların en tepesine ulaşınca Bayan D. kendini yine “donmuş” bir halde buluyor ve hareketini sürdüremiyordu. Sık sık “eğer dünya bütünüyle basamaklardan oluşsaydı hareket etmekte hiçbir güçlük çekmeyeceğini” söylüyordu.³⁷ Her yöndeki hareketlenme eğilimleri (öne, yanlara ve geriye doğru) zararlı sonuçlar doğurabilecek bir kolaylıkla yaratılabiliyordu. Ciddi boyutlarda ve uzun süreli donmalar da herhangi bir hareketten diğerine geçiş esnasında meydana gelme eğilimi gösterir: Bu Bayan D.’nin yürüyüşünde ve dönüşler yapmak durumundayken açıkça gözlemleniyordu, fakat zaman zaman bakışlarını bir yerden başka yere kaydırırken ya da dikkatini bir konudan diğerine yoğunlaştırırken de aynı eğilimler görülüyordu.

Katılaşma ve titreme klinik görüntü açısından özellikle belirgin değildi. Fiziksel ve duygusal gerginliğe bağlı olarak sağ elde pek nadiren ve belli belirsiz bir titreme “flapping tremor” meydana geliyordu: bu titreme özellikle donmanın getirdiği sonuçsuz çaba ve sıkıntı anlarında ortaya çıkma eğilimi gösteriyordu. Sol kolda hafif, bacaklarda ise gözle görülür (“yarı felç” niteliğinde) bir hipertoni vardı. Ayrıca vücudun sol yarısında hiper-refleksi ve “spastisite” belirtileri görülüyordu. Klinik görüntü kendiliğinden oluşan birtakım hareket ve hiperkinezilerle tamamlanıyordu. Ağzın etrafındaki kaslarda büzülme hareketleri meydana geliyor, ara sıra da dudaklarda büzülme ve surata

somurtma ifadesi veren hareketler oluşuyordu. Zaman zaman diş gıcırdatma ve çiğneme hareketleri görülüyordu. Başı hiçbir zaman sabit durmuyor, düzensiz bir biçimde aşağı yukarı ve sağa sola hareket ediyordu. Bu eşzamanlı ağız ve baş hareketleri, gayret sarf ettiği zamanlarda daha da kötüleşiyordu. Hemen her fırsatta, belki de saatte beş ya da altı kez Bayan D. adeta tik haline gelmiş, ani ve derin nefesler alıp vermek durumunda kalıyordu. Hastalığın ilk dönemlerinde onu etkisi altına alan huzursuzluk ve akatizi kalıntıları sağ elindeki kesintisiz kıpırdanmalardan ötürü gözlemlenebiliyordu. Bu lokal kıpırdanma hareketi ancak elleri bir şeylerle meşgulken duruyordu.

Bayan D. etrafında olup bitenleri büyük bir dikkatle izleyen, son derece uyanık biriydi; fakat patolojik uykusuzluk ya da uyanık kalma hali yoktu. Üstün bir zekâya sahipti ve daha önce belirttiğim gibi krizleri dışında, belirgin bir stereotipi* ya da düşünce tıkanması bir yana zekice ve kusursuz konuşma yeteneği vardı. Son derece dikkatli, düzenli, dakik ve tüm faaliyetleri sistemli biriydi. Sabitleşmiş ve bastırılmayan arzu ve tutkular ya da fobiler gibi ciddi saplantısal bulguları yoktu.

Bu sağlık kurumuna kapatılmış olmasına rağmen kendine saygısını yitirmemişti. Birçok ilgi alanı vardı ve etrafına karşı çok duyarlıydı. Kocaman bir koğuş dolusu özürlü ve zaman zaman ciddi boyutlarda hasar görmüş post-ensefalitik hasta için dengeli, neşeli ve şefkatli bir insan olarak örnek teşkil ediyordu

25 Haziran 1969'da L-DOPA tedavisine başlandı.

L-DOPA Tedavisi

30 Haziran. Tedaviye başlanmasının üzerinden sadece beş gün geçmiş olmasına rağmen Bayan D.'ye günde 0.5 gr'dan fazla L-DOPA verilmiyordu. Genel bir huzursuzluk belirtisi ve sağ elde artan titremeyeyle birlikte çiğneme hareketleri gözlemlendi. Ağız çevresindeki kasların büzülmesi daha çok göze çarpıyordu ve artık zorlamalı bir yüz ekşimesi, tik şeklini almıştı. Halihazırda genel hareketliliğinde gözle görülür bir artış vardı: Bayan D.

* Stereotipi: anlamsız hareket veya sözlerin sürekli tekrarlanması (ç.n.)

artık sürekli bir şeylerle meşguldü – tığla örgü örüyor (bu ilacın verilmeye başlanmasından önce yavaş ve zor bir faaliyetti), çamaşır yıkıyor, mektup yazıyordu vs. Görünüşe bakılırsa *dürtüleri* artmıştı ve hareketsizliğe tahammül edemiyordu. Bu erken safhada bile Bayan D. “nefes nefese kalmaktan” şikâyetçiydi ve solunum gücü ya da ritminde hiçbir değişiklik olmadan dakikada kırk kez çok hızlı nefes alıp verme gibi bir problemle karşılaşıyordu.

6 Temmuz. Artık günde 2 gr. L-DOPA verilen Bayan D., ilaç denemesinin on birinci gününde olumlu ve ters etkileri karmaşık bir biçimde bir arada sergilemeye başladı. Sağlıklı ve enerjik bir görünüm, çok daha kuvvetli bir ses tonu, daha az donma halleri, beden duruşunda daha az bükülme ve uzun adımlarla daha dengeli bir yürüyüş, sergilediği olumlu etkiler arasındaydı. Ters etkiler arasında, daha önceki çığneme ve ısırma hareketlerinde artış vardı, öyle ki aralıksız damaklarını çiğneyip ısırmaktan ağzında yaralar oluşmuştu; sağ elinde giderek artan bir titreme görülüyordu, buna şimdi bir de işaret parmağındaki tik benzeri bükülmeler ve uzamalar eklenmişti, son olarak da ona en çok sıkıntıyı veren, nefes alıp vermedeki normal otomatik kontrolün kaybı vardı. Solunumu artık hızlı, yüzeysel ve düzensiz bir hale gelmişti; dakikada iki üç kez meydana gelen ani, şiddetli ve hırıltılı bir soluklanmayla birlikte nefes alıp vermesi kesintiye uğruyordu. Bunu yine ani, güçlü ve kontrol edemese de tamamen şuuru yerindeyken oluşan bir nefes alma *dürtüsü* takip ediyordu. O sıralarda Bayan D. şunları söyledi: “Nefes alıp vermem artık otomatikman gerçekleşmiyor. Her nefesi düşünerek alıp veriyorum ve çoğu zaman güçlükle solumak *zorunda* kalıyorum.”

Bu ters ve olumsuz bulguların ışığında ilacın dozu aynı gün azaltıldı. Bunu izleyen on günün sonunda günlük 1.5 gr L-DOPA verilen Bayan D. ilacın olumlu etkilerini sürdürdü ve huzursuzluk, çığneme ve sürekli birşeyler yapma baskısında azalmalar görüldü. Fakat solunum krizleri sürdü ve her gün daha da artarak sonunda 10 Temmuz günü açık ve belirgin solunum krizlerine dönüştü.³⁸ Bu krizler herhangi bir uyarı olmaksızın ani bir nefes alma güçlüğüyle başlıyor, ardından on- on beş saniye

süren zoraki bir nefes tutma ve sonra da şiddetli bir nefes verme geliyordu. Son olarak yine on-on beş saniye boyunca solunum geçici olarak duruyordu. Başlangıçtaki bu görece hafif ataklarla birlikte başka bulgular ya da otonom rahatsızlıklar ortaya çıkmamıştı (örneğin taşikardi, hipertansiyon, terleme, ürperti, endişe vs.). Bu garip ve bozuk solunum şekli, iradi ve güçlü bir çaba sarfetmenin sonucunda bir iki dakikalığına kesiliyor, fakat ardından tuhaf ve kaçınılmaz özelliklerini tekrar ortaya koyuyordu. Bayan D.'nin krizleri bir ila üç saat arasında sürüyor ve bu sürenin sonunda beş dakikalığına dinip, normal, otomatik, düzenli aralıklarla süregelen ritmine ve gücüne kavuşuyordu. Bu krizlerin zamanlaması da ilginçti, zira L-DOPA'nın hastaya verildiği dönemlerle sabit bir bağlantıları yoktu. Dolayısıyla, solunum krizlerinin ilk beş gününde ataklar değişmez bir biçimde sadece akşamları geliyordu. 15 Temmuz günü ilk kez bir atak öğleden sonra (L-DOPA verildikten bir saat sonra, saat 1'de) meydana geldi. 16 Temmuz'da ise ilk kez bir atak günlük L-DOPA dozu verilmeden önce sabahın çok erken bir saatinde meydana geldi. Sonrasında her gün iki üç atak meydana geldi ama akşam gelen ataklar en uzun ve en şiddetli ataklar olmaya devam etti.

16 Temmuz'da atakların ürkütücü boyutlarda bir yoğunluğa ulaştığını gözlemledim. Şiddetli ve uzun süren nefes darlığının (öyle ki boğulmak üzere olan bir adamın sonunda ciğerlerini havayla doldurmak için yüzeye çıkmasını andıran görüntü ve sesler meydana geliyordu) ardından elli saniye süren ve bu esnada Bayan D.'nin kapalı nefes borusundan nefes vermeye uğraşırken boşuna bir çırpınısla tıkanıp morarmasıyla birlikte zoraki bir nefes tutma söz konusu oluyordu; en sonunda olağanüstü şiddetli ve silah patlamasını andıran bir gürültüyle nefes dışarı çıkıyordu. Böyle anlarda iradi bir kontrol söz konusu değildi; bu durumu şöyle ifade ediyordu: "Bir gel-giti ne denli kontrol edebiliyorsam bunu da o kadar edebiliyorum. Sadece bedenimden dışarı atıp, fırtınanın dinmesini bekliyorum." Bu kriz esnasında konuşabilmesi elbette pek mümkün değildi ve tüm vücudundaki katılaşmada artış görölüyordu. Nabızı 120'ye çıkıyordu ve kan basıncı normal seviyesi olan 130/75'ten 170/100'e fırlıyordu.

Damardan verilen 120 mg. Benadryl bu krizin seyrini değişti-remiyordu. Bunun korkunç bir deneyim olduğu ve yüzündeki ifadeden dehşete kapıldığı izlenimini edinsem de, Bayan D. kriz esnasında düşünme yetisinde herhangi bir değişiklik meydana geldiğini ya da belirgin bir tutukluk yaşadığını kabullenmiyordu. Yaşlı bir hastanın böylesine şiddetli bir atak yaşamasının beraberinde getireceği olası etkiler konusunda son derece kaygılı olmamdan ötürü bu dönemde L-DOPA tedavisini sürdürmeme-yi uygun gördüm. Fakat ilacın sağladığı faydaları göz önünde bulunduran Bayan D.'nin ısrarları ve solunum dengesizliğinin azalabileceği umuduyla, sadece ilacın dozunu günlük 1 gr'a düşürmekle yetindim.

Bu kk dozaja rağmen, Bayan D. farklı boyutlarda, günde iki ya da genelde üç kez meydana gelen solunum krizlerine tutulmaya devam etti. İki veya üç gün içerisinde, bunlar L-DOPA aldığı zamanlardaki rastlantısal ve sistematik değişikliklere rağmen sabit kalan, belirli bir seyir oluşturdu – sabah 9'da bir kriz, öğle vakit bir kriz daha ve akşam 7.30'da son bir kriz. 21 Temmuz itibarıyla solunum krizlerinin bazı koşullara da bağlı olabileceği kuşkusuna kapıldık: aynı gün öğleden sonra saat beşte, konuşma terapistimiz Bayan D. ile konuşmak için uğradı (bu normalde kriz gelmeyen bir zamandı) ve ona son zamanlarda herhangi bir nöbet yaşayıp yaşamadığını sordu; Bayan D. daha soruya yanıt bile vermeye fırsat bulamamıştı ki şiddetli bir nefes darlığıyla beraber beklenmedik bir krize kapıldı. Bu adeta soruya verilen bir cevap gibiydi.

Artık tedavi sürecindeki ikilem zlmeye başlamıştı. Hiç şüphesiz L-DOPA'nın sağladığı fayda çok büyüktü: Bayan D. son yirmi yıla kıyasla çok daha iyi görünüyor, hissediyor ve hareket ediyordu; ama aynı zamanda aşırı heyecanlanan ve tuhaf davranışlar sergileyen biri olmuştu. Özellikle de kırk yıl boyunca içinde gizli kalmış hastalıklı bir solunum duyarlılığının yeniden dirilişini yaşıyor gibiydi. Ayrıca, daha tedavisinin ilk ayında bir dizi önemsiz "yan etki" (bu terime bir anlam yüklemede gide-rek zorlanıyorum) de ortaya çıkmıştı. Diğer birtakım potansiyel yan etkiler ise –benim düşünceme göre– her an gerçekleşmek üzere pusuya yatmış bekliyorlardı. Solunum belirtilerine ve di-

ğer “yan etkiler”e zemin hazırlamayan, Bayan D.’ye büyük ölçüde faydalı olacak mutlu ve ideal bir ara ortam ve dozaj bulabilir miydik?

Bir kez daha (19 Temmuz’da) ilacın dozu azaltıldı –artık günde yalnızca 0.9 gr L-DOPA veriliyordu. Dozun azaltılmasının hemen ardından aynı gün istem dışı göz hareketleri başladı – bu neredeyse son üç yıldır yaşadığı ilk göz hareketi kriziydi. Bu kaygı vericiydi zira halihazırda diğer birkaç post-ensefalitik hastasında tedaviye yönelik verilen belirli bir L-DOPA dozunun solunum krizlerini ortaya çıkardığını ve bu dozdaki herhangi bir azaltımın ise göz hareketi krizlerine yol açtığını gözlemlemiştik. Bayan D.’nin de bu iki elverişsiz alternatif arasında gerili bir cambaz ipinde yürümek durumunda olma olasılığı bizi korkutuyordu.

Diğer hastaların deneyimlerine ilişkin raporlar L-DOPA’nın en doğru dozunu bularak hastaların “dengelenebileceği” varsayımı konusunda bizi cesaretlendirdiyse de Bayan D.’nin yaşadıkları –bu dönemde– artık onu “dengelenenin” bir iğneyi dik durdurmaktan daha kolay olmayacağına işaret ediyordu. Şiddetli göz hareketi krizlerini hemen bir ikinci ya da üçüncü kriz izliyordu; günlük dozun 0.95 gr’a yükseltilmesiyle birlikte bu krizlerde azalma görüldü fakat bu sefer de solunum krizleri tekrar baş gösterdi; L-DOPA’nın günde 0.925 gr’a düşürülmesiyle (bu safhada, dozdaki bu küçük artış ya da azalışları ayarlayabilmek için L-DOPA kapsüllerini biz hazırlamak zorunda kalmıştık) azalan ve artan krizler yer değiştirdi; ve 0.9375 gr’lık bir dozda, her iki krizi de sırayla ya da aynı anda yaşadı.

Bu dönemde Bayan D.’nin artık günde birkaç kez meydana gelen krizlerinin sadece genel psiko-fizyolojik ruh hali ve koşullarla değil, aynı zamanda, belirli dinamiklerle de yakından bağlantılı olduğu açıkça görüldü. Bu anlamda krizler, migrenler ve hatta isterik bulgular gibi faaliyet gösteriyordu. Eğer Bayan D. kötü bir gece geçirmişse ve yorgunsa kriz olma olasılığı artıyordu; eğer acı çekiyorsa (etin içine gömülerek büyüyen bir ayak tırnağı o sıralarda ona ağrı veriyordu) yine bir kriz yaşama eğilimi gösteriyordu; özellikle de heyecanlandığında, kaynağı ister korku, ister kızgınlık, isterse de neşe olsun krize yatkın bir hale

geliyordu; hayal kırıklığına uğradığında ya da hemşire kadrosundan ilgi beklediğinde de krizler meydana geliyordu. Bayan D.'nin kriz nedenlerine ilişkin notlar alırken tüm bu krizlerin potansiyel "tetikleyicisi"nin bizzat kendim olduğunun çok geç farkına vardım: esasında odasına girmemle birlikte ya da beni görür görmez genelde bir kriz yaşadığını gözlemlemiştim, fakat bunun benim farkına varamadığım bir başka nedene dayalı olduğunu varsaymışım. Ne zaman ki gözlemci hemşirelerden biri kıkırdayarak bana dönüp, "Dr. Sacks, Bayan D.'nin krizlerinin nedeni *sizsiniz*" deyince geç de olsa uyandım. Bayan D.'ye bunun doğru olup olmadığını sorduğumda, bana içerleyerek bunun mümkün olamayacağını söyledi, fakat bir taraftan da sanki bunu doğrularcasına kıpkırmızı kesildi. Son olarak Bayan D. sözünü etmese farkına varamayacağım psişik bir kriz nedeni daha vardı. Bu durumu şöyle ifade ediyordu: "*Bir kriz ihtimalini aklıma getirir getirmez krize eğilimli hale geliyorum. Ve eğer kriz yaşamak istemediğimi aklımdan geçirirsem yine krize tutuluyorum. Aklımdan krizi düşünmemeyi geçirdiğimde dahi bir kriz yaşıyorum. Sizce bunlar bende bir saplantı haline mi dönüşüyor?*"

Temmuz'un son haftası Bayan D.'nin sağlığı sadece bu krizler nedeniyle değil, aynı zamanda günbegün ve neredeyse saat başı, sayısı ve çeşitliliği giderek artan bir dizi farklı bulgu ve belirti sonucunda da tehlikeye düşmeye başlamıştı - bu, günlük dozların miktarlarını ve zamanlamasını ne denli değiştirdiysek de durdurulamayan ve seyri değiştirilemeyen patolojik bir coşku ve patlamaydı. Bu en coşkun haliyle, solunum krizleri ürkütücü bir görünüm arz ediyordu. Nefes tutma süresi neredeyse bir dakikaya çıkmıştı; hırıltılar, zorla kusacak gibi olması ve gırtlaktan gelen sesler nefes vermesini güçleştiriyordu. Zaman zaman, kırk elli defa arka arkaya adeta bir köpeğinki gibi kısa ve sık nefes almasından ötürü solunum ritmi bozuluyordu. Şimdi Bayan D. ilk kez bu ataklar esnasında bir tutukluk hali yaşamaya başlamış ve bunların, daha önce yaşadığı hiçbir şeye benzemediğini ve tüm benliğini saran tuhaf korkulara yol açtığını iddia etmişti. Tekrar tekrar ona L-DOPA tedavisinden vazgeçmemizi önerdiysem de, Bayan D. şiddetle karşı çıktı ve

her şeyin “kendi kendine yoluna gireceğini” ve hatta bir seferinde de ilaç tedavisini durdurmanın “ölüm cezasından farksız” olacağını söyledi. Bu ve bunun gibi nedenlerden ötürü Bayan D. artık (sürekli olmasa da) kendi öz benliğinden koptuğunu; tutkulu, değişmez, inatçı ve saplantılı bir ruh haline doğru sürüklendiğini belirtmişti.

23 Temmuz’da yeni bir bulgu ortaya çıktı. Ellerin henüz yıkamış (artık ellerini günde otuz kez yıkama “ihtiyacı” duyuyordu) ve öğle yemeğine doğru yola çıkmıştı ki, birdenbire ayağını yerden kaldıramadığını ve çabaladıkça “ayaklarının yere daha da yapıştığını” fark etti. Yaklaşık on dakika sonra ise ayakları birdenbire kendiliğinden “serbest kaldı”. Bayan D. bu yeni deneyim karşısında sinirlenip dehşete kapılmış ama aynı zamanda da eğlenmişti: “Sanki ayaklarım bana karşı bir isyan başlattılar. Adeta kendi iradelerine sahiptiler. Sanki tutkalla yere yapıştırılmıştım. Yapışkanlı bir sinek kâğıdına yakalanmış bir sinek gibiydim,” dedi. Daha sonra aynı akşam, derin düşüncelere dalmış bir haldeyken şunları ekledi: “Sık sık olduğu yerde çakılıp kalan insanlara dair yazılar okurdum fakat ne anlama geldiğini en azından bugüne dek bilmiyordum.”

Sonraki günlerde diğer birtakım dürtüler ve donmalar genelde hiçbir uyarı olmaksızın, aniden ortaya çıktılar. Bayan D. çay içmek için bardağı ağzına götürüyor ve bardağı yerine koyamıyordu; şeker kabına uzanıyor ve eli kaba “yapışıp” kalıyordu; bulmaca çözerken bakışları tek bir kelimedede takılıp kalıyor ne gözünü ne de dikkatini bu kelimedenden alamıyordu; en kaygı vericisi ise (sadece kendisi için değil fakat aynı zamanda başkaları için de) zaman zaman gözlerini başka insanların gözlerinden ayıramıyor olmasıydı: “Bunu ne zaman yapsam, istem dışı göz hareketi krizlerim son buluyor” demişti. Çiğneme ve kemirme eğilimleri giderek arttı: ağzındaki lokmayı, bir köpeğin kemik yerken çıkardığı seslere benzer bir hırıltıyla tekrar tekrar çiğniyor, ağzında lokma olmadığı zamanlarda ise dudaklarını ısırtıyor ya da dişlerini gıcırdatıyordu. Böylesine zarif ve yaşını başını almış bir hanımefendinin bu tür hareketler yapmasını görmek şaşırtıcıydı ve Bayan D.de bu çelişkinin farkındaydı. Bir defasında kendi kendini ikna edercesine şunları söyledi: “Ben sessiz

bir insanım. Seçkin bir hanımefendi olabilirdim. Oysa şimdi şu halime bir bakın! Aç kurtlar gibi ısırıp çiğniyorum ve bu konuda elimden hiçbir şey gelmiyor.” Hakikaten de Temmuz’un bu son günlerinde Bayan D. adeta bir dizi tuhaf ve neredeyse gayri insani baskının etkisi altına alınmıştı; açıkça dile getirmekten kaçınsa da bu karanlık düşünceyi günlüğüne yazmıştı.

Yine de güzel günler ya da en azından güzel bir gün de söz konusuydu. 28 Temmuz günü, uzun zamandır heyecanla beklenen ve büyük keyif veren bir kır gezisi esnasında Bayan D. tüm günü, solunum anormalliğinin, göz hareketi krizlerinin ve diğer sayısız anormalliklerin en ufak bir belirtisi olmaksızın geçirdi. Geziden neşe saçarak döndüğünde şöyle dedi: “Ne mükemmel bir gün. Öylesine huzurluydum ki bunu hiçbir zaman unutmayacağım! Böyle bir günde yaşam dolu olmak büyük bir zevk. Ve gerçekten de canlı hissediyorum kendimi. Hem de yirmi yıldır hiç hissetmediğim kadar. Eğer L-DOPA bunu yapabiliyorsa bu gerçek bir lütuf!”

Ertesi gün Bayan D.’nin yaşamındaki en kötü ve en uzun krizin başlangıç günüydü. Altmış saat boyunca, neredeyse aralıksız bir solunum krizine tutuldu. Bunun ardından sadece “her zamanki” spazmlar ve baskılar değil, aynı zamanda daha önce hiç yaşamadığı çok sayıda belirti de meydana geldi. Kolları, bacakları ve gövdesi birbiri ardına garip şekillere girerek, tüm aktif ve pasif düzeltme girişimlerine karşı şiddetli bir direnç gösterdi. Had safhadaki bu zorlamaya, alabildiğine şiddetli ve neredeyse cinnet derecesinde bir hareket dürtüsü eşlik etti. Öyle ki Bayan D. hareket edememesine rağmen kendisiyle müthiş bir mücadeleye kilitlenmişti. Yatağa yatırılma fikrine tahammül bile edemiyordu ve oturduğu koltuktan kaldırmaya çalıştığımızda sürekli çığlıklar atıyordu. Sık sık “sıkışıp kalmışlığından” kurtulup, birkaç adım atmak amacıyla kendini ileriye doğru fırlatıyordu ama bu adeta görünmez bir duvara toslarmışçasına, sadece daha da “sıkışıp kalmasına” neden oluyordu. Konuşabilmek için aşırı gayret sarf ediyor ve kontrolsüz bir biçimde sözcükleri ve cümleleri tekrarlıyordu (palilalia). Normalde düşük perdeli ve yumuşak tonlu olan sesi, tiz ve kulakları sağır eden bir çığlığa dönüşüyordu. Kolları ve bacakları garip şekillere girerek birbi-

rine dolandığında “Kollarım, kollarım, kollarım, lütfen kollarımı hareket ettirin, kollarım, kollarımı hareket ettirin...” diye çığlıklar atıyordu. Heyecanı dalgalar halinde geliyordu ve her dalga giderek adeta sınırsız bir doruğa doğru yükseliyordu. Bu dalgalarla birlikte, ıstırap, korku ve utanç karışımı bir his onu ezici baskısı altına alıp kelimeleri sürekli tekrarlayarak çığlıklar atmasına neden oluyordu: “Ah, ah, ah, ah!.. lütfen yapmayın... ben kendimde değilim, kendimde değilim... Bu kesinlikle ben olamam, ben olamam.”

Bu giderek yükselen heyecan senfonisi sadece çok yüksek dozlardaki, damardan zerk edilen barbitürata karşı tepki veriyordu ve yalnızca birkaç dakika bitkin bir halde uyuyabilmesine fırsat tanıyor ve uyanır uyanmaz tüm belirtiler tekrar ortaya çıkıyordu. Elbette bu devasa krizin başlamasıyla birlikte L-DOPA tedavisi durduruldu.

Sonunda Bayan D. 31 Temmuz’da doğal olarak derin ve neredeyse koma halinde bir uykuya dalarak yirmi dört saat sonrasında uyandı. 2 ve 3 Ağustos’ta kriz yaşamadı, fakat yoğun bir Parkinson hali (L-DOPA tedavisi öncesindeki halinden çok daha ileri düzeyde) ve ıstırap veren bir bunalım yaşıyordu. Buna rağmen eski cesareti ve neşesinden kırıntılar sergiliyordu. Fısıldayarak (zira artık sesini neredeyse tamamen kaybetmişti) şöyle dedi: “O L-DOPA var ya, o ilacın gerçek ismi *Hell (Cehennem)* DOPA olmalıydı.”

1969-72

Bayan D. 1969 yılının Ağustos ayını kendini bilmez bir halde geçirdi. Konuşma patologumuz Bayan Kohl bana şöyle yazmıştı: “Zaman zaman adeta cepheden yeni dönmüş, savaştan ötürü ruhsal çöküntü yaşayan bir asker gibi sersemlemiş bir ifadeye bürünüyor.” Yaklaşık on gün süren bu şok dönemi boyunca Bayan D.’nin Parkinsonizmi o denli ağırlaşmıştı ki, hemşirelerden yardım almadan günlük yaşamındaki en basit faaliyetleri dahi yerine getiremiyordu. Ayın geri kalan günlerinde daha az Parkinsonizm belirtisi gösterdi (yine de L-DOPA tedavisi öncesin-

deki durumuna kıyasla çok daha kötüydü); derin ve acılı bir çöküntü içerisindeydi. Çok az iştahı vardı (Bayan Kohl'ün "*Hiçbir şeye karşı, hatta yaşamaya karşı dahi iştahı kalmadı. Önceleri bir meşale gibiydi, oysa şimdi sönmek üzere olan bir mumdan farksız. Aradaki fark inanılmaz*") ve on kilo vermişti. Eylül ayında New York'a döndüğümde –bir aydır hastanede değildim– bir an için Bayan D.'nin soluk, zayıflamış ve avurtları içine çökmüş halini fark edemedim.³⁹

Yarım yüzyıldır süregelen hastalığına rağmen, yaz öncesinde Bayan D. her zaman faal, neşeli, canlı ve altmış beş yaşında olmasına rağmen daha genç gösteren biriydi; oysa şimdi, her zamankinden daha tükenmiş ve Parkinson hastalığı ilerlemiş olmakla kalmayıp, hastaneden ayrı kaldığım bir aylık sürede aradan adeta elli yıl geçmişçesine yaşlanmış, hayalet şehirden kaçan bir firariye dönüşmüştü.

Dönüşümü izleyen aylarda, Bayan D. ile hastane dışında olduğum aya ilişkin uzun bir sohbet yaptık; içtenliği, cesareti ve kavrama yeteneği sayesinde, içine girdiği durumun *nedenlerine* ilişkin tatminkâr bir analiz yaptı; içinde bulunduğu durumun (benim inancıma göre) diğer birçok Parkinson hastasının "DOPA-sonrası" yaşadıkları hallerle ortak temel özellikleri ve etmenleri bulunduğundan (elbette onun yaşadıkları diğer hastaların deneyimlerine kıyasla çok daha şiddetli olsa da) bu noktada duruma ilişkin analizini aktarmak amacıyla "hikâye"sine ara vereceğim.

Bayan D. öncelikle ilaç tedavisinin birdenbire kesilmesinin neden olduğu "enerji düşmesi"nden bahsetti: "L-DOPA ile artan bir yükselişe geçerek, ulaşılması imkânsız bir yüksekliğe çıkmıştım. Milyonlarca mil yüksekliğindeki bir kulenin tepesine çıkmış gibi hissediyordum... Ve sonra itici güç tükenince yere çakıldım, bununla da kalmayıp, milyonlarca mil yerin altına gömülünceye dek farklı bir yöne doğru savruldu."

İkinci olarak, Bayan D. (benzer deneyimler yaşayan her hastamda olduğu gibi) L-DOPA tedavisinde işler "ters gitmeye başlayınca"; ilaç giderek daha fazla "yan etki" gösterince ve ben –*onunla ilgilenen tüm doktorlar*– tüm güvencelerimize, uğraşlarımıza ve denemelerimize rağmen bu konuda çaresiz kalınca onu

baskısı altına alan şaşkınlık, belirsizlik, endişe ve hayal kırıklıklarından bahsetti; son olarak da L-DOPA tedavisinin durdurulmasıyla birlikte –bu konuda kesin hükme varıldığını düşünmüştü– içine düştüğü büyük umutsuzluktan söz etti. Bu ona göre şu anlama geliyordu: “Bu hasta tüm şansını kullandı ve hepsi tükendi. Ona sihirli ilacı verdik ama faydası olmadı. Şimdi ondan kurtulup, onu kaderine terk ediyoruz.”

Bayan D. tekrar tekrar L-DOPA’nın yarattığı üçüncü bir “durum”a değinmişti (özellikle o dönemde tuttuğu ve bana bir bölümünü gösterdiği olağanüstü günlüğünde buna ilişkin notlar almıştı). Bu, hastalığı boyunca belirli aralıklarla dadanan ve L-DOPA tedavisinin son günlerinde ve bunun hemen akabinde tedavinin durdurulduğu dönemde doruğa çıkan bazı duyguların akut hale gelmesi ve neredeyse dayanılmaz ölçüde ağırlaşmasıydı. *Bu tür şeylerin başına gelebiliyor olması, onda şaşkınlık, öfke ve korku duyguları yaratıyordu. Bunlara karşı faydasız bir nefret ve isyan duygusu beslemekten başka elinden hiçbir şey gelmiyordu.*⁴⁰ Fakat daha da derin ve ürkütücü duygular da söz konusuydu: L-DOPA’nın etkisiyle birlikte başına musallat olan bazı “şeyler”i –özellikle çiğneme ve ısırma dürtülerini,⁴¹ birtakım şiddetli arzu ve tutkuları bazı saplantılı fikir ve hayali imgeleri– “sadece fiziksel” ya da “öz benliği”ne tamamen “yabancı” unsurlar olarak algılayıp bunları başından savması mümkün değildi. Bilakis bu unsurlar çok derinlerde ve çok eski geçmişleri olan benliğine ait kısımların, bilinçaltındaki ve bilinçaltının tarifi mümkün olmayan fizyolojik derinliklerindeki korkunç yaratıkların, özellikleri ilk anda ona son derece yabancı gelse de aslında esrarengiz bir biçimde aşına olduğu tarih ve belki de insanlık öncesi imgelerin, rüyalara özgü bir tavırla *serbest kalması, açığa çıkması ya da ifşa olmasıydı.*⁴² Bayan D. bu birdenbire açığa çıkan yönlerine tarafsız bir gözle bakamıyordu; bunlar beyninde korkunç seslerle çınlıyor, onu ayartıyor, heyecanlandırıp korkutuyor, onu suç ve ceza hislerine boğuyor, insanın aklını başından alan, onu tüketen bir kâbus gibi sömürüyorlardı.

Bana karşı olan duyguları tüm bu hisler ve tepkilerle bağlantılıydı – ona harika ve aynı zamanda berbat etkileri olan bir

ilacı veren kuşkulu bir şahıs; bir taraftan cana can katan, yaşamı uzatan ilacı, öte taraftan korku salan, yaşamı mahveden ilacı sunan dalavereci, iki yüzlü doktor. Önceleri kutsal ilacımla sağlık ve yaşam vaat eden bir Kurtarıcı olarak ortaya çıkıp, ardından da sağlığına ve yaşamına kasteden, ona ölümden bile daha kötüsünü reva gören bir Şeytana dönüşmüştüm. “İyi” doktoru oynadığım ilk rolümle beni çok sevmişt; “kötü” doktoru oynadığım rolümle ise benden nefret edip korkmuştu. Yine de bu nefret ve korkusunu ifade etmeye cüret etmemişti; bir türlü ifşa edemediği bu düşünce içinde katlanarak büyümüş, yoğun ve karanlık bir suçluluk ve depresyon haline dönüşmüştü. Olağanüstü etkileri sayesinde L-DOPA bana –tedaviyi uygulayan ve bu etkilerden “sorumlu” tutulan doktor olarak– onun yaşamı ve sağlığı üzerinde egemenlik kurmamı sağlamıştı. Bu kutsal ve kem güçlerle donatılmış biri olarak, Bayan D.’nin bakışlarında alabildiğine çelişkili bir egemenlik ifadesi olduğunu düşünüyordum; ebeveynlerinin, otoritelerin ve Tanrı’nın egemenliği. Bu yüzden Bayan D. kendine eziyet çektiren, hislerini başkalarına yönlendirdiği bir nevroz labirentinin içinde çırpınıp duruyordu. Öyle ki bu labirentten çıkış mümkün değildi.

En kederli döneminde benim ortadan kaybolmam (3 Ağustos) onun için hem ciddi boyutta bir rahatlama, hem de telafi edilemez bir kayıp olmuştu. Onu ilk etapta labirentin içine koyan bendim; ama dışarı çıkabilmesi için ona el uzatan da ben değil miydim?

Eylül’de hastaneye döndüğümde Bayan D.’nin içinde bulunduğu durum buydu.⁴³ Ona tekrar bakar bakmaz neler yaşadığını bölük pörçük de olsa *hissetmişim*. Fakat elbette yukarıda kaba taslak ortaya koymaya çalıştığım daha bilinçli ve açık formülasyonların oluşması, benim ve onun sezgilerinden aylar ve hatta yıllar öncesine dayanıyordu.

Bu olayların üzerinden üç yıl geçti. Bayan D. hâlâ hayatta ve sağlıklı denebilecek bir yaşam sürüyor. 1969 yazının dramatik unsurları geçmişte kaldı; o dönemdeki şiddetli gelişmeler hiçbir zaman tam olarak etkisini kaybetmedi. Geriye dönüp bakıldığında bunlar nostaljik, düş ürünü, sanki hiç olmamış ya da bir daha tekrarlanmayacak ve artık neredeyse hayali bile zor birtakım tarihi olaylar gibi algılanıyor. Çelişkili duygularına rağmen dönüşümü memnuniyetle karşıladı ve nazik bir dille L-DOPA tedavisinin tekrar düşünülmesi yönündeki talebini ilettili. Uzlaşmaz ve inatçı tutumu değişmişti; L-DOPA tedavisi uygulanmadan yaşamdan kopuk bir halde geçen bir aylık süreç aynı zamanda derin yansımaların, iç dünyasındaki değişimlerin ve büyük karmaşıklıkların çözüldüğü bir süreçti. Sonradan fark edecektim ki Bayan D. daha önce yaşadıklarından daha derin ve güçlü, yeni bir bütünlük ve dengeye ulaşabilmek amacıyla kendisine ilişkin yakın zamanda elde edilmiş bilgileri (ve L-DOPA'ya verdiği tepkilerin eğilimlerini) aklının ve karakterinin tüm gücünü kullanarak, bu azap çektiren bir geçiş döneminde bölünmüş, çok çeşitli dürtülerine karşı mücadele içine girmişti. Deyim yerindeyse yaşadığı aşırılıklar onu tüketememiş, aksine daha da güçlü kılmıştı (tıpkı birçok hastamda olduğu gibi). Bayan D. üstün bir insandı; kendisi için, kendi kendiyile savaşıarak yarım yüzyıl boyunca sürüp giden bir hastalıkla birlikte yaşamış ve (sayısız zorluklara rağmen), altmış altı yaşına dek hiçbir sağlık kurumuna muhtaç olmadan kendi ayakları üzerinde durabilmişti. Hastalığını ve patolojik oluşumlarını hali hazırda gözlemlemiştim; akıl ve beden sağlığına dair gizemli kaynaklarının farkına ise ancak 1969 yazı sonrasında üç yılda vardım.

Bayan D.'nin hikâyesinin geri kalan bölümlerini aktarmak kolay. 1969 Eylülü'nde tekrar L-DOPA tedavisine başladım ve o dönemden bu yana tedavi hemen hemen aralıksız olarak devam etti. Bayan D.'de (diğer birkaç hastada olduğu gibi) amantadinin L-DOPA ile birlikte kullanımının L-DOPA'ya verilen bazı olumsuz tepkileri (birkaç hafta içinde bu iyi huylu etkiler

kaybolursa da) düzelttiğini fark ettik ve dolayısıyla Bayan D.'yi aralıklı olarak L-DOPA'ya katılan belli bir dozdaki amantadin tedavisine tabi tuttuk. Literatürdeki önerilere uyarak anormal dürtü ve hareketleri azaltmak amacıyla fenotiazid, butirofenon ve diğer önde gelen yatıştırıcı ilaçları kullandık, fakat diğer tüm hastalarımızda olduğu gibi Bayan D.'de de bu ilaçların sadece L-DOPA'nın *toplam* etkisini azalttığını ya da arttırdığını fark ettik. Yani amantadin L-DOPA'nın olumlu etkileriyle "yan etkileri"ni –tıpkı bazı hevesli doktorlar gibi– birbirinden ayırt edemiyor. Bazı sıradan yatıştırıcılarla anti-histaminlerin vs. Bayan D.'de neredeyse hiçbir etki göstermediklerini gözlemledik; fakat barbitüratlar –özellikle damardan zerk edilen sodyum amital– her türdeki şiddetli krizlerde en önemli desteği sağladı.

L-DOPA'ya verilen tepkiler (ya da daha ziyade L-DOPA-amantadin bileşimine verilen tepkiler) 1969 yazında verilen tepkilere kıyasla her açıdan *daha hafif* tepkilerdi: Bayan D. bir daha hiçbir zaman o dönemde olduğu kadar sağlıklı ya da hasta olmadı. Parkinsonizm her zaman mevcuttu ama L-DOPA tedavisi öncesindeki günlere kıyasla şiddetini kayda değer ölçüde yitirdi; yine de birkaç haftada bir, tedavinin durdurulduğu hafta içerisinde amantadin-L-DOPA karışımının olumlu etkisi azaldığında, Parkinson rahatsızlığının (ve diğer bulguların) ağırlaşmasına yönelik belirtiler sergiliyor ve onun ardından gelen "içe kapanma semptomları" (1969 Ağustosunda yaşananlara benzer fakat daha hafif) yaşıyor. Bu iyileşme-ağırlaşma-içe kapanma döngüsü yılda on kez tekrarlıyor. Bayan D. bu döngüden nefret etse de onu zamanla kabullendi. Esasında soruna ilişkin hiçbir seçeneği kalmadı, zira L-DOPA tedavisi tamamen durdurulursa "L-DOPA öncesi" haline kıyasla çok daha fazla ıstırap çekecek ve mağdur olacak. Dolayısıyla içinde bulunduğu durum şöyle özetlenebilir: L-DOPA'ya *ihtiyaç duymakta, fakat ilaca* tamamen ve sınır olmaksızın *tahammül edememekte*.⁴⁴

Bayan D.'nin krizlerinin sıklığı ve şiddeti azaldı –artık haftada sadece iki kez meydana gelmekte– fakat ilginç bir biçimde karakteristik özelliklerinde değişiklikler meydana geldi. 1969 yılının yaz aylarında (tıpkı 1919 yazındaki gibi) bu krizler ta-

mamen solunumla ilgiliydi ve daha önce bahsettiğimiz diğer sayısız olgu sonradan krizlerin özelliği haline geldi. Fakat 1969 sonbaharında Bayan D.'nin krizleri tekrar baş gösterince bu kez sadece sonradan ortaya çıkan bu olgular meydana gelmeye başladı; solunuma dair kriz unsurları esrarengiz bir biçimde kayboldu ve bir daha da ortaya çıkmadı. "Yeni" krizler genelde palilalia –aynı kelime ya da cümleleri bazen arka arkaya yüzlerce kez tekrar ediyordu– ile birlikte görülen yoğun heyecan, çeşitli dürtüler, baskılanması güç tutkular, giderek ağırlaşan Parkinsonizm ve hareketlerinin garip bir biçimde "tıkanması" ya da "engellenmesi" biçimlerinde tezahür ediyordu. "Genelde", "çeşitli" gibi ifadeler özellikle vurgulanmalıdır, zira meydana gelenlerin hepsi kuşkusuz birer kriz olsa da birbirine tıpatıp benzer iki kriz görülüyordu. Dahası bir bütün olarak meydana gelmelerinin yanı sıra her krize özgü karakteristik özellikler ve süreçler, yönlendirme ve koşullara bağlı olarak büyük ölçüde değişime uğrayabiliyordu: dolayısıyla genelde kızgınlık ve korku biçiminde tezahür eden yoğun etkiler, Bayan D.'nin komik bir film ya da televizyon programı seyrettiği bir esnada neşe ve keyfe dönüşebiliyor ve deyim yerindeyse yaşadığı "tıkanma" vücudunun bir tarafından diğer tarafına sırıyordu. Müzik, yarattığı esrarengiz etkiyle şimdiye dek krizlerinin tedavisinde en faydalı yöntem olmuştu. Bir an sıkışmış, bunalmış ve tıkanmış ya da olduğu yerde titreyerek tikli hareketler yapan ve hızlı, anlaşılmaz bir biçimde geveleyen Bayan D., başka bir an radyo ya da gramofondan gelen müziğin sesiyle tüm bu engelleyici-patlayıcı olguların kaybolması ve bunların yerini mutlu bir rahatlama hali ve akıcı hareketler alması sonucu birdenbire otomatikleşmiş tik ve hareketlerinden kurtulup, tebessüm ederek, bir orkestra şefi edasıyla müziği idare etmeye ya da ayağa kalkıp dans etmeye başlıyordu. Müziğin *legato** olması elzemdi; özellikle *stacatto*** tarzında çalan müziğin (ve özellikle de perküsyon çalan grupların) Bayan D.'yi yerinden zıplatarak tıpkı mekanik bir oyuncak bebek ya da kukla gibi, ritimle birlikte sallanmasına yol açan tuhaf bir etkisi vardı.⁴⁵

* Müzik parçasındaki notaların ara vermeden birbirine bağlanarak okunması (ç.n.)

** Her sesin ayrı ve kısa olarak, kesik kesik ve kuvvetli çalındığı müzik (ç.n.)

1970 yılının sonuna gelindiğinde Bayan D. tek tek ya da antikolinerjikler, antiadrenerjikler, antihistaminler ve akla gelebilecek her türden yardımcı ilaç ve baskılayıcılarla kombine edilmiş L-DOPA, amantadin, DOPA-dekarboksilas ve apomorfinin (hepsi çeşitli şekillerde bölümlere ve alt bölümlere ayrılmış) hepsini denemişti. Hepsini atlatmış ve artık gına gelmişti. “Yeter!” dedi. ‘Eczanede ne bulduysanız hepsini üzerimde denediniz. İyileştim. Tekrar hastalandım. Sağa sola savruldum, içim dışıma çıktı. İtildim, kakıldım, sıkıştırıldım, eğilip büküldüm. Hızlandım, yavaşladım ve bazen *öylesine* hızlandım ki aslında yerimden bile kıpırdayamadım. Ve akordeona dönüşmüş bir insan gibi hâlâ açılıp kapanıyorum...” deyip nefes almak için sözlerini yarıda kesti. Sözleri adeta post-ensefalitik Harikalar Diyarındaki Parkinson hastası “Alis”i tasvir ediyordu.

Artık Bayan D. L-DOPA’nın kendisi için bir gereksinim olduğunu açıkça kavramıştı. İlaça verdiği tepkilerin sınırlı ve önemsiz hale geldiği ve bu tepkilerin bu düzeyde süreceği de aynı ölçüde netlik kazanmıştı; durumun değişmez bir biçimde bu olduğunu fark etmişti. Bu karar L-DOPA’ya karşı olan “inançsızlığının” sona erdiğini ve hayatına bir yıldan uzun bir süre boyunca hükmeden saplantılı umutlarından ve arzularından vazgeçtiğini ortaya koyuyordu. Dolayısıyla Bayan D., hiçbir şeyi inkâr etmeden, rol yapmadan ve hiçbir beklenti içine girmeden (zaman zaman günlüğünde yarı şaka, yarı ciddi ifadelerle her şeyin daha farklı olabileceği konusunda beslediği ümitleri ortaya koysa da) fantezilerinden *uzaklaşıp* kendi gerçeğine *döndü* – bu onu içine hapseden labirentten kurtulduğunu gösteren çifte dönüm noktası idi. Bu noktadan itibaren tüm ilişkileri çok daha rahat, makul ve samimi bir havaya büründü. Tıpkı semptomlarına ve yetersizliklerine karşı olduğu gibi L-DOPA’ya karşı da tarafsız ve esprili bir tutum izledi; L-DOPA sayesinde havalara uçan hastaları kıskanmaktan ya da ilacın kötü etki yaptığı hastaları dehşet içinde gözlemlemekten vazgeçti; ve hepsinden öte beni, kaderini ilacı veren ellerinde tutan bir Kurtarıcı ya da Bozguncu olarak görmekten vazgeçti. İnkârları, izlenimleri, özdeşleştirmeleri, yönlennmeleri, beden duruşlarını ve L-DOPA “konumu”nun yarattığı sahte halleri

bir yılanın deri değiştirmesi gibi üzerinden silkip attı ve alttan “eski Bayan D.” –kendi gerçek öz benliği– meydana çıktı.

1970 yılının ikinci yarısında Bayan D. Parkinson rahatsızlığına, ilişkilerine ve bir Kapsamlı Sağlık Merkezinde⁴⁶ insanca yaşamını sürdürüp, hayatta kalmaya dair neler yapılabileceği konusuna eğilmeye hazır ve istekli bir hale geldi. Eğer L-DOPA kusursuz bir tedavi yöntemi olsaydı ve ilk başta vaat ettiklerini srdrebilseydi bu sorunlar –belki de– es geçilebilirdi; fakat Bayan D. açısından olaylar bu yönde gelişmemişti. Artık ona göre L-DOPA çekiciliğinden yoksundu: Çok yararlı ve vazgeçilmez bir ilaçtı fakat bir kurtarıcı değildi. Artık, elimizde kalanlarla en iyi sonuca ulaşmak için kendisinin, benim ve hastanenin olanaklarıyla yzleşebilirdi.⁴⁷

Böylece Bayan D. L-DOPA’nın yarattığı acayip davranışlara ve ortamlara kendini alıştırdı ve Parkinsonizm, katatoni, dürtüler vs. gibi rahatsızlıklarının meydana getirdiği iğrenç oluşumları etkin bir biçimde değişime uğrattı. Fakat kendisinden kaynaklanmayan ve doğrudan değişime uğratmaya gücünün yetmediği başka sorunlar da vardı: bunlar bir Kapsamlı Sağlık Merkezinde yaşamanın getirdiği sorunlardı.

En genel ifadelerle bu sorunlar zıt karakterli duygular halinde somutlaşmıştı ve günlüğüne yansı mıştı: yalnızlık ve hapsedilmişlik hissi; boşluk ve işe yaramazlık hissi; toplum tarafından hastaneye kapatılmışlığın, sayısız küçük düşürücü kurala ve uygulamaya maruz kalmanın ve toplumdan kopmuş olmanın verdiği hisler; bir ocuk ya da mahkûm statüsüne indirgenmiş olmanın, dev bir mekanizmanın içinde ğtlp kaybolmanın verdiği hisler; hayal kırıklığına, kimsesizliğe, yetersizliğe katlanmanın beraberinde getirdiği hisler.

Bu gayri insani, kurumsal nitelikler hastanenin kuruluşundan bu yana bir lde mevcut olsa da, 1969 yılının Eylül ayından itibaren birdenbire daha katı ve mutlak kurallara dönüştü.⁴⁸ Diğer birçok hastayı gözlemleyerek, bu amansız dönüşümün klinik hali sadece atmosfer ve tavır yönünden değil aynı zamanda krizler, tikler, dürtüler, katalepsiler, Parkinson oluşumları ve tabii ki L-DOPA’ya verilen tepkiler yönünden de nasıl büyük bir değişime uğrattığı açıkça fark edilebilirdi.⁴⁹

Hiç şüphe yok ki Bayan D. çevresinde olup biten bu değişikliklerden büyük ölçüde etkilenmişti; fakat L-DOPA tedavisinin ne kadarının ilacın etkisinin ve kendi kişisel, kökeninde var olan tepkimesinin kaçınılmaz bir sonucu olduğu ve ne kadarının giderek artan ters yaşam koşullarına bağlı olarak değişim gösterdiği konusunda kesin bir yargıya varmam mümkün değil. Ben sadece elimden geldiğince adil ve kapsamlı bir biçimde tüm resmi ortaya koyabilirim. Bu tür yargıları ise okurlarıma bırakmayı tercih ederim.

Yine de kesin olan üç şey vardı. İlki, Bayan D. duygularını ne zaman ifade etmeyi başarıp çevresinde bir nebze değişim elde etse, *tüm* patolojik oluşumlarında azalma görülüyordu. İkincisi, Bayan D. ne zaman gezi amacıyla hastaneden ayrılrsa (bu tür geziler 1969 yılının huzurlu günlerinden bu yana son derece seyrekleşmişti) *tüm* belirti ve bulgularında azalma görülüyordu. Son olarak, Bayan D. koğuştaki hastalardan ikisiyle yoğun ve sevgiye dayalı bir ilişki tesis ettiğinden beri –yani 1971’in ilk günlerinden itibaren– *her* açıdan gözle görülür bir iyileşme göstermişti.

Böylece nihayet günümüze, 1972 yılının yazına geliyoruz. Bayan D. halen ara sıra ve mütevazı bir dozda verilen L-DOPA ve amantadin tedavisini sürdürmekte. Epey faal bir durumda ve yılda dokuz ay boyunca temel gereksinimlerini kendi kendine karşılamakta; geri kalan üç ay hastalığın ve içe kapanma belirtilerinin ağırlaşmasıyla geçiyor. Kabaca iki ayda bir, artık ne kendisine ne de başkalarına rahatsızlık vermeyen küçük krizler yaşıyor. Epey okuyor, bir profesyonel maharetiyle tığ işi yapıyor ve benden kat kat daha hızlı, sayısız bulmaca çözüyor. Arkadaşlarıyla sohbet ettiği zamanlar tam anlamıyla kendi benliğine kavuşuyor. Huysuz, inatçı, bağımlı ve uzlaşmaz halleri çok gerilerde kaldı. Artık çok cana yakın (günlüğüyle birlikte odasına kapanıp, yalnız kalmak istediği hüzünlü dönemleri haricinde) ve çevresindeki herkes tarafından çok seviliyor. Yaşı yetmişe yaklaşmış, hafif eğik ve kamburu çıkmış, bu uysal tavırlı yaşlı hanımefendi sık sık pencere kenarına oturarak bir taraftan hızlı hızlı tığ işi yaparken diğer taraftan da Bexley’nin gürültülü trafiğini seyretmekte.

O, L-DOPA tedavisine mükemmel tepki verip tamamen iyileşen parlak hastalarımızdan biri olmayabilir. Fakat neredeyse bir ömür boyu süren ve insanın kişiliğini tahrip eden güçlü bir beyin rahatsızlığının ve çok az hastanın canlı olarak çıktığı kronik bir hastaneye tıkılmış olmanın baskısına rağmen hayatta kalmayı başarmıştır. O, gerçeklikle olan derin bağlarını koparmadan hastalığa, patolojik hallere, yalnızlığa ve bir sağlık kurumuna hapsedilmişliğe karşı zafer kazanmış ve her zaman sahip olduğu eksiksiz ve üstün insani vasıflarını kaybetmemiş biridir.

Magda B.

Bayan B. 1900 yılında Avusturya'da doğdu ve henüz küçük bir çocukken ailesiyle birlikte ABD'ye göç etti. Çocukluğunda herhangi bir ciddi hastalık geçirmedi ve lisede gerek akademik, gerekse sportif faaliyetlerde örnek bir başarı elde etti. 1918-19 yıllarında sekreter olarak çalıştığı dönemde, uykulu-oftalmoplejik türde şiddetli bir *encephalitis lethargica* hastalığına yakalandı ve birkaç ay sonra iyileşti. Fakat 1923 yılında Parkinsonizm ve onun beraberinde getirdiği birtakım belirtileri göstermeye başladı.

Bunu izleyen kırk yıl boyunca süren hastalık seyrini, ilk kez yetersiz hastane kayıtlarından öğrendim, zira Bayan B. uzun yıllar boyunca hemen hiç konuşamamıştı. Akut ensefalitis geçirdikten sonraki süreçte iyileşme belirtisi göstermeyen oftalmopleji rahatsızlığının yanı sıra, Bayan B.'nin başta gelen sorunları ciddi boyutta akinezi, apati ve çeşitli otonom rahatsızlıklardı (aşırı tükürük salgılama, terleme ve sık sık tekrarlayan peptik ülserler). İstem dışı göz hareketi ya da diğer krizlere eğilim göstermemişti. Zaman zaman "kanat çırpma tarzında" titreme belirtileri gösterse de katılaşma, distoni ya da dinlenme anında yaşanan hep yapar gibi, titreme türünden belirtileri neredeyse hiç göstermemişti.

1964 tarihli bir hastane kaydı, öfke ve hayal kırıklığı gibi reaksiyonları körükleyebilecek koşullarda, bu gibi reaksiyonların hastada "tuhaf bir biçimde mevcut olmadığına" dikkat çeker. 1966 tarihli bir başka kayıt, Bayan B.'nin aynı dönemde baş gösteren ciddi bir hastalık geçirdiği sırada içinde bulunduğu duru-

ma karşı herhangi bir endişe ya da korku yaşamadığı yorumunu getirmişti. 1968 yılı süresince yanına koğuş arkadaşı olarak yerleştirilen çılgın ve dűřmanca tavırları olan bir akıl hastasının defalarca sözlü ve fiziksel tacizine uğradı (bu akıl hastası Bayan B.'ye hakaret ve küfür ediyor, zaman zaman da fiziksel darbe-lerde bulunuyordu): Bayan B. ise bu tür tahammül sınırlarını aşan tahriklere ne fiziksel ne de duygusal bir tepki veriyordu. Buraya detaylı alıntı yapılması gereksiz diğerk birçok kayıt, yine Bayan B.'nin had safhadaki edilgenliğinden ve sakinliğinden söz etmektedir. Diğerk yandan, kayıtlarda bunalım ve paranoya eğilimleri ve tuhaf düşünce ve davranışlara dair ifadeler bulunmamaktadır. Bayan B. iyi huylu ve kendisine yardımcı olmak isteyenlere karşı olumlu, fakat fazlasıyla uysal, ağırbaşlı ve olasılıkla duygusal tepki veremeyen bir görüntü çizmekteydi.

L-DOPA'dan Önce

Bayan B.'yi ilk kez gördüğümde tekerlekli sandalyesinde hareketsiz oturuyordu. Bu dönemde içinde bulunduğuk akinezi hali o denli had safhadaydı ki günün önemli bir bölümünde göz kırpmadan, yüz ifadesinde bir değışiklik olmaksızın ya da en ufak bir vücut hareketi yapmaksızın oturuyordu. Genelde alışageldiğik üzere başı öne eğik duruyordu fakat belirli dönemlerde başını dik tutabilmek için gayret gösterebiliyordu. Boynunda hemen hemen hiç sertleşme yoktu. Görünürde çift taraflı ve zaman zaman eksotropi* ile yer değıştiren nükleer ve internükleer oftalmoplejisi** vardı. Bayan B. sürekli terliyordu ve cildinin yağlı ya da yağ bezelerinin bozukluğuk nedeniyle meydana gelen cilt hastalıklarındakine benzer bir görüntüsü vardı. Gözyaşı ve tükürük salgısında bir ölçüde artış vardı. Nadiren gözkapacağının kendiliğinden kapanmasına yönelik nöbetler yaşıyordu fakat göz kırpma söz konusu değışildi. Bayan B. neredeyse tamamen sessizdi ve zar zor duyulan bir "Ah!" sesini çıkarmak için bile

* Dışa doğru gelişen şaşılık (ç.n.)

** Beyin sapındaki, göz hareketlerini kontrol eden sinir çekirdekleri ve bu çekird-ekler arasındaki bağlantıların bozulmasından kaynaklanan rahatsızlık (ç.n.)

büyük gayret sarf ediyordu. Tek bir kelimeyi dahi anlaşılır bir biçimde tane tane söyleyemiyordu. On yıldan uzun bir zamandan beri konuşmuyordu ve bundan önceki on beş yıl boyunca ciddi bir konuşma güçlüğü çekmişti.

Yüzünde ciddi boyutta maskelenme vardı –ilk tetkiklerim sırasında neredeyse en ufak bir yüz ifadesi dahi meydana gelmedi– dilini, dudaklarının hizasından dışarı çıkarabilmek ya da ağzında bir yandan diğerine hareket ettirmek için bile ağzını güçlkle açabiliyordu. Çiğneme ve yutma faaliyetleri çok güçsüzdü ve bunları yavaş yavaş yapabiliyordu –küçük porsiyon bir yemeği yemesi bile bir saatten fazla sürüyordu– fakat beyin sapı ya da yalancı beyin sapı felci bulgusu yoktu.

Tüm istemli hareketlerde had safhada yavaşlık ve zayıflık vardı. Bu hareketler esnasında kas yapısı devreye girmiyor ve yaptığı iki hareket arasında bir tutukluk hali yaşıyordu. Oturduğu sandalyeden kaldırıldığında –zira Bayan B. yerinden doğrulma eylemini başlatmayı dahi başaramıyordu– geriye doğru düşme eğilimine bağlı olarak dengesini koruyamasa da bir heykel kadar hareketsiz kalabiliyordu. Adım atmasının mümkün olması bir tarafa, böyle bir eylemi *aklına dahi getirmesi* zordu. Ayakta dururken ya da otururken gözünü kaparsa anında solmuş bir çiçek gibi öne devriliyordu.

Dolayısıyla Bayan B. tamamen elden ayaktan kesilmiş, konuşamayan ve herhangi bir istemli hareketi neredeyse başlatabilmeden, tamamıyla hemşirelerin bakım ve gözetimine gereksinim duyan bir hastaydı. Hareket kaslarındaki problemlerin yanı sıra günün önemli bir bölümünde şiddetli apati, duygusal tepki yoksunluğu, devamlı uyuklama hali ve uyuşukluk yaşıyordu. Bilinen anti-Parkinson ilaçlarının pek faydası dokunmamıştı ve ameliyat hiçbir zaman göz önüne alınmamıştı. Uzun yıllar boyunca ona rehabilitasyon potansiyeli olmayan “iflah olmaz” bir post-ensefalitik hasta gözüyle bakılmıştı. 25 Haziran’da L-DOPA tedavisine başlandı.

2 Temmuz. Bir haftalık tedavinin sonunda (günlük 2 gr. L-DOPA verilerek) Bayan B. iki üç kısa cümlelerin ardından ses tonunun yitip gitmesine, yeni kavuştuğu sesinin düşük perdeli, monoton olmasına ve yanlış tonlamalar yapmasına karşın rahatlıkla duyulabilecek kadar yüksek bir sesle konuşmaya başladı.

8 Temmuz. İlacın dozunun günde 3 gr.'a çıkarılmasıyla birlikte Bayan B.'de mide bulantısı, uykusuzluk, gözbebeklerinin irileşmesi gözlemlendi. Buna karşın taşikardi, kan basıncında farklılaşma ya da akatezi görülmedi. Doğal hareketlerinde gözle görülür bir artış kaydedildi – oturduğu koltukta pozisyon değiştirme, yatakta bir taraftan diğerine dönme vs. Eskiye kıyasla çok daha uyanık ve dikkatliydi. Ayrıca gün içerisinde herhangi bir uyku ya da donuklaşma hali sergilemiyordu. Ses tonu daha da güçlenmişti ses perdesi ve tonlamalarında düzelmeler vardı: dolayısıyla artık bu hastanın koyu bir Viyanalı aksanıyla konuştuğu kolaylıkla fark ediliyordu. Oysa sadece birkaç gün öncesinde monoton ve Parkinson özellikleri taşıyan bir ses rengi olduğu aşikârdı.

Bayan B. artık sağ eliyle kalem tutabiliyordu ve bu sayede isminin ardından günlüğüne yazdığı ilk cümle şöyle bir yorumdu: "Yazı yazmayalı yirmi yıl oldu. Korkarım ismimin nasıl yazıldığını dahi neredeyse unuttum."

Bunun dışında duygusal tepkiler de vermeye başladı –uykusuz kaldığında kaygılanma ve kusma gibi– ve tedaviyi kesinlikle durdurmamak kaydıyla ilacın dozunu azaltmamı rica etti. Bunun üzerine doz günde 2 gr.'a düşürüldü.

Dozun azaltılmasıyla birlikte mide bulantıları, uykusuzluk ve gözbebeğindeki büyümeler yatıştı fakat bu kısmi ses ve hareket kaybına neden oldu. Bir hafta sonra (15 Temmuz), herhangi bir ters etkiye neden olmadan günlük 3 gr.'lık doza dönmek mümkün oldu ve sonrasında tedavi aynı dozda sürdürüldü. Bu dozda Bayan B. dengeli ve sürekli bir gelişme gösterdi. Temmuz sonu itibarıyla yerinden kalkıp yardım almadan otuz saniye ayakta durabiliyor ve paralel yerleştirilmiş bariyer çubukların arasında yirmi adım yürüyebiliyordu. Sandalyede otururken

ya da yatakta yatarken rahat edebileceği pozisyonlara göre konumunu değiştiriyordu. Kendi kendine yemek yiyecek duruma gelmişti. Her geçen hafta vücudundaki ve boynundaki bükülmelerin azaldığı görülebiliyordu. Böylece Ağustos ortasına gelindiğinde beden duruşunda kayda değer bir düzelme meydana gelmişti.

Öncesinde çevresine karşı umursamaz, duyarsız ve tepkisiz olan Bayan B. her geçen hafta daha uyanık, dikkatli ve etrafında olup bitenlere karşı daha duyarlı bir hale geldi.

En az hareketlerindeki artış kadar heyecan verici ve gözlemlemesi etkileyici bir başka gelişme de, yıllardır duyarsız ve içe kapanık yaşayan bu hastanın duygusal tepkilerindeki düzelmeydi. Sesinin giderek düzelmesiyle birlikte konuşkan biri haline geldi ve hastalığı yüzünden neredeyse tümüyle kaybolmuş olan zekası, çekiciliği ve neşesi tekrar ortaya çıktı. Özellikle Viyana'daki çocukluk günlerinden, ailesinden, okul günlerinden, yaşadığı yerin yakınındaki kasabada yaptığı gezintilerden söz etmeyi seviyordu. Anılarından bahsettikçe de sık sık keyifli kahkahalar atıyor ya da geçmişin hatıralarıyla yoğruldukça gözyaşı döküyordu – bunlar yirmi yıldır görülmeyen normal duygusal tepkilerdi. Bayan B. yavaş yavaş *kişiliğini* ortaya koydu. Bu sayede L-DOPA kullanmadan önce kişiliğini nasıl yitirmiş bir insan olduğuna dair can alıcı ifadeler kullanarak bizlerle iletişim kurabiliyordu. Hastalığının ilk yıllarındaki faydasız öfkesini, giderek artan bunalımlarını ve sonrasında bunların yerini alan içe kapanıklığını ve duyarsızlığını anlattı: “Ruh halimi, duygularımı yitirmiştim. Hiçbir şeyi umursamıyordum. Hiçbir şey beni duygulandırmıyor, *etkilemiyordu* – annemin ve babamın ölümü bile. Mutlu ya da mutsuz olmanın nasıl bir şey olduğunu unutmuştum. İyi bir şey miydi yoksa kötü müydü? İkisi de değildi. Aslında hiçbir şey değildi.”⁵⁰

1969-71

Bayan B.'nin L-DOPA tedavisi *herhangi* bir hastada gördüğüm en sorunsuz ve en tatmin edici sonuçları vermişti.⁵¹ İlacı kullandığı iki yıl boyunca ortaya koyduğu etkinlik, akıl sağlığı ve gene-

linde yaşamı dolu dolu hissetme düzeyi takdire şayandı. Kabul etmek gerekir ki enerji ve inisiyatif kullanma düzeyinde ikinci yılın sonlarına doğru azalmalar oldu. Yanı sıra birtakım hastalıklı ve ürkütücü faaliyetler de su yüzüne çıkmıştı: bu faaliyetler meydana geldikleri dönem bağlamında anlatılacak.

İyiye gidişatın önemli bir bölümü, onu bu sağlıklı ve deyim yerindeyse gerçek yaşama dönmüş haliyle görmek amacıyla ziyaret eden kızları, damatları, torunları ve diğer birçok akraba-sıyla yakından bağlantılıydı. Hiçbir yaş gününü ve yıldönümünü unutmuyor ve tebrik mektupları göndermeyi ihmal etmiyordu; fazla üstelemesine ya da aşırı bir talep göstermesine gerek kalmadan, arabayla geziye çıkmaya, restoranlara, tiyatrolara ve hepsinden öte aile ziyaretlerine gidebilecek kadar sağlıklı ve istekli bir görüntü çiziyordu. Hastanedeki haham ve diğer dindar hastalarla olan ilişkilerini tazeledi, dini ayinlere katıldı ve Shabbas mumlarını yakıp, dilek tutmaktan aldığı haz kadar hiçbir şeyden keyif almadı. Kısaca, öncesinde olduğu gibi, iyi bir aileden gelen, sağlam karakterli Viyanalı hanımefendi kimliğine tekrar kavuştu. Dahası, adeta bir boşluk içinden geçerek yirmili yaşlarından sonra birdenbire kendini altmışlı yaşlarının sonunda bulmasına rağmen, yaşlı bir "nine" kimliğini de kolaylıkla kabullendi.⁵²

Görünen oydu ki onyıllar boyunca süren hastalığı süresince ölümcül derecede kötü bir gidişat meydana gelmemişti. Belki de bu, onun yaşadığı duyarsızlıkla ilgiliydi: Kızlarından biri, "Annemin her şeyi fark edip hatırlamasına karşın, çoğu kez hiçbir şey *hissetmediğini* düşünüyordum. İçinde bulunduğu durum beni fazlasıyla üzüyordu fakat ona kızamıyordum. Ne de olsa bir *hayaleti* suçlamak ya da ona kızmak mümkün mü?" demişti.

Bayan B. L-DOPA tedavisi sırasında kısa süreli iki psikotik tepki ortaya koydu. Bunlardan ilki ailenin diğer fertleriyle birlikte onun ziyaretine gelmeyen kocasıyla ilgiliydi. Kızlarına "O nerede? Niye beni ziyarete gelmiyor?" diye soruyordu. Kızları da bozuntuya vermeyerek, babalarının hasta ya da keyifsiz olduğunu veya şehir dışında seyahatte olduğunu söylüyorlardı. (Aslında kocası yaklaşık beş yıl önce ölmüştü.) Tüm bu çelişkiler Bayan B.'nin korkuya kapılmasına ve kısa süreli saplantılar ya-

şamasına neden oldu. Bu dönemde hastane koridorlarında kocasının sesini duymaya, gazetelerde ismine rastlamaya başlamış ve kendini başka kadınlarla sayısız kez aldattığını "anlamıştı". Neler olduğunu gözlemleyince kızlarından ona gerçeği söylemelerini rica ettim. Bunu öğrenen Bayan B. "Sizi gidi budalalar, neden daha önce söylemediniz," diye tepki verdi. Ardından da bir yas devresine girerek psikotik fikirlerini kafasından atmaya başladı.

Diğer psikotik tepki hızla ilerleyen görme bozukluğuyla bağlantılıydı. Oysa L-DOPA tedavisinden önceki dönemde bu bozukluğa karşı kayıtsız kalmıştı. Bozukluk özellikle tedavinin ikinci yılında şiddetli bir hal almıştı. Çocuklarının yüzleri, yaşadığı dünyadaki ve çevresindeki görüntüler hızla silikleşip, kavranmaz hale gelmişti. Bayan B. "ilerleyen ve tedavisi mümkün olmayan, yaşlılıktan ileri gelen, retina üzerindeki sarı lekelerle" ilgili tanıya karşı isyan etmişti. Bunun nedeni daha ziyade söz konusu tanının daha önce hiç görmediği bir uzman tarafından kesin ve pek de sempatik olmayan bir tavırla konmuş olmasıydı. Birkaç hafta boyunca görme bozukluğunu tedavi etmemiz için bize yalvardı ve göz sağlığının eskisi gibi mükemmel olduğuna dair halüsinasyonlar gördü. Bu ıstıraplı dönemde, Bayan B.'de tuhaf bir "dokunma tiki" gelişti. Sürekli parmaklıklara, mobilyalara ve –hepsinden öte– koridordan geçen insanlara dokunuyordu. Bir defasında ona bu konuyu açtım: "Beni suçlayabilir misiniz?" diye yakındı ve "Etrafımdaki görüntüleri güç bela seçiyorum. Eğer sürekli dokunuyorsam bunun nedeni çevremle olan bağlantımın kopmaması içindir!" dedi. Bayan B. giderek ilerleyen görme bozukluğuna uyum sağlayıp, Braille alfabesini öğrendikçe (bu girişim kendi fikriydi ve üzerinde ısrarla durmuştu) acısı hafifledi, düşleri, istekleri ve halüsinasyonları azaldı ve zorlama dokunma alışkanlığı bir gereksinim olmaktan çıkıp, daha az göze batır oldu.⁵³ Belki de bu psikotik haller sırasında L-DOPA'nın dozunda değişimler meydana gelmediğini vurgulamak gerekir, zira bunların değişime uğramış, alternatif bir gerçekliğin yansımaları olduğu gayet açıktı.

Temmuz 1971'de, genel sağlık durumu iyi olan ve evhamlı haller yaşamayan Bayan B. öleceğine dair ani bir sezgiye kapıl-

dı. O kadar kendinden emindi ki kızlarına telefon edip, "Bugün ziyaretime gelin, yarınım yok... Hayır, gayet iyi hissediyorum... Canımı sıkan bir şey yok fakat *biliyorum ki* bu gece yatağında öleceğim," dedi.

Ses tonu gayet sakin ve inandırıcıydı. Bunları söylerken sesi hiç titrememişti ve öyle ikna edici bir tavrı vardı ki bizler meraka kapılıp kan sayımı, kardiyogram ölçümleri vs. yaptık (tümü de gayet normal çıktı). Akşam Bayan B. herkesin ciddi bir ifade takınmasına neden olacak kadar büyük bir ağırbaşlılıkla koğuşlarda dolaşarak hepimizin elini sıktı ve bizlerle "vedalaştı".

Sonra yatağına gitti ve o gece yaşamını yitirdi.

Rose R.

Bayan R. 1905 yılında büyük, zengin ve yetenekli bir ailenin en küçük çocuğu olarak New York şehrinde dünyaya geldi. Çocukluğu ve öğrenciliğinde hiçbir ciddi hastalığı olmadı; çok mutlu, sevgi dolu, eğlenceli bir çocukluk ve öğrencilik dönemi geçirdi. Yaşama sıkı sıkıya bağlı, yetenekli, birçok ilgi alanı ve hobisi olan, şefkat ve sevgiyle yoğrulmuş bir aile ortamında yaşayan, hayatta amaçları ve nedenleri olan Rose R., yetişme çağında önemli nevrotik sorunlar ve “kimlik bunalımları” yaşamadı.

Okul bitince Bayan R. büyük bir hevesle, kıpır kıpır bir sosyal yaşamın içine daldı. Hırslı, değişken ve bastırılmaz ruhunu en çok uçaklar cezbediyordu; Pittsburgh’a, Denver’a, New Orleans’a, Chicago’ya ve Hearst ve Hollywood olmak üzere iki kez de California’a uçuşlar yaptı (o dönemin uçakları bugünküler kadar maharetli değildi). Sayısız parti ve gösterilere ve içkinin su gibi aktığı ziyafetlere katıldı ve geceleri eve sarhoş döndü. Uçuş ve partilerden artan zamanlarında ise New York’taki sayısız köprünün ve rıhtımın eskizlerini çiziyordu. 1922 ile 1926 yılları arasında Bayan R. parlıtlı ve şatafatlı bir yaşam sürdürdü ve birçok insanın ömrü boyunca yaşayacağından daha dolu yaşadı. Yirmi bir yaşına geldiğinde ise birdenbire ensefalitlethargica’nın virütik bir türüne yakalandı – salgının tarihe karışmasından önceki son kurbanlardan biriydi. 1926, Bayan R.’nin gerçekten yaşamda olduğu son yılı.

Uyku hastalığıyla geçen geceler ve onu izleyen günler boyunca yaşananlar Bayan R.’nin akrabaları ve kendisi tarafından

anlatılanlarca detaylı bir biçimde ortaya konabilir. Hastalığın akut evresinde tuhaf, ürkütücü ve sezgilere dayalı kâbuslar ön plana çıktı. Bayan R. tek bir ana temaya dayalı bir dizi kâbus görüyordu: rüyasında ulaşılmaz bir kaleye hapsediliyordu, fakat kale kendi bedeni şeklindeydi; büyülmüş bir düş âleminin içindeydi; rüyalarında taştan fakat canlı ve duyguları olan bir heykele dönüştüğünü, dünyanın artık dönmediğini, hiçbir şekilde uyanamayacak denli derin bir uykuya daldığını, idrak dışı, bilinen ölümden farklı bir ölüm kavramı olduğunu görüyordu. Ertesi sabah ailesi onu uyandırmakta zorlanıyor ve uyandığında ise dehşete kapılıyorlardı: “Rose, uyan! Neler oluyor? Bu nasıl bir ifade ve yatış şekli... Ne kadar hareketsiz ve garipsin” diye feriyat ediyorlardı. Bayan R. bunlara cevap veremiyor ve gözlerini gardrobun aynasına çevirip baktığında rüyalarının gerçeğe dönüştüğünü görüyordu. Semt doktoru alelacele ve yararsız bir teşhis koydu ve “Katatoni. Sürdürdüğü bu yaşamdan ne beklenir ki? O partilerde tanıştığı serserilerden biri kalbini kırmıştır. Sakinleştirin ve yemeğini verin – bir haftaya kalmaz iyileşir,” dedi.

Fakat Bayan R. ne bir haftada iyileşecekti, ne bir yılda, ne de kırk üç yıl boyunca. Kısa cümleler kurarak konuşma ya da tekrar donup kalmadan hemen önce ani hareketler yapabilme becerilerini geri kazandı. Boyun ve gözlerinde giderek artan ve zoraki bir içe kapanma görülüyordu – bunlar neredeyse aralıksız ve sadece uyku, yemek ve zaman zaman da bu çekilmelerin meydana gelmediği dönemlerde kesintiye uğrayan istem dışı göz hareketi krizleriydi. Uyanıktı ve çevresinde olup bitenlerin farkındaydı; ailesine karşı olan sevgisinden bir şey eksilmemişti – ailesi de ona karşı olan sevgi ve şefkatini sürdürdü; fakat o akıl almaz bir halin içine çekilmiş ve kafası tümüyle meşgul bir görüntü çiziyordu. Genelde, ıstırap çektiğine dair bir belirti ortaya koymuyor ve yoğun bir *konsantrasyon* hali dışında hiçbir yaşam belirtisi göstermiyordu. Kız kardeşlerinden biri şöyle demişti: “Öyle yoğun ve derin bakıyordu ki adeta kendini çok zorlayarak bir şeyi hatırlamak ya da aklından çıkarıp atmak ister gibi bir hali vardı. Bu her ne ise tüm dikkatini alıp götürüyor.” Evde ve daha sonra hastanede geçirdiği yıllarda, ailesi Bayan R.’yi

içine hapseden bu dünyaya nüfuz edip orada neler olduğunu anlamak için büyük çaba sarf etti. Bayan R. bu konuda ailesine –ve çok sonraları bana– karşı elinden geldiğince samimi yaklaştı. Fakat anlattıkları üstü örtülü ve yetersiz, ama aynı zamanda kaygı verecek denli de açıktı.⁵⁴

Bayan R. sadece bu durumdayken ve başka sorunlar yaşamazken, ailesi ona evde bakabiliyordu. Sorun çıkarmıyordu, onu seviyorlardı ve o sadece başka bir âlemde (ya da bir hiçlikte) yaşıyordu. Fakat trans haline girdikten üç ya da dört yıl sonra vücudunun sol tarafı katılaşmaya, yürürken dengesini kaybetmeye ve diğer Parkinson bulguları göstermeye başladı. Bu bulgular giderek daha da kötüye gitti ve nihayet sürekli bir hemşire bakımı altına girmesi kaçınılmaz oldu. Kardeşleri evden ayrılmıştı ve annesi ile babası da yaşılanıyordu. Bu nedenle ona evde bakmak da giderek güçleşiyordu. Sonunda, 1935 yılının Mount Carmel'e kabul edildi.

İçinde bulunduğu durum otuz yaşından sonra biraz değişti. 1966 yılında onu ilk kez gördüğümde ise bulgularım, hastaneye ilk kabul edildiğinde tutulan kayıtlarla birebir örtüştü. Gerçekten de onu enikonu tanımış olan koğuştaki eski hemşirelerden biri şöyle demişti: “Onu tanıdığım otuz yıllık sürede bir nebze olsun yaşılanmamış olması anlaşılabilir bir şey. Hepimiz yaşılanıyoruz. Fakat Rosie hep aynı.” Bu doğrudur. Altmış bir yaşındaki Rosie otuz yaş daha genç gösteriyordu; kuzguni siyah saçları ve hiç kırışıklık ya da çizgi olmayan yüzüne baktıkça, yaşadığı trans ya da uyuşukluk halinin gençliğini sihirli bir biçimde muhafaza ettiğini düşünebilirdiniz.

Tekerlekli sandalyesinde dik ve hareketsiz oturuyordu. Saatler boyunca doğal bir hareket ya da kıpırdanma yoktu. Gözlerini dahi kırpmıyordu ve çevresine karşı kayıtsız ama tamamen yoğunlaşmış bir halde ileriye doğru bakıyordu. Başka bir yöne bakmasını söylediğinizde gözlerinin odaklaşma yeteneğinin kaybı dışında bakışları bütünlüğünü yitirmiyordu. Bakışlarını sabitleştirirken gözbebeklerindeki ince ve hafif ayarlamaları yapmıyor ve daha ziyade çok çaba gerektiren ani ve hantal göz hareketleri yapıyordu. Yüzü tamamen maskelenmiş ve ifadesizdi. Dilini dudak hizasından ileri çıkaramıyor ve hareket ettir-

mesini söylediğinizde, son derece yavaş ve küçük hareketlerle dilini oynatıyordu. Sesi neredeyse duyulmuyordu ama çok gayret sarf ederse gayet anlaşılır bir sesle fısıldayabiliyordu. O denli çok salyası akıyordu ki, kumaş bir önlük bir saat içinde sıırıslam oluyordu. Cildi tamamen yağlıydı ve çok terliyordu. Katılama ve distoni dikkat çekici bir biçimde vücudun bir tarafında görülse de akinezi geniş çaplı yayılmıştı. Vücudun üst tarafında yoğun bir katılama vardı ve boyun ya da gövde kaslarının hareket etmesi mümkün değildi. Benzer yoğunlukta bir katılama da sol kolda görülüyordu. Sol elde ise çok şiddetli bir distonik kasılma vardı. Ellerini ve ayaklarını istemli olarak oynatamıyordu. Sağ koldaki katılama çok daha azdı fakat çok ağır akinezi belirtileri vardı. Tüm hareketleri son derece kısıtlıydı ve iki üç tekrardan sonra tamamen hareketsiz kalıyordu. Sol bacağına çok daha yoğun olmak üzere her iki bacağına da hipertoni vardı. Sol ayak distonik vaziyette içe doğru kıvrılmıştı. Bayan R. yardım almadan ayağa kalkamıyor; ayağa kaldırıldığında ise, geriye doğru düşme eğilimi ve denge kaybı yoğun olsa da, yere pek de sağlam basmadan, küçük ve yarım yamalak adımlar atıyordu.

Şiddeti epey değişiklik gösterse de, neredeyse aralıksız süren istem dışı göz krizleri yaşıyordu. Bu krizler şiddetli hale geldiğinde, Parkinson "görünümü"nün yoğunluğu da artıyor ve sağ kolunda zaman zaman kaba bir titreme görülüyordu. Bu dönemlerde baş, dudaklar ve dilde de ciddi titremeler, gerilen ve büzülen yanak kaslarında ritmik hareketler ortaya çıktı. Yine bu dönemde hırıltılı bir solunumla birlikte gırtlaktan adeta domuz homurtusuna benzer sesler çıkarıyordu. Şiddetli krizlere her seferinde taşıkardi ve hipertansiyon eşlik ediyordu. Boynu şiddetli ve zaman zaman acı verecek denli sert bir biçimde geriye doğru kasılıyordu. Gözleri çoğunlukla ileri doğru bakıyor ve kendi iradesiyle hareket ettirilemiyordu. En şiddetli yaşanan krizlerde gözleri istem dışı olarak yukarı doğru kalkıyor ve bakışları tavanda sabitleniyordu.

Bayan R.'nin en iyi durumdayken dahi son derece sınırlı olan konuşma ve hareket kapasitesi krizlerin en şiddetli yaşandığı hallerde neredeyse tümüyle kayboluyordu. Yine de bu tür

krizleri yaşarken kısık sesle çıkardığı “normal” fısıldamaların-
dan son derece farklı, tuhaf, yüksek perdeli bir sesle ve kelime-
leri sürekli tekrarlayarak: “Doktor, doktor, doktor, doktor... bana
yardım edin, yardım edin, yardım, yardım... Çok acı çekiyorum,
çok korkuyorum, çok korkuyorum, çok korkuyorum... Ölece-
ğim, biliyorum, biliyorum, biliyorum...” diyordu. Diğer zaman-
larda ise, eğer yakınında birileri yoksa, kapana sıkışmış bir hay-
van yavrusu gibi kendi kendine inliyordu. Bu krizler sırasında
Bayan R.’nin yaşadığı ıstırabın doğası, ancak sonraları, rahatça
konuşabilmeye başladığı zaman açıklığa kavuşacaktı. Bu ıstıra-
bın bir bölümü had safhada vücudun gerici kaslarına bağlı lokal
ağrılarla ilgiliydi, fakat çoğunluğunu merkezi ağrılar oluşturu-
yordu – yayılmış, belli bir bölgede tanımlanamayan, birdenbi-
re başlayıp yatışan dehşet ve korku duygularıyla ayrılmaz bir
biçimde bütünleşip, en şiddetli krizler esnasında *ölüm korkusu*
ile karışık derin bir endişe haline dönüşen ağrılar. İstisnai ölçüde
ağır ataklar sırasında Bayan R.’nin yüzü kızarıyor, gözleri kan
çanağına dönüp, dışarı fırlayacakmış gibi oluyor ve arka arkaya
yüzlerce kez “Bu beni öldürecek, bu beni öldürecek, bu beni öl-
dürecektir” diye tekrarlıyordu.⁵⁵

1966 ile 1969 yılları arasında Bayan R.’nin durumunda he-
men hiç değişim görülmedi. L-DOPA piyasaya çıktığında ise,
ilacı Bayan R.’ye uygulayıp uygulamama konusunda tereddüt
ettim. Kabul etmek gerekiyordu ki Bayan R. ağır bir hastalık ge-
çiriyordu ve kırk yılı aşkın bir süredir neredeyse tümüyle çare-
sizdi. Hepsinden öte ondaki *tuhaflik* bende tereddüt ve merak
uyandırıyor – ona L-DOPA verdiğim zaman olabileceklerden
korkuyordum. Dikkati dünyadan bu denli kopuk kendi özel ve
erişilmez dünyasına bu denli kapanmış bir hastaya hiç rastla-
mamıştım.

Aklıma yazar James Joyce’un akıl hastası kızı için yazdıkları
geliyordu: “...onun şifa bulmasını tutkulu bir şekilde arzularken,
kendi kendime, eğer dikkatini, şimşeklerin aydınlattığı münec-
cim düşlerinden yüzü paramparça olmuş şoföre, yani dünyaya
çevirirse o vakit neler olacağını soruyorum...”

Tüm kaygılarıma rağmen 18 Haziran 1969'da L-DOPA tedavisine başladım. Aşağıda yazılanlar, günlüğümden seçtiğim özetlerdir.

25 Haziran. İlacın dozu günlük sadece 1,5 gr.'a yükseltilmiş olmasına rağmen, tedaviye yönelik ilk tepkiler meydana geldi bile. İki gün boyunca Bayan R. göz krizlerini hiç yaşamadı. Daha önce sabitleşmiş ve dalgın bakan gözleri, artık etrafına daha parlak, hareketli ve dikkatli bakıyor.

1 Temmuz. Bugün itibarıyla son derece olumlu gelişmeler görüldü: Bayan R. kimsenin yardımı olmaksızın koridorda yürüdü. Sol kolda ve vücudunun diğer kısımlarındaki katılaşma gözle görülür biçimde azaldı ve normal bir ses tonuyla konuşmayı başardı. Neşeli bir havası var ve üç gündür göz krizleri meydana gelmedi. Bu olumlu tepkileri ve ters etkilerin oluşmamasını göz önüne alarak, L-DOPA'nın günlük dozunu 4 gr.'a çıkarıyorum.

6 Temmuz. Artık günde 4 gr. L-DOPA alan Bayan R. hemen her gün gelişme kaydediyor. Öğle yemeğinde ona rastladığımda yaşadığı her şeyden büyük keyif alan bir hali vardı: "Dr. Sacks!" diye seslendi, "Bugün yeni binaya kadar yürüyüp geri döndüm" (bu yaklaşık 700 metrelik bir mesafeydi). "Bu inanılmaz, harika bir şey!" Sekiz günden bu yana Bayan R.'nin göz krizleri meydana gelmiyor ve hiçbir akatezi belirtisi ya da yersiz heyecan yaşamıyor. Onun kaydettiği bu aşama bana da büyük keyif veriyor, fakat anlaşılmasa da nedenden ötürü kötü sezgilerim var.

7 Temmuz. Bayan R. L-DOPA'ya karşı ilk ani ve dengesiz tepkilerin belirtilerini ortaya koydu. Sabah erken verilen dozun üzerinden üç buçuk saat geçtikten sonra yaptığım tetkik esnasında onu "hüzünlü", sesi kısalmış, bunalımlı, vücudu katılaşmış, hareketsiz, gözbebekleri küçülmüş, çok miktarda tükürük salgılar halde bulunca çok şaşırdım. İlacı verdikten on beş dakika sonra ise tekrar "canlandı" – sesi ve yürüyüşü tamamen düzeldi. Neşeli, güler yüzlü, konuşkan, gözleri parlayan Bayan R.'nin gözbebekleri de genişlemişti. Dahası zaman zaman bir

koşma dürtüsü ortaya koysa da, bu dürtüsünü kolaylıkla dizginledi.

8 Temmuz. Uykusuz geçen bir gecenin ardından ("Gözümü dahi kırpmadım: zihnimde sürekli birtakım düşünceler dolaştı durdu" diye ifade etmişti) Bayan R. son derece faal, sevecen ve neşeli gözüküyor. Sürekli oradan oraya koşuşturmakla meşgul ve zihnini tümüyle hareket etmeye yoğunlaştırmış; nefes nefese yanıma gelip, adeta haykırarak "Dr. Sacks. Bugün harika hissediyorum. İçimde uçma hissi var. Sizi seviyorum Dr. Sacks, sizi seviyorum, sizi seviyorum. Siz dünyadaki en iyi kalpli doktorsunuz... Biliyor musunuz, ben seyahat etmeyi her zaman sevdim. Eskiden uçakla Pittsburgh'a, Chicago'ya, Miami'ye, California'ya uçardım..." dedi. Cildi sıcak ve yüzüne kan gelmiş. Gözbebekleri tekrar irileşmiş ve gözleri sürekli hareket halinde. Bu sınırsız enerjisine ve yorulmak nedir bilmemesine rağmen, hareketli görüntüsünün altında bir yerlerde yorgunluk belirtileri olabileceği izlenimine kapılıyorum. Bugün tümüyle yeni bir bulgu ortaya çıktı. Sağ elini birdenbire ve hızla çenesine doğru götürüyor ve bu hareketi saatte iki üç kez tekrarlıyor. Bununla ilgili sorduğum soruya şöyle yanıt verdi: "Bu yeni ve tuhaf bir hareket. Daha önce hiç böyle bir şey yapmadım. Tanrı bilir neden böyle bir hareket yapıyorum? Tıpkı birdenbire aksırmak ya da kaşınmak ister gibi ani bir *dürtüye* kapılıyorum." Bir akatezi yaşaması ya da aşırı duygusallıkla heyecana kapılması ihtimalinden korkup L-DOPA'nın dozunu günlük 3 gr.'a düşürdüm.

9 Temmuz. Bugün Bayan R.'nin enerjisi dinmek bilmiyor fakat mutlu ve neşeli ruh halinin yerini endişeli bir hal aldı. Şimdi sabırsız, alıngan ve sürekli bir şeyler talep ediyor. Gün ortasına doğru dolabından yedi tane elbisesiyle birlikte cüzdanının çalındığını söyleyerek yaygara kopardı. Koğuştaki bazı hastalara şüpheyle bakmaya başladı: hiç şüphe yok ki bu hırsızlığı haftalar öncesinden planlıyorlardı. Daha sonra aynı gün elbiselerinin aslında yerli yerinde olduğunu fark etti. Paranoyakça yaptığı ithamlardan hemen vazgeçti. "Hay Allah! Sanırım tüm bunları kafamdan uydurmuşum. Kendimi toparlasam iyi olacak," dedi.

14 Temmuz. 9 Temmuz'daki heyecanlı ve değişken ruh hallerinin ardından Bayan R.'nin baskın ve hiper-aktif hallerinde

azalmalar görüldü. Artık uyku uyuyabiliyordu ve sağ eliyle bir şeyleri “silermiş” gibi yaptığı tikli hareketler kayboldu. Fakat ne yazık ki iki haftalık bir hafifleme sürecinin ardından eski düşmanı yeniden ortaya çıktı ve çok şiddetli iki göz krizi yaşadı. Bu krizlerde sadece tuhaf ve sabit bakışlar değil, aynı zamanda çok daha garip bir bulgu gözlemledim – bakışları takılıp kalıyor ya da bir noktada sabitleniyordu: bu krizlerden birinde gözleri koğuştaki hastalardan birine takıldı ve bu hasta koğuştaki nereye doğru hareket ederse kendi gözlerinin de aynı yönlerde hareket ettiğini hissetti. Daha sonra Bayan R. “Bu çok esrarengiz bir durum. Gözlerim sanki büyülenmiş ya da biri bana büyü yapmış gibiydi. Tıpkı bir yılanın karşısında büyülenmişçesine donup kalan ve onunla birlikte hareket eden tavşan gibi,” dedi. Bu “büyülü” anlar esnasında Bayan R. “zihninin durduğunu” ve sadece bakışlarını sabitlediği şeyi düşünebildiğini hissediyordu. Öte yandan, dikkati başka yöne çevrildiği takdirde, düşünce yapısı birdenbire değişip bu hareketsiz büyü anı bozuluyor ve bu kez de zihninden “muazzam bir düşünce seli” akmaya başlıyor: görünüşe bakılırsa bunlar “kendi” düşüncelerinden ziyade “kendi kendilerine” ortaya çıkan ve onun zihninden geçmesini arzulamadığı birtakım “tuhaf düşünceler”. Bayan R. zihnine zorla giren bu düşüncelerin doğasına dair tanımlamalar yapamıyordu, fakat tüm bu olanlar onu epey korkutmuştu: “Bu krizler daha öncekilerden farklı. Bunlar daha kötü. Bunlar tam anlamıyla çılğın!”⁵⁶ diyordu.

25 Temmuz. Bayan R. şaşırtıcı bir on gün geçirdi ve mümkün olabileceğini aklıma dahi getirmediğim belirtiler ortaya koydu. Mutlu, keyifli ve epey müstehcen bir ruh hali vardı. Toplum içindeki davranışı mükemmeldi fakat içinde şarkı söylemeye ve fıkralar anlatmaya karşı önü alınmaz bir dürtü gelişti. Koğuştaki ses kayıt cihazı elinden düşmüyordu. Geçtiğimiz birkaç gün içerisinde şaşırtıcı ölçüde açık saçık sözler içeren sayısız şarkı ve tümü 1920’lerden kalma sayfalar dolusu şiir kaydetti. Ayrıca “günümüzdeki” önemli şahsiyetlerle ilgili birçok hikâye anlatıyor – aslında bunlar 1920’lerin ortalarında güncel olan şahsiyetlerdi. Bunun üzerine arşivlere dayalı bir araştırma yapma zorunluluğu hissederek, New York Kütüphanesi’ndeki eski ga-

zetelerin olduğu dosyaları karıştırdık. Gördük ki, Bayan R.'nin ima ettiği ve anlattığı hikâyelerin neredeyse tümü 1926 tarihliydi. Bu, hastalık başına musallat olmadan önce gerçek yaşama dahil olduğu son yıldır. Bu kadar eski bir dönemden bahsettiği göz önüne alındığında hafızasının ne denli şaşırtıcı olduğu ortaya çıkıyor. Bayan R. ses kayıt cihazıyla tek başına odasına kapanıyor ve çevresinde hiç kimseyi görmek istemiyor; insanlara adeta mevcut değillermiş gibi bakıyor. Kendini tümüyle 1920'lerdeki anılarına kaptırmış vaziyette ve bu tarih sonrasında olanları gözardı etmek için elinden geleni yapıyor. Sanırım bu durum "zoraki hatırlama" ya da "kontROLSÜZ NOSTALJİ" olarak adlandırılabilir.⁵⁷ Yanı sıra düşünüyorum ki, Rose R. "geçmiş"ni bugün gibi hissediyor ve belki de bu geçmiş onun için hiçbir zaman "geçip gitmemiş". Aslında Bayan R.'nin "geçmiş"i hiçbir zaman ardında bırakamaması mümkün olabilir mi? *Aradan kırk üç yıl geçmiş olmasına rağmen kendini hâlâ 1926 yılında sanabilir mi? "Şu anda" 1926 yılında mıyız?*⁵⁸

28 Temmuz. Bayan R. iki haftadan bu yana ilk kez bu sabah kendini tetkik etmemi istedi. Yüzündeki canlılık ve pırıltı kaybolmuştu, kaygılı ve sersemlemiş bir ifadesi vardı. "Bu böyle gitmeyecek. Berbat şeyler olacak. Ne olduğunu Tanrı bilir fakat her ne ise kötü bir şey olacağı kesin," dedi. Anlattıklarını detaylandırmasını istedim fakat kafasını sallayarak "Bu sadece bir his. Daha fazlasını söyleyemem..." dedi.

1 Ağustos. Sezgilerini bana aktardıktan birkaç saat sonra bir dizi sorun yaşamaya başladı. Birdenbire sıkışıp kilitlenerek tikler yapmaya başladı; o akıcı hareketleri tıkanı. Yürümesi ve konuşması ciddi ölçüde etkilendi. İleriye doğru beş altı adım atabilmek için kendini zorluyor ve birdenbire hiçbir belirti olmaksızın donuyor ya da tıkanıyor; sürekli daha da heyecanlanıyor hüsrana uğruyor ve giderek artan bu heyecanla birlikte tıkanma hali daha da kötüye gidiyor. Heyecanını ya da koşma dürtüsünü dizginleyebilirse donmadan ya da tıkanıp kalmadan yine eskisi gibi koridorda yürüyebilir. Benzer sorunlar konuşmasını etkiliyor. Eğer konuşabilmeyi başarırsa sadece hafif bir ses tonuyla konuşabiliyor, zira ses tonunu yükseltmeye kalktığında dili kilitlenip kalıyor. İçimde Bayan R.'nin "hareket alanı"nın kısıtlandığına dair bir his var. Do-

layısıyla çok hızlı ya da güç sarf ederek hareket etmeye kalktığında bu hareketi içerden geri tepiyor. L-DOPA'nın dozu günlük 3 gr.'a düşürülünce tehlike arz eden telaşlı ve tıkanma halleri azaldı fakat bu kez de çok şiddetli göz hareketi krizli meydana geldi – bu, L-DOPA tedavisi görmeye başladığından bu yana yaşadığı en kötü kriz. Dahası ayın 28'inde tekrar ortaya çıkan eliyle yaptığı "silme" tiki her geçen saat daha şiddetli ve *karmaşık* bir hal aldı. Zararsız bir halde hafifçe çenesini okşarken, bu el hareketi sert ve dairesel kaşıma ve hatta kazımalara dönüştü. Öyle ki sağ işaret parmağıyla daireler çizerek, sert bir biçimde yüzünü kaşıyor ve aşınan deri sonunda kanamaya başlıyordu. Bayan R. bu zorlayıcı dürtüyü *doğrudan* durdurmakta başarısız olmuştu fakat tikli elini cebinin iyice içine sokarak, tüm gücüyle elini sıkıp dikiş yerlerinden iç cebini kavrayarak bu dürtüyü aklından çıkarıyor. Bunu yapmayı unuttuğu an ise eli hemen yüzüne gidip kaşımaya başlıyor.

Ağustos 1969

Ağustos'un ilk haftasında⁵⁹ Bayan R. her gün son derece şiddetli göz krizleri yaşamaya devam etti. Bu krizler sırasında şiddetli bir katılma ve vücudunun yay gibi gerilmesi dışında çektiği ıstıraplardan ötürü inleyip, sızlıyor ve kan ter içinde kalıyordu. Sağ elindeki tikler neredeyse gözle takip edilemeyecek denli hızlandı ve dakikada yaklaşık 300 kez meydana gelmeye başladı (bu tahmini rakam yavaş çekim bir kayıtla teyit edilmiştir). 6 Ağustos'ta Bayan R. çok belirgin bir palilali ortaya koyarak söylediği cümlelerin tamamını ve kelime dizinlerini tekrar etmeye başladı: "Tıpkı iğnesi bir noktaya takılmış plak gibi dönüyorum," dedi. Ağustos'un ikinci haftasında tikleri daha da karmaşık hale geldi ve bunlara karşı tikler, savunma manevraları ve birtakım karmaşık el hareketleri eşlik etmeye başladı. Örneğin Bayan R. birinin elini sıkıca kavıyor, sonra bırakıyor, yakındaki bir objeye dokunuyor, elini cebine sokuyor, sonra çıkarıyor ve cebine üç kez vuruyor, elini cebine geri sokuyor, çenesini *beş* kez ovuşturuyor, sonra tekrar birinin elini kavıyor ve tekrar tekrar bu basmakalıp eylem silsilesi içinde hareket ediyordu.

Bir ay boyunca süren hastalık ve ıstırap sadece 15 Ağustos akşamı dinip, ara verdi. O akşam Bayan R. umulmadık bir biçimde krizlerinden, tıkanmalarından ve tiklerinden sıyrılıp, neşeli ve uçarı bir halde şarkılar söyledi ve hareket etti. Bir saat boyunca, gevşemiş sağ eliyle çaldığı piyano eşliğinde, çeşitli şirirleri "Arabistan Şeyhi" adlı şarkının ezgisine doğaçlama bir biçimde uyarlayarak şarkı söyledi.

Sonraki hafta hareket ve sesindeki tıkanmalar had safha-ya çıktı. Durup dururken birdenbire Bayan Kohl'a sesleniyordu: "Margie, Ben... Margie, Margie'yi istiyorum!" Çaresizlik içinde söylemek istediği cümlelerin ilk ya da ikinci kelimesinden fazlası ağzından çıkmıyordu. Aynı şekilde, yazı yazmaya çalıştığında eli (ve düşünceleri) birkaç kelimeden sonra birdenbire tıkanıyordu. Söylemek istediklerini yavaş ve yumuşak bir biçimde söylemesini istediğinizde boş bir ifadeyle bakıyor ve belki de kafasından silinip gitmiş düşüncelerini çılgınca aradığına işaret edercesine gözleri boşuna bir umutla fırıl fırıl dönüyordu. Bu dönemde yürümesi imkânsız hale gelmişti, zira Bayan R. ayağını kaldırmaya çalıştığında yere tümüyle yapışıp kaldığını görüyordu. Fakat hareket etme dürtüsü onu yüzüstü yere yapıştırıyordu. Ağustos ayının son on gününde Bayan R.'nin hareketleri tümüyle tıkanıp; her haliyle had safhada bir gerilim yaşıyordu ve bu bir çıkış yolu bulmasını tümüyle engelliyordu. Korku, acı ve ıstırap ifadeleriyle yüzünü buruşturuyordu. Bir ay önce yaptığı tahmin tümüyle gerçekleşmişti: berbat şeyler olmuştu. Bunlar olabileceği kadar kötü şeylerdi.

1969-72

1969 yılının yazından bu yana Bayan R.'nin L-DOPA'ya verdiği tepkiler, ilk tepkisine kıyasla yok denecek kadar azdı. Beş kez daha L-DOPA tedavisine tabi tutuldu ve ilacın dozu her tedavide kademe kademe günlük yaklaşık 3 gr.'a kadar çıkarıldı. İlaç her seferinde katılaşmayı, göz krizlerini ve genel trans halini *bir ölçüde* azaltsa da, bir sonraki tedavide giderek daha az etki gösterdi. Bu etkiler *hiçbir zaman* 1969 Temmuzundaki olağanüstü

hareketliliğini ve ruh halindeki değişimi çağrıştıracak, özellikle de o dönemdeki 1926 ruhunu hatırlatacak denli önemli olamadılar. Bayan R. birkaç hafta boyunca L-DOPA tedavisi gördüğünde ilacın neden olduğu dezavantajlar, sağladığı avantajlara kıyasla ağır bastı ve yoğun “tıkanma”, kriz ve tik benzeri dürtü halleri geri geldi. Tiklerinin şekli farklı durumlara göre değişiyordu: L-DOPA tedavisinin uygulandığı dönemlerden birinde, her seferinde “Honeybunch!”* kelimesini ağzında geveleyerek tüm gün boyunca dakikada arka arkaya yirmi otuz kez tekrarlıyordu.

Patolojik hali ne denli derin ve tuhaf olsa da, Bayan R. kendi kendine bir dürtü ortaya koyamayıp, kendi kendini hareketlenmeye teşvik edemese de, her seferinde dışardan gelen bir teşvik ve dürtüyle birkaç saniye veya dakika için de olsa “uyandırılabilirdi.”⁶⁰ Eğer Bayan A. –aynı koşutta kalan alkolik bir hasta,– koşutaki çeşmeden saatte yirmi defadan fazla su içerse Bayan R. “Margaret, çekil o çeşmenin yanından yoksa seni bir güzel pataklarım!” ya da “O musluğu emmekten vazgeç Margaret. Hepimiz aslında senin neyi emmek istediğini biliyoruz!” diye bağırdı. Ne zaman adımın anons edildiğini duysa “Dr. Sacks! Dr. Sacks!” Yine peşinizdeler!” diye bağırdı ve çağırışı cevaplayana kadar bağırma devam ediyordu.

Bayan R.’nin kendisine çok düşkün olan ailesi, ülkenin bir ucundan uçakla seyahat ederek ziyaretine geldiklerinde –ki bu ziyaretler sık sık gerçekleşiyor– kendini çok iyi hissediyor. Bu dönemlerde coşku ve heyecanla doluyor, ifadesiz yüzünden gülücükler saçılmaya başlıyor, politik olaylara ve diğer güncel “haberlere” hiç ilgi duymasa da ailedeki dedikoduları duymak için can atıyor; bu ziyaret dönemlerinde gayet anlamlı birkaç cümle kurabiliyor ve özellikle de fıkralara ve biraz müstehcen sohbetlere karşı olan ilgisi hemen su yüzüne çıkıyor. Bayan R.’yi bu halde görünce insanın aklına bu saçma hastalığın ne denli “normal”, çekici ve canlı bir kişiliği esareti altına aldığı geliyor.

Birkaç kez Bayan R.’ye 1969 Temmuzunda sergilediği tuhaf “nostalji” halinden ve dünyaya bakış açısından bahsettim. Bu tür sorular sorduğumda genelde üzülüyor ve “tıkanma” halleri yaşıyor. Fakat sadece bir iki defasında, hakkındaki akıl almaz

* Honeybunch: “Balım” anlamında bir sevgi sözcüğü. (ç.n.)

gerçeği kavrayabilmem için bana yeterli bilgi verdi. Dediğine göre o “nostaljik” halleri yaşarken 1969 yılında olduğumuzu ve kendisinin de altmış dört yaşında olduğunu gayet iyi bilmesine rağmen sanki 1926 yılında ve yirmi bir yaşındaymış gibi *hissediyordu*; ayrıca yirmi bir yaşından daha yaşlı olmanın nasıl bir şey olduğunu tasavvur edemiyordu, zira bu deneyimi geręek anlamda hiçbir zaman yaşamamıştı. Fakat adeta bu tahammül edilmez ve çözülmöz çağ aşımını çözümlmeye zorlanırmışçasına zihninde çoğunlukla “hiçbir şey, en ufak bir düşünce kırıntısı dahi” yoktu – bu hissettiği ve tecrübe ettiği yaşı (*ontolojik* yaşı) ile geręek ya da *resmi* yaşı arasında varolan neredeyse yarım yüzyıllık bir boşluktu. Geçmişe dönüp bakıldığında L-DOPA’nın, yaşadığı tıkanmayı birkaç günlüğüne adeta “çözdüğünü” ve onu bu idrak ve tahammül ötesi boşlukla yüzleşmeye sevk ettiğini, bunun ardından ise L-DOPA’nın benzer etkilerinin tekrarlama olasılığına karşı kendini “tekrar tıkanmaya” zorladığını düşünebiliriz. O hâlâ yaşından çok daha genç görünmeye devam ediyor. Aslında radikal bir bakış açısıyla *geręekten de* yaşından daha genç biri. Fakat artık o “uyaniş”a tahammül edememiş ve bir daha asla uyandırılmayacak bir Uyuyan Güzeldir.

Robert O.

Bay O. 1905 yılında Rusya’da doğdu, fakat henüz küçük bir çocukken Amerika Birleşik Devletleri’ne geldi. Çok sağlıklı bir çocukluk geçirdi ve okulda olağanüstü bir başarı gösterdi (liseden on beş yaşında mezun olmuştu). On yedi yaşında grip-le birlikte gelişen, *encephalitis lethargica*’nın uykulu bir türüne yakalandı. Altı ay boyunca uyuşukluk hali görülme- se de ağır bir uyku hali yaşadı. Bu akut hastalığı iyileştikten kısa bir süre sonra uyku, zihin ve ruh halindeki anormalliklerin farkına vardı.

1922 ile 1930 yılları arasında uyku ritminin tersine dönmesi belki de en büyük sorunuydu. Bay O. gün içerisinde çok uykulu ve hareketsiz, geceleri ise çok huzursuz ve uykusuz hissediyordu. Bu dönemdeki diğer uyku bozuklukları esneme nöbetleri, narkolepsi, uyurgezerlik, sayıklama, uyku esnasındaki spazmlar ve kâbuslar şeklinde ortaya çıktı.

Ensefalitis rahatsızlığının öncesinde duygusal açıdan dengeli biri olan Bay O.’nun sonraları ruh halinde çok belirgin değişkenlikler meydana geldi (sıklıkla görülen ani depresyonlar ve zaman zaman görülen mutlu hallerle birlikte). Ona göre bu değişkenlikler “ortada hiçbir neden yokken ve durup dururken peyda olmuşlardı” ve duygu dünyasındaki gerçek koşul ve olaylarla hiçbir belirgin bağlantısı yoktu. Ayrıca “sürekli hareket edip bir şeyler yapma” güdüsü hissettiği, kısa süreli huzursuzluk ve dürtü dönemleri söz konusuydu. Yine bu dürtüleri de günlük yaşam koşullarıyla bağdaştıramıyordu. Yani

sıra, bu ilk günlerde, zihnine “bir şeyler olduğunu” fark etmişti. Hafızasını, okuma merakını, kusursuz kelime dağarcığını, hevesini, zekasını kaybetmişti ve artık uzun süreler boyunca konsantre olmadığını zira kendisine ait olmayan, kafasında hiç tasarlamadığı düşüncelerin zihnine saplanıp kaldığını ya da tam tersine bazen kendine ait düşüncelerin, konuşurken birdenbire cümlelerin ortasında zihninden uçup gittiğini ve adeta çerçevesinin içinden kaybolan bir resim gibi yok olduğunu söylüyordu. Bay O. değişkenlik gösteren zihin faaliyetlerini genelde uyku hastalığına yorarak işin içinden çıkmaya çalışıyordu fakat sonraları çeşitli türdeki “etkiler”in zihnini “kurcaladığı” kanısına vardı.

1926 yılı civarında, her iki kolunda da seğirme ve titremeler ortaya çıktı yürürken sol kolunu artık eskisi gibi sallayamadığını fark etti. 1928 yılında tedavi görmek amacıyla Pennsylvania Hastanesi’ne başvurdu ve hastanedeki tetkikler sonucu şu bulgular kaydedildi:

“Parmaklarda ve dilde hafif titreme... ön kol kaslarında ince seğirmeler... her iki gözde sürekli kırpışma.” Bu hastanede ayakta tedavi gördüğü dört yıl boyunca, akli dengesinde bir bozukluk tespit edilmedi, fakat depresyon dönemleri ve zaman zaman da coşku halleri yaşadığı gözlemlendi.

Bu bulgulara rağmen, Bay O. 1936 yılına dek pazarlamacı olarak çalışmayı ve emekli olduktan sonra, küçük miktarda bir mahrumiyet tazminatıyla kimseye muhtaç kalmadan, Mount Carmel’e 1956 yılında kabul edilene dek hayatını sürdürmeyi başardı. Bu hastaneye kabulünü takip eden ilk yıllarda Bay O. aykırı alışkanlıkları, konuşması ve düşünceleri ile içine kapalı, gündelik yaşantısı basmakalıp, dindar ve münzevi bir hayat sürmeye başladı.

Hastaneye girdiğinde Bay O. yardım almadan yürüyebiliyordu, fakat belden yukarı duruşunda hafif bir eğiklik vardı. Sol kol ve bacağına ara sıra görülen titreme, tüm kol ve bacaklarda katılaşma ve kasılma, yüzde maskelenme ve yukarıya doğru bakma yetisinde kayıp söz konusuydu. Katı ama sevimli bir ifadeyle ruh halinin atmosferdeki nötron ve protonların etkileşimiyle değişim gösterdiğini, nörolojik sorunlarının ise 1930

yılında omuriliğinden sıvı alınmasıyla ilgili operasyondan kaynaklandığını iddia ediyordu.

1960'ların başlarında Bay O., koğuş arkadaşlarının "surat çekiştirme" ve "kendi kendine tıslayarak konuşma" diye adlandırdıkları iki yeni bulgu sergilemeye başladı. Yüz buruşturması, normal herhangi bir yüz ifadesini andırmaktan ziyade, kusacakmışçasına dilini çıkaran ve adeta çektiği sancılardan ötürü gözleri kısılan hasta bir adam görüntüsü ortaya koyuyordu. "Kendi kendine tıslayarak konuşması" da aslında gerçek bir konuşmadan ziyade her nefes alıp verişinde ortaya çıkan ve uzaktaki bir yel değirmeninin, vızıldayan arıların ya da güzel bir ziyafetin ardından hırıltılar çıkaran bir aslanın sesine benzer, kulağa gayet hoş gelen bir tür mırıldanmaydı. İlginçtir ki, Bay O. en azından otuz yıldan beri bu tuhaf sesleri ve yüz ifadelerini yapma "dürtüsü"nü yaşamaktaydı, fakat 1960 yılından bu yana bunları başarılı bir biçimde kontrol altında tutabilmişti. Bu bulgular en çok yorgun olduğunda, heyecanlandığında, hayal kırıklıkları yaşadığında ya da hastayken göze çarpıyordu; bulguların ortaya çıkmasıyla birlikte heyecanı artıyor ve elbette bu bir kısırdöngüye neden oluyordu.

Bu yıllarda katılaşma ve distonik bulgular, telaşlı halleri ve hızlı yürüme eğilimi giderek kötüleşti. 1966 ile 1968 yılları arasında (yani L-DOPA tedavisine başlamadan önce) Bay O.'yu birkaç kez tetkik ettim ve onu yakından tanıma fırsatım oldu. Garip, çekici, cüce denecek kadar ufak tefek, bazıları düşünce yapısıyla hiç bağdaşmayan ve bazıları ise epey gülünç, dolambaçlı cümle ve ifadeler kullanan bir adamdı; "düşünce bozukluğu", kendine özgü ve zaman zaman insanı hayrete düşüren fikirleri ve alaycılıkla karışık espritüel kişiliği ayrılmaz bir bütündü –birçok yetenekli şizofreni hastasında olduğu gibi– tüm bunlar biraraya gelip düşüncelerine ve konuşmalarına Gogolvari bir tat katıyordu. Konuşurken hiçbir heyecan ya da tesir altında kalmıyordu ve bu üç yıl boyunca hiçbir şeye kızıp, sinirlendiğini görmemiştim. Görünen oydu ki bu adam hiçbir zaman sinirli, kavgacı, endişeli, sürekli bir şeyler talep eden biri değildi. Ama edindiğim izlenime göre Bayan B. gibi duyarsız ve ilgisiz biri de değildi. Onun etkileşimi ve duyguları, aklın alamayacağı denli

karmaşık fakat kendini muhafaza edebilen bir biçimde kopup dağılmıştı. O kendi kendiyile hoşnut, dünyayla pek ilgilenmeyen, narsisist bir adamdı.

Sesi, adeta zamanı giderek daralan ve ifşa edeceği sırları olan birinin konuşmasındaki gibi hızlı, yumuşak, düşük perdeli ve anlaşılmaz fısıldamalar halinde çıkıyordu. Vücudundaki had safhada katılaşma ve öne doğru bükülme tarzındaki bağlı kas tonusu bozukluğuyla birlikte vücudunu ileri doğru zorlayarak, bacaklarıyla keskin bir açı oluşturmaya neden oluyordu. Bay O. kendi iradesiyle dik duramıyordu –bunun için gayret sarf ettiği takdirde distonisi artıyordu– fakat yataktayken ve uyurken vücudu düz bir hal alıyordu. Kol ve bacaklarda distonik özellikler olmasa da göze çarpan bir katılaşma vardı ve zaman zaman “kanat çırpır gibi” bir titreme görüyordu. Ayağa kolaylıkla kalkabiliyor ve hızla yürüyebiliyordu; hızla yürürken durmakta zorlanıyor ve yavaş yürüyemiyordu. İleri doğru eğilerek ve geriye doğru yürüme eğilimleri çok belirgindi. Yüz buruşturması ve mırıldanmalarının dışında Bay O’nun kulaklarında, kaşlarında, boyun kaslarında ya da çenesinde de küçük çapta çeşitli hareket ve tikler vardı. Yüzünü buruşturmadığı ya da göz kırpmaya nöbetlerine tutulmadığı zamanlar dışında gözünü hiç kırpmayan bir yılan gibi bakıyordu. Fakat sonuçta Bay O. en faal ve her açıdan kendine yeten ve bakabilen hastalarımızdan biriydi. Civarda yürüyüşe çıkabiliyor; güvercinleri beslemek, çocuklara şekerleme vermek ve sokaktaki aylaklarla çene çalmakla sınırlı sosyal faaliyetlerini yürütüyordu.

Hyoscine* ve diğer anti-kolinerjikler katılaşmayı biraz olsun önledi; cerrahi müdahale hiçbir zaman düşünülmeydi. Yeterince hareket edebildiğini ve L-DOPA tedavisiyle daha da kötüye gidebilecek eğilimler gösterdiğini göz önünde bulundurarak, ilk başlarda ilacı denemek konusunda tereddüt ettim. Fakat bir defasında “bu kambur duruşum beni öldürüyor” deyince, en azından bunun için ilacın denemeye değer olduğuna kanaat getirdik.

* Bazı bitkilerin köklerinden çıkarılan ve ilaç olarak kullanılan bir alkaloid (ç.n.)

L-DOPA tedavisine 7 Mayıs'ta başlandı. Denemenin ilk on gününde, L-DOPA'nın günlük dozu aşamalı olarak 4 gr.'a çıkarılmasına rağmen ne iyileştirici ne de ters herhangi bir etki gözlemlenmedi.

19 Mayıs'ta (halen günlük doz 4 gr. iken) ilk kez ilacın bazı ters etkilerini fark ettim. Önceleri seyrek görülen yüz buruşturma, sıklaşmış ve şiddeti artmıştı. Bay O.'nun sesi daha da hızlanmıştı ve tıkanma eğilimi gösteriyordu. Bay O. bu durumu çok net ifadelerle açıklamıştı: "Kelimeler birbirleriyle çatışıyordu. Birbirlerini yarıda kesiyorlardı. Çıkışı tıkıyorlardı." Yürüyüşü de öncesine kıyasla hızlanmıştı. Acil ve sabırsız bir ifadeyle yürüyordu. Bay O. bu durumu da şöyle ifade etmişti: "Sanki peşimde Şeytan, beni kovalarmışçasına acele etmek zorunluluğu hissediyordum."

21 Mayıs akşamı, koğuşlarda son bir tura çıktığımda Bay O.'nun hızla uykuya dalıp, uykusu sırasında dudaklarını büzdüğünü ve ikide bir ellerini kollarını sallayarak uykusunda konuştuğunu gözlemledim.

Bedenindeki katılaşmayı ve bükülmeyi azaltabilme umuyla L-DOPA'nın dozunu günlük 6 gr.'a çıkardım. Bu doz kol ve bacaklardaki katılaşmayı gerçekten de azalttı. Boyun ve gövde kaslarındaki katılaşmada ise bir ölçüde azalma oldu. Fakat tüm bunların hastaya sağladığı avantajlar, zorlayıcı ve istem dışı hareketlerdeki tahammül edilmez bir artışın yarattığı dezavantajlarla dengelendi. Özellikle dilin zorla dışarı itilmesi artık şiddetli ve sürekli bir eylem haline gelmişti ve boğazına nefesi düğümlendiğinde ya da kusacakmış gibi olduğunda meydana geliyordu. Dilin sürekli dışarı itilmesi nedeniyle konuşmaması imkânsız hale gelmişti. Farklı biçimlerdeki yüz buruşturmaları da –özellikle gözlerin zorla yumulması– kesintisiz bir hal almıştı; bunlar yetmezmiş gibi Bay O.'nun gözleri neredeyse kör denecek kadar kötü görüyordu. Bu dayanılmaz etkileri göz önüne alarak L-DOPA tedavisine son verilmesi gerektiğini düşündüm. Dolayısıyla ertesi hafta süresince ilacın dozu azaltıldı. 10 Haziran'a gelindiğinde,

L-DOPA vermeyi tamamen kestik ve Bay O. Dopa öncesindeki durumuna döndü.

1969-72

Bay O. L-DOPA tedavisine olumlu cevap veren hastalara karşı hiçbir kızgınlık ya da kıskançlık belirtisi ortaya koymadı ve herhangi bir hayal kırıklığını *dile getirmedi*. Fakat duygularını davranışlarında görülen birtakım değişimlerle ortaya koydu. Dışarıya daha az çıkmaya ve güvercinlere yem vermemeye başladı. Artık eskiye oranla çok daha fazla okuyordu –özellikle de Kabala’yı– ve saatlerce birtakım “şekiller ve resimler” çizip bunları çekmesinde kilitli tutuyordu. Hiçbir zaman huysuz ya da aksi değildi ama onunla iletişim kurmak artık zorlaşmıştı. Düşünceleri sanki daha da dağınık bir haldeydi ve eski sevecenliğini yitirmişti; hep keskin bir zekâsı vardı ama artık alaycı ve ara sıra da kırıcı bir olmuştu. Yine de hoş geçirilen vakitler söz konusuydu. Özellikle de proton ve nötronların uslu durduğu güneşli Pazar sabahları. Böyle günlerde Bay O. binanın etrafından dolaşarak yürüyüşe çıkıyor ve ara sıra da beni ziyaret ediyordu (oturduğum daire hastanenin hemen yanındaydı); ona sıcak kakao ikram ediyordum ve evdeki kitaplarımı eline alıp bilgili bir insan tavrı ve kavrayışıyla inceliyordu; görünüşe bakılırsa, sessiz kalıp ona soru sormamam kaydıyla bu gibi zamanlarda yanında olmamdan hoşnuttu; o da dırdırdan ve zihnindeki düşüncelerin yarattığı baskıdan uzaklaşarak sessizliğe bürünüyordu.

Fakat fiziksel durumunda kötüye gidiş vardı ve bu gidişat öncesine kıyasla çok hızlanmıştı. Önceki on yıla göre, 1970 yılında çok daha fazla bir fiziksel deformasyon meydana gelmişti. Sırtındaki distoni neredeyse dayanılmaz bir hal almıştı ve gövdesini ileri doğru zorlayarak bacaklarıyla dik bir açı oluşturmaya neden oluyordu. En kaygı verici şey ise kilo kaybetmeye başlamasıydı. Oysa kas gücü en fazla ihtiyaç duyduğu şeydi. Ona muhallebi, şeker, süt ve yumurta karışımları türünden şeyler yedirmeye başladık, ama bir süre sonra onu bir kaz gibi

beslediğimizden şikâyet edip bu durumu protesto etti; anabolik steroid iğneleri yaptık; gizli bir kanser ya da enfeksiyonu olup olmadığını anlamak için sayısız testler uyguladık – tümü negatif çıktı. İdrarında kreatinini yüksekti fakat bu klinik durumunun yansımından başka bir şey değildi. Gözlerimizin önünde eriyip gidiyordu ve ne yapsak bu *cachexia*'yı, ileri derecede zayıflama) durduramıyorduk.⁶¹

L-DOPA'nın etkilerinin aynı hastada bile son derece değişken olduğunu ve ikinci bir denemede ortaya koyduğu faaliyetlerin ilk defasında görülenden epey farklı olabileceğini arka arkaya birkaç kez gözlemleyince, 1971 yılında ilacı tekrar denemeye karar verdik. Bu seferki etkileri gerçekten de farklıydı ama "daha iyi" mi yoksa "daha kötü" mü olduklarını söylemek imkânsızdı. İlk denemede dayanılmaz hale gelen yüz buruşturmalar ve solunum zorlukları, L-DOPA'nın ikinci denemesinde ilacın bir faaliyeti olarak meydana gelmedi: bu belirtilerin şiddeti epey azaldı. Kol ve bacaklarındaki katılaşma da öylesine azaldı ki neredeyse gevşeyip sarkar hale geldiler; fakat sırtındaki distoni değişmedi ve hatta ilerledi.

İlk L-DOPA tedavisi *zihnini* pek az etkilemişti. Fakat ikinci denemede felaket derecesinde bir etki oldu. Bay O'nun düşünceleri hızlandı, daha da baskılandı, daha az kontrol edilebilir ve bölük pörçük bir hale geldi. Daha önce de zaman zaman zihninde "kaymalar" ya da elli yıl geriye kadar giden tuhaf çağrışımlar görülmüştü, fakat şimdi bunlar durdurulamaz bir biçimde patlak vermişti.

Düşünceleri ve konuşması giderek daha da bölük pörçük bir hale geldi; kelimeleri ve heceleri yarıda kesip ya da yerlerini değiştirip yeni kelime ve anlamlar türetiyordu; artık konuşmaları, bir anlamda zekice ama takip etmesi çok zor ve çok hızlı bir "laf salatası"ndan ibaretti.

Tabii ki bu durumda L-DOPA tedavisine bir kez daha son verdik, fakat Bay O'nun akut düşünce bozukluğu dinmek bilmez bir biçimde tam on iki ay boyunca devam etti. Yine de bölük pörçük olmamış, bir arada duran ve sürekli tetikte olan bir yanı vardı. Zira koğuştaki herkesi tanıyordu ve koğuşun düzeninin farkındaydı. Bir an için bile bir hayal dünyasında yaşayan ya da

bunamış bir insan gibi davranmadı ve kafası hiç karışmadı. Eski Bay O.'nun tüm bu abuk sabukluklarının ve saçmalamalarının ardında bir yerlerde olduğunu ve olanları seyredip kontrol ettiğini hissetmekten kendinizi alıkoyamıyordunuz.

Tüm bu süreçte kilo kaybı durmaksızın devam etti. İki yıl içerisinde otuz beş kilo kaybetti ve sonunda yürümeyecek kadar zayıfladı. Gözlerimizin önünde eriyor ve ölüme yaklaşıyordu.

Bir taraftan bunlar olurken belki de kayda değer bir başka süreç yaşandı. Ölümünden önceki hafta Bay O.'nun düşünce ve konuşmaları birdenbire gayet anlaşılır ve makul bir hal aldı; dahası elli yıldan beridir dağılmış ve baskılanmış duygularını "yeniden buldu"; artık bir "şizofren" olmaktan çıkmış, sıradan ve dolaysız bir insan oluvermişti. Bu son günlerinde birkaç kez sohbet ettik. Tüm bu sohbetler esnasında onun hâkim olduğu bir hava vardı. "Beni aptal yerine koyma. Her şeyi biliyorum. Bir deri bir kemik kaldım ve artık gitmeye hazırım," dedi. Son birkaç gününde hemşirelerle şakalaştı ve bir haham çağırarak, ilahi okuttu. Ölmeden birkaç saat önce şunları söyledi: "1922 yılında kendimi öldürecektim... İyi ki yapmamışım... Ensefalitis ve diğer tüm yaşadıklarım, hepsi iyi birer deneyim oldu."

Hester Y.

Bayan Y. göçmen bir çiftin en büyük çocuğu olarak Brooklyn'de doğdu. Büyüme çağında kayda değer hiçbir hastalık, özellikle de *encephalitis lethargica*'yı çağrıştıracabilecek bir rahatsızlık geçirmedi.

Daha gelişme çağında faal, hareketli, son derece bağımsız ve dengeli bir kişilik ortaya koydu. Erkek kardeşi onun sıcaklığını, cesaretini ve keskin, espritüel zekâsını hâlâ hatırlamaktadır: Aradan kırk yıl geçtikten sonra bana "Hester her zaman kafa dengi bir insan ve harika bir ablaydı. Çok sevdiği ve nefret ettiği şeyler vardı ama her zaman adildi. O da diğer çocuklar gibi haylazdı ve yara bere içinde gezerdi, fakat çok sağlamdı – her şeyi olduğu gibi kabullenir ve kolayca çözümlerdi. Ayrıca her şeye, özellikle de kendine gülebilen bir insandı," demişti.

Liseyi bitirdikten sonra, kısa süren bir flört devresinin ardından, Bayan Y. on dokuz yaşında evlendi. Ertesi yıl bir erkek çocuk doğurdu. Evliliğinin dördüncü yılında ise bir kız çocuğu oldu. On yıllık mutlu bir aile hayatının ardından otuz yaşında başına hastalık musallat oldu. Bayan Y. ailesinin temel direğiydi ve güçlü karakteriyle ailede denge unsuru olduğu açıktı. Zira o hastalandığında ailenin temeli sarsılmıştı. Hastalığın bulguları ilk başlarda ani ve geçici krizler halinde geliyordu ve tuhaftı. Normal bir seyrinde yürüyüp konuşurken *birdenbire* hiçbir belirti ortaya koymadan, attığı adımın, yaptığı hareketin ya da konuştuğu kelimenin orta yerinde durup kalıyordu; birkaç saniye sonra ise konuşmasına ve hareketlerine kaldığı yerden devam

ediyordu ve görünen oydu ki, bu duraklamaların farkında değildi. Bu dönemde “absans” (dalma) ya da “petit mal” (küçük nöbet) diye adlandırılan bir tür epilepsiye yakalandığı düşünüldü. Bunu izleyen aylarda duraklamaların süreleri uzadı ve zaman zaman birkaç saate kadar çıktı; onu çoğu kez odasında, boş ve manasız bir surat ifadesiyle kıpırdamadan dururken buluyorlardı. Bu gibi durumlarda, en ufak bir temasla birlikte bu donuk hali çözülüyor ve bu sayede hemen hareketlenmeye ve konuşmaya kaldığı yerden devam ediyordu.⁶² Bu dönemde hastalığıyla ilgili tanı “isteri” olarak değiştirildi.

Bu ani ve geçici krizlerin ve esrarengiz tutukluk hallerinin üzerinden iki yıl geçtikten sonra, tüm hareketlerini ve konuşmalarını engelleyen katatoni ve trans halleriyle birlikte, hiçbir şüpheyeye yer bırakmayacak biçimde Parkinsonizm belirtileri ortaya çıktı. Parkinsonizmi ve trans halleri kötüye gittikçe, Bayan Y. “tuhafıaştı” ve iletişim kurulamaz biri haline geldi. Yaşadığı fiziksel zorluklardan ziyade ailesini kaygılandıran, kızdıran ve dehşete düşüren şey de bu oldu. Bu değişimleri erkek kardeşi şöyle açıklamaktadır: “Bu hastalığın başına musallat olduğu otuz yaşına dek, Hester’in tüm tepkileri gayet netti. Hiçbir duygusunu yitirmemişti. Soğuk ve alingan tavırlar içine girmemişti, ama bizlerden giderek daha da uzaklaşıyordu. Tıpkı girdaba yakalanmış bir yüzücü gibi hastalığın onu içine çekip götürdüğünü görebiliyordunuz. Hastalık onu ulaşamayacağımız bir yerlere doğru sürüklüyordu...” Otuz beş yaşına geldiğinde Hester Y. neredeyse tümüyle hareketsiz ve konuşamaz bir halde hastalığın derinliklerine tıkılıp kalmıştı. Kocas ve çocukları çok acı çekiyor ve ne yapacaklarını bilmez bir halde çaresiz hissediyorlardı. Sonunda herkes için en doğru çözümün bir hastaneye yatırılması olduğuna da Hester Y. karar verdi: “Ben bittim. Yapacak başka bir şey yok,” dedi.

Otuz altı yaşındayken Mount Carmel’e geldi. Hastaneye girmesini sonun başlangıcı olarak algılayan kocası ve çocukları psikolojik çöküntüye girdiler ve aile birlikleri bozuldu. Kocas onu hastanede iki kez ziyaret etti ve karısını o halde görmeye tahammül edemeyip bir daha hastaneye uğramadı. En sonunda da onu boşadı; kızı şiddetli bir psikoza yakalandı ve yerel bir

devlet hastanesinde tedavi altına alındı; oğlu evi terk edip “Batıda bir yerler”e kaçtı. Y. ailesi artık tamamen dağılmıştı.

Bayan Y.’nin Mount Carmel’de olaysız ve sakin bir yaşamı vardı. Diğer hastalar, hemşireler ve kadro, o yoğun hareketsizliğinin bile gizleyemediği esprili kişiliğinden ötürü onu çok seviyorlardı. Sürekli bir hareketsizlik ve sessizlik içine gömülmüştü. 1966 yılında onunla ilk kez karşılaştığımda –birdenbire müthiş bir hayrete kapılarak– farkına vardım ki Parkinsonizm ve katatoni *sonsuz* bir şiddet düzeyine ulaşabilmekteydi.⁶³ Tabii ki bu Magda B.’nin duyarsız, ölü ifadesinden, Lucy K.’nın yadısına veya “tikanma” ifadelerinden ya da Leonard L. ve Miron V.’nin soğuk, ilgisiz ifadelerinden farklı bir izlenim taşıyordu. Hester daha ziyade sonsuz bir uzaklık izlenimi uyandırıyor-
du. O adeta tasavvur edilemeyecek kadar tuhaf, ulaşılmaz bir sonsuzlukta, dipsiz bir kuyu ya da cehennem çukuruna yuvarlanmış bir varoluş hali yaşıyordu; sanki sonsuz yoğunlukta, kurtulması mümkün olmayan bir diyarda çakılıp kalmış ya da hareketsiz bir girdabın ortasında, hareket etmeksizin duruyor gibiydi. Yavaş ve ritmik mırıldanmaları ve art arda bir döngü içinde tekrarlayıp duran palilalileri bu izlenimi daha da güçlendiriyordu.⁶⁴ Sonsuz bir zorlama ifadesi ya da içinde bulunduğu davranış haline *razı* bir görünüm sergiliyordu – bu döngüsel, gayretsiz, kesintisiz bir hareket olgusuydu ve etki alanı öylesine küçük ve dar bir boyuttaydı ki tamamen durgun bir görüntüsü vardı. Hester son derece durgundu ama yine de sifıra indirgenmiş ontolojik bir yörüngede sürekli hareket ediyordu.

Sadece tek bir şey içine yuvarlandığı halin derinliğini azaltıp, Parkinsonizmin çukurundan bir nebze olsun çıkmasını mümkün kılıyordu. Her öğleden sonra, fizyoterapi esnasında Bayan Y. içinde ılık su bulunan bir havuza bırakılıyor ve bir saat boyunca süren istemli aktif ve pasif hareketlerin ardından o sonsuz akinetik halinden biraz olsun kurtulup, sağ kolunu kısa süreliğine kıpırdatabiliyor ve suyun içinde, ayaklarıyla kısa, pedallı çevirme hareketleri yapabiliyordu. Fakat yarım saat içinde bu kadar küçük bir hareketlilik kapasitesi dahi kalmıyor ve eski trans haline tümüyle geri dönüyordu.

Akinezinin dışında, Bayan Y.'nin sol kolunda yılların getirdiği şiddetli bir distonik kasılma vardı ve boynundaki distonik bükülmelerden ötürü çenesi neredeyse göğüs kafesine değiyordu. Bunlar bir de ciddi boyutlardaki çiğneme ve yutma akinezisinin üzerine eklenince, ona yemek yedirmek neredeyse imkânsız hale geliyordu. Bu çiğneme ve yutma akinezileri Mayıs 1969 itibarıyla o denli şiddetlendi ki Bayan Y.'ye sadece sıvı gıdalar verilmek zorunda kalındı ve bir tüp vasıtasıyla beslenmesi kaçınılmaz oldu. L-DOPA tedavisi yaşamını devam ettirmek adına bir tedbir olarak başladı zira *aphagia* (yutma yeteneğinin kaybolması) ya da açlıktan öleceğinden korkmaya başlamıştık. İlk kez 7 Mayıs'ta portakal suyuna katarak L-DOPA vermeye başladık.

L-DOPA Tedavisi

L-DOPA tedavisinin ilk on gününde (7-16 Mayıs), günlük doz derece derece 4 gr.'a çıkarıldı, fakat Bayan Y.'nin durumunda hiçbir değişiklik gözlemlenmedi. İlacın bir kısmının ya da tamamının portakal suyundaki asit nedeniyle çözülüp ayrıştığı korkusuna kapılıp, 16 Mayıs'ta ilacın elma püresinin içinde verilmesini rica ettim. Ertesi gün, hemşirelerin ifadesiyle Bayan Y. bir "patlama" yaşadı. Bu patlama öncesinde ise hiçbir öznel ya da nesnel "belirti" ortaya koymadı. 17 Mayıs Cumartesi günü ilacın sabahki dozunu aldıktan yarım saat sonra, Bayan Y. birdenbire ayağa zıplayıp etraftakilerin hayret dolu bakışları arasında koğuş boyunca yürüdü. Sonra da etrafındakilere dönüp heyecanlı ve yüksek bir sesle "Buna ne diyeceksiniz bakalım ha?" deyip cümlesini arka arkaya üç dört kez tekrarladı. Birkaç gün sonra, olayı yaşayan ve şaşkınlığını üzerinden atamayan hemşirelerden biriyle konuştuğumda o sırada düşündüklerini bana söyledi: "Hayatımda hiç böyle bir şey görmedim. Hester bir harika. Bu bir mucizeden farksız."

Bu inanılmaz hafta sonu boyunca, Bayan Y. hastanenin çevresinde heyecanla yürüyüş yaptı, onun konuştuğunu daha önce hiç duymamış koğuş arkadaşlarıyla sohbetlere başladı ve büyük

bir coşkuyla, yeni kavuştuğu özgürlüğünün tadını çıkarmaya başladı. Çiğneme ve yutma kapasitesi birdenbire arttı ve iştahı açıldı. Öğle yemeğinde her zamanki suyu bol çorbası önüne konduğunda "Bana o bulamaç gibi yemekleri vermeyin artık" diye bağırdı. "Biftek istiyorum. İyi pişmiş olsun!" Bunun üzerine hemen alınıp pişirilen biftek büyük bir iştahla, yutulurcasına yendi ve ne çiğnemesinde ne de yutmasında hiçbir zorlanma belirtisi görülmedi. Sağ kolunun onyıllardır süren hareketsizliği son bulunca, ona verdiğim fakat kullanabileceğini hayal bile edemediğim not defterine ilk yazısını yazdı.

19 Mayıs. Cuma akşamı Bayan Y.'yi son olarak her zamanki hareketsiz haliyle gördükten sonra, hafta sonu meydana gelen değişim beni son derece şaşırtmıştı. Bu dönemde, L-DOPA'nın bazı post-ensefalitik hastalarda meydana getirdiği dramatik değişimlere ilişkin fazla deneyimim yoktu. Gördüğüm kadarıyla da bu tür tepkilerin öncesinde, faaliyetin artmasına yönelik her zaman *bir nevi* "ısınma" dönemi yaşanırdı; fakat Bayan Y.'nin "uyanış"ı saniyeler süren bir süreçte başlayıp tamamlanmıştı.⁶⁵ Pazartesi sabahı odasına girdiğimde, coşkuyla beni selamladı. Değişim geçirmiş haliyle yatağının kenarında oturuyordu. Gözleri capcanlı ve parlak, cildine renk gelmiş ve ağzı kulaklarına varmıştı. Büyük bir keyifle, yüksek bir ses tonuyla ve kelimeleri tekrarlayarak hafta sonu yaşananları bana aktardı; konuşması biraz baskılansa da hızlı ve coşkuluydu: "Harika, harika, harika!" diye arka arkaya tekrarladı. "Artık yeni biriyim. Hissediyorum. Ben artık yepyeni bir insanım. İçim içime sığmıyor, hissettiklerimi size anlatmam imkânsız. Her şey değişti, artık yeni bir hayata başlıyorum..." vs. Benzer his ve duygu yoğunluğu Bayan Y.'nin tutmaya başladığı günlüğünde de ifade bulmuştu. 17 Mayıs Cumartesi günü yazdığı ilk yazı şöyleydi: "Kendimi çok iyi hissediyorum. Konuşmam giderek daha anlaşılır hale geliyor. Ellerimi ve parmaklarımı serbestçe hareket ettirebiliyorum. Hatta şekerlerin kâğıt ambalajlarını dahi rahatça çıkarabiliyorum. Bunu yıllardır yapamıyordum." Ertesi gün şöyle yazdı: "Bu günlüğü okuyanlar imla hatalarımı ve yazımı hoş görmek durumunda - yıllardır elime kalem almadığımı unutmamalılar." Ardından da dokunaklı bir biçimde şunu ekledi: "Hisset-

tiklerimi tam anlamıyla ifade etmek isterim. Duygularımı yitireli o kadar uzun zaman oldu ki onları ifade edecek kelimeleri bulamıyorum. Duygularımı ifade edecek kelimeleri bulup çıkarmak için bir sözlüğüm olsun isterdim..." En azından duygularından birini açıkça ifade edebiliyordu: "Yediklerimden *büyük keyif* alıyorum. Hep kurt gibi aç hissediyorum. Önceleri ağzıma ne konursa onu yiyordum." Hafta sonu yaşananları günlüğüne aktarmayı tamamlayan Bayan Y. sonuç olarak şu özeti yazdı: "Enerji, güç ve yaşam dolu hissediyorum. Bunun nedeni aldığım ilaç mı yoksa sadece yeni ruh ve zihin halim mi?" Yazıları günlüğünün üç sayfasını kaplamıştı. Kelimeler kocaman, akıcı ve gayet okunaklıydı.

Yirmi yılı aşkın bir süre tümüyle hareketsiz ve yüzeyin altında yaşayan Bayan Y., büyük bir derinlikten kopup havaya fırlayan bir şişe mantarı gibi yüzeye çıkmıştı; onu tutsak eden prangalardan intikam alırcasına bir patlama yaparak kurtulmuştu. Aklına cezaevinden tahliye olan mahkûmlar, okul çıkışı eve dönen çocuklar, kışın sessizliği ve uykusunun ardından baharın uyanışı ve masaldaki Uyuyan Güzel geliyordu; içindeki kötü bir his aklına birdenbire cinnet getiren katatonik hastaları da getiriyordu.

Bayan Y.'yi 19 Mayıs'ta tetkik ettiğimde, daha önce kilitlenmiş boynunun ve sağ kolunun büyük ölçüde gevşediğini gördüm. Sol kolundaki ve bacaklarındaki kasılma ise normalden bile az görünüyordu. Tükürük salgılama epey azalmıştı ve ağızdaki sulanma kaybolmuştu. Soluk alıp verirken çıkardığı mırıldanmaya benzer sesler artık duyulmuyordu. Son derece dikkatli ve uyanıktı. Göz hareketleri hızlanmış ve sıklaşmıştı, artık başını da bu hareketlerle uyumlu bir şekilde oynatabiliyordu. L-DOPA tedavisine başlamadan önce yalnızca imkânsız değil, düşünmesi dahi zor alkışlama hareketini yapmasını istediğimizde, Bayan Y. daha ziyade sağ koluyla alkışlayabilmesine rağmen coşkuyla ellerini çırpıyordu. Bu alkışlama eylemi esnasında heyecanlanan Bayan Y. yaklaşık on beş alkıştan sonra bir taraftan alkışlamaya devam edip bir taraftan da ellerini bacaklarına vurmaya başladı. Ardından da alkışla birlikte ellerini başının arkasına dokundurmaya başladı. Bu rastgele yapılan hareket çeşitlemelerini, coşkulu

ruh haline mi yoksa zorlayıcı bir dürtüye mi yormam gerektiğini bilemedim ve bu beni kaygılandırdı.

20 Mayıs. Zorlayıcı tik benzeri hareketler dün ortaya çıktı. Bayan Y.'nin sağ eli ani ve son derece hızlı hareketlerle birden-bire burnuna, oradan kulağına, yanağına ve ağzına gidiyor. Bu hareketleri neden yaptığını sorduğumda şöyle dedi: "Hiçbir fikrim yok. Bunların bir anlamı yok. Bu sadece bir alışkanlık, bir alışkanlık. Tıpkı mırıldanma huyum gibi." Hareketleri son derece hızlı ve güçlüydü. Konuşması normal konuşmanın iki üç katı hızlıydı; daha önce yavaş çekim bir filmi ya da projektöre takılıp kalmış bir sonraki görüntüye geçemeyen bir film karesini andırırken, şimdi hızlandırılmış bir filmi andırıyordu. Bu dönemde Bayan Y.'nin hareketlerini kaydettiğim bir filmi seyreden meslektaşlarım, projektörün çok hızlı döndüğünü iddia ettiler. Artık reaksiyon başlangıç süresi sifıra inmişti ve tüm hareketleri ani, telaşlı ve son derece şiddetliydi.⁶⁶ Bir önceki gece Bayan Y. iyi uyuyamamıştı ve ertesi gece de hiç uyuyamayacaktı.

21 Mayıs. Koğuşa geldiğimde hemşire kadrosu Bayan Y.'nin "galeyana geldiğini" ve "aşırı heyecanlanıp isteri krizleri geçirdiğini" söyledi. Odasına girdiğimde ajite ve yerinde duramaz bir haldeydi. Sürekli havaya tekmeler savuruyor, duvarları yumrukluyor ve çığlıklar atıyordu. Ona yumuşak, rahatlatıcı bir ses tonuyla konuşulduğunda ya da ellerini tutup, çılgınca harekete geçmiş kol ve bacaklarına hafifçe baskı uygulandığında büyük ölçüde sakinleşebiliyordu. Bunun tersine, hareketlerini kısıtlamaya çalıştığınızda sinirleniyor, daha büyük bir tahrike kapılıp, çılgınca hareketler yapmaya devam ediyordu. Tekme savurmasını engellemeye çalıştığınızda, bu kez kollarını sağa sola savurarak deşarj olmaya yönelik dayanılmaz bir gerginlik meydana geliyordu; eğer bu da engellenirse, artık hareket ettirebildiği başıyla sağa sola hamleler yapıyordu; bu da engellendiği zaman çığlıklar atıyordu.

Bayan Y. bugün vaktinin çoğunu günlüğüne yazılar yazarak geçirdi. Arka arkaya yazılmış, sayfalar dolusu, birbirinin benzeri kargacık burgacık yazılar, kelime oyunları, sayfaları yırtarcasına yapılmış karalamalar – yazıp, çizdikleri (ve zihninden geçenler) hafta sonundaki sakin, akıcı yazılarından ne denkli farklıysa,

L-DOPA tedavisine başlamadan önce acı veren ve onu tıkayan, elinden gelen tek şey olan, gerçekdışı karalamalarından da o ölçüde farklıydı. İlk başlarda Bayan Y.'nin böylesine duygusal ve eylemsel bir tahrik yaşadığı dönemde *yazabiliyor* olması beni şaşırtmıştı. Fakat çok geçmeden anlaşıldı ki, onun için bir şeyler yazmak, bu kesişim noktasında ortaya çıkan bir gereksinimdi. Düşüncelerini bu biçimde ifade edip kaydetmek, görüşlerini ve fikirlerini başkalarıyla paylaşabilme yönünde hayati bir faaliyetti. Bu aynı zamanda benimle dolaylı bir iletişim kurmasını sağlıyordu. Zira Bayan Y. kendini yazılarıyla ifade edip, bunları bana göstermeye hazırdı, fakat çok özel ve kişisel düşüncelerini doğrudan paylaşma ayrıcalığına sahip değildim.

Bu dönemdeki yazıları neredeyse tümüyle, keder ve bir şeyleri kaybetmiş olmanın verdiği hislerle karışık suçlama, öfke ve korku ifadelerinden oluşuyordu. Yazıların bir kısmı, hastaneye girdiğinden beri kendisine “acı çektiren” ve “eziyet eden” çeşitli hemşire ve hemşire yardımcılara atfen uzun ve paranoyak nutuklardan ve onlardan “intikamını” nasıl alacağına dair fantezilerden oluşuyordu. Geçmişte yan koğuştaki kalan ve iki yıl önce bir bardak suyu üzerine boca eden bir akıl hastasını yazılarında tekrar tekrar gündeme getiriyordu. Gözyaşlarıyla ıslanmış, mürekkebi dağılmış sayfalar dolusu yazılarda ise yaşadığı kedere ve acımasız vicdanına tanıklık eder gibiydi: “Elli beş yaşında, iki büklüm olmuş biriyim... Sakat bir acuzeyim... Ben o kadar güzel biriydim ki Dr. Sacks; şimdi buna inanmanız mümkün değil... Kocamı ve oğlumu kaybettim... Onları kaçırdım.... Kızım bir deli... Tüm bunlar benim suçum. Bu yaptıklarımın karşılığında çektiğim bir ceza olmalı... Yirmi yıldır bir uykudayım ve uyurken yaşlandım.”

Günlüğünde ifade etmediği ve belki de hâlâ baskıladığı cinsel duygular ve cinsel içgüdülerinin yerine koyduğu kavramlar söz konusuydu – bunlar L-DOPA'nın yol açtığı ve orgazm türünden heyecanlanmalar esnasında diğer birçok hastanın sergilediği *cinsel açlık* hisleriydi. Bu tür duygular Bayan Y.'yi *içten içe* tüketiyor ve şehvetli bir kâbus gibi rüyalarına giriyordu. Günün ilerleyen saatlerinde gördüğü halüsinasyonlarda da bu hisler su yüzüne çıkıyordu. Akşam sekiz sularında Bayan Y.'yi tetkik etmem için çağ-

rıldım, zira kulakları yırtarcasına bir sesle sürekli çığlıklar atıyordu. Odasına girdiğimde panik yaşadı ve elimdeki dolmakalemi şırınga sanıp çığlık atmaya başladı: "Bu bir iğne, bir iğne, bir iğne, bir iğne.... uzaklaştır onu, uzaklaştır onu... bana batırma, bana batırma!" çığlıkları giderek yükseliyordu ve aynı anda bacaklarını ve vücudunu kıvrınarak, çılgıncasına sağa sola savuruyordu. Günlüğüne şöyle yazmıştı: "Bir toplama kampında olduğumu zannetmiyorum?????" Soru işaretleri, giderek büyüüp çoğalıyordu ve tüm sayfayı kaplıyordu; bir sonraki sayfada ise kocaman, büyük harflerle "LÜTFEN BEN DELİ DE/İLİM, DELİ DE/İLİM" diye yazmıştı. Yüzü kızarmış, gözbebekleri genişlemişti ve nabızı had safhada hızlanmıştı. Çığlık atmadığı zaman nefes nefese kalıyor, dili ve dudakları dışarı doğru itiliyordu.

Hemşirelerden ona 10 mg. thorazine iğnesi yapmalarını rica ettim. On beş dakika içinde, taşkın hali dindi ve bunun yerini bitkinlik, pişmanlık ve iç çekerek ağlama aldı. Gözlerindeki dehşet, şüphe ve öfke hali yerini şefkatli ve güven dolu bakışlara bıraktı: "Bunun bir daha olmasına izin vermeyin Dr. Sacks," diye fısıldadı. "Bu bir kâbus, hatta ondan bile beter bir şey. Bir daha hiç tekrarlamamalı, hiçbir zaman, hiçbir zaman." Bayan Y. daha önce şiddetle itiraz ettiği L-DOPA'nın dozunu azaltma fikrine bu kez razı oldu: Oysa bu sabah "eğer dozu azaltırsanız bu ölüm fermanım olur" demişti.

22-25 Mayıs. L-DOPA'nın dozunu önce günde 3 gr.'dan 2 gr.'a sonra da 1 gr.'a düşürdüm, fakat Bayan Y. 21 Mayıs'ta sergilediği yoğun paranoyak haline dönmese de, aşırı bir hareketlilik sergiledi. 22 Mayıs günü, eski koğuş komşusundan intikamını almaya karar verdi ve aynı günün sabahı bir sürahi suyu kadının üzerine boca ettikten sonra kıkırdayarak, kendini çok daha iyi hisseder bir halde geri döndü. İki yıldır bu mesele üzerinde kara kara düşünüp düşünmediğini sorduğumda şöyle dedi: "Tabii ki hayır. O dönemde umursamamıştım. L-DOPA almaya başlana kadar üzerinde hiç durmamıştım. Sonra çıldırdım ve sürekli bunu düşünmekten kendimi alamadım." Şimdilerde günlüğüne yazılar yazmaya devam ediyordu – aslında bunun dışında hiçbir şeye pek vakit ayırmıyordu ve yazmaktan vazgeçtiği an tahrik duygularına kapılıyor ve yerinde duramamaya başlıyordu. Ken-

dine zulmettiğine inanan insanlardan, aklına koyduğu intikamı aldığından beri, intikam yazıları ve fantezileri yazmıyordu. 22 ve 23 Mayıs'taki yazıları tümüyle hastalığa, ailesine, hüznü ve suçluluğa ve –artık kendisinden ziyade– tüm bu olanlardan giderek “kader”in sorumlu olduğuna dair anlayışa ilişkindi. 24 Mayıs'ta bana şöyle dedi: “Lütfen L-DOPA tedavisini durdur. Bu kadarını kaldıramıyorum. Bu birkaç gün içerisinde her şey çok çabuk gelişti... Biraz kafamı toparlayıp, her şeyi yeniden gözden geçirmem lazım.” İsteği üzerine bugün itibarıyla L-DOPA tedavisini durdurdum. 25 Mayıs'ta onu yeniden katılaşmış, hareket-siz ve sessiz bir halde, gözlerinin pırıltısının gitmiş ve başının göğsüne düşmüş olduğunu görünce içinde bulunduğu derinlik-lerden zaferle çıkışına, yaşadığı “sorunlar”a ve içe kapanmasına dair döngünün bir haftalık bir sürede olup bittiğine inanmakta zorlandım.

1969-72

Yukarıdaki notların yazılışının üzerinden kırk ay geçti. Bu kırk ay boyunca Bayan Y. (aşağıda belirtilen nadir durumlar dışında) L-DOPA almaya, ilaca şiddetli ve abartılı tepkiler vermeye ama yine de Mount Carmel'deki hastalarımızın çoğundan daha dengeli ve faal bir yaşam sürmeye devam etti. Tanıdığım tüm hastalar arasında Bayan Y., fizyolojik faaliyet ve L-DOPA'ya verilen tepkiler açısından en ölçüsüz ve dengesiz hastadır; ama duygusal tavırları ve bunları bağdaştırabilme yönünden de “en serinkanlı” ve aklı başında hastalardan biridir. L-DOPA'ya karşı gösterdiği ölçüsüz tepkileri başka yerlere yönlendirmeyi, onlardan kaçınmayı ya da onları farklı biçimlerde “kontrol edebilmeyi” ustalikle kotarmıştır. Bayan Y. mükemmel bir yetenek ve rahatlıkla olağanüstü şiddetli fizyolojik fırtınaların ve belirsizliğin içinde kendini yönlendirmeyi başarmıştır. Birçok hastanın anında pes edeceği sorunlarla sürekli boğuşup onları alt etmiştir. Diğer vaka hikâyelerinde liste ve çizelgelerden kaçınmış olsam da, konuyu dağıtmamak ve laf kalabalığı yaratmamak adına burada onlardan faydalanacağım.

1. *L-DOPA'ya karşı duyarlılık ve tepki salınımları.* Belli bir süre boyunca L-DOPA tedavisi görmüş tüm post-ensefalitik (ve Parkinsonlu) hastalarda olduğu gibi, Bayan Y. de günlük doz 750 mg.'ı aşmamasına karşın ilaca karşı aşırı duyarlı hale geldi. İlaça karşı ya hep ya hiç türünden tepkiler oldu (aslında en başından beri bu böyleydi) – ya tümüyle tepki veriyor ya da hiç tepki vermiyor. Artık ilaca kademeli bir tepki de veremiyor. En başında zaten hızlı olan tepkileri artık neredeyse anlık hale geldi – bir psikolojik aşırılıktan diğerine kaşla göz arasında, şimşek hızıyla, saniyenin kısa bir bölümünde atlıyor: bir halden diğerine adeta düşünce hızıyla geçiyor. Bu tür geçişler –ya da daha doğru ifade etmek gerekirse ani atlamalar– artık L-DOPA dozunun zamanlamasıyla öngörülebilir bir biçimde bağdaşmamakta – bir gün içerisinde sayıları 30 ile 200 arasında değişen fizyolojik dönüşler yaşama eğiliminde. “Ani dönüşler yapan” ya da “sürekli salınım gösteren” hastalarımız arasında Bayan Y. salınımları en ciddi boyutlarda, en ani ve en çok sıklıkta sergileyen hastadır. Bu dönüşlerin aniliği ve bütünlüğü kademeli bir süreç izlenimi vermekten ziyade ani örgütlenmeler ya da bir evreden diğerine dönüşüm izlenimi verirler. L-DOPA tedavisi durdurulduğu takdirde Bayan Y. anında komaya girmektedir.

2. *L-DOPA'ya verilen tepkilerin hızla çoğalması.* L-DOPA tedavisiyle “uyanışı”nı takip eden üç gün içerisinde Bayan Y. gayet belirgin *tikler* sergilemeye başladı. Bu tiklerin sayıları giderek öylesine çoğaldı ki artık 300'den fazla birbirinden farklı seyre sahip tiki ayırt edebiliyorum.⁶⁷ Her iki üç günde bir, deyim yerindeyse yeni bir tik “icat ediyor” – bunlar bazen görünürde yeni, bazen halihazırda varolan bir tikin çeşitlemesi, bazen önceden varolan iki veya daha fazla tikin karışımı ya da “bileşimi” ve bazen de bir savunma manevrası ya da karşıt tik olarak meydana geliyor. Bu tikler faaliyet ve davranışları her yönden etkiliyor. Sık sık bir iki düzine kadar tikin *eşzamanlı* olarak meydana geldiği, görünürde bunların birbirlerinden bağımsız olarak kontrol edildiği ve işlevsel olarak birbirlerinden tamamen ayrı oldukları gözlemlenebilir. Tüm bu tiklerin farklı tarzları, ritimleri ve hareketleri – (Luria'nın ifadesiyle) “kinetik melodi-

leri" vardır. Bayan Y. ne zaman neşeyle tik tak sesleri çıkarmaya başlasa, kendinizi, sayısız saatin her birinin kendi zamanı ve ezgisine ayak uydurarak tıkladığı ve çınladığı çıldırmış bir saatçi dükkânında sanabilirsiniz.⁶⁸

3. *Tiklerin Karşılıklı Dönüşümleri (ya da evre-ilişkileri).* Bayan Y. birkaç temel tik evresi sergilemektedir. Bunların arasındaki ilişki, tek ve birbirinin aynı temel bir tik formunda ortaya konduğunda açıkça görülür. Dolayısıyla belirli bir tik ani, hızlanan hareketler biçiminde meydana gelebilir; örneğin ritmik bir klo-nik (mırıldanma tiki gibi); ya da tonik (veya katatonik) biçimde görülen "hareketsizlik tiki" diye adlandırılan tikler. Bu evreler arasındaki değişimler epey ani olabilir: dolayısıyla Bayan Y. birdenbire bir "tikin ortasındaiken" kalakalır; yani adalelerin donmasıyla birlikte tikin süregelen hale geldiği bir dönüşüm yaşar; yine "gözde" tonik tiklerinden biri –örneğin parmakları kürek kemiklerinin arasında kalacak şekilde sağ kolunun, tuhaf bir biçimde bükülüp kalması– anında hızlanan birkaç tike birden dönüşebilir.

4. *Psikoza dönüşmeyen haller.* Bayan Y. günde birçok kez hem duygusal hem de faaliyet yönünden aşırı heyecanlanmaktadır. Bu dönemlerdeki heyecanlanmalar herhangi bir uygun biçimde kendini ortaya koyar: en "gözde" ve bildik heyecanlanma şekli komik şeylerin yarattığı heyecandır. Birinin ona fıkralar anlatmasına, onu gıdıklamasına ya da televizyondaki komedi programlarını seyrettirmesine bayılır. Keder, öfke ve korku bu halinin alternatifi olarak ve çok daha nadiren meydana gelir. Birkaç hastada olduğu gibi (Rolando P., Margaret A., Maria G. vs.) açgözlü, doymak bilmez tavırlar sergilememektedir. Ayrıca etki altında kalmaya, yakınmaya, paranoyaya, ya da manik hallere karşı da ciddi bir eğilimi yoktur. Bunları nöral örgütlenmedeki "seviye" farklılığına mı, Bayan Y.'nin dengeli mizacına mı yoksa katı bir oto-kontrol mekanizmasına sahip olmasına mı yormalıyım bilemiyorum. Fakat kesin olan şey şu ki Bayan Y. –had safhadaki post-ensefalitik hastalarımızın arasında neredeyse tek örnek olarak– altyapısındaki çalkantılı dürtülere ve etkilere rağmen, üst yapısını (kişiliğini, ilişkilerini, dünyaya olan bakış

açısını vs.) korumuştur. Şiddetli dürtüler yaşasa da kendi özbenliği bunların "üstünde" yer alır. Tikleri hiçbir zaman yapmacık olmadığı gibi, tesiri altında kaldığı olaylar da hiçbir zaman onu nevrotik bir kişiliğe sürüklememiştir.

5. Örgütlenme "*seviyesi*" ve tiklerin kullanılmaması. Bayan Y.'nin tiklerinin, Parkinsonlu hastaların titreme, sallanma ya da hızlanmalarından da, uzun zamandan beri L-DOPA tedavisi gören sıradan Parkinson hastalarında görülen amaçsız seğirme ya da hiperkinetik hareketlerinden de çok daha karmaşık olduğu açıktır. Bayan Y.'nin tikleri salt titreme, spazm ya da hareketlerden ziyade faaliyet ya da eylemleri *andırır*. Örneğin güçlkle nefes almasını, soluk soluğa kalmasını, burun çekmelerini, parmak şıklatmalarını, boğazını temizlemesini, çimdikleme, kaşıma ve dokunma hareketlerini vs. vs. normal el kol hareketlerinden oluşan bir repertuarın parçası olarak görmek mümkün. Buradaki anormallik bu hareketlerin kesintisiz, zoraki ve "uygun olmayan bir biçimde" tekrarından kaynaklanmaktadır. Yanı sıra "normal" diye nitelendirmenin pek mümkün olmadığı tuhaf yüz buruşturmalar, konuşurken yapılan el kol hareketleri ve garip "sahte-faaliyetler" de görülür. Bazen komik, bazen garip olarak nitelendirilebilecek derin bir paradoks taşıyan duyguları açığa çıkarır. Öyle ki ilk başta bunların belirli bir örgütlenmesi ve amacı varmış gibi görünse de sonradan (seğirme reaksiyonlarında olduğu gibi) böyle bir amaç ve örgütlenmeye sahip olmadıkları görülür. İnsanın aklını karıştıran da eylem ve anlamın bu tuhaf benzeşmesi, hislerin bu parodisidir. (Bkz. Lillian W.'nin krizleri üzerine yazılan dipnot 24.)

Diğer yandan Bayan Y. tiklerinden faydalanma, onlara kılıf uydurma ya da yapmacık bir biçimde onları âdet haline getirme konusunda pek az eğilim göstermiştir – bu nedenle de Miron V., Miriam H. vs. gibi hastalarla taban tabana zıt bir noktadadır. Tiklerin kullanılmayışı, Bayan Y.'nin (deyim yerindeyse) tiklerinin "ortasında" sessizce oturup, onlara aldırış etmemesini ifade eder. Bu davranış onun tikler tarafından "etki altına alınmasını", tiklerin "sağlığını elinden alıp" onu "zaptetmesini" engeller. Aksi takdirde bu tikler yapmacık, âdet haline gelmiş, sahte dav-

ranışlar haline gelir – örneğin Maria G.’de olduğu gibi. Bayan Y.’nin “makro tikleri” ile (onu sandalyesinden yere fırlatacak denli ani, son derece şiddetli ve güçlü hareketler ya da elektrik şoku-na kapılmışçasına savrulmalar) “mikro tikleri”nin (çoklu, küçük tikler, sayısız tikin kırpışıp, titreşircesine meydana gelmesi) dönüşümlü olarak meydana gelişi esnasında özel bir tür “bütünleşme” ya da “bölünme” gözlemlenebilir. Genelde Bayan Y.’nin “tarzı”; şiddetli, ürkütücü makro tikleri uzmanlık alanı haline getiren diğer hastaların aksine mikro-tikleri ön plana çıkarır.⁶⁹

6. *Tiklerin ilişkisi ve davranış bozukluğu.* Bayan Y.’nin sergilediği tüm fiziksel-zihinsel halleri belirtmek amacıyla “tikler” terimini çok geniş kullanıyor olabilirim. L-DOPA tedavisinin süregelmesiyle birlikte Bayan Y.’nin davranış *bölünmeleri* giderek çoğaldı – birbirinden ayrı, farklılaşmış davranış kalıpları. Dolayısıyla bir dakikalık bir süreçte tuhaf bir konuşma şeklinden tuhaf bir nefes alıp verme şekline, oradan da tuhaf bir solunum şekline vs. atlayabiliyordu – bu türdeki her toplam-aşama, davranışın değişik yönlerine etki ediyordu. Bu görünürde anlamsız “fizyolojik olmayan” atlamaların açıkça görülen bir davranışsal ya da dramatik bütünlüğü vardır; bunların tümü birbirinin benzeri ya da çağrışımıdır: birbirlerine metaforik bir ilişkiyle, Bayan Y.’nin toplam benliğine ya da davranışına ise metonomik bir ilişkiyle bağlıdırlar. Dolayısıyla bunlar birbirlerini art arda gelen “serbest çağrışımlar” şeklinde takip eder ve yüzeysel rastlantısallıklarının ya da anlamsızlıklarının altında böylesine “ilkel” bir davranışın bile olağanüstü doğasını ortaya koyar.

7. *Durağan haller ve devinimsel haller.* Yukarıda bahsedilen rahatsızlıkların dışında Bayan Y.’nin hareketlerinin, konuşmasının ve düşüncelerinin normale yakın olduğu dönemler de vardı: bu normal hal “nöbetleri” tıpkı davranış bozuklukları gibi önceden kestirilemeyen, ani krizler halinde meydana gelme özelliklerine sahiptir. Dürtüleri ve hastalığın esaretini yaşamadığı normal hallerini görenler onun ne denli çekici ve akıllı bir insan olduğunu ve temelde var olan, hastalıktan etkilenmemiş kişiliğinin ne denli “bozulmamış” olduğunu fark eder. Fakat aniden hareket-

lerinde/konuşmasında/düşüncelerinde bir sekteye uğradığında bu normal, özgür dönemlerin –birdenbire, hiçbir uyarı olmaksızın– akışı kesilebilir. Böylece Bayan Y. bir sonraki görüntüye geçemeyen “donmuş bir film karesi” gibi birdenbire takılıp kalır. Bu durağan haller bir saniye ya da bir saat sürebilir ve Bayan Y.’nin istemli bir hareketiyle son bulmaz (aslında bu tür istemli bir hareketin gerçekleşmesi böyle zamanlarda olanaksızdır ve akla dahi getirilemez). Durağan haller kendiliğinden ya da dışarıdan gelen basit bir temas ya da sesle son bulabilir ve hemen ardından Bayan Y. tekrar özgürce akıp giden hareket/konuşma/düşünce hallerine geri döner.⁷⁰ Bu hallerin hiçbir öznel süresi yoktur: bunlar Bayan Y.’nin hastalığına önyak olan *durağanlıkların* aynısıdır. Bayan Y.’nin sorgularından da açıkça anlaşılacağı üzere, bu durağan haller esnasında kendine ve dünyaya dair algılamaları çok “garip” özellikler taşır. Bu algılamalarda her şey keskin kenarlı, yassı ve mozaik ya da lekeli camları olan pencerelelere benzer geometrik görüntülerden ibarettir; böyle zamanlarda uzay ya da zaman boyutu yoktur.⁷¹ Bazen bu “durağan görüntüler”, tıpkı çok yavaş akan bir sinema filmi gibi, titreşen görüntülere dönüşür.⁷²

Bayan Y. ve “devinimsel görüş” yaşayan diğer hastalar zaman zaman bana, bu tür dönemlerde meydana gelen olağanüstü (ve görünürde imkânsız) bir olgudan bahsetmişlerdir. Bu “durağan bir görüntü”nün geriye ya da ileriye doğru zaman atlama-sıdır. Öyle ki belirli bir “an”, yer alması gereken zaman diliminden çok daha *erken* ya da *geç* meydana gelir. Bir defasında, erkek kardeşinin onu ziyaret ettiği sırada Hester, saniyede üç ya da dört kareden oluşan bir hızda devinimsel görüş yaşamaktadır. Bu öylesine yavaş bir hızdır ki her kare arasındaki fark açıkça algılanmaktadır. Kardeşinin piposunu yakışını seyrederken tannık olduğu “anlar” silsilesi onu irkiltir: ilk olarak kibriti çakma; ikinci olarak, kibrit kutusundan birkaç santim “atlayıp” kardeşinin yanan kibriti tutuşu; üçüncü olarak kibritin piponun içindeki tütünü tutuşturması; ve dördüncü, beşinci, altıncı vs. “ara” aşamalarda kardeşinin eliyle kibriti tutması ve elinin titreyerek pipoyu yakmak amacıyla kibriti uzatması görülür. Dolayısıyla Hester akıl almaz bir biçimde piponun gerçekten tutuşturulma-

sını birkaç kare erken görür; deyim yerindeyse “geleceği” her nasılsa görmesi gereken andan *önce* görür.⁷³

Devinimsel tanımlama belirli bir kritik noktaya ulaştığında, Hester’in görme ve dünyayı algılama hissi birdenbire “normal”e döner. Hareket, uzay, zaman, perspektif, kıvrımlar ve devamlılıklar olması gerektiği gibidir. Büyük heyecanlanmalar ve dürtüler yaşadığı zamanlarda, Bayan Y. devinimsel bir “coşku” yaşayabilir. Bu coşku esnasında bir dizi algılama, halüsinasyon ya da halüsinatif seyir baş döndürücü bir hızla, saniyede birkaç tanesi birden, birbirinin ardı sıra meydana gelir; bu tür coşku halleri esnasında büyük sıkıntı yaşar fakat neyse ki bunlar epey seyrek meydana gelmektedir. Bu tür coşkular zaman ve uzayın parçalara ayrışmasıyla harekete geçer.

1972 Yazı

Bayan Y. tüm bu tuhaf hallere tamamıyla alıştı ve artık bunları kabullenip benimle ve diğerleriyle rahatça tartışmakta. Bir diğer hastamız olan Leonard L.’deki araştırmacı ruha ve kapasiteye sahip olmasa da, tüm bu benzersiz ve ürkütücü halleri son derece soğukkanlı, mesafeli ve hatta esprili bir biçimde kabullenmektedir. Bu durumun kendisine acı verdiğini ya da kurban seçtiğini düşünmemekte ve bunları tıpkı burnu, ismi, yaşadığı şehir ya da dünya gibi *halihazırda olması gerektiği yerde olan şeyler* olarak görmekte ve dolayısıyla artık ilk başlarda olduğu gibi “galeyana gelmemektedir”. O tamamen “kendindedir” ve Maria G., Margaret A. gibi daha dengesiz ve L-DOPA’nın zorlamasıyla bölük pörçük olan ve şizofreni yaşayan hastaların aksine kendinde olmaya devam edecektir.

Bayan Y.’ye, kendi tepkilerinden öte çok daha büyük bir hareket özgürlüğü tanıyan ikinci bir etmen, yaşadığı “yan etkiler”i önleyip, onlardan kaçınmasını ve hatta faydalanmasını sağlayan zekâsı ve becerisidir – aynı zekâ ve beceri özellikle Frances D. için de sözkonusuydu. Bu hanımefendilerin ikisi de, keskin zekâları ve tuhaf hastalıkları sayesinde, sinir sistemleri ve tepkileri üzerinde, dünyadaki hiçbir nöroloğun yaklaşamayacağı bir bilgi

birikimi ve kontrol sağladılar. Bu noktada kimin kimi eğittiği konusunda şüpheye düşüyorum: Ben kendi adıma Bayan Y.'den çok şey öğrendim ve belki o da benden bir şeyler öğrenmiştir.⁷⁴ Dahası, Bayan Y. gerek hastanede gerekse de hastane dışında sürekli faaldir – bingo oynamakta, film seyretmekte, diğer hastaları ziyaret etmekte, mesleki terapi ya da atölye çalışmaları sırasında yarım düzine kadar projeyi üstlenmekte, konserlere gitmekte, şiir okumakta, felsefe kurslarına katılmakta ve –en gözde faaliyeti– gezilere katılmaktadır. Bayan Y., Mount Carmel'de mümkün olan en dolu hayatı yaşamaktadır.

Birçok hastada olduğu gibi Bayan Y.'nin direncinin kaynaklarından biri de kişisel ilişkilerdir: bu ilişkilerden onun payına düşen ise on beş yıldan daha fazla bir süredir görmediği oğlunun ve kızının “bulunmasıdır”. 1969 Mayıs'ının dramatik günlerinde bu hasret dolu beklentisini günlüğüne de yansıtmış ve pes etmek nedir bilmeyen sosyal görevlimizin çabaları sonucu nihayet bu hasreti son bulmuştu. Bayan Y. hastalandığından beri yirmi yıl boyunca akıl hastanelerine girip çıkan kızı artık sık sık annesinin ziyaretine gelmektedir ve Mount Carmel'de çok sevilen bir simadır – bu kavuşma hem Bayan Y.'ye, hem de kızına büyük bir keyif ve moral sağlamıştır (ve kavuşmalarından bu yana kızı yaşadığı psikozlardan kurtulmuştur). Bayan Y.'nin, Batı'da yıllarca meczup bir hayat sürdürdükten sonra tekrar New York'a dönüp yerleşmeye karar veren oğluna kavuşması da aynı ölçüde etkili olmuştur. Bayan Y.'yi oğlu ve kızıyla bir arada gören biri, onun kişiliğinin ve sevgisinin ne denli güçlü olduğunu, ne kadar olağanüstü bir insan ve ne denli sağlam ve hakiki bir anne olduğunu fark eder. Annelerinin hastalığıyla birlikte, bu çocukların neden delirdiğini ve ona dönünce neden gözle görülür bir biçimde iyileştiklerini anlar.

Yaşadığı tüm aksiliklere karşın –hastalığının şiddeti, süresi ve tuhaflığı, L-DOPA'ya karşı verdiği saçmasapan tepkiler ve yıllarca yattığı bu keyifsiz hastane– Bayan Y. dört yıl önce akla dahi gelmeyecek bir biçimde uyanmış ve gerçek hayata dönmüştür.

Rolando P.

Rolando P., ABD'ye yeni göç etmiş, müziğe çok yatkın bir İtalyan ailesinin en küçük oğlu olarak 1917 yılında New York'ta dünyaya geldi. Yaşam dolu ve erken gelişim gösteren, konuşma ve hareket becerilerini olağanüstü erken yaşta edinmiş, faal, meraklı, sevecen ve konuşkan bir çocuktur. Henüz üç yaşını dolduramışken, birdenbire *encephalitis lethargica*'nın virütik bir türüne yakalandı. Hastalık, ilk başlarda yüksek ateş ve gribal bulgularla birlikte oluşan ve on sekiz hafta boyunca devam eden yoğun bir uyku haliyle kendini gösterdi.

Uyku hastalığından uyanınca, ciddi bir değişim meydana geldiği açıkça görüldü. Zira Rolando artık tamamen maskelenmiş ve ifadesiz bir yüze sahipti, hareket etmekte ve konuşmakta büyük zorluk çekiyordu. Saatlerce kıpırdamaksızın koltukta oturuyor, gözlerindeki ani, içgüdüsel kıpırdanmalar dışında görünürde hiçbir canlılık belirtisi ortaya koymuyordu. Ayağa kalktığı takdirde, kolları kaskatı kesilmiş, bedenine yapışık bir halde "tahtadan yapılmış, küçük bir oyuncak bebek" gibi yürüyordu; sık sık, aniden koşmaya başlıyor ve etraftaki bir engele çarpıp, bir heykel gibi yere kapaklanana dek, temposunu artırıyordu. Çevresi çoğunlukla zihin özürlü olduğu kanısındaydı. Fakat anlayışlı ve gayet iyi bir gözlemci olan annesi aynı fikirde değildi ve şöyle diyordu: "Benim oğlum deli değil – o her zaman olduğu kadar keskin ve parlak bir zekâya sahip. Sadece içindeki bir şey onu alıkoyuyor."

Altı ile on yaşları arasında, Rolando zihin özürlü çocukların

kabul edildiği bir okulda, derecelendirilmemiş sınıflarda okudu. Bu dönemde neredeyse tümüyle hareketsizdi ve konuşamıyordu fakat en azından öğretmenlerinden birinde, bozulmamış fakat tıkanıp kalmış bir zekâya sahip olduğu izlenimini uyandırmıştı: 1925 yılında yazılan bir raporda “Rolando aptal değildir. Her şeyi özümüyor fakat dışarıya hiçbir şey yansıtamıyor,” diyordu. Daha sonraki kırk yıl boyunca onu yakından gözlemleyen herkes onun, idrak edilmesi mümkün olmayan aç bir kara delik gibi, çevresindeki her şeyi özümsemeye ne denli açık biri olduğu izlenimini tekrarlayıp duracaktı; sadece yarım yamalak gözlem yapanlar onun mantıksız, aptal ve etrafında olanlardan habersiz biri olduğunu düşüneceklerdi. Fakat her geçen yıl, denge kaybının artmasından ve sürekli artan bir tükürük salgılamasından ötürü onu okulda tutmak giderek zorlaştı. Okuldaki son yılında, her iki tarafına konan yastıklarla dik durması için destekleniyordu; aksi takdirde bir heykel kadar çaresiz, devrilip kalıyordu.

On bir yaşından on dokuz yaşına kadar evinde yaşadı ve bu dönemde onu Victrola marka kocaman bir gramfonun yanından ayırmadılar. Babasının gözlemlerine göre keyif aldığı ve “onu yaşama döndüren” tek şey müzikti. Canlı bir müzik bu oğlana adeta can veriyor ve müzikle uyumlu bir şekilde kafa sallamasını, şarkı söylemesini ve el kol hareketleri yapmasını sağlıyordu; fakat müzik durur durmaz, o da duruyor ve anında eski, taş gibi hareketsiz haline geri dönüyordu. Mount Carmel’e 1935 yılında kabul edildi.

Sonraki otuz yıl boyunca hastanenin arka koğuşlarından birinde kelimenin tam anlamıyla tümüyle olaysız bir dönem geçirdi. Bay P. –özürlü haline rağmen boyu posu yerinde, vücudu orantılı genç bir adam olmuştu– tüm gün boyunca sandalyesinde bir heykel gibi hareketsiz oturuyordu. Fakat her akşam yedi ile dokuz arası, katılaşması ve donukluğu biraz olsun çözülüyor, bu sayede kolları biraz hareket ediyor, konuşabiliyor ve birtakım duygusal ifadeler ortaya koyuyordu. Böyle dönemlerde bir opera parçası mırıldanıyor, gözde hemşirelerinden birine sarılıyor ya da –çoğunlukla– kötü kaderine küfürler yağıdırıyordu: “Bu cehennem gibi bir yaşam, keşke ölseydim,” diye bağıırıyordu.

Tuhaf bir biçimde, akşam faaliyetleri uykusunun ilk bölümünde devam ediyordu. Sürekli sağa sola dönüyor, konuşuyor, ağzında bir şeyler geveleyip sayıklıyor ve her an bir uyurgezer haline bürünüp, uykusunda yürüyebileceği izlenimi veriyordu. Gece yarısından sonra bu faaliyetler sona eriyor ve gecenin geri kalan bölümünde bir heykel gibi hareketsiz yatıyordu.

1958 yılında, vücudunun sağ tarafındaki katılaşmayı biraz olsun gevşeten bir ameliyat (sol taraflı kemopalidektomi*) geçirmişti. Fakat akinetik ya da genel hareketsiz ve konuşamayan hallerinde hiçbir değişiklik olmamıştı.

1966 ile 69 yılları arasında Bay P.'yi tetkik ettim ve birkaç kez sohbet ettik. Elli yaşından çok daha genç gösteren, güçlü bir yapıya sahip biriydi; rahatlıkla yirmi beş yaşında olduğunu düşünebilirdiniz. Öne doğru dayanılmaz bir düşme eğilimini önlemek amacıyla sürekli tekerlekli sandalyesine bağlı bir şekilde oturuyordu. Cildi son derece yağlıydı ve sürekli terliyor, gözyaşı ve tükürük salgılıyordu.

Sesi duyulamayacak denli düşük tondaydı: fakat ani bir çaba ya da heyecan, birkaç saniye boyunca bağırırcasına bir tonda konuşmasını mümkün kılıyordu. Devamlı tükürük salgılamasının onu rahatsız edip etmediğini sorduğumda yüksek bir sesle: "Ediyor tabii! bu berbat bir sorun," diyor ve hemen ardından sessizliğe bürünüyor. Kendiliğinden oluşan normal bir göz kırpmaya neredeyse hiç yoktu ve bu, sıklıkla gözkapaklarının kasılması ve zorla kapanmasıyla bir tezat oluştuyordu. Yüzüne dokunulduğunda ya da görüş alanındaki herhangi bir ani hareket gözkapaklarının zoraki kasılmasına ya da kapanmasına yol açıyordu. Biri kapatmadığı sürece, Bay P.'nin ağzı açık kalma eğilimi gösteriyordu.

Başı öne eğik bir biçimde ve çok az hareket ederek saatler boyu sandalyesinde oturuyordu. Boyun ve gövde kaslarında yoğun bir katılaşma vardı. Kol ve bacaklarında ise hafif bir katılaşma sözkonusuydu ve (ameliyat öncesi daha katı olan) sağ tarafı, sol tarafına kıyasla artık daha az katılaşma gösteriyordu. Tüm önemli eklemlerinde katılaşma olduğu açıkça görülüyor-

* Kimyasal maddelerden yararlanarak beynin sol lobundaki globus pallidus'a ait bir bölümün tahrip edildiği operasyon (ç.n.)

du. Sağ eli serin, sol eli ise soğuktu; her iki elinin deri ve tırnaklarında şekilsel değişimler vardı. Sabit bir şekil bozukluğu ya da titreme yoktu. Çok şiddetli bir akinezi söz konusuydu: avuçlarını kapayıp açmasını istediğinizde Bay P. sadece hafifçe parmaklarını bükebiliyor ve üç dört tekrarın ardından hareket yavaşlayıp son buluyordu. Alkışlamasını istediğinizde Bay P. sadece üç beş kez alkışlayabiliyor, ardından hareket hızlanıyor ve gücü zayıflıyor ve tamamen durmadan önce el hareketleri titremeye dönüşüyordu. Ani ve şiddetli bir çaba ile Bay P. ayağa kalkabiliyor, fakat dayanılmaz bir geriye düşme eğiliminden ötürü, birinin yardımı olmaksızın ayakta duramıyordu. Güçlü bir destekle, ayaklarını sürürmesine birkaç adımatabiliyordu. Sandalyesine oturur oturmaz, geriye doğru sert bir şekilde, kısa ve yavaş bir refleks veya hareket yapmaksızın, heykel gibi düşüyordu. Bay P. okuma yazma bilmiyordu, fakat sol elini kullanarak basit geometrik şekiller çizebiliyordu: bunlar, bakarak çizmesini söylediğiniz şekillerin orijinal boyutlarından çok daha küçüktü ve ancak büyük bir çaba sonucu çizilebiliyordu; sağ elindeki akinezi, bakarak şekiller çizmesini olanak vermeyecek kadar fazlaydı.

O, bugüne dek gördüğüm en ciddi boyutlarda hasar görmüş post-ensefalitik hastalardan biriydi. L-DOPA'ya tepki vereceğine hiç şüphem yoktu. Fakat bu tepkilerin ne olacağına ya da bu tepkilere nasıl tepki vereceğine dair birçok şüphem vardı – zira hastalığının başlangıcından bu yana, henüz daha üç yaşında bile değilken, bu dünyadan kopmuştu. Fakat 14 Mayıs 1969'da L-DOPA tedavisine başladım.

L-DOPA Tedavisi

20 Mayıs günü Bay P. tuhaf bir "enerji" hissine kapıldığını ve bacaklarını oynatmaya dair içinde bir dürtü olduğunu söyledi. "Dans etme" arzusu bu dürtüyü daha da güçlendiriyordu ve Bay P. hastane hademelerinin desteğiyle zaman zaman dans ediyordu. Ertesi gün Bay P.'nin hareketlenmesinde epey dramatik değişimler görüldü. Tüm koğuş boyunca (yaklaşık on altı

metre), arkasında onu destekleyen sadece bir parmak olmasına rağmen, koridorun sonuna kadar yürüyüp geri döndü.

24 Mayıs itibarıyla (L-DOPA'nın dozu artık günde 3 gr.'a ulaşmıştı), Bay P. ilaca çeşitli tepkiler göstermeye başladı. Daha önce neredeyse duyulmayan sesi artık 2-3 metre uzaklıktan bile rahatça duyulabiliyordu ve özel bir çaba göstermeden bu ses tonunu koruyabiliyordu. Ağzının sulanması tamamen durmuştu. Ellerini sıkıp yumruk haline getirebiliyor, güçlü bir biçimde alkış ve tempo tutabiliyordu. Artık koğuşun etrafında *uzun adımlarla* yürüyüşler yapabiliyor olsa da geriye doğru düşme eğiliminden ötürü hâlâ yürürken yardıma gereksinim duyuyordu. Kol ve bacaklarındaki katılaşma epey azalmıştı; öyle ki kas gerginliği normalin altındaydı. Daha önce kıpırdatılamayan boyun ve gövde kasları, kolundaki muazzam gevşeme kadar olmasa da artık eskisi kadar sert değildi. Bugün yüzünde renk ve canlılık vardı. Gözleri son derece parlak ve bir parça şişkindi. Gözkapağı kasılması ve kapanması artık meydana gelmiyordu. Neşeli, coşkulu bir havası vardı ve kıkır kıkır gülüyordu. Bana, sağlık durumunun hastaneden bir günlüğüne çıkabilecek kadar gelişme gösterip göstermediğini sordu. Dışarıya çıkma arzusu kısmen cinsel bir deneyim yaşama arzusuyla ilgiliydi (daha önce öyle bir deneyimi olmamıştı), zira Bay P.'yi cinsel bir heyecan dalgası sarmıştı ve cinsel fantezileri birdenbire bir gelişme göstermişti. Hafta sonu boyunca hareketleri, ruh hali ve canlılığı artmaya devam etti ve Bay P. "bir kadınla" birlikte olma taleplerini artık yüksek sesle telaffuz etmeye başladı – "Tanrı aşkına, bu kadar yıldan sonra herhalde bir kadınla birlikte olmayı *hak ediyorum!*" diye yakınıyordu. 27 Mayıs günü, onu yüzü kızarmış, sinirli, uykusuz, biraz manik ve taşkın bir halde buldum; daha önce zayıf ve dinamizmden yoksun hareketleri, şimdi çok şiddetli, güçlü ve vücudunun her tarafına yayılmıştı; son derece uyanık ve dikkatli bir hali vardı. Öncesinde nadiren hareket ettirdiği ve herhangi bir baş hareketinin eşlik etmediği gözleri sürekli etrafı tarıyor ve aynı hızdaki baş hareketleri gözlerine eşlik ediyordu. Dikkati sürekli bir oraya bir buraya yöneliyor ve görünürde yoğunlaşmış olsa da kısa sürede dağılıyordu. Beklenmedik gürültüler onu irkiltip, yerinden sekmesine neden oluyordu. Son ola-

rak akatezi başlangıcı gözlemledim – özellikle ayakları yerinde duramıyor ve sabırsızlandığında yatağının yanındaki komodine vurmaya başlıyordu. Bu aşırı hareketliliği göz önünde bulundurarak, günlük L-DOPA dozunu 3 gr.’dan 2 gr.’a düşürdüm.

Bu sayede uyuyabildi, fakat gereğinden fazla bir hareketlilik sergilemeye devam etti. 29 Mayıs günü, yüzündeki keskin ve yırtıcı ifade dikkatimi çekti. Artık hareketleri sadece zorlayıcı değil, aynı zamanda kontrolsüzdü ve sürekli hızlanarak devam ediyordu. Bu hareketlenmeler bir kez başladı mı Bay P. bunları durdurmakta epey zorlanıyordu.

Olumlu bir gelişme ise, küçük yaşlardan beri okuma yazma bilmeyişine üzülen ve bundan utanç duyan Bay P.’nin okuma ve yazmayı öğrenme konusundaki arzusuydu. Ortaya koyduğu azim ve çaba sonucu ilk başlarda bu konuda başarılı oldu. Fakat ne yazık ki fizyolojik rahatsızlıklarından ötürü okuma yazmayı ilerletmesi giderek güçleşiyordu. Ya okuduğunu özümseyemeyecek kadar hızlı okuyordu veya tek bir harf ya da kelimeye takılıp kalıyordu; aynı şekilde el yazısı da ya bir noktada takılıp kalıyor ve okunamayacak kadar küçük yazıyor ya da çoğunlukla bir kez başlayınca kontrolünden çıkan karalamalara dönüşüyordu.

Daha önce belirli bir özellik göstermeyen akatezi şimdi farklı ve özgün dürtüler haline gelmişti – sağ ayağı, heyecanlı ve tedirgin bir atın yeri “eşeleme” gibi sürekli hareket halindeydi ve zoraki çiğneme hareketleri görülüyordu. Cinsel içgüdüleri hâlâ belirgindi ve hastanedeki herhangi bir kadın personelin Bay P.’nin görüş alanından geçmesi, anında, tarifi mümkün olmayan bir şehvet ifadesiyle birlikte, dudak yalama ve şapırdatma hareketlerini, burun deliklerinin ve gözbebeklerinin büyümesini ve kontrolü mümkün olmayan bir dikizleme dürtüsünü beraberinde getiriyordu; gözlerini dikip baktığı objeyi tutup, sıkıca kavramak ve görüş alanından çıkana dek onu avuçlarında tutmak ister gibi bir görüntüsü vardı.

29 Mayıs akşamı Bay P.’yi uyurken izledim. Uykusu esnasında hayret verici, coşkulu bir hareketlilik içindeydi. Özellikle hiç aralıksız çiğneme hareketleri, kollarını oynatarak el sallama ve selamlama hareketleri, başını göğsüne doğru eğme hareket-

leri, bacaklarıyla tekmeleme hareketleriyle birlikte, uykusunda mırıldanıyor, konuşuyor ve şarkı söylüyordu. Uyku sırasında onunla konuşup, sorduğum soruları anında tekrarlayarak çarpıcı bir ekolali* sergiliyordu. Bu hareketleri filme çekip, konuşmasını kaydettikten sonra Bay P.'yi uyandırdım ve uyanır uyanmaz tüm bu faaliyetler son buldu. Kendisi deliksiz bir uyku çektiğini düşünüyor ve konuşmalarını ya da yaptığı hareketleri kesinlikle hatırlamıyordu. Uykuya dalınca Bay P.'nin faaliyetleri tekrar başladı ve yaklaşık gece yarısı bire kadar sürdü. Ardından son bulan hareketler gece boyunca bir daha görülmedi. *Dolayısıyla bu faaliyetler L-DOPA tedavisine başlanmadan önce halihazırda var olan bir olgunun tekrardan vurgulanmasıydı.* Aşırı hareketlilik Bay P.'nin günlük döngüsünde de görülüyordu ve her akşam aynı faaliyetler ortaya çıkıyordu – L-DOPA'nın dozu ve zamanlaması ne denli değiştirilirse değiştirilsin bu döngü sürüp gidiyordu. Örneğin, çiğneme hareketleri her akşam 6 ya da 7 civarında başlıyor ve uykusunda da gece yarısına kadar sürüp ardından son buluyordu.

10 Haziran civarında, açgözlülük ve önüne konan yiyecekleri silip süpürürcesine yiyip yutma olarak tanımlanabilecek yeni bir bulgu ortaya çıktı. Ağzına herhangi bir yemeği koyar koymaz dayanılmaz bir arzuyla ve olabildiğince hızlı bir biçimde önündeki yemeği avuçlayıp, ısırp, silip süpürmek istiyordu. Bay P. elinde olmayan bir dürtüyle ağzına alabildiği kadar yemeği tıkıp doldurmak ve ağzındakileri hınçla çiğnemek zorunda hissediyordu. Ağzındaki lokmaları yutsa dahi çiğnemeler devam ediyordu ve tabağındaki yemekler bittiği zaman parmaklarını ya da peçeteyi hâlâ şiddetle çiğnemeye devam eden ağzına sokuyordu.

Haziran'ın üçüncü haftasında (günlük L-DOPA dozu aynı kalmıştı), daha kaygı verici özelliklere sahip bulgular ortaya çıktı. Bu bulgularda ajitasyon, takılıp kalma ve anlamsız hareketlerin sürekli tekrarı ön plandaydı. Bay P. günlerinin büyük bir kısmını sandalyesinde ileri geri sallanarak ve ritmik bir biçimde nakaratları sürekli tekrarlayarak şarkı söylemekle geçiriyordu: "Ben çılgınım, ben çılgınım, ben çılgınım... Eğer bu Tanrının ce-

* Başkalarının sözcüklerini sürekli ve zoraki bir biçimde tekrarlayıp durmak (ç.n.)

zası yerden çıkıp gitmezsem, çıldıracağım, çıldıracağım, çıldıracağım!” Diğer zamanlarda ise monoton, süregelen bir biçimde ve ağzında geveleyip, mırıldanarak saatlerce şarkı söylüyordu. Her geçen gün, takılıp kalma ve anlamsız hareketlerin tekrarı giderek artıyordu. 21 Haziran’da, kelimeleri sürekli tekrarlamaya başlayan Bay P.’nin konuşması iyice güçleşti. Bu dönemde endişe (çıldırma ve kaos korkusuyla birlikte), düşmanca tavırlar ve kolayca alınma etkisi altına girdiği duygulardı. Ne zaman bir başka hastanın pencereden baktığını görse “Aşağı atlayacak, atlayacak, atlayacak, atlayacak...” diye bağırmaya başlıyordu. Daha önce pasif, bağımlı ve acınacak tavırları varken şimdi saldırgan, kavgacı ve huysuz bir tavır takınmıştı, ama her şeye rağmen ölçülüydü şakayla ve tebessümle karışık bir hava yaratarak bu tavırlarını kabul edilebilir kılıyordu. Bu dönemde, tekrarlayan erotik rüya ve kâbuslar, sık ve zoraki mastrübasyonlar, (saldırgan ve süregelen bir tutumla birlikte) yüksek sesle küfür etme, pornografik ve müstehcen nakaratlar içeren şarkılar mırıldanma eğilimiyle kendini gösteren güçlü cinsel dürtüler devam etti.⁷⁵

21 Haziran’da, Bay P. gözlerinin hareket halindeki her objeye takıldığından şikâyet etti ve ancak elini gözlerinin önünde tutarak bakışlarını “kaçırabildiğinden” bahsetti. Bu ilginç olguyu çevresindekiler de kolayca gözlemleyebiliyordu. Bir defasında odaya bir sinek girdi ve Bay P.’nin tüm dikkatini üzerinde topladı; bakışları sineğe “kilitlendi” ve gözleri, karşı konulmaz bir biçimde sinek nereye uçarsa onunla birlikte hareket etmeye başladı. Bu bulgu daha da belirgin hale geldikçe, Bay P. bakışlarını kendisinde toplayan obje her ne ise, tüm dikkatini buna yoğunlaştırmak zorunda olduğunu fark etti. Bu olguya “büyülenme,” “tılsımlanma” ya da “büyücülük” yakıştırmasını yapmıştı. Bu dönemde Bay P.’nin “yoklama ve yakalama refleksleri” (ki bu refleksler L-DOPA tedavisi öncesinde de vardı, fakat belirti ortaya koyamayacak kadar hafifti) de aşırı bir hale geldi ve ellerini dokundurduğu her şeyi zorla kavrayıp, elleme dürtüsüne neden oldu.

Haziran ayında belirgin hale gelen bir başka bulgu ise solunum faaliyetinde görülen değişikliklerdi. Bu faaliyet sık ve ani,

tik benzeri nefes almalar, zaman zaman burun çekme ve sürekli bir öksürmeye dönüşmüştü – tüm bunlar tıpkı çığneme ve elleme dürtüleri gibi akşamları ortaya çıkıyordu ve L-DOPA'nın dozu ve zamanlamasından öte kendi içgüdüsel ritmiyle alakalıydı.

Bay P.'yi hem duygusal hem de faaliyet yönünden zorlayan aşırı heyecanlanmaları ve süreklilik gösteren bu dürtülerin esiri olmasını göz önünde bulundurarak, L-DOPA'nın dozunu günlük 1,5 gr.'a düşürdüm: hareketlerinin uyarılmasına ilişkin belirtiler kesintisiz sürdü ve dolayısıyla L-DOPA'ya haloperidol* katmaya (günde toplam 1,5 gr.) ve etkilerini gözlemlemeye karar verdik. Taşkınlık ve akatezi hali devam edince L-DOPA'nın dozunu bir kez daha düşürdük. Günde 1 gr. gibi düşük bir L-DOPA dozunun bile, aşırı tükürük salgılaması pahasına olsa da, yeterli konuşma ve hareket faaliyeti sağlayabilmesi beni şaşırttı. Daha yüksek bir doza dönüldüğünde, bu anında aşırı bir hareketlenmeye neden oluyordu. Temmuz ortasına gelindiğinde, L-DOPA'ya verdiği tepkileri olabildiğince doğru tahmin edebiliyorduk ve bu tepkileri aşağıdaki çizelgeye aktardık:

Günde 1,5 gr.

Günde 1 gr.

Güçlü ses ve hareketlilik

Orta şiddette ses ve hareketlilik

Heyecanlı, yerinde duramıyor, uykusuz

Heyecan, akatezi ve uykusuzluk görülmedi

Ağızda çok az sulanma

Ciddi boyutta ağız sulanması

Belirgin tikler ve süreğen hareketler

Tik ya da süreğen hareketler görülmedi

Haloperidolun, L-DOPA'nın gösterdiği etkiye *tümüyle* zıt bir etki yaptığı açıkça ortadaydı ve L-DOPA'nın dozunun azaltılmasıy-

* Bir tür yatıştırıcı ilaç. (ç.n.)

la ortaya çıkan etkilerden ötürü ayırt edilemiyordu. 1 gr. gibi minimal bir günlük dozda dahi, ani ve geçici kriz ve ritmik faaliyetler hâlâ meydana gelme eğilimi gösteriyordu. Özellikle dikkat çekici olan şey, günlük doz 1 gr. olmasına rağmen her akşam meydana gelen ani “uyanmalar”dı – yüzüne renk geliyor, gözleri parlıyor ve göz hareketleri hızlanıyor, sesi daha yüksek çıkmaya başlıyor; güçlü, cana yakın, cinsel içgüdüleri hareket geçmiş manik-katatonik bir akatezi hali yaşamaya başlıyordu – bu dönüşüm çoğunlukla bir dakikadan daha az bir sürede meydana geliyordu; aynı ölçüde akut (ve ilacın dozuyla bağlantılı, basit etkilere yorulması aynı ölçüde zor) bir başka dönüşüm de tersine değişimdi. Bu da kendi kabuğuna çekilmiş, sessiz, akinetik bir hale bürünmesiydi. Dolayısıyla, Temmuz ortasına gelindiğinde çok şiddetli herhangi bir post-ensefalitik Parkinson vakasını tedavi etmek gibi bir sorunla yüz yüze geldik: had safhada dengesiz bir sinir sistemine sahip, *tüm* davranış ve hareketleri bir uçtan diğerine salınan, ya hep ya hiç özelliği taşıyan bir hasta için ortaya konabilecek en iyi, en uzlaşmacı tedavi yöntemi neydi?

1969-72

Geçen üç yılda Bay P. günlük 1 gr. L-DOPA dozuna devam etti. İlacın tek bir dozunu almadığı ya da ilaca bir gün bile ara verdiği takdirde derin bir uyuşukluk ve koma haline giriyordu. 1969 baharında, gün içerisinde yaşadığı süreç, heyecanlı-patlayıcı ve engelleyici-içe çökme halleri arasında neredeyse eşit olarak bölünmüştü. Bir halden diğerine adeta bir yo-yo gibi salınıp duruyordu ve her geçiş otuz saniye sürüyordu. Heyecanlı halleri yaşarken Bay P. yoğun bir konuşma ve hareket arzusu sergiliyor ve her türlü uyarılmaya karşı da aynı açlığı hissediyordu. Bunların arasında okuma açlığı da vardı ve üç yaşından beri Parkinson hastası olduğu göz önünde bulundurulursa, üç aylık bir sürede bu yönde kayda değer adımlar atmıştı; artık gazetelerin manşetlerini ve konu başlıklarını okuyabiliyordu.

1970 yılının başlangıcından beri, Bay P.’nin L-DOPA’ya verdi-

ği olumlu tepkiler azaldı ve Parkinsonlu ya da “hüzünlü” dönemleri heyecanlı-cana yakın hallerini gölgelemeye başladı. Onunla iletişim kurulabilen dönemler de sadece heyecanlı ve canayakın halde olduğu dönemlerdi. Nadiren, sadece ayda bir ya da iki kez “normal” ya da *arada* bir hal ve tavır sergilemekte ve bu haller de yalnızca birkaç saniye ya da dakika sürmekteydi.

Bir başka sorun ise giderek artan bir oranda uyuşukluk ya da uyku benzeri hallerin, el kol hareketleri, tikler, anlamsız konuşmalar ve başkalarının sözcüklerini tekrarlamalarla birlikte artmasıydı. L-DOPA’nın dozunu arttırsak da azaltsak da bu tür haller şiddetlendi. Birkaç kez amantadinin etkilerinden faydalanmaya çalıştık – bu ilaç bazı hastalarda L-DOPA’ya verilen patolojik tepkileri azaltmakta ve (geçici de olsa) L-DOPA’nın tedaviye yönelik etkilerini ön plana çıkarmaktadır. Fakat ne yazık ki amantadine Bay P’deki patolojik ve bilinç uyuşmasına yönelik tepkileri ağırlaştırdı.

Ailesiyle birlikte olduğu ve bazı hafta sonlarını ve tatilleri evde geçirdiği dönemlerde ruh hali ve vücut fonksiyonları çok olumlu bir gidişat göstermektedir. Bay P. özellikle kardeşinin kır evindeki müzik setini ve havuzu çok seviyor. Havuzu bir boydan bir boya yüzmesi ve sudayken Parkinsonizminin büyük ölçüde azalması kayda değer; kuru zeminde hareket ederken hiçbir zaman başaramayacağı bir rahatlık ve akıcılıkla suda yüzebilmektedir. Özellikle bağımlısı olduğu *opera buffa*’yı müzik setinde dinlerken fazla bir gayret göstermeden hareket edebilmektedir; müzik dinlerken bir taraftan şarkı söylüyor, eliyle bir orkestrayı yönetirmişçesine hareketler yapıyor ve zaman zaman da dans ediyor. Böyle anlarda ortaya koyduğu belirtiler de en aza iniyor. Fakat Bay P’nin en sevdiği şey, sundurmada oturup, evin bahçesindeki vahşi doğayı ya da New York’un taşrasının göz alabildiğine uzanan manzarasını seyretmek. Bay P. hastaneye her geri dönüşünde yoğun bir üzüntü yaşıyor ve hep aynı duygu ve düşünceleri ifade ediyor: “Bu lanet olası yerden kurtulmak ne büyük bir rahatlama!.. Doğduğumdan beri bir yerlere kapatıldım... Doğduğumdan beri bu hastalık beni hapsetti... Böyle bir hayatı yaşamak kolay değil... Neden sanki küçük bir çocukken geberip gitmedim ki?.. Buradaki yaşamımın anlamı

ve faydası ne?.. Hey, Doktor! L-DOPA'dan gına geldi – hemşirelerin kilit altında tuttuğu dolaptaki şu gerçek haplardan bir tanesine ne dersin?.. *Ötenazi* hapı ya da adı her neyse... Doğduğum günden beri o hapa ihtiyacım var.”

Sonsöz

Uyanışlar’ın Amerika’daki ilk baskısında Rolando P.’nin hikâyesine şöyle bir dipnot ekledim: “1973 yılının başlarında Rolando P. elden ayaktan düşerek, iğne ipliğe döndü ve yaşamını yitirdi. Frank G. ve diğerlerinde olduğu gibi *ölüm sonrasında* yapılan tetkiklerde ölüm nedeni ortaya konamadı. Bu hastaların umutsuzluktan ve çaresizlikten ötürü öldüklerine dair içimdeki şüpheyi atamıyorum. *Görünürdeki ölüm* nedenleri (kalp krizi ya da her neyse) sadece aranan *ölüm* nedeninin sonunda bulunmasına yarayan bir araçtı.” Bu üstü kapalı dipnot birçok soruyu gündeme getirdi. Dolayısıyla Rolando’nun son günlerinde yaşadığı sürecin izini sürmenin ve ölümündeki olası etmenleri daha doyurucu ve daha net bir biçimde açıklamanın gerekli olduğunu düşündüm.

Rolando P.’nin annesi son derece anlayışlı ve oğluna derinden bağlı biriydi: bu nedenle, ona akıl hastası ya da deli damgası yapıştırmak isteyenlere karşı oğlunu küçük yaşlarından beri koruyordu. İlerlemiş yaşına ve artrit rahatsızlığına rağmen hiç aksatmadan her Pazar günü Rolando’yu ziyarete geliyordu. Fakat 1972 yılının yazına gelindiğinde Bayan P.’nin artrit rahatsızlığı o denli ilerlemişti ki artık hastaneye gelebilmesi mümkün değildi. Ziyaretlerinin son bulmasının ardından Rolando şiddetli bir ruhsal çöküntü yaşamaya başladı – iki ay boyunca keder, hasret, depresyon ve öfke duyguları birbirine karıştı ve bu dönemde on kilo kaybetti. Neyse ki bu kaybın acısını kadromuzdaki psikoterapistlerden biri hafifletti. Bu hanım, mesleki becerileriyle, insan sıcaklığını ve sevgisini bir araya getirebilmiş, son derece sevecen biriydi. 1972 yılının Eylül ayında Rolando P. onunla çok yakın ve “bağımlı” bir ilişki geliştirerek, öncesinde annesinden gördüğü ilgi ve şefkati onda buldu; bu iyi kalpli kadın, sıcak-

lığı ve bilgeliği sayesinde bu anne rolüne hakiki, içten ve kayıtsız şartsız sevgi duygularıyla ve hiçbir pot kırmadan soyundu; gerçekten bu ie kendisini öylesine adanmıştı ki sık sık hafta sonları ya da akşamları yanına gelip Rolando’nun son derece gereksinim duyduğu zamanı ve sevgiyi veriyordu. Bu sevecen ve iyileştirici etki altında Rolando’nun yaraları kapanmaya başladı. Artık daha sakin, iyi huylu biriydi. Kilo almıştı ve daha iyi uyuyordu.

Ne yazık ki, Şubat ayının ilk günlerinde çok sevdiği psikoterapisti, Senato’nun son dönemde ngördüğu bütçenin kısıtlı olmasından ötürü (hastane kadrosunun neredeyse üçte biriyle birlikte) işinden alındı. Rolando’nun ilk tepkisi inkâr ve inanamaz bir tavırla birlikte gelen afallarcasına yaşadığı bir şoktu. Bu dönemde yeni “annesi” hariç herkesin işten atıldığına ve bir çaresinin bulunup onun hastanede kaldığına ilişkin rüyalar görüyordu. Yüzünde bir tebessümle bu tatlı-sert rüyalardan uyanıyor ve ardından da gerçeğin farkına varıp kederli gözyaşları döküyordu. Fakat bilinçli tepkileri rüyalarından farklıydı – bu tepkiler son derece “duyarlı” ve “akılcı”ydı. Başını sallayarak “Olur böyle şeyler. Çok talihsiz olaylar, fakat elden ne gelir... İş işten geçtikten sonra ağlamanın faydası yok... İnsan yoluna devam etmeli – ne olursa olsun, hayat devam ediyor...” diyordu. Bu bilinç ve akılcılık düzeyinde Rolando, kaybı “ne olursa olsun” bununla yaşamaya kararlı gözüküyordu; fakat bana öyle geliyordu ki daha derinlerde hiçbir zaman kapanamayacak bir yarayı barındırıyordu. Bir zamanlar onu kurtaran yeni bir annesi vardı. Fakat artık o gitmişti ve bir başkasının onun yerini doldurması ihtimali de yoktu; Rolando üç yaşından beri çok hasta ve bağımlı biriydi – zekâsı yetişkin bir adaminkinden farksızdı, fakat küçük bir ocuk gibi bakıma muhtaçtı. Spitz’in ünlü çalışmalarını düşündükçe, yaşamını sürdürebilme şansının az olduğunu hissediyordum.⁷⁶

Şubat ortasına gelindiğinde Rolando keder, depresyon, korku ve öfkeyle yoğrulmuş bir ruhsal çöküntü içerisine girdi. Sürekli, kaybettiği sevgi odağının hasretini çekiyordu; gözleri devamlı onu arıyor ve başkalarını onunla “karıştırıyordu”; tekrarlayıp duran, kederli bir acıyla birlikte rengi soluyor, göğsü

sıkışıyor, yüksek sesle ağlayıp, inliyordu. Bu keder ve hasret duygularına, şiddetli ihanet hisleri de eklenince, kaderine, hastaneye ve kadına hiddetlenip lanet ediyordu. Bazen ona “vefasız sürtük” diye küfürler savuruyor, bazen de kinini onun uzaklaşmasından sorumlu tuttuğu hastaneye kusuyordu; yakınma ve küfürle dolu bir dünyada eziyet çekiyordu.

Şubat’ın sonuna doğru durumunda tekrar değişiklikler oldu. Etrafına karşı adeta bir ceset kadar duyarsız, durgun, iletişim kurmanın mümkün olmadığı biri haline geldi; tekrar ağır bir Parkinson hastasına dönüşmüştü, fakat bu fizyolojik Parkinson maskesinin altında, daha acıklı bir çaresizlik ve umutsuzluk maskesi saklıydı; iştahını kaybetmişti ve yemek yemiyordu; ne bir umut ne de bir pişmanlık ifadesi ortaya koyuyordu; geceleri uyumuyor, boş gözlerle etrafı seyrediyordu. Ölmek üzere olduğu ve yaşama arzusunu kaybettiği açıkça görülüyordu...

Mart başlarında yaşanan bir olay aklımdan çıkmıyor: “Organik bir hastalığı” olabileceği telaşına kapılan doktor kadrosu (ruhunda kopan çaresizlik ve umutsuzluk fırtınasını görmezden gelen bir halleri vardı), bir dizi teste tabi tutmak amacıyla Rolando’yu hazırladılar. O sabah üzeri şırıngalar ve kan tüpleriyle dolu teşhis ünitelerinin bulunduğu servis arabasıyla birlikte, beyazlara bürünmüş telaşlı bir teknik eleman geldiği sırada ben de koğuştaydım. Rolando ilk başta pasif ve duyarsız bir ifadeyle, kan vermek için kolunu uzattı. Fakat sonra akıl almaz bir öfkeyle patladı. Servis arabasını ve teknik elemanı sert bir hareketle iterek haykırdı: “Tanrının cezaları neden beni kendi halime bırakmıyorsunuz? Bu duygusuz testleriniz ne işe yarıyor? Sizin gözünüz kulağınız yok mu? Kederden ölmek üzere olduğumu görmüyor musunuz? Tanrı aşkına bırakın da huzur içinde öleyim!” Bunlar Rolando’nun ağzından çıkan son sözlerdi. Dört gün sonra uykusunda, bilinci kapalı bir haldeyken yaşamını yitirdi.

Miriam H.

Bayan H. 1914 yılında, son derece dindar bir Yahudi ailesinin ikinci çocuğu olarak New York'ta dünyaya geldi. Doğumunun ardından altı ay içerisinde hem annesini hem de babasını kaybetti. Bu, hayatında karşılaşacağı birçok uğursuzluğun ilkiydi. Henüz küçük bir çocukken ablasının yanından alınıp Queens'deki eski bir yetimhaneye gönderildi. Tıpkı Oliver Twist'in hikâyesinde olduğu gibi bu yetimhanede bulamaç gibi yemekler ve tehditlerle büyüdü. Küçük yaşlarından itibaren erken gelişim gösterdi ve on yaşından itibaren kendini okumaya verdi. On bir yaşındayken birinin onu köprüden aşağı itmesi sonucu, her iki bacağı, leğen kemiği ve sırtında kırıklar meydana geldi. On iki yaşında ise şiddetli bir *encephalitis lethargica* hastalığına tutuldu – iki yüzü aşkın çocuğun kaldığı yetimhanedeki tek vaka oydu. Altı ay boyunca öylesine hareketsiz ve yavaştı ki, yemek ve diğer ihtiyaçları için yataktan kaldırılmadığı sürece gece gündüz uyuyordu. Daha sonraki iki yıl boyunca sık sık, şiddetli narkolepsi, uyku felci, kâbus, "hayal görme" ve uykusunda konuşma halleri yaşadı. Bu uyku bozukluklarını Parkinsonizm izledi. Böylece on altı yaşına geldiğinde Bayan H.'nin sol tarafında katılaşma, büzlülüp küçülmüş bir sol eli ve beden duruşunda anormallikler vardı. Düşünceleri ve konuşması had safhada telaşlı ve hızlıydı. Hastalığı mükemmel zekâsına zarar vermemişti ve bu sayede liseye devam edip, bitirdi. On sekiz yaşına geldiğinde hastalığı öylesine ilerlemişti ki yetimhaneden Mount Carmel'e transfer edildi. Bu nedenle "dış" dünyaya dair görüp yaşadıkları sadece

kitaplardan okudukları ve söylencelerden duyduklarıyla sınırlı kaldı.

Daha sonraki otuz yedi yıl boyunca hastalığı yavaş fakat olumsuz bir seyir izledi. Tek yanlı Parkinson özelliğinde bir katılaşma ve akinezinin yanında, sol bacağına spazm ve zayıflama, sağ bacağına ise çocukken geçirdiği köprü kazasına bağlı olarak gelişen kısılma ve deformasyon vardı. Tüm bu zorluklara ve bunların üzerine eklenen denge sorunları, hareket ve konuşmalarında görülen belirgin hızlılığa karşın Bayan H. 1966 yılına dek koltuk değneklerinin yardımıyla yürümeyi başardı. Telaşlı ve hızlı konuşmasının dışında ciddi boyutlarda çiğneme hareketleri görülüyordu. Bu arada, kendine olan saygısını yitirmesine ve çok üzülmesine neden olan hipotalamus bozuklukları yaşamaya başladı. Bu rahatsızlık giderek onu bas-kısı altına almaya başlamış, vücudunda aşırı kılınmaya ve sivilcelere, obeziteye varacak ölçüde kilo almasına, şeker hastalığına ve tekrarlayan peptik ülsera yol açmıştı. Bu yıllarda ne denli itici ve çirkin biri olduğunun farkına vardıkça, inzivaya çekilip yalnız bir hayat sürdürerek, giderek daha çok kitaplara gömüldü. Hastalığının ilk yıllarında, Bayan H. vücudunun sol tarafına aniden bir kriz gibi gelen, onu acıya ve korkuya boğan ve birkaç saat sürüp birdenbire dinen ağrılardan şikâyetçiydi; yıllar sonra ona bu ağrıları sorduğumda, o çok sevdiği Charles Dickens'vari örneklerden biriyle cevap verdi: "Bana sürekli *neremin* ağrıdığını soruyorsunuz. Benim ise size verebileceğim tek cevap Bayan Gradgrind'inkiyle aynı olacaktır: 'odada bir yerlerde bir ağrı olduğunu hisseder fakat tam olarak bu ağrının bana ait olup olmadığına emin olamazdım.'" 1940 civarında bu krizlerin dinmesiyle birlikte Bayan H.'nin vücudunun sol tarafı, acıya karşı son derece duyarlı hale geldi.

1945 yılına dek, Bayan H. şiddetli depresyon ve öfke nöbetlerine eğilimli biri oldu. Fakat bunlar yavaş yavaş daha durgun ve duyarsız depresyonlara dönüştü. Bayan H. bu dönüşümle ilgili şöyle demişti: "Uyku hastalığının ardından kontrol edilmesi çok güç, öfkeli bir mizaç ortaya çıktı. Fakat hastalığım sayesinde bu mizacımlı *ehlileştirdim*." Ensefalitis hastalığının ardından sabırsızlık ve telaş eğilimleri de meydana geldi. Öyle ki hüsrana

uğradığı zamanlar ani ve şiddetli çılgınlık atıyordu. Fakat bu da geçen yıllarla birlikte yatıştı. Bayan H. bu çılgılık krizlerinden biraz mahcubiyetle bahseder: “Bu adeta içimde birikip birden-bire bir patlama gibi dışarı vuruyordu. Bazen çılgılık attığımın farkına dahi varmıyordum; bu çılgınlara neden olan şeyin benim dışımda gelişen ve kontrol edemediğim bir şey olduğunu hissediyordum. Sonrasında ise berbat hissediyor ve kendimden nefret ediyordum.”

Zaman zaman meydana gelen bu öfke ve çılgılık nöbetlerinin dışında Bayan H. nefret ve suçlama hislerini içselleştirerek kendi kendine –ya da Tanrıya yöneltmişti. “İlk başlarda herkes-ten nefret ediyor ve intikam hisleriyle yanıp tutuşuyordum. Her nasılsa, etrafımdaki insanların hastalığımdan sorumlu oldukla-rını hissediyordum. Sonra çaresizlikle hastalığıma boyun eğip, bunu Tanrı’nın bir cezalandırması olarak kabullendim,” diyor-du. Ensefalitis hastalığını hak edecek bir şey yaptığına inanıp inanmadığını ve neden böyle bir cezaya çarptırılmış olabileceği-ni sorduğumda ise şöyle yanıtladı: “Hayır, özellikle kötü bir şey yapmış olduğuma inanmıyorum. Kötü bir insan değilim. Fakat onca insan arasından ben seçildim. Sebebini bilmiyorum. Tanrı anlaşılmaz ve gizemlidir.”

Bu kendi kendini suçlama ve depresyon duyguları, Bayan H.’nin mustarip olduğu istem dışı göz krizleri sırasında daha da ağırlaştı. 1928 yılında başlayan bu krizler, her Çarşamba gayet düzenli bir sıklıkta meydana gelmekteydi; öyle ki Çarşamba günleri gelip bu krize tanıklık etmek isteyen öğrencilerimi her zaman organize edebiliyordum. Bununla birlikte bu krizlerin zamanlamasını bir ölçüde ayarlamak mümkündü. Bir defasında Bayan H.’ye öğrencilerimin Çarşamba günü değil Perşembe günü gelebileceklerini söyledim. Bunu üzerine “Tamam. O zaman krizi Perşembe’ye ertelerim,” dedi ve öyle de yaptı. 8 ila 10 saat süren krizleri sırasında, vücuttaki yay şekilde gerilme olmamasına rağmen Bayan H. “zoraki bir dürtüyle gözlerini tavana dikmek zorunda kalıyor”, tekerlekli sandalyesini kullanamıyor ve sadece fısıldayarak konuşabiliyordu. Kriz boyunca kendi ifadesiyle “huysuz... kederli ve yaşamdan nefret eder” bir hale geliyordu. Otuz yedi yıldır bir hastaneye tıkilıp kalmış, ne ailesi

ne de dostları olan bu hasta ve çirkin kadın, saplantılı bir biçimde içinde bulunduğu berbat durumu derin derin düşünüyor ve kendine soruyordu: "Neden ben? Ne günahım vardı? Neden cezalandırılıyorum? Hayat bana karşı neden bu kadar adaletsiz? Devam etmenin anlamı ne? Neden kendimi öldürmüyorum?" İnsanın içinden okuduğu bir dua gibi, bu düşünceler krizler esnasında aklından hiç çıkmıyordu. Kafasında sürekli tekrarlıyor ve diğer düşüncelere yer vermeyecek bir biçimde baskıcı, buyurgan bir hal alıyordu. Krizler sona erdiğinde Bayan H. "biraz olsun keyifleniyor" ve kendine geliyordu. Belki de her şey o kadar da kötü değildi. Bu krizlerin yanı sıra, zaman zaman da onlarla birlikte meydana gelen sayma nöbetleri vardı. Bayan H.'yi olağanüstü bir hesap makinesine döndüren ve özellikle geceleri ortaya çıkan bu nöbetler esnasında düşünmeyi kesip, uyuyana dek belirli bir sayıya kadar (örneğin 95.000) sayma ya da 7'nin on beşinci kuvvetini hesaplama gibi dürtüler meydana geliyordu. Özellikle Jelliffe'in hastalarından birinde olduğu gibi, zaman zaman göz krizleri esnasında saymaya başlıyor ve hedeflediği sayıya ulaşmadan kriz sona ermiyordu; eğer böyle anlarda sayarken dikkati dağılırsa 1'e dönüp tekrar baştan saymak zorunda kalıyordu; önceden kafasında belirlediği hedefe ulaşır ulaşmaz, krizler o anda birdenbire kesiliyordu.⁷⁷

Birçok nörolojik ve nöro-endokrinolojik sorunlarına ve onu sık sık baskı altına alan umutsuzluk duygularına rağmen, Bayan H. 1967'ye dek hastalıklarına karşı cesurca mücadele verdi. Gerek koğuştta ve gerekse de sinagogla ilgili dini konularda faal, hastanede düzenlenen felsefe ve diğer konulara ilişkin seminer ve derslerde katılımcı bir rol üstlendi. Her türden kitabı okuyor ve güncel konularla yakından ilgileniyordu. 1967 yazındaki muazzam sıcakların ardından –o yıl post-ensefalitik hastalarımızı perişan eden yüksek ateş ve ısı çarpmasından korkup, bu dönemde anti-Parkinson ilaçlarla yapılan tedaviyi kesmiştik– Bayan H. nörolojik ve duygusal bir gerileme yaşadı. Sol kolu had safhada katılaştı, tekerlekli sandalyeye mahkûm oldu ve duyar-sızlaştı. Kazandığı tüm motivasyonu kaybetmiş görünüyordu. Bütün gün hiç kıpırdamaksızın sandalyesinde oturup, donuk bir ifadeyle karşısındaki duvara bakıyordu. Anti-depresan ilaç-

lar bu durumu çok az değiştirmişti. Bir süre ara verip tekrar kullanmaya başladığı kabuklu deniz hayvanlarından elde edilen ilaçlar tükürük salgılamasını azaltsa da diğer yönlerden faydalı olmamıştı. İlk kez L-DOPA tedavisine başlayacağımız dönemde, ona tedavi edilemez ölçüde hasar görmüş, "kenara itilmiş" bir hasta olarak bakılıyordu.

L-DOPA'dan Önce

Bayan H., 1969 yılının Mayıs ayında, L-DOPA tedavisinden hemen önce muayene edildiğinde, son derece şişman, yüzü kıllarla kaplı, vücudunun sivri kısımları ve kemik uçları kalınlaşmış, tekerlekli sandalyesinde hareketsiz oturan, çökmüş ve duyarsız bir hastaydı. Büyük ölçüde maskelenmiş yüzü, herhangi bir duygusal ifadeden yoksundu. Görünüşü ve davranışlarındaki donukluk ve umutsuzluk, aylardır temizlenmemiş ve neredeyse saydamlığını yitirmiş gözlüklerinin ardındaki şişmiş, miyop gözlerinden okunuyordu. Gözlüklerini çıkardığında, donuk bir ifadeyle boşluğa bakan gözlerinde bazen had safhada akinetik hastalarda tek hayat belirtisi olarak görülen dikkatli bakışlar dahi yoktu. Gözbebekleri küçülmüştü ve boyutları birbirinden farklıydı (sol gözbebeği biraz daha büyüktü). Bakışlarını tek bir noktaya toplayamasa da, göz hareketleri normaldi. Göz kırpıştırma görülme-se de, iki kaşın birleştiği noktaya yapılan uyarı ya da görsel odaklama gözkapaklarının uzun süre güçlü bir şekilde kapalı kalmasına neden oluyordu. Cildi yağlıydı ve sivilceler her tarafa yayılmıştı. Ciltteki yağlanmaya bağlı olarak deri iltihabı söz konusuydu ve özellikle vücudunun sol tarafında aşırı terleme meydana geliyordu.

Tıkanmayla, had safhada hızlı konuşmalar arasında gidip gelse de, Bayan H.'nin sesi net ve anlaşılırdı. Her cümle aniden, bir jet hızıyla ağzından çıkıyor ve hemen ardından sesi kayboluyordu. Konuşma şiddeti ve ritmindeki bu düzensizliğin yanı sıra zaman zaman hırıltı şeklinde çıkan solunum ve ses tikleri vardı, bu da kolayca anlaşılır ve tutarlı bir şekilde

konusmasına engel oluyordu. Nefesi zar zor duyuluyor, fakat zaman zaman derin nefes alma dürtüleri meydana geliyordu. Tükürük salgılaması artmış olsa da, gerçek anlamda bir ağız sulanması söz konusu değildi. Dilini dudak hizasından ileri çıkartamıyordu ve sadece yavaş ve titrek bir biçimde sağa sola hareket ettiriyordu. Hızlı bir biçimde dilini hareket ettirmesini istediğinizde ağzı kıvrılıp, bükülüyordu. Dikkatini yoğunlaştırmadığı zamanlarda, ara sıra çiğneme hareketleri yapıyordu ve bunlar (sonraları gözlemleme fırsatı bulmuştum) özellikle, gecenin ilk saatlerindeki uykusu sırasında sürüp gidiyordu. Bayan H. çarpıcı bir tek taraflı katılaşma ve akinezi sergiliyordu ve vücudunun sol tarafı çok daha şiddetli etkilenmişti. Sol kol son derece katılaşmış durumdaydı ve tek başına neredeyse hareket kapasitesi kalmamış olan elinde distonik şekil bozukluğu ve büzülme vardı. Sağ koldaki katılaşma çok az artmıştı ve akinezi ortaya çıkıp, süregelmeden önce, sağ eliyle altı yedi kez yumruk sıkma hareketi yapabiliyordu. Sırtta meydana gelen had safhadaki katılaşma nedeniyle boyun ve vücut kasları neredeyse hiç hareket edemiyordu. Vücudunun sol tarafının tümü, hipaljezi* ile birlikte yoğun hiperpati ve acıya karşı aşırı tepki gösteriyordu. Bacaklarda spastisite ve üst modor nöron tipi güçsüzlük vardı: tüm tendon refleksleri normalin çok üstünde artmıştı ve ayak tabanı cevapları her iki tarafta ekstensordu. Bayan H. oturduğu sandalyeden kalkmakta epey zorlanıyordu ve yardım edilse dahi ayakta duramıyor ve yürüyemiyordu. Görünümü bu denli itici ve acınacak bir hastada ani zekâ ve çekicilik pırıltılarının su yüzüne çıkmasını gözlemlemek hayret verici bir deneyimdi. Zira çoğu zaman bunlar "tıkanma"nın meydana getirdiği had safhada bir içe kapanıklık nedeniyle ortaya çıkamıyordu; öyle ki, aslında Bayan H.'yi yakından tanımayanlar, çoğunlukla onun zihin özürlü olduğunu düşünüyordu.

* Ağrıya karşı duyarlık azalması (ç.n.)

L-DOPA tedavisi 18 Haziran 1969'da başlatıldı. Tedavinin ilk haftasında hiçbir değişim gözlemlenmedi ve bir taraftan ilacın dozu yavaş yavaş arttırılırken, Bayan H., ilk günlerdeki kullanıma bağlı olarak ortaya çıkan mide bulantısı, baş dönmesi ve sıkça yaşanan diğer belirtilerden şikâyetçi olmadı. Aşağıdakiler günlüğümden alınmış özetlerdir.

27 Haziran. Artık günlük L-DOPA dozu 2 gr.'a çıkartıldı. Bayan H. daha uyanık, neşeli ve etrafına ilgi duyar bir görüntü çiziyor.

1 Temmuz. Bayan H.'nin uyanık ve neşeli hali sürüyor. Bugün yıllardan sonra ilk defa dış görünümüyle ilgilendi ve haftada üç kez tıraş edilmesini, cilt sorunlarıyla ilgilenilmesini ve o şekilsiz hastane cüppesi yerine artık her gün elbise giyebilmeyi talep etti. Kütüphaneden okumak için bir roman istetti –iki yıldır okuma arzusunu yitirmişti– ve ayrıntılı ama her geçen gün irileşen bir el yazısıyla günlük tutmaya başladı. Şimdi sol kolunda gözle görülür bir çözülme var ve Bayan H., adeta taşlaşmış kolunun “kaslarını geliştirmek” amacıyla bir dizi idman planladı. Parmaklarının her birini hâlâ ayrı ayrı hareket ettiremese de, artık sol elini rahatlıkla açıp kapayabiliyor. Tedaviye yönelik bu olumlu tepkileri ve herhangi bir ters etki meydana gelmeyişi göz önünde bulundurarak, ilacın günlük dozunu 3 gr.'dan 4 gr.'a çıkarmaya karar verdim.

9 Temmuz. Şimdi birtakım olumsuz etkiler ortaya çıksa da, ilacın dozunun artmasıyla birlikte Bayan H.'nin durumu daha da iyiye gitti. Neyse ki bu olumsuz etkilerin hiçbiri ciddi boyutlarda değil. Fizyoterapi sayesinde sol kolu daha becerikli bir hale geldi ve parmaklarını ayrı ayrı hareket ettirebilmesi artık mümkün: Diğer hareketlerin yanı sıra Bayan H. bu sayede çatal ve bıçağı normal bir biçimde kullanabiliyor, şekerleme ve çikolataların (aşırı şişmanlığına ve şeker hastalığına rağmen bunların bağımlısı olmuştu) ambalajlarını çıkarabiliyordu.

Bütün bunların dışında Bayan H. daha fazla ilgi bekleyen, sabırsız biri oldu; artık ihtiyaçlarını yüksek sesle duyuruyor. Eğer kimse kulak asmazsa da tiz çığlıklar atmaya başlıyor. Za-

man zaman attığı bu çığlıkların kendi benliğine aykırı ve yabancı olduğunu hissedince, hemen ardından pişmanlık duyuyor ve özür diliyor. Konuşması hâlâ hızlı ve telaşlı olsa da konuşma seyri daha tutarlı ve anlaşılır. Ayrıca her cümlenin ardından gelen tutukluklar tamamen kayboldu. Hakikaten de, Bayan H. gibi konuşabilen birine hiç rastlamamıştım. Herhangi bir haber sunucusunu kolaylıkla alt edebilir, zira hiçbir heceyi yutmaksızın dakikada 500 kelime konuşabiliyor. Düşünce ve hesaplama hızıyla birleşen konuşma hızı sayesinde tıp öğrencilerim dahi onunla aşık atamıyor; örneğin 1.012 sayısından 17 sayısını seri halde çıkarmasını istediğimde bu işlemi konuşma hızıyla yapıyor.

Çiğneme hareketleri daha belirgin hale geldi. Özellikle akşamları göze batacak derecede kaba saba çiğneme hareketleri, Bayan H. uykuya daldıktan sonra da sürüyor. Fakat bunlar onun ne canını sıkıyor ne de rahatsızlık veriyor. L-DOPA'nın dozunun arttırılmasıyla birlikte ortaya çıkan tamamen yeni bir bulgu ise, sağ elini yıldırım hızıyla yüzüne götürme *tiki*. Bu hareketi saatte yaklaşık yirmi kez tekrarlıyor. Tikin ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra Bayan H.'ye bunun ne olabileceğini sordum. O da bunu neden yaptığını bilmediğini, yapmayı da arzulamadığını, amaçsız "saçma bir hareket" olduğunu söyledi. "Elimde bir gerilim oluştuğunu hissediyorum. Bir süre sonra bu gerilim öylesine artıyor ki elimi hareket ettirmek *zorunluluğu* duyuyorum." Fakat, ortaya çıktıktan sonraki üç gün içerisinde bu tik bir amaca hizmet eder hale geldi: Bu artık Bayan H.'nin gözlüklerini düzeltmek için yaptığı kendine özgü bir el hareketiydi. Gözlükleri gerçekten de yüzüne bol geliyor ve burnundan aşağı kayıyordu: Espriyle ve sezgiyle karışık bir şekilde "Gözlüklerimi tamir ettirmesek iyi olur. Yoksa bu el hareketimden faydalanmak için başka bir neden bulmam lazım," diyordu. Bu tikin kendine özgü bir hareket haline gelmesinin ona bir rahatlama getirdiğine hiç şüphe yoktu. "Saçma" bir devinim, belli bir nedene dayalı eyleme dönüşmüştü. Bayan H. her zaman "istem dışı" hareketlerini mantıklı bir gerekçe bulma eğilimindeydi; örneğin Bayan Y. gibi o da bu hareketlerin salt dürtülerden ileri geldiği fikrine tahammül edemiyordu.

21 Temmuz. Bayan H. tedavilere düzenli ve tatmin edici tepkiler vermeye devam etti – uykusuzluk çekmeden dikkatini toplayabiliyor, heyecanlanmadan eğlenip gülebiliyor, sol kolunu sorunsuz kullanabiliyor ve sol bacağındaki kasılma ve güçsüzlük aynen devam etse de şimdi fizyoterapinin de katkılarıyla, birinin yardımıyla birlikte birkaç saniye boyunca ayakta durabiliyor.

1 Ağustos. Bayan H. Temmuz ayında yaşadıklarını özetlercesine “Yıllardan beri geçirdiğim en iyi ay bu oldu,” dedi. L-DOPA’nın diğer olumlu etkilerinden biri de, kırk yıldan uzun bir zamandan beri ona düzenli olarak azap çektiren istem dışı göz hareketi krizlerinin son bulmasıydı.⁷⁸ Normal koşullarda dengeli olsa da, artık Bayan H.’nin post-ensefalitik hastalığının ilk yıllarında ortaya koyduğu tepkilerin bir özelliği olan çabuk öfkelenme halleri tekrar su yüzüne çıktı.

Ağustos ayı boyunca Bayan H. dengeli ve tatmin edici bir gelişme gösterdi ve fizyoterapinin de katkılarıyla bir kez daha ayaklarının üzerinde durup, birkaç adım atabilmeyi başardı. Bu nörolojik ve işlevsel gelişmeler kadar çarpıcı ve onu dışarıdan gözlemleyen birinin hemen fark edebileceği bir başka gelişme de Bayan H.’nin dış görünümünde ve davranışlarında meydana gelen dönüşümdü. İki ay öncesine kadar acınacak durumda, hareketsiz, duyarsız, bir kenara itilmiş, biçimsiz, sıhhsiz, beyaz hastane kıyafetinin içine tıkılmış bir hastayken şimdi, kendi tarzı olan, düzgün giyimli, tıraşlı, pudralı, makyajlı ve permalı bir kadındı. Bu yeni, gösterişli ve kendinden emin görüntüsü sayesinde ve özellikle de takdire şayan zeki ve akıcı konuşmalarını dinlerken, şişman, kemikleri kalınlaşmış ve bir parça maskelenmiş yüz ifadesine sahip halini görmezden gelmek mümkündü. Çirkin Ördek Yavrusu neredeyse bir kuğuya dönüşmüştü.

1969-72

L-DOPA tedavisinin dördüncü ayında (Eylül-Ekim 1969), Bayan H. ilacın solunuma yönelik “yan etkilerini” yaşamaya başladı (günlük doz 4 gr. olarak devam ediyordu). Bu tür etkilerin ilki,

saat sabah 6.30'da, Bayan H. uyandıktan ve günün ilk L-DOPA dozunu almadan önce başlayan ve bir saat kadar sürebilen hıçkırık nöbetleriydi. Üç hafta sonra "sinirsel" ve boğazını tıkayan ya da gıcık yapan ve tekrarlayan, tik benzeri bir öksürük ve geniz temizleme dürtüsü ortaya çıktı; bu dürtünün ortaya çıkmasıyla birlikte hıçkırıklar kayboldu. Adeta bir bulgu diğerinin yerine geçmiş gibiydi. Kasım ayının son günlerinde Bayan H. güçlükle soluma ve nefesini tutma eğilimi gösterdi. Bu bulgu da geniz temizleme ve öksürük bulgularının "yerine geçti". Bu noktadan itibaren giderek artan şiddette, Bayan D.'nin krizleriyle benzerlikler taşıyan "solunum krizleri" meydana geldi.⁷⁹ O yılın sonuna doğru Bayan H.'nin krizleri tahammül edilmez boyutlara ulaştı. Bunlar, sadece nabız ve kan basıncındaki belirgin artışları değil, yanı sıra yoğun duygusal heyecanlanmaları, konuşurken yaşadığı tıkanmaları ve Parkinsonizm ve göz krizlerinin nüks-etmesini de beraberinde getirdi.

Ayrıca bu krizler sırasında, tuhaf yüz ifadeleri takınması-na ve "tıkanıp kalmasına" neden olan zoraki ve yarı halüsinatif fanteziler ve "rüya anıları" da yaşıyordu. Örneğin Bayan H. kriz esnasında birdenbire, 1952 yılında "vahşi bir hayvan" görünümündeki bir asansör görevlisi tarafından tecavüze uğradığını ve bunun sonucunda da frengiye yakalandığını "hatırlıyordu"; sonra bu korkunç olaydan çevresindeki herkesin haberdar olduğunu ve tüm koğuşun ne kadar "hafifmeşrep" bir kadın olduğunu ve sonuçta frengiye yakalandığı yolunda dedikodular fısıldadığını "fark ediyordu". Bayan H.'nin bu düşüncelerini bana anlatacak cesareti kendinde bulması iki hafta aldı; tecavüzün gerçekten olup olmadığını sorduğumda ise "Elbette olmadı. Hepsi bir alay saçmalık. Fakat yaşadığım krizler sırasında bunları düşünmeye zorlanıyorum," diye cevap verdi. Aralık ayının sonuna gelindiğinde, krizler neredeyse sürekli hale geldi ve bu nedenle L-DOPA tedavisini durdurmak gerekti.

Aradan geçen bir aylık sürede Bayan H.'nin krizleri dindi, fakat L-DOPA tedavisi öncesindeki haline kıyasla daha yoğun bir Parkinsonizm yaşamaya başladı. Şubat 1970'te, Bayan H. bana "Sanırım tekrar L-DOPA kullanmaya hazırım. Geçtiğimiz ay içerisinde çok düşündüm ve o cinsel fantezi saçmalıklarını

da geride bıraktım. 1'e 20 bahse girerim ki artık kriz yaşamaya-
cağım," dedi. Böylece onu tekrar L-DOPA tedavisine başlattım
ve bir kez daha günlük dozu kademe kademe 4 gr.'a çıkarttım.

İlacı ilk kez kullandığı dönemdeki kadar çarpıcı olmasa da,
Bayan H.'nin yine tedaviye yönelik olumlu çabaları vardı. 1970
yılıının yazında çeşitli türde "yan etkiler" meydana gelene dek,
vasat düzeyini korudu. Bu kez yan etkiler hıçkırık, öksürük, so-
lunum güçlüğü ve diğer solunuma dair bulgulardan ziyade -Ba-
yan H.'nin öngördüğü ve bahse girdiği gibi- çoklu tikler halinde
ortaya çıktı. Bu tikler her iki kolunu da "yumruk atarmışçasına"
havada savurma ve adeta başının üzerinde vızıldayarak dolaşan
sivrisinekleri vurup ezmek istercesine tuhaf görüntüler sergi-
lemesine neden oluyordu. Temmuz ayına gelindiğinde, tiklerin
sıklığı dakikada 300 harekete çıkmıştı. Elleri ve kolları yıldırım
hızıyla, neredeyse gözle takip edilemeyecek kadar büyük bir ça-
buklukla hareket ediyordu (bu görüntüler *Uyanışlar*'ın belgesel
filminde yer almaktadır). Bu dönemde diğer faaliyetlerini sür-
dürmesi de imkânsız hale gelince L-DOPA tedavisine tekrar ara
verilmesini bu kez Bayan H.'nin kendisi talep etti.

1970 yılının Eylül ayında, Bayan H. şöyle dedi: "Üçüncü se-
ferde şeytanın bacağını kıracağım! Eğer bir kez daha L-DOPA
vererseniz, size söz veriyorum bu sefer hiçbir güçlkle karşı-
laşmayacağım." Ona bir kez daha L-DOPA verdim ve Bayan H.
haklı çıktı. Son iki yıldır günlük 4 gr. L-DOPA almayı sürdür-
mekte ve makul tepkiler ortaya koymaktadır. Ara sıra öfke nö-
betleri ya da kriz geçirse de bunlar nadiren görülmekte ve hiç-
bir zaman şiddetli olmamaktadır. Bu arada kendine has "gözlük
düzeltme" hareketini de sürdürmektedir. Bu, tikli eğilimlerini
ifade eden, dışarı vuran ya da özümseyen veya istemli hareket-
lere bağlı heyecanın gereksiz birikimini ortaya koyan bir hare-
kettir. Bayan H. bundan şöyle söz eder: "O benim kamuflajım.
Ona dokunma."

Yaşadığı hastalıklar ve içinde bulunduğu durum göz önüne
alındığında, genelde Bayan H.'nin mümkün olduğunca dolu bir
yaşam sürdürdüğü söylenebilir: her fırsat bulduğunda gezinti-
ye çıkmakta ve sinemaya gitmektedir; hastanede oynanan tom-
bala oyunlarında hiç sektirmeden kazanmakta, zira hastanede

onun zekâsı ya da düşünce hızıyla kimse baş edememektedir; hayattaki tek akrabası olan ablasına çok bağlıdır. Fakat Bayan H. günlerinin büyük bir bölümünü okuyup ve yazarak geçirmekte ve kitapları büyük bir hız ve iştahla, adeta yutarcasına okumaktadır – okuduğu kitapları daima klasik eserlerden (çoğunlukla Dickens) seçmekte ve günümüz çağdaş eserlerine ilgi duymamaktadır; sürekli düşüncelere dalmakta ve bunları etrafındakilerle paylaşmaktansa, kapsamlı anılar halinde ciltler dolusu yazdığı hatıra defterlerine aktarmaktadır. Sonuç olarak Bayan H. –yaşadığı hayat göz önüne alınırsa– başarılı olmuştur. Tüm zorluklara rağmen, her zaman gerçek bir *kişiliğe* sahip olmayı başarmış ve inkâr etmeden ya da aklını yitirmeden gerçeklerle yüzleşebilmiştir. O idrak edemeyeceğim kadar güçlü bir kadındır ve sağlığı hastalığından daha derinlere kök salmıştır.

Lucy K.

1924 yılında New York'ta doğan Lucy K. ailesinin tek çocuğuydu. Çocukluğunda kayda değer hiçbir hastalık, özellikle de bilinç kaybı ya da huzursuzlukla kendini belli eden herhangi bir ateşli hastalık geçirmedi. Fakat, iki yaşındayken sol gözünde felç ve kayma (dış şaşılık) meydana geldi. Birdenbire ortaya çıkmasına (altı haftalık bir süreçte) ve öncesinde bakışlarının normal olmasına rağmen, bunu "doğuştan gelen şaşılık" olarak yorumladılar. Annesi Bayan K.'nın çocukluğunun ilk yıllarında gayretli, çabuk öğrenen "iyi" ve söz dinleyen biri olduğundan, fakat altı yaşlarında "kötü bir mizaca" büründüğünden (inatçılık, yaramazlık, çalma, yalan söyleme, aşırı asabiyet vs.) bahsetmişti. Babasına çok bağlıydı ve onun ölümünden kısa bir süre sonra (Lucy on bir yaşındayken) Parkinson hastalığına ilişkin bulgular açıkça belirgin hale geldi.

İlk fiziksel anormallikler yürüyüşünde fark edildi. Bacakları giderek sertleşti ve bükülmez hale geldi. Özellikle merdivenlerden inerken dengesi kayboluyor, kontrolsüz bir hızla aşağı doğru inerken çoğunlukla merdivenlerin sonunda yere kapaklanıyordu. On beş yaşına geldiğinde yüzü "ifadesiz ve tıpkı bir oyuncak bebeğinki gibi parlaktı." Hareket kaslarındaki bu belirtilerle birlikte Bayan K. giderek artan duygusal bozukluklar sergilemeye başladı. Okulda dikkatsiz ve kavgacı bir öğrenci haline gelmişti. On dört yaşında okulu bırakmak zorunda kaldı ve bir parazit gibi, giderek daha çok eve ve annesine bağımlı hale geldi. Yavaş yavaş içine kapanarak, arkadaşlarına, kitaplarına,

hobilerine olan ilgisini kaybetti, evden daha az çıkmaya başladı ve annesiyle giderek daha yakın ve tehlikeli bir ilişki içine sürüklendi. Bu yakın ilişkinin gidişatını etkileyecek bir baba, kardeşler, okul, arkadaşlar ya da diğer ilgi alanları ve duygusal bağlar mevcut değildi. Annesinin "teşvikine" rağmen karşı cinsi hor gördüğü, nefret ettiği ya da korktuğu ve annesiyle evinde "gayet mutlu" bir yaşam sürdüğü türünden gerekçelerle, hiçbir zaman erkeklerle flört etmedi. Annesine sorulan detaylı sorulardan açıkça anlaşılacağı üzere bu ev saadeti gerek Lucy, gerekse de annesinin başlattığı şiddetli tartışmalarla sık sık sekteye uğruyordu.

Önce sol tarafında başlayan katılaşma, daha sonra sağ tarafına da sıçradı ve yirmili yaşlarının başında iyice belirginleşti. Yirmi yedi yaşına geldiğinde Bayan K. artık yürüyemez hale gelmiş ve tekerlekli sandalyeye mahkûm olmuştu. Giderek artan ve dayanılmaz hale gelen zorluklara rağmen, evde kaldı ve günün her saatini onun bakımına vakfeden annesine tümüyle bağımlı hale geldi. Bir defasında, Bayan K., ayakta tedavi yapılan bir nöroloji kliniğine götürüldü. Bu klinikte bir süre tedavi gören ve birtakım ilaçlar verilen Lucy K.'ya olası bir ameliyat önerildi. Ameliyat önerisiyle şoke olan annesi, ilaçları kaldırıp attı ve kızını bir daha o kliniğe götürmedi.

Nihayet, 1964 yılında kapsamlı bir hemşire bakımı elzem hale gelince, annesi Lucy K.'yı Mount Carmel'e götürdü. Hastaneye kabul edildiği sırada, Lucy K. şiddetli katılaşma, akinezi, oftalmopleji ve kendiliğinden oluşan birtakım rahatsızlıklardan şikâyetçiydi, fakat konuşma sorunu yaşamıyordu ve sesi duyulur düzeydeydi. Hastaneye yatmasıyla birlikte bir ay boyunca sürüp gidecek şiddetli öfke ve sinir nöbetleri başladı. Ardından da nörolojik durumunda bozukluklar ve ani içe kapanmalar göze çarpmaya başladı: Bayan K. konuşmuyor, yatakta hareket etmiyordu. Yemeden içmeden kesilmişti ve herhangi bir bağımsız vücut işlevi ortaya koymuyordu.

Hastaneye yattıktan altı ay sonra, kendisiyle ilgilenip, yakınlık ve nezaket gösteren koğuştaki hademelerden birine tutuldu. Bu hademenin koğuştaki bulunduğu iki ay boyunca, Bayan K. tekrar konuşmaya, yemek yemeye ve yatağında hareket etme-

ye başladı. Hademe koğuştan ayrılınca, birdenbire durumunda tekrar ciddi boyutta bir kötüye gidiş başladı; bu dönemden itibaren elden ayaktan iyice düştü.

1965 ila 68 yılları arasında Bayan K. had safhada bir tek-düzelik sergiledi. Zaman zaman yaşadığı şiddetli “boşalmalar” dışında adeta insana özgü olamayacak boyutta bir durgunluk söz konusuydu. Parkinsonizmden farklı, gergin ve *yoğun* bir hareketsizlik, gizemli bir durağanlık içerisindeydi. Yine Parkinsonizmdeki ses yitiminden farklı, doğal olmayan, zoraki bir sessizlik yaşıyor ve hiç konuşmuyordu.

Bazen film seyrettiği bir sırada, korku ya da zevk dalgasına kapılıp, onu sımsıkı kavrayan sessizlilikten ve hareketsizlik zincirlerini birdenbire “kırıyor”, ellerini bir çocuk gibi çırparak ya da –küçük bir çocuğun ürktüğü zaman ortaya koyduğu tepkiye benzer bir biçimde– elleriyle yüzünü kapatarak kulakları sağır eden bir çılgılık atıyordu. Neredeyse hiçbir uyarıya yer bırakmadan, birdenbire patlayan öfke nöbetleriyle de nam salmıştı. Bu nöbetler esnasında –hareketsiz ve görünürde dünyaya kulaklarını tıkamış olduğu zamanlarda– adeta etrafında olan biten her şeyi ne denli yakından ve zekice takip ettiğini kanıtlarcasına, iğneleyici ve kırıcı bir ifadeyle şiddetli küfürler savuruyordu. Bu aynı zamanda alaycılık ve karikatürize etme yeteneğinin gelişmişliğini de ortaya koyuyordu; küfür anlarında, şeytani bir ifadeyle etrafına öfke dolu bakışlar atıyor ve sağa sola sert yumruklar savuruyordu. Hiç beklenmedik anlarda patlayan bu öfke nöbetleri sırasında takındığı cani tavırları tuhaf bir biçimde insanın sinirlerini bozuyordu. Korku ve zevk ya da neşe ve öfkeyle karışık bu krizler genelde bir dakikadan fazla sürmüyor ve başladıkları gibi aniden kayboluyordu. Bayan K. da böylece, hiçbir ara aşama olmaksızın, “normal” hareketsiz haline geri dönüyordu.

O yıllarda acınacak kadar hastalıklı ve garip bir görünümü vardı. İriyarı, güçlü görüntüsü, insanda, büyük bir fiziksel gücü güçlkle dizginlediği izlenimini uyandırıyor. Çoğu post-ensefalitik hasta gibi o da yaşını hiç göstermiyordu. Kırklı yaşlarında olduğunu bilmeyen biri onu rahatlıkla yirmi yaşında sanabilirdi. Annesinin yoğun ve ıstıraplı bir çabayla onu her gün

“bakımdan geçirmesi” sayesinde tuhaf bir “oyuncak bebek” görünümüne bürünmüştü. Bu “bakım” çalışmaları sırasında Bayan K. koridorda, devasa sandalyesinde, nakışlı geceliğinin içinde kaskatı kesilmiş, hareketsiz bir halde otururdu. Sımsıkı örülmüş kehribar siyahı saçları ve kat kat sürülmüş pudradan dolayı bembeyaz olmuş bir suratı vardı (sürekli terlemekten ve cildinin aşırı yağlanması şikâyetçiydi). Distonik, eklem yerlerinden kıvrılıp, kötürüm olmuş parmakları yüzüklerle doluydu ve tırnakları kıpkırmızı bir ojeyle boyanmıştı. İçe doğru bükülmüş ayaklarında sevimli terlikleri vardı. Bir palyaçoymu, robotu mu, yoksa daha çok bir geyşayı mı andırdığına tam olarak karar verememiştim. Fakat hepsinden öte, kelimenin tam manasıyla bir oyuncak bebeğe benziyordu. Adeta, annesinin çılgın kaprislerinin canlı bir yansımasıydı.

Gerçekten de, Bayan K.’nın sadece dış görünümünün değil, aynı zamanda hastalığının büyük bölümünün de, annesinin davranışlarıyla ayrılmaz bir bütün haline geldiğinin giderek daha çok farkına varmaya başlıyordum.

Örneğin, sessizliği kısmen konuşmayı *reddetmesinden* kaynaklanıyordu (bir anlamda konuşması kısıtlanmış ve yasaklanmıştı) ve bu durum, paranoyak annesinin uyarılarını yansıtıyordu. Her gün ona “Sakin konuşma Lucy,” diyerek telkinde bulunuyordu. “Hişşş! Tek kelime bile etme! Burada herkes senin aleyhinde. Hiç açık verme – tek bir hareket yapma ve tek kelime etme... Burada güven duyabileceğin tek bir kişi bile yok.” Zaman zaman bu ürpertici uyarıların yerini yumuşak sesli, ağlamaklı bebek konuşmaları alıyordu: “Lucy, bebeğim, benim minik, hayat dolu *taş bebeğim*... Seni benim kadar hiç kimse sevemez... Dünyada hiç kimse seni benim gibi sevemez... Senin için küçük Lucy, hayatımı feda ettim...”

Bayan K.’nın annesi haftanın yedi günü, sabahın köründe hastaneye gelmekte (hemşire kadrosunun ve diğerlerinin onu bu despot halinden vazgeçirme çabalarına rağmen); kızının beslenme ve bakım görevini tümüyle üstlenerek, nihayet Bayan K. güven içinde uykuya dalınca, gece geç saatte hastaneden ayrılmaktaydı. Bütün içtenliğiyle ve tümüyle kendini kızına adadığını, hayatının son yirmi beş yılını ona bakmak ve onu

“korumak” için “feda ettiğini” anlatıyordu. Oysa çok açıktı ki sergilediği tutum son derece çelişkiliydi ve en az aşırı sevgi ve bağlılık kadar nefreti, sadizmi ve yıkıcılığı da barındırıyordu. Özellikle öğrencilerimle birlikte koğuşların civarında gezerken tanık olduklarım bunun açık kanıtıydı: Bayan K’nın annesi geldiğimizi görür görmez ani bir hareketle kızını kavrayıp, çekiştirerek oturma pozisyonuna getiriyor, neredeyse kırarcasına sert bir hareketle boynunu yukarı kaldırıyor; sonra da bize yaklaşmamız için el ederek, hastayı acımasızca kışkırtacak şeyler söylüyordu: “Lucy, sence içlerinde hangisi en yakışıklı? Şurada duran mı? Onu öpmek ister miydin, onunla evlenmek ister miydin?” Bu noktada Lucy’nin gözünden yaşlar akmaya başlıyor ya da boğuk bir sesle öfke çığlıkları atıyordu.

1969 yılının başlarında, artık kaybedecek bir şey olmadığını düşünerek L-DOPA tedavisi önerdim. Zira Bayan K. sadece “kafasının dikine gitmekten”, “hiçbir şeyi kabullenmemekten”, “tıkanma” ya da negativizmden ötürü sessiz ve hareketsiz olmakla kalmayıp aynı zamanda derin ve ıstırap verici bir Parkinson rahatsızlığı yaşıyordu. Şu ana dek görülebildiği kadarıyla katatonik ve katılaşmış görüntüsünün “altında” –daha ziyade sol tarafında– Parkinson’a özgü plastik bir katılaşma ve vücudunun tüm önemli noktalarında aşırı kasılmaya bağlı katılaşmalar sergiliyordu. Halihazırda onu hareketten mahrum eden distonik çekilmeler (“iki taraflı distonik yarı felç”) bulunmuştu ve bunlar el ve ayaklarındaki soğukluk, deride parlaklaşma ve atrofi* ile birlikteydi.

Vücudunun her iki tarafında da çırpınmaya benzer bir titreme ve zaman zaman görülen şiddetli boyutlarda sarsılmalar vardı. Özellikle şiddetli görülen bir başka şey de sürekli tükürük salgılamasıydı. Bu sürekli ve yapışkan tükürük salgısı sürekli önlük takmasını ve bu önlüklerle birlikte sağa sola akan salyaların temizlenip kurulanmasını mecbur kılması yanında –ki bu zaten başlı başına küçük düşürücü bir şeydi– günde yarım litreye yaklaşan miktarı nedeniyle vücudunun susuz kalması tehlikesini ortaya çıkarıyordu. Dudakları da sürekli titreşiyor ve –heyecanlandığında– meydana gelen ritmik bir yüz

* Küçülme; zayıfamaıyla gelen şekil bozukluğu (ç.n.)

buruşması (annesi bunu "huysuzluk" diye ifade ediyordu) tüm dişlerini ortaya çıkarıyordu.

Açık haldeyken adeta parlayan, öfke ve kederle karışık bir ifadeyle bakan gözleri eksotropi ile kayma arasında gidip geliyordu (gözkapaklarının kasılıp, titremesinden ya da anableptik* dönüşlerden ötürü gözleri günün büyük bölümünde kapalıydı – yalnızca gözakı görünüyordu). Sadece gözleri serbestçe hareket edebiliyordu ve bakışlarındaki ifade, duygularını son derece açık bir biçimde anlatıyordu. Bu duygular aşırı uçlarda, çelişkili ve tümüyle metanetten yoksundu.

Bayan K. olumsuz ve düşmanca tavırlar takındığı zamanlarda (zaten genelde böyle bir görüntüsü vardı), ondan yapmasını istediğimiz her şeyi "reddediyordu". Size doğru bakmasını rica ettiğinizde gözlerini kaçırıyor, dilini çıkarmasını istediğinizde çenesini sıkıca kapıyordu; kendisini "gevşetmesini" istediğiniz zaman ise kasılıp kalıyordu. Diğer zamanlarda, daha nadir olarak, uysal, itaatkâr ve yumuşak bir tavır takınıyor, katatonik ve içten bir halde kendini muayene edenlerin eline "teslim ediyordu"; bu gibi zamanlarda en ufak bir yakınlık gördüğünde hastalığının izin verdiği ölçülerde itaatkâr davranıyor ve Parkinson'dan kaynaklanan katılaşmış hali adeta "eriyip" gidiyordu. Böylece genelde kaskatı duran kol ve bacaklarını bir ölçüde rahatlıkla hareket ettirebiliyordu. Bir anlamda Bayan K'nın yaşadığı Parkinsonizm, katatoni ve psişik, çelişkili duygular, birbirinden ayrılmaz bir bütün halinde, iç içe geçmiş ve süregelen bir döngü halini almıştı.

Böylece 1969 yılının başlarında, L-DOPA tedavisini önerdim. Sonraları bu önerimi birçok kez tekrarladım. (O dönemde hevesim kolay kolay kırılmıyordu ve en karmaşık durumları dahi basite indirgeyebiliyordum.) Annesine "Lucy çaresiz. İyileşmesi lazım. Onun imdadına sadece L-DOPA koşabilir," diyordum. O ise şiddetle buna karşı çıkıyor ve Bayan K. yanımızdayken bu konudaki düşüncelerini ifade ediyordu: "Lucy bu haliyle gayet iyi. Eğer ona L-DOPA verirseniz *darmadağın* olur," deyip teslimiyetçi bir ifadeyle, "Eğer Tanrı Lucy'nin ölmesini buyuruyorsa, o zaman ölmeli," diyordu. Elbette bu konuşmaları tek kelime et-

* Göz bebeğinin yukarı doğru kayması (ç.n.)

meden dinleyen Bayan K'nın gözlerindeki –arzu, korku, kabul-
lenme ve reddetmeyle karışık– sonsuz ölçüde acılı ve çelişkili
ifadeleri görmek mümkündü.

1969-72

1969 yılında fikrimi gözden geçirmeye karar verdim. L-DOPA te-
davisini gören birtakım hastaların yaşadığı şiddetli patlamalara ve
yan etkilere tanık olmuştum ve bundan ötürü Bayan K.'ya baskı
yapma konusundaki hevesimi bastırdım. Artık onu ya da anne-
sini gördüğümde L-DOPA tedavisinden pek bahsetmiyordum.
Fakat benim hevesim azaldıkça, Bayan K.'ninki artmaya başladı.
Annesiyle olan ilişkilerinde daha inatçı, meydan okuyan bir tavır
takınmış; katı, uzlaşmaz bir tutum içerisine girmişti. Diyalogları
kavgaya dönüşüyor ve Bayan K. katatonik hali sayesinde bu kav-
galarda “galip gelen” taraf oluyordu.

1970 yılının sonlarında, annesi bana gelerek “Artık tüken-
dim. Baş edemiyorum. Lucy nefreti ve kötü tavırlarıyla beni öl-
dürüyor... O lanet olası L-DOPA'dan keşke hiç bahsetmeseydiniz.
Lucy ile aramıza bir kara kedi gibi girdi... Ona ilacı verin ve ar-
tık ne olacaksa olsun!” dedi.

Çok küçük bir dozla L-DOPA tedavisine başladım ve gün-
lük dozu kademe kademe 3 gr.'a kadar çıkardım. Bayan K.'da ha-
fif bir mide bulantısı oldu; Parkinsonizmi ve katatonisi ise daha
şiddetli hale geldi. Sadece çok yakında *bir şeyler* olacaktı hissi
vardı. Tedavinin dördüncü haftasında, tepki verdi ve annesinin
tahmin ettiği gibi herhangi bir belirti olmaksızın, birdenbire bir
patlamaya yaşadı. Genelde ağırbaşlı ve ciddi tavırlarıyla dikkat çe-
ken hemşirelerden biri koşarak ofisime geldi ve telaşlı bir ifadeyle,
“Hemen gelmelisiniz. Acele edin. Bayan Lucy birkaç dakika
önce hareket etmeye ve son süratle konuşmaya başladı!” dedi.
Bayan K. yatağında tek başına oturmuş (normalde bunu yapma-
sı mümkün değildi), yüzüne kan gelmiş ve canlanmış bir halde
kollarını sallıyordu. Epey afallamış bir halde olmama rağmen
gülümsedim ve hemen Lucy'yi muayene ettim. Ne kollarında
ne de bacaklarında katılaşmadan eser yoktu; akinezi gözle görü-

lür ölçüde kaybolmuştu ve büzülmelerin olduğu yerler dışında serbestçe hareket ettirebiliyordu.

Sesi gür ve anlaşılır çıkıyordu ve son derece heyecanlıydı: "Bana bakın, bana bakın! Bir kuş gibi uçabiliyorum!" Hemşirelerin hepsi yatağın etrafına dizilmiş adeta bağırsarak Bayan K.'yı kucaklayıp tebrik ediyorlardı. Odada bulunan annesi ise tek bir kelime etmeden, anlaşılmaz bir ifadeyle yüzünü ekşitmişti. O akşam Bayan K.'yı odasında yalnızken ziyaret ettiğimde (annesi hastaneden ayrılmış, hemşireler ise sakinleşmişti) muayenemi tekrar gözden geçirdim. Bu arada ona dönüp "Bana elinizi verir misiniz?" diye sordum. Bayan K. da "Evet, elbette size elimi veririm," dedi.

Heyecanlı, mutlu ve hareketli hali ertesi gün de sürdü. Akşamüzeri koğuşları gezerken bu kez o söze girdi: "Dr. Sacks" dedi, yaşadığı heyecandan ötürü sözcükler ağzından adeta yuvarlanarak çıkıyordu. "Elimi istediniz. O artık sizin!.. Benimle evlenmenizi ve beni bu korkunç yerden alıp götürmenizi istiyorum... Ve bana söz verin – bir daha asla *o kadının* (annesini kastediyordu) yanıma yaklaşmasına izin vermeyeceksiniz!"

Elimden geldiğince onu sakinleştirmeye çalışıp onun sadece doktoru olduğumu ve aramızda başka bir şey olmayacağını söyledim; ayrıca onu sevdiğimi ve onun için elimden geleni yapacağımı belirttim. Fakat Bayan K. hüzünlü ve öfke dolu bir bakış atarak: "Peki" dedi. "Buraya kadarmış. Senden nefret ediyorum, seni işe yaramaz, dönecek, seni gidi..." Konuşmasını sürdüremedi ve tükenmiş bir halde olduğu yere yığılıp kaldı.

Ertesi sabah, Bayan K. tümüyle sessiz, tıkanmış ve katılaşmış bir halde, çok miktarda tükürük salgılamaya ve sarsılarak titremeye başladı. Hemşireler hayretle "Ne oldu? Gayet iyiydi. L-DOPA etkisini bu kadar çabuk yitirmiş olamaz," dediler. Annesi hastaneye gelip odaya girdiğinde, yüzünde bir gülümseme belirdi: "Böyle olacağını biliyordum. Lucy'yi çok zorladınız," dedi.

Sonraki üç hafta boyunca L-DOPA tedavisini sürdürdük ve hatta dozu 5 gr.'a kadar çıkardık, fakat ilacın etkisi ancak tebeşir tozununki kadardı. Bayan K. *patlama* yaşamış ve çöküp kalmıştı. Yine eskisi gibi ulaşılmaz, son derece içine kapanık, Parkinson-

lu, katılaşmış haline geri dönmüştü. Sağlıklı hali ortaya çıkmış, bir süre devam etmiş ve sonra da tümüyle tedaviyi ve iyileşmeyi reddeder hale gelmişti; ve bunun ötesi yoktu – artık tedaviye yanıt vermiyordu; onu tıka basa L-DOPA ile doldursak da hiçbir tepki *vermeyecekti*. Benim en azından, duygularına ve tepkilerine dair düşüncelerim böyleydi; doğrudan bir şey öğrenmem mümkün değildi, zira muazzam ölçülerde sessiz ve hareketsiz bir dünyaya gömülmüştü. L-DOPA tedavisini durdurduğumda, hiçbir şekilde bir tepki vermedi.

Bunu izleyen aylarda, Bayan K.'nın ciddi boyutlardaki Parkinsonizmi sürdü. Belki de bir ölçüde L-DOPA tedavisi sırasında yaşadıklarını kabullenmeye karar vermişti. Bana bir daha hiçbir şey söylemedi ve sadece zaman zaman tebessüm etti.

O dönemden itibaren gerginliği, etrafa olan duyarlılığı ve beden duruşundaki katılaşma azaldı. Birtakım *şiddet* duygularında azalma oldu. Fakat görebildiğim kadarıyla giderek daha hüznü ve içe kapanık biri olmuştu. İçindeki bir şeylerin tamir edilemeyecek ölçüde kırıldığını hissediyordum. Artık etrafındakilere hiddetlenip küfür etmiyor, umursamaz ve tepkisiz bir ifadeyle sadece oturup televizyon izliyordu. Günün büyük bir bölümünde gözleri kapalıydı – gözlerini sıkıca yummuyor, sadece kapıyordu. Görünümü bir hayalet ya da cesetten farksızdı – artık yaşamaktan bıkmış ve dünyadan elini eteğini çekmiş bir hali vardı.

1972 yılının Temmuz ayında sessizce ve aniden yaşamını yitirdi.

Margaret A.

Margaret A. 1908 yılında New York'ta doğdu. İrlanda'dan göç etmiş, yoksul bir çiftin en küçük kızıydı. Ailesinin sürekli bir işi yoktu. Çocukluğunun ilk yıllarında zekâ geriliğine, ciddi boyutta duygusal rahatsızlığa ya da önemli bir bedensel hastalığa işaret eden hiçbir bulgu görülmedi. En azından vasat bir öğrenciydi. On beş yaşında liseden mezun olan Margaret iyi bir atletti, duygusal açıdan dengeli ve sakin bir kişiliğe sahipti.

1925 yılında, on yedi yaşındayken onu yoğun uykulu ve bunalımlı hale sokan akut bir hastalığa yakalandı. Yemek yemesini sağlamak amacıyla uyandırıldığı zamanlar dışında neredeyse on hafta kadar sürekli uyuyordu. Bunu izleyen bir yıl boyunca son derece uyuşuk, hissiz, tedirgin ve bunalımlı bir dönem geçirdi. Hastalık, önceleri yaşadığı "şok"a yoruldu (çok bağlı olduğu babası, hastalığının başlamasından kısa bir süre önce ölmüştü) fakat sonradan *encephalitis lethargica* tanısı kondu.

Uyuşukluk hali ve bunalımla geçen bir yılın sonunda, neredeyse tümüyle iyileşti ardından sekreter ve muhasebeci olarak çalıştı, tenis oynadı ve büyük bir arkadaş grubu içinde sevilen, aktif biri oldu. Fakat 1928-29 yıllarında çok karmaşık bir postensefalitik hastalığa dair ilk belirtiler ortaya çıktı.

Bu ilk belirtiler arasında her iki elinde de titreme eğilimleri, yürüyüşünde yavaşlama, denge kaybı, gün içerisinde uyuklama ve geceleri uykusuz kalma, korkunç bir iştah (öyle ki iki yılda yaklaşık elli kilo almıştı), önü alınmaz bir susama ve bir şeyler içme ihtiyacı ve günlük yaşam koşullarıyla pek bağlantısı

olmayan, ani ve kısa süreli mutluluk ve depresyon halleri vardı. Otuzlu yılların başında iki farklı kriz belirtisi görüldü: on-on iki saat boyunca devam eden ve genelde Çarşamba günleri meydana gelen şiddetli, istem dışı göz hareketi krizleri ve sık sık tekrar eden, bakışlarındaki kısa süreli sabitlenmeler ("sabit bakış krizleri"). Bu bakış krizleri birdenbire onu etkisi altına alıyor ve birkaç dakika boyunca "bir tür trans hali" yaşamasına neden oluyordu. Sonu gelmez iştahı ve uyku ritminin tersine dönmesi 1932-33 yıllarından sonra azaldı, fakat diğer belirtiler geçen kırk yıl içerisinde daha da kötüye gitti.

Bayan A., 1935 yılına dek birtakım büro işlerinde çalıştı ve sonrasında 1958 yılında Mount Carmel'e kabul edilene dek –bu süreçte birkaç hastanede kısa sürelerle yatmış ve taburcu olmuştu– annesiyle birlikte yaşadı. Bu hastanelerde gördüğü kısa süreli tedavilerden bahsetme konusunda pek istekli değildi: fakat elimize geçen özet raporlardan açıkça anlaşılmaktaydı ki her vakada ortaya konan bulgular depresyon, hastalık kuruntusu ve sürekli intiharı düşünme eğilimleriyle ilgiliydi. Bu süreçlerin kısa olmasından ötürü tedavi edilmesi güçleşiyordu. Bu belirtiler tüm şiddetlerine rağmen sadece birkaç gün sürüyor ve ardından mutlu ve halinden memnun bir insana dönüşüp tüm sorunlarını inkâr ediyordu. Görünen oydu ki, bir şok tedavi uygulaması ya da anti-depresan ilaçlarla tedavi elzem hale gelmişti. Bu hastaneler genellikle üstü kapalı "psikozla birlikte görülen Parkinsonizm" ya da "atipik şizofreni ile birlikte görülen Parkinsonizm" türünden tanılar koyarak onu taburcu etmişlerdi.

Mount Carmel'de geçirdiği ilk on yıl boyunca Bayan A.'nın durumu yavaş yavaş kötüye gitmesine karşın yardım almadan yürüyebiliyor (güçlü bir hızlı yürüme eğilimine ve birkaç kez düşmesine rağmen), yemek yiyebiliyor, biraz yardım edildiğinde giyinebiliyor ve "kendini iyi hissederse" daktiloda bir şeyler yazabiliyordu. Susuzluğu ve bir şeyler içme dürtüsü yoğun bir şekilde sürmekteydi. Günde 5 ila 8 litre arasında değişen miktarlarda su içiyor ve buna bağlı olarak sık sık tuvalete gidiyordu. Dikkatini toplama, hareket etme ve ruh halindeki değişimlerle birlikte şiddetli bir kriz döngüsüne girmişti. Buna yönelik olarak her gün akşamüzeri saat 5.00 ile 6.30 arasında ağır bir

uyku hali bastırıyor ve yemek yerken ya da çamaşır yıkarken birdenbire uykuya dalıyordu. Uyku haliyle birlikte gözkapaklarına yoğun bir ağırlık çöküyor ve gözlerinin kapanmasına engel olamıyordu. Uyumamak için birkaç dakika mücadele etse de sonuçta her seferinde kısa süreliğine de olsa uykuya dalıyordu. Öğle saatlerinden hemen sonra hafif uyuklama nöbetleri başlıyordu; bunlar bazen birdenbire meydana gelen şiddetli uyku dürtüleri idi. Öğleden sonra 14.00 ile 16.30 arasındaki saatlerde son derece hareketliydi. Genelde düşük perdeli ve tekdüze olan ses tonu, günün bu bölümünde yüksek ve gayet anlaşılır düzeyde çıkıyordu. Ayaklarını yerde sürüyerek attığı küçük adımlar, kollarını abartılı biçimde sallayarak atılan uzun adımlara dönüşmekteydi. Vücut kasları da buna bağlı iradesiz bir refleksle, adımlarına eşlik edercesine hareket ediyordu. Hareket kapasitesi sabahın ilk saatlerinde son derece zayıftı (sabah saat 5.00 ile 8.00 arası). Dikkatini tümüyle toplayabilse de, konuşurken sesi zar zor duyuluyor ve ayağa kalkmakta güçlük çekiyordu. Akşamları saat yediden sonra son derece uyanık ve hareketliydi. Genelde hastalarımızın yatma saati olan akşam 9'da yatıp uyurken çok zorlanıyordu. Saat 10.00 sularında uyumayı başarsa dahi, uyku esnasında olağandışı bir faaliyet gösteriyor, özellikle yatakta bir o yana bir bu yana dönerek uykusunda konuşuyor ve zaman zaman uyurgezer bir halde, uykusunda yürüyordu. Gece yarısı 01.00 civarında bu hareketlilik sona eriyor ve gecenin kalan bölümünde sakin bir uyku uyuyordu. Sabahları hiçbir yorgunluk belirtisi ortaya koymuyor, uykusunda konuştuklarına ya da yaptığı hareketlere dair hiçbir şey hatırlamıyordu.

Yaşadığı depresyon ve mutluluk halleri epey basmakalıp özellikler taşıyordu. Bunalımlı bir anında "kötü", itici, tiksindirici vs. biri olduğunu hissediyor, kendinden nefret ediyor ve diğer hastaların da kendisinden nefret ettiğini düşünüyordu. Kederli ifadesinden ya da çeşmeden günde elli kez su içmesinden ötürü onu küçümsediklerini, işe yaramaz, acınacak ve sürdüremeye değmeyecek bir yaşamı olduğunu hissediyor ve hepsinden öte kör olacağına dair bir inanca kapılıp acı çekiyordu. Kör olacağına dair kapıldığı bu vesvese onda bir saplantı haline gelmişti ve sürekli tekrarlıyordu: kendi kendine defalarca, "Kör olacağım,

biliyorum, gerçekten kör oluyorum” vs. diyordu ve bu gibi zamanlarda kimse onu teskin edip yaşadığı kaygılardan kurtaramıyordu.

Diğer taraftan, mutlu olduğu anlarda “bir tarlakuşu kadar neşeli” (bu çok sevdiği ve sıkça tekrarladığı bir ifadeydi), gamsız, kederden ve acıdan uzak (“vücudumun hiçbir tarafında ne bir acı ne de bir sızı yok – o kadar iyi hissediyorum ki hiç ama hiçbir sorunum yok” vs.), enerji dolu, çok faal, çok sosyal ve biraz da dedikodu yapma hissine kapıldığını söylüyordu. Ruh halindeki ve tavırlarındaki bu beklenmedik ve aşırı dalgalanmalar pek nadir içinde bulunduğu koşulların değişmesiyle ilintiliydi; şöyle diyordu: “Çoğu kez üzülecek bir şey olmadığında bunalıma giriyorum ve her türden sorunla boğuşurken de bir kuş kadar neşeli hissediyorum.” Fakat hastalık kuruntusu nedeniyle yaşadığı bunalımlar bazen, bir göz krizi esnasında meydana gelebiliyordu (öyle ki, gözlerinin yukarı doğru had safhada kayıp, sapmasından ötürü hiçbir şey göremiyordu) ve bu bunalım hali krizden daha uzun sürüyordu; zaman zamanda kriz esnasında yaşadığı bunalım, mutluluk haline dönüşüyordu.

Genel olarak fiziksel ve nörolojik durumu açısından (bu durumun gün içerisinde ve ruh haline göre epey dalgalanma eğilimi göstermesini göz önünde bulundurarak) Bayan A. ince yapılı, altmış bir yaşında olmasına karşın çok daha genç gösteren biriydi; cildi epey yağlı ve aşırı kıllıydı, fakat kemiklerinde ve vücudunun sivri kısımlarında büyüme ve kalınlaşma, tiroit veya benzeri diğer iç salgı rahatsızlıklarına dair açık bulguları yoktu. Çok miktarda tükürük salgılıyor ve her birkaç dakikada bir ağzını temizlemek zorunda kalıyordu. Yüzünde katılaşma ve maskeleyenme vardı ve (özellikle dikkatinin dağıldığı ya da uyuduğu anlarda) ağzı açık kalıyordu. Hareketsiz ya da uykuda olduğu zamanlarda dudaklarında titreme görülüyordu. Dili ise ağzının içinde, aynı eksen etrafında dönüşler yaparak titriyordu. Kendiliğinden oluşan göz kırpmıştırma nadiren görülüyordu fakat istem dışı göz kırpmıştırma, gözkapaklarının kapanması ve istem dışı uzun süreli göz kapanmaları iki kaşın birleştiği noktada ya da görsel alanındaki ani bir uyarılma ile kolayca ortaya çıkıyordu. Uykuluyken, gözkapakları sürekli düşüyor ve gözkapakla-

rının istem dışı kapanmasına ve göz kürelerinin birkaç saniye boyunca yukarı kayıp, sapmasına yönelik olarak “küçük çaplı” krizler geçirme eğilimi oluşuyordu. Ses tonu tekdüze, vurgudan yoksun, perdesi ve şiddeti düşüktü (zaman zaman duyulmayacak kadar zayıflıyordu) bir ölçüde telaşlı ve hızlı konuşsa da palilali görülüyordu. Gözbebekleri küçük (2 mm.), birbirine denk ve tepki verir haldeydi. Aşırı gözyaşı salgılamasından ötürü gözleri nemliydi ve hafif bir içe sapma kusuru dışında her yöne rahatlıkla bakabiliyordu.

Boyun ve omur kasları had safhada katılaştı. Boynu neredeyse hiç hareket etmiyordu, kol ve bacaklarında da hafif ve orta düzeyde katılaşmalar vardı. Kaygılandığı, heyecanlandığı ya da ayakta durduğu zamanlar kolları titriyor (“çırpma hareketi”) fakat diğer zamanlarda bu titreme meydana gelmiyordu. Ellerini devamlı sıkarak yumruk haline getirmesi istendiğinde, hareketin şiddeti 2-3 tekrarın ardından zayıflıyor, sonra hızlanıyor ve 6-8 tekrardan sonra elleri ritmik bir biçimde çözülerek kontrolü mümkün olmayan bir çırpma ve titremeye dönüşüyordu. Ayakta dururken ya da otururken Bayan A.’nın gövdesinde şiddetli bir bükülme meydana geliyor ve sadece birkaç saniyeliğine doğrulabiliyordu. Yavaşça ve güçlkle ayağa kalkıyor ve vücudunun her iki yanında kolları bükülmüş, katılaşmış ve hareketsiz biçimde ileriye doğru yavaşça ayaklarını sürüyerek adım atıyordu. İleri, yanlara ve geriye doğru vücudunu son derece kolaylıkla itebiliyor; özellikle kontrolsüz ve hızla yürürken ileriye doğru büyük bir hızla fırlıyordu. İlk muayeneler sırasında alabildiğine katılaşmış ve hareketleri yavaş olan Bayan A., birtakım egzersizlerle birlikte kendini “harekete geçirip”, gevşemeye yönelik kayda değer bir yetenek ortaya koydu (fizyoterapi öncesine kıyasla fizyoterapi sonrasında vücut işlevlerinde çarpıcı bir fark ortaya çıkmıştı); sabahın ilk saatlerindeki en akinetik halinde bile, örneğin aksırdığı anlarda birkaç dakika boyunca hareketlenebiliyordu. Bunalımlı bir ruh hali, hareketlerinin artmasına bağlı olarak *aynı oranda* ciddi bir gelişme gösteriyordu. L-DOPA tedavisi öncesinde, bir yıl boyunca göz hareketi krizleri en azından şiddetli düzeyde meydana gelmedi. Tükürük salgılamasını ve bir ölçüde titremesini azaltmak amacıyla ka-

buklu deniz hayvanlarından elde edilen ilaçlardan ve benzerlerinden çok miktarda almıştı, fakat ilaçlar bükülüp kalmış beden duruşuna, yavaş hareketlerine, yürürken meydana gelen denge kaybına, düşük ses tonuna, yaşadığı krizlere ve ruh halindeki değişimlere çok az etki etmişti. 7 Mayıs'ta L-DOPA tedavisine başlandı.

L-DOPA Tedavisi

İlacın dozu günde 2 gr.'a yükseltilene dek hiçbir etki görülmedi. Bu dozda (12 Mayıs), Bayan A.'da hafif mide bulantısı, baş dönmesi görüldü ve ağzı sık sık açık kalmaya başladı – aslında esnemesi de ağzı, esniyormuşçasına açık kalıyordu; bunun yerini zaman zaman dişlerini sıkma hareketi aldı. Bayan A. her iki hareketi de "otomatikleşmiş", istem dışı hareketler olarak tanımladı.

15 Mayıs'a gelindiğinde (artık doz günde 3 gr.'a çıkartılmıştı), Bayan A. birçok açıdan kayda değer değişimler ortaya koymuştu. Dikkatli, güçlü ve canlı bir ifadesi vardı ve hareketlilik göze çarpıyordu; gün içerisinde uyuklama ya da uyuyakalma dönemleri azalmıştı. Fazla çaba sarf etmeden rahatlıkla dik durabiliyordu. Vücudundaki katılaşma da gözle görülür biçimde azalmıştı. Anormal ağız hareketlerinin sıklığı azalmıştı. O güne dek görülmemiş bir enerji, canlılık ve iyileşme sergiliyordu.

17 Mayıs'ta (günlük doz artık 4 gr.'a kadar çıkartılmıştı), katılaşma ve akinezi daha da azaldı – artık giyinme ve soyunma gibi önceleri yardım almadan yapması mümkün olmayan birtakım gündelik faaliyetlerini rahatça yerine getirebiliyordu. Tereddüt etmeden ayağa kalkabiliyor ve ellerini kollarını sallayarak koridor boyunca uzun adımlarla yürüyebiliyordu. Yüzü hareketliydi ve rahatlıkla gülümseyebiliyordu. Gözlerine "pırıltı" gelmişti ve artık tüm gün boyunca açık tutabiliyordu. İlacın dozunun arttırılmasıyla birlikte çenesindeki istem dışı açılıp sıkılmalar tekrar belirginlik kazanmıştı.

19 Mayıs'ta (günlük doz hâlâ 4 gr.'dı), Bayan A. ilaca karşı tedirgin edici tepkiler vermeye başladı. Son derece uyanık bir hal-

deydi ve iki gece boyunca uyuması mümkün olmamıştı. Normal tepkiler vermesine rağmen, gözbebekleri genişlemişti (5 mm.). Bacakları yerinde duramıyordu ve sürekli bacak bacak üstüne atma, ayaklarını yere vurma ve genelde sağa sola hareket ettirme dürtüsüne kapılıyordu. Yatakta yatarken bile fizyoterapi egzersizlerini tekrar tekrar yapma ihtiyacı hissediyordu. Ağız hareketleri son derece artmış ve paranoyak kaygılara kapılmıştı – öyle ki diğer hastalar ve hemşireler onu “izleyip” onunla dalga geçmekteydiler. Bu aşırı dürtüleri göz önünde bulundurarak –akatzizi, ajitasyon, uykusuzluk– ilacın günlük dozu 3 gr.’a düşürüldü.

Birkaç gün boyunca (18-25 Mayıs), günde 3 gr. L-DOPA verilen Bayan A.’nın beden duruşunda, yürüyüşünde ve sesinde düzenli ilerlemeler kaydedildi; katılaşma ve akinezi, daha büyük dozlarda görülen aşırı dürtüler olmaksızın, neredeyse tümüyle kayboldu. Kaydedilen ilerlemelerin belli bir durağanlık ve süreklilik aşamasına geldiği yönünde umutlar beslemeye başladık.

Fakat 26 Mayıs’ta birtakım dürtüler yeniden ortaya çıktı ve daha önceleri meydana gelmeyen yeni dürtüler sergilemeye başladı. Bayan A. sürekli bir susuzluk ve önü alınmaz bir açlık hissediyordu – hiç durmaksızın çeşmeden su içme dürtüsüne kapılıyor ve korkunç iştahı otuzlu yılların başında yaşadığı deneyimleri akla getiriyordu. Coşkulu bir ruh hali vardı: “içinde harika bir uçma ve havada süzülme hissi” vardı. Son derece sosyal, konuşkan biri olmuştu ve bir şeyleri getirip götürmek niyetiyle merdivenlerden bir yukarı bir aşağı koşuşturuyor, hemşirelerle dans etmek istiyordu. Bana sevimli ve içten bakışlar fırlatarak kendisinin “en parlak hastam” olduğuna emin olduğunu söylüyordu. Diğer faaliyetlerin arasında, günlüğünün on iki sayfasını mutlu, heyecanlı ve bir parça da erotik anılarla doldurmuştu. Uyku uyuduğu süreler yine azalmıştı ve uyku ilacının etkisini kaybetmesinin ardından tüm gece boyunca uykusunda dönüp durarak rahatsız bir görünüm sergilemekteydi. Aynı gün yeni bir bulgunun farkına vardık – her L-DOPA dozunun ardından 2,5-3 saat geçtikten sonra güçten düşme ve uyku haliyle birlikte baş gösteren ani bir “elden ayaktan kesilme ve boşalma” yaşıyordu.

Ertesi gün (27 Mayıs), aşırı faal hali sürdü ve yine fizyoterapi egzersizlerini sürekli tekrarlayıp durma dürtüsü hissetti: “Öylesine fırtınalı bir hareketlilik yaşıyorum ki bu beni korkutuyor. Yerimde *duramıyorum*,” diyordu. Aynı gün görülen bir başka bulgu da ani *tik-benzeri hareketlerdi* – elini her iki kulağına da yıldırım hızıyla götürerek dokunma, burnunu kaşıma vs. dürtüsü.

İki gün sonra (günlük doz 2 gr.’a düşürülmesine rağmen), yaşadığı akatezi hâlâ belirgindi. Bayan A. kendi ifadesiyle sürekli kollarını ve bacaklarını hareket ettirmeye, ayaklarını yere sürterek yerlerini değiştirmeye, parmaklarını tıkladmaya, objeleri kaldırıp, anında tekrar geriye koymaya, “kaşınmaya” (hiçbir kaşınma hissi olmamasına rağmen), elleriyle burnuna ve kulaklarına dokunma hareketleri yapmaya “zorlanıyordu”. Bu ani tik benzeri hareketlerden şöyle bahsediyordu: “Bunları neden yaptığımı bilmiyorum. Bunun için hiçbir nedenim yok. Sadece *birdenbire* bu hareketleri yapmak zorunluluğu hissediyorum.” İlk kez 29 Mayıs günü, önceleri sadece zaman zaman görülen kelimeleri ve cümleleri tekrar etme tiki sıklaştı. Konuşması genelde baskılanmış ve telaşlıydı. Şiddetli uykusuzluk hali devam ediyordu, kloral ve barbitürat içeren ilaçlara pek az tepki veriyordu; rüyalarını çok net bir biçimde hatırlıyor ve kâbuslar görme eğilimi gösteriyordu;⁸⁰ heyecanlı ruh hali süregelse de etkileri değişim gösteriyordu ve şiddetli hipomaniyle, tedirginlik ve tahrik olmuş bir bunalım hali arasında gidip geliyordu. Ara sıra görülen ağzın açık kalması hallerinin yerini güçlü bir diş sıkma dürtüsü almıştı. Aşırı susuzluk ve açlık hali devam ediyordu. Normalde yemek sırasında nazik ve kontrollü davranan Bayan A., önündeki yemeğe parçalarcasına girişip, ağzını tika basa doldurma dürtüsüne kapılıyordu. İçtiği günlük su miktarı iki buçuk-üç litreye kadar çıkmıştı; *diabetes insipidus* (günlük idrar miktarının artışı ve aşırı susuzluk hissini belirten klinik tablo, şekersiz diyabet) testi her defasında negatif çıkıyordu ve aşırı su tüketimi daha ziyade baskılanamayan güçlü bir istek sonucu ortaya çıkan manik bir durumdu.

Dozajı bir kez daha azalttıktan sonra (günde 1,5 gr.’a kadar düşürülmüştü), Bayan A bunu izleyen hafta boyunca tü-

müyle dengeli bir tavır sergiledi. Aşırı bir coşku hissetmese de mutluluk hali sürdü, uyku ilaçları sayesinde olsa da uyuyabilirdi, faal ve sosyal bir hafta geçirdi. Bu dönemde, örneğin sadece yemek esnasında olduğu gibi hareketsiz oturmak zorunda kaldığı zamanlarda akatezi hali ortaya çıktı. Kendi ifadesiyle bu gibi hallerde “kasları yerinde duramıyor”, ayakları masanın altındayken sürekli yer değiştiriyor ve tekme atma dürtüsüne kapılıyordu.

Haziran ayının ikinci haftası boyunca, telaşlı halleri daha çok göze çarpmaya başladı. Telaşlı ve aceleci bir tarzda olsa da, bir engele takılana ya da köşeleri dönme ihtiyacı hissedene dek yürüyüşünü gayet dengeli bir biçimde sürdürebiliyordu. Bu telaş nedeniyle hareketleri aniden hızlanıyor ve kendini adeta ileri doğru fırlatıyordu. Böylece dengesini kaybedip yaşayacağı birçok düşüşten ilk nasiplerini almaya başlamıştı. Ruh halindeki coşku sürdü, fakat tavırları giderek daha sabırsız ve talepkâr bir hal aldı. Zaman zaman, eğer talepleri hemen karşılanmazsa ayağını hırsla yere vuruyordu. İlacın üzerinden üç saat geçtikten sonra yaşadığı “boşalmalar” daha ani ve şiddetli bir hale gelmişti. Sadece iki ya da üç dakikalık bir süreçte hareketli, gürültücü ve telaşlı bir halden adeta dilini yutmuşçasına sessiz, akinetik ve uykulu bir hale geçiyordu. Bunu göz önüne alarak, daha kısa aralıklarla daha düşük dozda L-DOPA vermeyi kararlaştırdık.

13 Haziran’da (son derece sıcak ve boğucu bir gündü), Bayan A.’nın yaşadığı duygusal heyecan hali, manik özellikler göstermeye başladı. Önüne geçilmez bir dans etme ve şarkı söyleme dürtüsüne kapılmıştı ve onu muayene etmeye çalıştığım sırada dahi dans edip şarkı söylüyordu. Düşünceleri ve konuşması son derece baskılanmış ve coşkuluydu. Nefes nefese kalmış bir halde, “Dr. Sacks! Çok mutluyum. Öylesine mutluyum ki anlatamam. Çok iyi ve enerji dolu hissediyorum. Kanım fıkır fıkır kaynıyor. Kanım adeta şampanya köpüğü gibi. İçimde binlerce baloncuk var sanki. Benimle dans edin!.. Olmaz mı? Peki, o zaman ben de size şarkı söylerim,” diyerek ve zaman zaman kelimeleri tekrarlayarak “Ne güzel bir sabah, ne güzel bir gün” diye şarkı söylemeye başlıyordu.

Bu manik baskının dışında, hareketliliğine, önü alınmaz ıştırına ve diğer dürtülere dair belirgin unsurlar ortaya çıkmıştı: yerinde oturamıyor ve sürekli odanın bir köşesinden diğerine hoplaya zıplaya dans ediyordu; ayaklarını sürterek yerlerini değiştiriyor, bacak bacak üstüne atıyor, birdenbire geçiriyor, elbisesini düzeltiyor, elleriyle saçına hafifçe vuruyor, tekrar geçiriyor, ellerini çırpıyor, burnuna dokunuyor, hiç özür dilemeksizin üçüncü kez ve yüksek perdeden bir daha geçiriyordu. Vücut ısısı yükselmiş, yüzü kızarmış ve gözbebekleri genişlemiş bir halde nabızı 120'ye kadar çıkıyordu. Yemek yerken korkunç bir ıştır ve hız sergiliyordu. Adeta vahşi bir hayvan gibi heyecanla homurdanarak, yiyecekleri parçalarcasına koparıp ağzına tıka basa dolduruyor, yemeğin sonunda ise önü alınmaz bir açgözlülükle parmaklarını kemiriyordu. Yemek yerken, lokmaları ağzına yaklaştırdıkça dilinin dışarı doğru fırladığını da gözlemlemiştim. Sanırım yemek yemenin verdiği heyecan dürtüsüyle dili dışarı çıkıyor ve bu esnada adeta şehvete kapılırcasına zevk alıyordu.

Yaşadığı bu heyecanın doruk noktasında diğer otomatikleşmiş ağız dürtüleri de açıkça görülüyordu: dudakların güçlü bir ifadeyle birlikte dışarı doğru çıkması eğilimi, emme sesleri çıkarma ve –en şaşırtıcısı– fincan tabağından sütü *yalayarak içme*. Süt içme esnasındaki dil hareketlerini inanılmaz derecede bir hız ve hünerle yapıyordu ve tabii ki bu istem dışı bir hareketti. Bayan A. bunu “Otomatikleşmiş bir hareket... doğal olarak yapmaya başlıyorum,” diye ifade ediyordu (Maria G. ile kıyaslanabilir).

13 Haziran'ın öğleden sonrasında yaşadığı heyecan ve taşıkardi daha da aşırı hale geldi. Bayan A. “Bir roket gibi tıka basa enerji ile yüklü olduğumu hissediyorum. Yakında uçuşa geçeceğim. Uçacağım, uçacağım...” diyordu. Bunun üzerine ona sakinleştirici vermeye karar verdik ve şaşkınlık içerisinde sadece çok küçük dozda (10 mg.) damardan zerk edilen thorazinin onu bir saat içerisinde bitkin, uykulu ve neredeyse akinetik bir hale sokarak “yatıştırdığını” gördük. L-DOPA dozu ise bir kez daha azaltılıp günde 1 gr.'a düşürüldü.

Ertesi gün, dozun azaltılmasını takiben Bayan A.'nın hare-

ketsiz, üzüntülü, biraz katılaşıp ve akinetik olduğunu gördük. Dahası, bir yılı aşkın bir süredir ilk kez birkaç saat boyunca süren göz hareketi krizleri ortaya çıktı. Bu kriz esnasında, Bayan A. tümüyle hareketsiz bir şekilde oturuyordu. Sonrasında bu durumu şöyle anlattı: "Hareket etmek için hiçbir dürtü hissetmiyordum ve istesem de hareket edebileceğimi sanmıyordum... Gözlerimin takılıp kaldığı tavanın bir köşesinden başka bir yere yoğunlaşmıyordum – tüm zihnim onunla doluydu ve başka hiçbir şey düşünemiyordum. Ve korkmuştum. Hem de ölesiye korkmuştum zira bu krizleri hep yaşıyorum. Hem de korkacak hiçbir şey olmadığını bilmeme rağmen."

Krizin ardından, L-DOPA tedavisini iki günlüğüne kestik. Bu iki gün boyunca, Bayan A.'nın L-DOPA tedavisi öncesindeki yoğun katılaşıp, zar zor konuşup hareket edebilen ve son derece bunalımlı halleri *daha da kötüye gitti*. Dilindeki "trombon-titre" bu dönemde çok şiddetli bir biçimde nüksetti. Kısa süreli bir haloperidol ("Haldol": 0.5 mg. günde iki kez) denemesi bu bulguların daha da ağırlaşmasına neden oldu. Dolayısıyla, 18 Haziran'da Bayan A.'ya tekrar ve bu kez mütevazı bir dozda (750 mg.) L-DOPA verilmeye başlandı.

Ertesi hafta, konuşma ve hareket kabiliyetinde tatmin edici bir düzelme yaşandı, fakat bunlarla birlikte kaygı verici birtakım yeni bulgular da ortaya çıktı. Bayan A. hiçbir zaman yönünü şaşırmasın ve çevresinde olup bitenlerin hep farkında olmasına rağmen boş ve şaşkın bir ifade sergiliyordu. Konuşmak için epey gayret sarf etmesi gerekiyordu, fakat tüm çabasına rağmen, L-DOPA tedavisi öncesindeki cılız sesinden çok daha farklı bir fısıldamayla konuşabiliyordu. Fısıldayarak bize "bir gücün, bir tür engelin" onu yüksek sesle konuşmaktan alıkoyduğunu hissettiğini ifade etti. Buna karşın hiçbir engel olmaksızın bizlere derdini fısıldayarak anlatabiliyordu. Bu dönemde, bir dizi farklı ve anormal ağız hareketleri baş gösterdi. Dudakların zorla ileri doğru çıkması, dilin ileri doğru itilmesi ve yine dilin zaman zaman, amaçsız ve istem dışı bir biçimde titreyerek sağa sola hareket etmesi. En kaygı verici olanı ise, on gün öncesinde ortaya çıkan ve (ilacın dozundaki ve diğer bulgularındaki artış ve azalışlara rağmen) yavaş ya-

vaş kötüye giden telaşlı hareketler ve acelecilik eğilimleriydi. Bu eğilimler artık korkutucu boyutta krizlere dönüşmekteydi. Önceleri sadece önünde bir engelle karşı karşıya kaldığında ortaya çıkan bu haller, şimdi ani ve kendiliğinden ortaya çıkan koşma dürtülerine dönüşmüştü ve bu dürtüler onu, tiz çılgınlıklar, kolların tik benzeri hareketleri ve ürkmüş bir ifade eşliğinde, ileriye doğru küçük, sert adımlar atmaya sevk ediyordu. Bu panik halinin ardından birkaç adım atıyor ve sonra ayağını yerden kaldıramayıp ileriye doğru, kaçınılmaz bir biçimde yüzüstü kapaklanıyordu. Bazen bu krizler daha da akut bir hale gelerek ileriye doğru ani bir hamle yapma dürtüsüne yol açıyor ve bu sırada o (kendi ifadesiyle) “olduğu yere adeta çakılıp kalıyordu”. Bu nedenle, yanında ona eşlik ederek, yürütmesine yardımcı olacak ve yere kapaklanmasını engelleyecek birinin bulundurulması elzem hale geldi. Bayan A. yardım alarak yavaş ve temkinli bir biçimde yürütüldüğü (ya da yürümeye ikna edildiği) takdirde hiçbir sorun yaşanmayacağı, fakat telaşa kapıldığı vakit (ya da belirli bir hızın ve temponun ötesinde itilip, çekildiği vakit) ortaya çıkan ani direncin olduğu yerde “çakılıp” kalmasına yol açacağı hemen belli olmuştu. Bu olgu, aynı dönemde yaşadığı konuşma sorunlarıyla benzerlik taşıyordu. Yüksek sesle konuşmaya kalktığı vakit, bir direnç ve “tıkanma” meydana geliyor, fakat yavaşça fısıldadığında bu tür engelleri rahatlıkla “aşıyordu”.

Açıkça görülüyordu ki, doğası ne olursa olsun, bu krizler ürkütücü ve tabii ki tehlikeliydi. Öyle ki, bir tür işlevsel dengesizlik (ya da bir dizi dengesizlik) ortaya çıkmıştı ve önemsiz dozlarda L-DOPA verilmesine rağmen süregelmekteydi. Bir yandan üzüntü duyarak ama öte yandan da gerekli olduğu düşüncesiyle L-DOPA kapsülleri yerine plasebo vermeye başladık. Konuşma tıkanıklığı ve panik nöbetleri düşük yoğunluklarda kırk gün daha sürdü ve ardından son buldu. Katılaşma, bradikinezi ve diğer bulgular L-DOPA tedavisi öncesindeki seviyelerine döndü. Dolayısıyla Temmuz ayının sonlarına doğru, küçük dozda bir L-DOPA tedavisine (750 mg.) tekrar başlatıldı. Tedavinin ardından geçen üç hafta sonunda şimdi Bayan A. kısıtlı da olsa konuşma, yürüme ve denge açısından, daha önceleri karşılaş-

tığı ters ve kriz özellikleri taşıyan etkilere dönüş yaşamaksızın önemli ölçüde bir kalıcılık ortaya koymakta.

1969-72

1969 yılının Mayıs ayında Bayan A. "şöhreti"nin doruk noktasına ulaştı; son üç yıl içerisinde alçalma ve düşüş dönemleri yaşamıştı. Haziran 1969'da ise, yaşadığı heyecanların en üst noktasına çıkan Bayan A. kendini kıyasladığı roket gibi çözümlü parçalanmaya başladı; son üç yılda yaşadığı bölünmelerde sürekli bir artış olmuştu. Eğer bu sorunları L-DOPA'ya yormak söz konusuysa (yani heyecanlanmaya ve bölünmeye son derece yatkın bu kişinin L-DOPA'ya karşı ortaya koyduğu belirli tepkimeler) neden ilacı ona vermekten vazgeçmemiştik? *Bunu yapamazdık*: tıpkı Maria G., Hester Y. ve diğer bu tür hastalarda olduğu gibi Bayan A. da L-DOPA tedavisinin devamlılığına son derece bağımlı hale gelmişti ve 1970 yılına gelindiğinde eğer ilaca sadece bir gün ara verilmiş dahi olsaydı, yalnızca ağırlaşmış bir Parkinsonizm ve depresyon haline girmekle kalmayıp aynı zamanda ani bir uyuşukluk ve koma hali de yaşayacaktı; bu yüzden ilaca devam etmek zorunda kaldık. Bayan A. bu ikilemin bizzat farkındaydı: "Bu beni çılgına çeviriyor," diyordu; "fakat tedaviyi keserseniz ölürüm."

Gerçekten de "ara" bir hali yakalayıp sürdürme olasılığını tümüyle yitirmişti ve koma ile hiper uykusuzluk hali, Parkinsonizm ile cinnet hali, depresyon ile manik hal vs. arasında bir noktayı yakalayamıyordu; tepkileri aşırı, ani ya hep ya hiç şeklindeydi. Davranışları bir uçtan diğerine yansıyor sırıyordu. Her iki uçtaki davranışlar da aynı anda meydana gelebiliyordu ve Bayan A. -sadece iki üç dakikalık bir süreç içerisinde- çok iyi hissettiğini, berbat bir halde olduğunu, gözlerinin her şeyi mükemmel gördüğünü, kör olduğunu, hareket edemediğini, kendini hareket etmekten alıkoyamadığını vs. ifade edebiliyordu. İradesi, arzuları ve hareketlerinde sürekli bir tereddüt ve felç yaşıyordu; korktuklarını arzuluyor ve arzu ettiği şeylerden korkuyordu; nefret ettiklerinden hoşlanıyor ve hoşlandıkların-

dan nefret ediyordu. Yaşadığı yoğun çelişkiler ve olanaksız tercihler arasında vermek zorunda olduğu olanaksız kararlar onu bir o yana, bir bu yana sürüklüyordu.

Yaşadığı heyecanlar ve süregelen çelişkiler Bayan A.'yı bir düzine kişiliğe bölmüştü –su içen Bayan A., tikli Bayan A., ayağını hızla yere vurup tepinen, çığlıklar atan, ani değişimler ve dönüşler yaşayan, gözlerini dikerek bakan, uyuyan, arzulayan, korkan, seven, nefret eden vs. Bayan A.; tüm bu kişilikler onun davranışlarını “etkileri altına alıp, sahip olmak” için birbirleriyle mücadele ediyordu. Gerçek ilgi alanları ve faaliyetleri neredeyse kaybolmuş ve bunların yerini varoluş çarkının dişlileri arasında un ufak olana dek sürekli öğütülen tuhaf stereotipler almıştı. Çoğu zaman birkaç düzine düşünce ve dürtüden oluşan, tümce ya da biçim açısından giderek sabitleşen ve zorunlu olarak sürekli tekrarlayan bir “repertuar”a indirgenmiş haldeydi. Gerçekte son derece alımlı ve zeki olan Bayan A., çok sayıda ve yozlaşmış alt benliklerce *ele geçirilmişti* – bu bir zamanlar bütünleşmiş olan benliğinin yaşadığı “şizofrenik” bir bölünmeydi.

Fakat onu bir araya getirip toparlayan ya da daha önceki parçalanmamış benliğini anımsatan birkaç şey halen mevcut. Müzik onu sakinleştirmekte, dikkatini toparlamakta ve –kısa süreliğine de olsa– içinde varolan tutarlılığı ve uyumu ona aktarmaktadır; ve bahçede oturduğu vakitler, aynı etkiyi doğada göstermektedir. Fakat hepsinden öte, tek bir ilişki, bir yakınlık, ona bütünleşmiş kişiliğini, hayatın anlamını ve hissetmeyi anımsatmakta ve onun için muhafaza etmekte. Bayan A.'nın gözdesi, eyalet dışında yaşayan ama ayda bir kez New York'a gelerek onu ziyaret eden kendinden yaşça küçük bir kız kardeşi vardır. Bu kız kardeş her seferinde Bayan A.'yı yanına alarak bir operaya, tiyatroya ya da şehir merkezinde güzel bir lokantaya yemeğe götürmekte. Bayan A. bu kısa gezintilerden döndüğünde neşe ve pırıltılar saçmakta, duygu ve zekâ dolu sözcüklerle bunları detaylı bir biçimde bizlere aktarmaktadır; bu gibi zamanlarda ne düşünce ve ne de davranışlarında “şizofrenik” bir hal ortaya koymamakta, aksine yaşadığı dünyayla daha da bütünleşip onu duyumsamaktadır. Bir defasında kız kardeşi

bana şöyle demişti: “Margaret’e çılgın, bozuk ya da tuhaf denilmesini aklım almıyor. Birlikte ‘şehirde’ harika bir gün geçirdik. Etrafındaki her şeye ve herkese karşı son derece gayretle ve ilgiyle yaklaştı – son derece yaşam ve keyif doluydu... Rahat ve sakindi – sürekli bahsettiğiniz o itiş kakış halleri ve bir şeyler içme isteği yoktu... Tıpkı yirmili yıllarda, hastalanmadan önceki eski günlerinde olduğu gibi sohbet etti ve güldü... O sizin bu tımarhanenizde çılgına dönüyor, çünkü burada yaşamla olan tüm bağları kopuyor.”

Miron V.

Miron V. 1908 yılında New York'ta doğdu. 1918 yılında şiddetli bir grip hastalığı geçirmesine karşın, o dönemde ensefalitik olarak tanımlanacak hiçbir bulgu ortaya koymadı. Okuldan sonra ayakkabı tamircisi olarak çalışmaya başladı. Otuz yaşında kendi dükkânını çalıştıran evli ve bir erkek çocuk babasıydı.

1947 yılında Bay V.'nin huzursuz halleri, yaşadığı dürtüler, tikler, kendine has birtakım davranışlar ve dönem dönem bakışlarının sabitlenmesine ve "trans" haline geçmesine –ki bu çok belirgin bir post-ensefalitik sendromdur⁸¹– bağlı olarak Parkinson bulgularına dair ilk belirtiler ortaya çıktı. 1952 yılına dek ayakkabı tamircisi olarak çalıştı ve hastalığının kötüye gidip hastaneye yatmasının elzem hale geldiği 1955 yılına kadar evindeki yaşamını sürdürdü. Mount Carmel'e kabul edilmesinin hemen ardından, Bay V. "hastane psikozu"na girdi – bu yoğun bir paranoya halinin eşlik ettiği, hadım edilmeye, küçük düşürülmeye, terk edilmeye, öç almaya, kin ve öfke beslemeye dair birtakım halüsinasyonlardan ibaret bir psikoza.⁸² Bu akut psikozun etkisinin azalmasıyla birlikte, on gün içerisinde son derece yoğun ve kötüye giden bir Parkinsonizm ve katatoni hali yaşamaya başladı – bu öylesine yoğun bir hastalık haliydi ki onu neredeyse tümüyle hareketsiz ve konuşamaz bir durumda bırakmıştı. Bu durum L-DOPA verilene dek hiç değişmeden devam etti.

Bu Parkinson-katatoni haline yoğun bir ilgisizlik, negativizm ve içine kapanma halleri eşlik etti. Karısının ifadesiyle

"Çalışmayı bıraktıktan sonra Miron'a bir şeyler oldu ve sonra evden ayrılıp hastaneye yattı. O öylesine sıcak ve sevgi dolu bir adamdı ki... İşini dünyadaki her şeyden daha çok severdi... Ve sonra değişti... Bizden ve çevresindeki herkesten ve her şeyden nefret eder oldu. Ve belki de kendinden de nefret etmekte." Bay V.'nin soğukluğu ve düşmanca tavırları ailesini son derece rahatsız ediyordu. Bay V. hastaneye yatırıldıktan kısa bir süre sonra ailesi onu ziyaret etmeyi reddederek onun bu tavrına "karşılık" verdiler. Böylece nevrotik tepkilerden oluşan bu fasit daireyi daha da güçlendirip tamamladılar.

Geçen on dört yıl içerisinde, cildinde aşırı yağlanma ve aşırı tükürük salgılama görülse de Bay V.'nin durumunda temelde bir değişiklik olmadı. 1966 ve 1969 yılları arasında onu sık sık tetkik ettim ve hemen her seferinde içinde bulunduğu had safhadaki hareketsizlik beni hayrete düşürdü. Öyle ki on beş saat boyunca, kendiliğinden ortaya çıkan en ufak bir hareket yapmaksızın sandalyede öylece oturabiliyordu.⁸³ Fakat, zaman zaman tikler ve dürtüler görülebiliyordu –her iki eliyle de yaptığı ani "selamlama" tikleri, aniden çıkardığı geniz temizleme ya da "kıkırdama" sesleri–; bu ses ve hareketler tümüyle hareketsiz ve sessiz görüntüsüyle şaşılacak boyutlarda zıtlık ortaya koyuyordu. Hiçbir biçimde konuşma eğilimi göstermeyen Bay V.'nin kesik kesik ve bağırarak ağzından birkaç sözcük çıkabiliyordu – bu sözcükler zekâsını, acısını, ümitsizliğini ve etrafındaki her şeye kayıtsız kalışını anlatmaya yetiyordu. Yardım almadan ne ayağa kalkabiliyor ne de yürüyebiliyordu. L-DOPA tedavisini denemeye arzulu olup olmadığını sorduğum zaman, "Umurumda değil... Sen bilirsin," diye cevap vermişti.

1969 yılının Temmuz ayında Bay V.'nin L-DOPA'ya verdiği tepki diğer birçok şiddetli post-ensefalitik hastada görüldüğü gibi ani ve büyüleyici bir tepkiydi. Tek bir gün içerisinde neredeyse normal bir konuşma ve hareket gücü ve seyrine kavuştu. Yanı sıra şaşkınlık ve neşe duyguları da yaşadı, fakat alışlagelmiş şüphesi, soğuk ve doğal olmayan davranışları bunları gölgede bıraktı. İlk tepkisinin üzerinden geçen iki haftalık süreçte, Bay V.'nin durumunda öncesine kıyasla taban tabana zıt haller görüldü: son derece dürtülenmiş ve hiperaktif, hipomanik, ko-

layca tahrike kapılan, küstah ve cinsel dürtüleri artmış biri haline geldi – artık tepkileri hızlı, korkusuz ve müstehcendi. Daha önce nadiren görülen tikleri artık sıklaşmıştı. Böylece saatte iki üç yüz kez gözlüklerini “düzeltmek” ya da genzini temizlemek için fırsat doğmuştu.

Aradan geçen dokuz aylık süreçte Bay V.’nin tepkileri hep aşırı, kararsız ve çelişkiliydi. Tümüyle hareketsiz hallerle tehlikeli boyutlarda hiperaktif ve dürtülenmiş haller arasında tuhaf bir biçimde gidip geliyordu. Hiperaktif hallerindeki bu tez canlılık ve deli doluluk nedeniyle sayısız kez yere kapaklandı ve en az üç kez kalçasını kırdı.⁸⁴ Fakat tavırları kafa karıştırıcıydı ve bu zorlu aylar boyunca etrafındaki insanlara karşı giderek artan bir ilgi, düşmanca tavırlarında ve içe kapanık hallerinde azalma, on iki yıl aradan sonra kendisini tekrar ziyaret etmeye başlayan karısı ve oğluna karşı şefkat göstermeye başladı. Yanı sıra koğuştaki birçok tamirat işine de el attı –ellerini kullanmakta son derece maharetliydi– öyle ki ne olursa olsun birşeyler yapmanın özlemini çekiyordu.

Esas değişiklik 1970 yılının Mayıs ayında Siperli Atölyemizde Bay V. için bir ayakkabı tamir ve kalıp tezgâhı kurunca gerçekleşti. Atölyeye götürüp bunları ona gösterdiğimizde, hiçbir kuşku ve kararsızlık ifadesi olmaksızın şaşkınlık ve neşeyle kabullendi. Eski becerilerini mesleğine olan hayranlık ve sevgisini inanılmaz bir hızla geri kazandı. Giderek daha çok hastanın ayakkabı ve sair tamirat işlerine el attı, bir zanaatkâr becerisi ve sevgisiyle yeni ayakkabılar yapmaya başladı. İşine dönerek yeniden onunla *halvet* olunca Bay V.’nin L-DOPA’ya verdiği tepkiler de daha iyi ve dengeli hale geldi. Tehlikeli ölçüde dürtülenmeleri ve depresif Parkinson-katatoni halleri başladığı gibi son buldu. Eskiye kıyasla çok daha samimi, yakınlık kurulması kolay biri oldu ve özgüveni önemli ölçüde yerine geldi. Bir defasında bana “kendimi tekrar bir insan gibi hissediyorum. Artık bu dünyada işe yarayan ve yeri olan biriyim... Bir adamın bunlar olmadan yaşaması mümkün değil,” demişti.

1970 yılının yazından bu yana Bay V. son derece olumlu gelişmeler gösterdi – hastalığının ilk baştaki şiddeti, yaşadığı umutsuzluk, L-DOPA’yı ilk kez kullandığında meydana gelen

aşırılıklar ve değışkenlikler göz önüne alındığında bu mucizevi bir iyileşmeydi. Konuşması ya da hareket seyrinin herhangi bir şekilde “normal” olduğunu iddia etmek zor – hâlâ beklenmedik haller ve donmalar meydana gelse de konuşması ve hareketleri yeterli ve kontrol edilebilir düzeyde ve bu her gün ayakkabı tezgâhında tüm gün boyunca çalışabilmesine, hastane etrafında yürüyüşler yapabilmesine, olabildiğince rahat bir biçimde sohbet etmesine ve bazı hafta sonlarını karısıyla birlikte evinde geçirmesine imkân tanımakta. L-DOPA tedavisi öncesinde son derece şiddetli Parkinson-katatoni sendromları ortaya koyan Mount Carmel’deki yaklaşık kırk kadar post-ensefalitik hasta arasında Bay V. –nihayet– en iyi gelişme gösteren hastaydı; bu hastalar arasında *bir tek* Bay V. herhangi bir sekteye uğramaksızın sürekli bir L-DOPA tedavisine tolere edebildi ve böylesine dengesiz ve değışken bir hastalık başlangıcından sonra kalıcı bir iyileşme gösterdi.

Gertie C.

Bayan C. 1908 yılında New Hampshire’da doğdu. Uyumlu ve kaynaşmış bir ailenin en küçük kızlarıydı. Mutlu bir çocukluk geçirdi ve bu dönemde hiçbir nevrotik rahatsızlık ya da önemli bir sorunla karşılaşmadı. Kolayca arkadaş çevresi edindi, okulda başarılı bir öğrencilik geçirdi ve okuldan sonra yirmi beş yaşında evlenene dek daktilograf-stenograf olarak çalıştı. Görünürde son derece sağlıklı ve sosyal bir yaşam sürdürmeye devam etti ve üç çocuk yetiştirdi. Fakat otuz sekiz yaşından kısa bir süre sonra, her iki elinde de şiddetli titremeler meydana geldi. Önceleri New York’un sert kışına yorulan bu rahatsızlığın birkaç hafta sonra Parkinson özellikleri gösterdiği fark edildi. Sonraki altı yıl içerisinde hastalığı amansız bir biçimde ve hızla ilerleyerek titreme, katılaşma, akinezi, birtakım dürtüler, aşırı terleme, tükürük salgılama ve ciltte aşırı yağlanmayı da beraberinde getirdi. Kırk dört yaşına geldiğinde Bayan C. tümüyle hareketsiz ve neredeyse konuşamaz haldeydi. Titreme ve katılaşma, atropin benzeri ilaçlarla bir ölçüde azaltılabiliyordu fakat onu elden ayaktan düşüren akinezi ve afoni (ses yitimi) bu ilaçlara hiçbir tepki vermiyordu. Katlanmak zorunda kaldığı büyük zorluklara ve yirmi dört saat boyunca hemşire bakımına ihtiyaç duymasına rağmen, Bayan C.’nin kendisine çok düşkün olan ailesi bir on yıl daha onu evde tuttu (1962’ye kadar).

Bayan C.’yi ilk kez 1966 yılında tetkik ettiğimde ellerinde ve ayaklarında distonik büzülmeler ve kas yapısında had safhada katılaşma vardı. Ancak çok büyük çaba sarf ederek zar zor

fısıldayabiliyordu. Fakat, ona söylenen her şeyi tümüyle takip edip anlayabildiği ortadaydı – Bayan B.’de olduğu gibi en ufak bir uyuşukluk, umursamazlık ve tepkisizlik ortaya koymuyor, buna karşın hareketsiz ve kendi içine kapanık yoğun bir iç faaliyetin varlığına dair bir izlenim veriyordu. Gözleri, adeta zihninde güzel bir resim ya da peyzaj tasarlamışçasına yoğun bir huzurla parlıyordu. Hareketsizlik ve uyuşukluktan ziyade *etrafını can kulağıyla dinlermiş* izlenimi veriyordu.

1969 yılında, Haziran ayının ortasında Bayan C.’yi L-DOPA tedavisine başlattım. İlaça karşı dikkate değer bir hassasiyet gösterdi ve günlük 1 gr.’ı aşmayan bir dozla sesinde ve hareketlerinde etkileyici düzelmeler katılma ve tükürük salgılanmasında en az bunlar kadar etkileyici azalmalar meydana geldi.⁸⁵ Günlük dozajı 1.5 gr.’a yükseltince Bayan C.’nin sesi neredeyse normal gücü ve tonuna kavuştu, ses perdesindeki ve ses rengindeki değişimler en ince detaylarıyla tam bir biçimde duyulmaya başlandı. İyileşmesi mümkün olmayan ellerindeki büzülmelerden ötürü kendi başına yemek yiyebilmesi ya da bir kitabın sayfalarını çevirmesi zor faaliyetler olsa da kazandığı güç sayesinde bunları yapabiliyordu. Ruh hali sakin, neşeli ve dengeliydi. Hiçbir duygusal aşırılık ya da endişe yaşamıyordu. Bu sakin ve huzurlu dönemde Bayan C. yirmi yıldan bu yana ilk kez rahatlıkla konuşabiliyordu. Benimle uzun uzun bu dönemin büyük bir bölümünde içinde bulunduğu duruma ilişkin sohbet etti.

Anlattığına göre bu dönem “büyük bir iç durgunluğu”nun ve “kabullenme ve rıza gösterme”nin yaşandığı bir dönem. Dikkati saatler boyunca zihnine takılıp kalan bir eşya ya da düşünce üzerine yoğunlaşıyordu; kendini beden duruşları, algılamaları ve zihninin “içine doğru çekilip sürüklenmiş” hissediyordu: “Zihnim kendi kendini yansıtan durgun bir su birikintisi gibiydi.” Saatler, günler ve hatta haftalar boyunca çocukluğuna dair huzurlu sahneleri yeniden yaşıyordu – güneşte yatarken, çayırdaki uyuklarken ya da çocukken yaşadığı evin yanı başındaki ırmakta yüzerken; görünen oydu ki, bu keyifli, basit ve pastoral anlar, düşüncesindeki durgunluk ve saplantılar sayesinde sonsuza dek uzayabilirdi. Bunların dışında Bayan C. her zaman parlak bir hayal gücüne sahip olduğunu ve her şeyi kolaylıkla

betimleyebildiğini ama Parkinson hastalığına eşlik eden hareketsiz konsantrasyon halinin bu hayal gücü ve betimlemelerin akılda kalıcılığını arttırdığını da ekliyor ve geçen yirmi yıl içerisinde zaman ve sürengenlik hissinin ciddi boyutlarda değişime uğradığını da vurguluyordu; öyle ki etrafında olanlardan haberdar olmasına ve hangi yılda olduğunu bilmesine rağmen kendisi bu *oluşumları duyumsamıyor*, daha ziyade zamanın durduğunu ve yaşadığı her anın kendi kendini tekrar ettiğini hissediyordu.

L-DOPA tedavisine başladıktan dört hafta sonra, ilaca verdiği tepkiler olumsuzlaştı. Soluma güçlüğü ve yutkunma dürtüleri yaşıyor ve her dozun ardından Parkinsonlu ve afonik haline geri dönüyordu. Bayan C.'nin patolojik bir tepkimeye doğru sürüklendiğini hissederek, L-DOPA tedavisini birkaç günlüğüne durdurmaya karar verdim. İlacın kesilmesiyle birlikte Bayan C. anında şiddetli Parkinson haline dönüş yaptı; buna ilaveten daha önce esas manzaranın içinde yer almayan, son derece yoğun bir bunalım ve uyku hali ortaya çıktı.

Temmuz'un sonlarına doğru L-DOPA tedavisine tekrar başladığımızda bir önceki ay ortaya koyduğu olumlu tepkiyi tekrarlamasının mümkün olmadığını gördük. İlk verdiği tepkiyi yeniden elde etmek çabasıyla günlük aldığı L-DOPA dozuna az miktarda amantadin (100 mg. günde iki kere) kattık – bu doz diğer birkaç hastada fayda sağlamıştı. Bu ilavenin etkisi tam bir felaketle sonuçlandı. İlk amantadine kapsülünü aldıktan sonra üç saat içerisinde Bayan C. yoğun bir heyecan ve bilinç kaybıyla birlikte halüsinasyonlar görmeye başladı. Ağlayıp feryat ederek “Arabalar üzerime doğru geliyor, başıma üşüşüyorlar!” dedi. Sesi korku dolu çığlıklara dönüşüyor ve aniden kolumu sıkıca kavırıyordu; bu dönemde “aniden ortaya çıkıp kaybolan, maskeler şeklinde yüzler” görüyordu – bu yüzler onu ısırmaya çalışıyor, onunla dalga geçiyor, sırtıyor ve cıyaklayarak bağırıyorlardı. Zaman zaman kendinden geçercesine gülümseyerek bağırıyordu: “Bakın ne güzel bir ağaç, ne kadar güzel!” Ardından da gözleri keyif gözyaşlarıyla doluyordu. Fakat genelde bu haller, çok sayıda minik ses ve görüntülerin beraberinde meydana gelen düzensiz ve ürkütücü halüsinatif paranoyalardı. Bunlara sağa sola doğru şiddetli ve ritmik kafa sallamalar, dilini ritmik bir bi-

çimde dışarı doğru çıkarmalar, çılgınlıklar ve gözlerin tik benzeri hareketleri de eşlik ediyordu. Bayan C. yalnız başına kaldığında ya da bulunduğu odaya karanlık bastığında bu halüsinasyonlar ve hareketleri en kötü biçimde yaşıyordu; tanıdık ya da kendisine dostça davranan birilerinin varlığı, onunla konuşmak ya da elini tutmak bu hayaletlerden ve hareketlerden kurtulmasını ve birkaç saniye ya da dakika boyunca kendine gelmesini sağlıyordu. Bu durumun baş göstermesiyle birlikte L-DOPA ve amantadini hemen kestiysek de halüsinasyon halleri hızını alamayıp üç haftadan daha fazla bir süre boyunca sürdü. Bu süreçte ona verdiğimiz en yüksek dozlardaki sakinleştiriciler sadece heyecanını azaltmıştı. Eylül ayında bilinç kaybı halleri birdenbire kesildi. Bu haller onu tüketip bitkin bıraksa da akli dengesi son derece sağlıklıydı. Onunla yaptığımız konuşmalardan ve gözlemlerimizden açıkça anlaşılıyordu ki, geçtiğimiz üç hafta içerisinde onu etkisi altına alan ya da tüketen bu olağanüstü hallere ilişkin aklında hiçbir bilinçli anı kalmamıştı.⁸⁶

Ekim ayının başında gayet temkinli bir şekilde Bayan C.'ye tekrar L-DOPA vermeye başladık. Bu kez günlük doz sadece 1 gr.'ın dörtte biri kadardı. Bu dozla birlikte ses ve gücünde anında kayda değer düzelmeler meydana geldi, fakat bu başka bir rahatsızlığı da beraberinde getirdi – sanki sinek ya da sivrisinekleri kovalarmış gibi ellerini kollarını tik benzeri ani hareketlerle havada savuruyordu. Bu kombinasyondan on gün sonra Bayan C.'nin halüsinatif bilinç kaybı beklenmedik bir biçimde tekrar ortaya çıktı. Bunun baş göstermesiyle eşzamanlı olarak tikleri son buldu. Bundan da anlaşılıyordu ki söz konusu tikler bir “paratoner” görevi üstlenmiş olabilirdi. Böylece yaşadığı heyecanı bir ölçüde zararsız bir biçimde boşaltmasını sağlıyorlardı. Hemen L-DOPA'ya bir kez daha ara verildi, fakat bu yaşadığı heyecanı hiç azaltmadı. Yaşadıkları esnasında kendini yaralamasın diye yatağının kenarlarına parmaklık koymak ve onu sürekli bir hemşire bakımı altında tutmak elzem hale geldi. 10 Ekim gecesi yanındaki hemşire bir dakikalığına odadan ayrıldığında Bayan C. korku dolu bir çılgılık atarak, yatak parmaklıklarına tırmandı ve paldır küldür yere düşerek her iki kalçasını ve leğen kemiğini kırdı.

Sonraki aylar, Bayan C.'nin büyük ölçüde zihinsel ve fiziksel işkenceler yaşadığı aylardı. Vücudundaki kırıklar ona büyük acı veriyordu; sırtüstü yatmaktan ötürü kuyruksokumunda yara oluşmuştu ve her gün buraya bakılıp birkaç kez temizlenmesi gerekiyordu; yirmi kilo kaybetmişti; vücudundaki distonik katılaşma ve büzülmeler daha da kötüleşti; ve son olarak, L-DOPA tedavisini durdurduktan sonra *beş aydan* fazla bir süre boyunca sürüp giden ve ona büyük sıkıntı veren ürkütücü halüsinasyonlar yaşadı. 1970 yılının yaz aylarına gelindiğinde Bayan C. başına gelebilecek en kötü olayları yaşayıp atlatmıştı. Yatmaktan ötürü oluşan yarası iyileşiyordu, aşırı katılaşma ve distoni azalmış, en önemlisi dehalüsinatif bilinç kaybı kaybolmaya başlamıştı.

Bilincinin zayıfladığı dönemleri azalıp, akli başında olduğu dönemler arttıkça Bayan C. bir hüznünü dile getirdi: “Artık herkes ortadan kayboluyor. Bana yarenlik eden o ufak tefek *şeyler* ve insanlar. Bundan sonra eskisi gibi bir başıma kalacağım.” Fakat öyle olmayacaktı. Bilinç kaybı hallerinin nihayet son bulduğu günün *ertesinde* yatağında yatarken tuhaf bir olay yaşadı. Her şey esrarengiz bir duyumsama ile başladı – bu olağanüstü bir şeyler olacağı hissiydi; kendini pencereden dışarı bakmak zorunda hissetti ve hayretle yangın çıkışından tırmanan maskeli bir adam gördü; maskeli adam penceresinin hizasına gelince bir değnek çıkartarak ona doğru dürtercesine uzattı. Bayan C. korkudan iliklerine kadar titremişti; sonra maskeli adam “şeytani bir biçimde sırtıp” yangın çıkışından aşağı doğru geri çekilircesine inerken *yangın çıkışını da beraberinde götürdü*. Bayan C.'nin “hayal gördüğünün” göstergesi de buydu. Öyle ki gördüğü halüsinasyon sadece maskeli bir adamdan ibaret olmayıp, bir de işin içine yangın çıkışı girmişti. Ertesi gün Bayan C. gördüklerini bana aktarırken bir taraftan da ürperiyordu fakat davranışları ve seçtiği kelimelerden de açıkça ortadaydı ki bu yaşadıkları ona keyif de vermişti. Ertesi akşam yangın çıkışındaki maskeli adam tekrar ortaya çıktı ve bu kez daha da yaklaşarak değneğini sadece tehditkâr bir ifadeyle değil aynı zamanda yüzüsüzce bir müstehcenlikle salladı. Üçüncü gün Bayan C. bana “açılmaya” karar verdi: “Beni suçlayamazsınız. Son yirmi yıldır hayatımda kimse olmadı. Tahmin edebileceğin gibi bundan sonra da birile-

rinin hayatıma gireceği yok... Benim gibi hüsrana uğramış yaşlı bir kadına dostça bir halüsinasyonu da çok görmezsiniz herhalde!" Ben de gördüğü halüsinasyonlardaki unsurlar hoş ve kontrol edilebilir olduktan sonra bu koşullarda iyi bir fikir olabileceğini söyledim. Sonrasında paranoya unsuru tümüyle kayboldu ve halüsinatif karakter tamamen dostane ve kur yapan bir kişiğe büründü. Bayan C. mizahi bir yaklaşımla ortaya koyduğu taktik ve kontrol sayesinde akşam sekizden önce halüsinasyon görmesine mani oluyor ve bu halüsinasyonların süresini otuz en fazla kırk dakikada tutabiliyordu. Kendisini görmeye gelen akrabaları ziyaretlerini uzattığı takdirde kendinden emin fakat samimi bir ifadeyle "birkaç dakika içinde şehir dışından bir beyefendinin ziyaretine geleceğini" ve eğer onu dışarıda bekletirse bunu yanlış anlayabileceğini söylüyordu.

Bayan C. yaşam dolu ve hastalığının şiddeti göz önüne alındığında olabildiğince sağlıklı biri. Gözlerindeki o derin huzurlu ifade geri geldi, çocukluk günlerinin görüntüleri ve anılarına dair o sonsuz tasavvur gücünü tekrar kazandı. L-DOPA tedavisi öncesindeki günlere kıyasla tek değişiklik, artık onu her akşam sadakatle ziyaret edip ona sevgi, ilgi ve görünmez hediyeler sunan hayali bir beyefendinin yaşamına girmiş olmasıdır.

Martha N.

Bayan N. 1908 yılında New York'ta doğdu. İrlandalı dindar bir Katolik ailenin tek kızıydı. 1918'deki grip salgınında neredeyse ölüyordu. Fakat sonrasında belirgin herhangi bir ensefalitik sendromdan mustarip olmadı. Liseyi bitirince bir telefon şirketinde çalışmaya başladı; o dönemde üç kez "Güzellik Kraliçesi" seçilmişti, törenlerde ve partilerde herkes ona eşlik edip onunla flört etmek için can atıyordu. Parkinsonizm rahatsızlığı yirmi bir yaşındayken kendini gösterdi ve öylesine bir titremeye yol açtı ki aynı yıl çalışmayı bırakmak zorunda kaldı. Parkinsonizmle birlikte uyurgezerlik ve uykusunda sayıklama halleri de ortaya çıktı. İlk başta patlak veren bu sendromların ardından yirmi iki yıl boyunca durumunda hiçbir değişiklik olmadı. Bu dönemde ailesi ile birlikte yaşamını evinde sürdürdü, yürümekte zorluk çekmedi, arkadaşlarını ziyaret etti, golf oynadı ve evle ilgili her türlü iş ve alışverişte ailesine katıldı.

1951 yılında anne ve babasının ölümüyle birlikte Bayan N.'nin hastalığı beklenmedik bir biçimde kötüye gitti ve özellikle meydana gelen katılaşma ve distoni onu tümüyle etkisi altına aldı. Öyle ki, son derece yoğun bir hastalık geçiren Bayan N. yürüme ya da ayakta durma yetisini kaybetti, sesi ve yutkunması da zarar gördü. Durumundaki kötüye gidişatın hızlanması sonucu 1954 yılında bir sağlık kurumuna yatırılması elzem hale geldi. Hastaneye kabul edilince hastalığı tekrar bir durgunluk dönemine girdiyse de yaşadığı distoni, şekil bozukluklarına yol açtı.

Bayan N.'yi 1966-1969 yılları arasında sık sık tetkik ettim. Zeki, çekici ve hoş sohbet biriydi. Bu dönemde distonik katılaşmadan ötürü her iki bacağına da kısırdatamıyor, boyun kaslarındaki spazm nedeniyle boynu bir yana bükük duruyor, sesi çok yumuşak tonda çıkıyor ve had safhada tükürük salgıyordu. Diğer birçok post-ensefalitik hastaya kıyasla çok daha cana yakın ve sokulgan biriydi. Yılın elli bir haftası boyunca Bayan N. "tutarlı" ve akli başında bir görünüm sergiledi. Fakat yılın elli ikinci haftasında "Paskalya Psikozu"na kapıldı. Bu artan bir katılaşma, hareket, yürüme ya da yutma yeteneklerinde azalma, depresyon, sesin ifadesizleşmesi ve bazen de istem dışı göz hareketi krizleri biçiminde meydana geliyordu. Kutsal Cuma günü öleceğini hissedip, güç bela duyulan fısıltı gibi bir sesle, son duasını yaptırmak için bir rahip çağırmamızı istedi. Bu olayın ardından hareketsiz ve sessiz bir "baygınlık" hali yaşamaya başladı ve Pazar günündeki Yortuya dek bu durumu süregeldi. Sonra birdenbire yeniden doğmuşçasına bir hisse kapılarak "kendine geldi." Bu her yıl tekrarlayan doğuşun ardından, iki üç hafta boyunca sesi, hareketleri ve tüm yetenekleri çarpıcı bir biçimde "normal"ın üstüne çıktı, bu haftalar boyunca Parkinsonizm ve diğer sorunlarında gözle görülür ölçüde azalmalar oldu.

Bayan N. 1969 yılının Haziran ayında L-DOPA tedavisine başlatıldı. İlk tepkisi dilinin geriye doğru çekilmesi oldu. Bu öylesine şiddetli bir çekilmeydi ki konuşabilmesini imkânsız kılmıştı. Bunu göz önüne alarak L-DOPA'yı (günlük 2 gr.) kestik. Daha sonra Temmuz ayının ortasında L-DOPA tedavisine tekrar başladık. Bu dönemde dilin çekilip boğazında düğümlenmesi meydana gelmedi, bilakis çarpıcı bir ilerleme kaydetti. Sesi çok daha gür çıkmaya başladı, tükürük salgılaması neredeyse son buldu, kollarındaki katılaşma ve akinezi neredeyse tümüyle kayboldu; sonuç olarak Bayan N. ayaklarındaki ve boynundaki umarsız büzülmeler dışında "normal"e döndü. Bu olağanüstü iyileşme kayda değer bir hızda gerçekleşti –bir saat içerisinde– ve bunu yalnızca 750 mg.'lık bir L-DOPA ile başardı.

Bu mükemmel sağlıklı hali 4 Ağustos'a dek sürdü – benim Londra'ya uçuğumun ertesi günü. O gün Bayan N. had safhada

heyecan, tahrik ve korkuya kapılmış, bunalımlı bir halde kollarında ve bacaklarında yoğun titreme ve katılaşma yaşayarak, sabit, adeta ceset gibi bir görünüm ortaya koydu. Yine ölümün yakın olduğunu hissedip son duasını yapmak üzere rahip çağrılmasını istedi. L-DOPA tedavisi bir kez daha durduruldu ve ertesi gün L-DOPA öncesindeki kişiliğine büründü. Ben hastaneye dönünce bir kez daha L-DOPA tedavisini denememi istedi. “Beni altüst eden ilaç değil, sizin hastaneden uzaklaşmanızdı. Geri dönüp dönmeyeceğinizden emin değildim. Çok korktum. Öleceğimi sandım.”

Eylül ayında üçüncü kez L-DOPA tedavisine başladım. *Bu seferki* tepkileri hem ilk hem de ikinci tedavi sırasındaki tepkilerden epey farklıydı. Hızlı nefes almaktan ve nefes nefese kalmaktan şikâyetçiydi. Yanı sıra solunum krizleri baş göstermişti. Her iki kolunda da son derece hızlı “selamlama” tikleri ortaya çıkmıştı. Dakikada üç dört kez kucağında duran ellerini uçarcasına yüzüne doğru seğirtiyordu. Bununla birlikte palillili da ortaya çıkmıştı ve her kelimeyi sayısız kez tekrarlamaya başlamıştı. Bu dönemdeki tepkileri oda arkadaşı Bayan D.’nin tepkileriyle kayda değer benzerlikler taşıyordu. Öyle ki, herhangi birinin diğerini otomatikman “taklit” edip etmediğini merak eder olmuştum. Eylül ayının ortasına gelindiğinde Bayan N. her saniye, hiç durmaksızın tikler yapıyor ve yıllar önce öğrendiği aşağıdaki dörtlüğü kesintisiz bir şekilde, sürekli tekrarlayarak söyleyip duruyordu:

Her an, her saniye kendini belli ediyor sanırım.
Öylesine hastayım ki, çok hastayım, çok hastayım.
Ey ölüm çabuk gel, çabuk gel, çabuk gel!
Çabuk gel, çabuk gel, çabuk gel, çabuk gel!

Kendi kendini tüketmesi bir yana koğuştaki diğer hastaların da huzurunu kaçırmamasından ötürü bir kez daha L-DOPA’yı kesmenin gerekli olduğunu düşündüm.

Bu heyecanlı hallerin ardından L-DOPA’nın kesilmesi, Bayan N.’de şiddetli bir “geri tepme”ye neden oldu ve son derece katılaşmış, titremeli, akinetik ve sesini yitirmiş bir halde yine

yutma zorlukları yaşamaya başladı. Öyle ki onu tüple beslemek zorunda kaldık. Bu “geri çekilme tepkisi” Eylül ayının geri kalan günlerinde de, şiddetinde hiçbir azalma olmaksızın sürdü.

Ekim ayında dördüncü kez Bayan N.’yi L-DOPA tedavisine başlattım. Bu kez, her zamankinden daha kolay heyecanlanıp tikleri ve palilali tepkileri yeniden meydana gelse de yine birkaç hafta boyunca olumlu tepkiler verdi. Bu dönemde hemşireler, özellikle ben çevresinde olduğum zamanlarda tiklerin oluştuğunu fark ettiler. Bayan N. tiklerin beni hayrete düşürdüğünü, her zaman dikkatimi ve ilgimi çekeceğini biliyordu.

Aralık ayında, özellikle havanın soğuk ve kasvetli olduğu bir dönemde, Bayan N. yine Ağustos ayındaki L-DOPA tedavisi sırasında ya da tedavi öncesindeki “Paskalya Psikozu”nda olduğu gibi ölecekmişçesine uyuşuk bir ruh hali içerisine girdi. Bu kez ne benim varlığım ne de yapabileceğim herhangi bir şey, içinde bulunduğu durumu değiştirmede. Adeta bir ceset gibi hareketsiz ve donuk halde yatıyordu. Bundan üç gün sonra L-DOPA tedavisini kestim, fakat bu hiçbir şeyi değiştirmede. Bir on gün daha uyuşukluk hali sürdü ve bu süre boyunca tümüyle hemşire bakımına muhtaç bir halde bir kez daha tüple beslenmeye başladı. Noel günü güneş yüzünü gösterdi; iki haftadan fazla süren kapalı havalardan sonra güneş ilk defa mükemmel bir şekilde parlıyordu. Bayan N. oturmakta olduğu sandalyeden kaldırılıp dışarıdaki sundurmaya götürüldü. Beş dakika sonra birdenbire “ayıldı” ve birkaç saniye içinde toparlandı. O anı etkileyici ve dokunaklı ifadelerle anlatmıştı: “Güneşi gördüm. Her yanımda yaşayan ve hareket eden insanlar gördüm. Farkına vardım ki ne ölüyüm ne de Cehennem’deyim. İçimde kıpır kıpır eden hayatı hissettim. İçimde kabuk gibi bir şeylerin kırıldığını hissettim. Ve birdenbire tekrar konuşup hareket edebiliyordum.”

Bayan N.’ye yaşadıklarının üstesinden gelip fizyolojik ve psikolojik dengesini sağlayabilmesi için üç ay süre verdik. 1970 yılının Mart ayında, kendi arzusu üzerine beşinci kez L-DOPA tedavisine başladık. Bu kez de, öncesinde olduğu gibi yaklaşık üç hafta boyunca Parkinsonizm ve diğer bulgularda memnuniyet verici azalmalar oldu. Ardından her akşam tuhaf halüsinasyonlar görmeye başladı. Bu halüsinasyonlar genelde aynı

biçimdeydi; *gizemli* bir duyumsama, tasavvur edilemeyecek kadar tuhaf bir şeyler olacağı hissiyle başlıyor ve bir rüyada ya da geçmiş yaşamda daha önce yaşanmış olduğu hissiyle birlikte bu deneyimin geçmişe bir dönüş olduğunu hissediyordu. Bu tuhaf haller esnasında Bayan N. aniden odaya sakallı iki adamın girdiğini görüyordu. Adamlar pencereye doğru telaşsız adımlarla yürüyüp, orada eski tarz bir feneri yakıp ileri geri (papazların kullandığı tütsülük gibi) sallıyorlardı. Bayan N. bu sallanan ışığın, dikkatini çekmek ya da onu “büyülemek” için tasarlandığını hissediyor ve gözlerini ondan alamıyordu. Bu noktada sert bir hareketle başını çevirip “Gözümün önünden kaybolun, gözüm sizi görmesin, sizi gidi şeytanlar, sizi gidi şeytanlar!” diyordu. Başını birdenbire sert bir hareketle çevirmesi ve bağırtiları Bayan N.’nin oda arkadaşının dikkatini çekmiş ve birtakım “tuhaf deneyimler” yaşadığına kanaat getirmişti. Sonra bu esrarengiz konuklar yatağının baş ucuna yanaşıp, titreşerek pırıltılar saçan tülleri ceplerinden çıkarıyor ve gözlerinin önünde bunları dairesel hareketlerle sallıyorlardı; adamlar bir yandan gözlerinin önünde bu hareketleri yaparken, Bayan N. de bunların lanetleme mi yoksa kutsama mı olduğuna karar veremeyip olduğu yere sınıyor ve baygınlık geçiriyordu. Her iki adam da suratına doğru eğilip onu öpüyorlar, bir yandan da sakallarının sert kıllarını yanaklarına sürüyorlardı. Ardından da ağır ve ciddi adımlarla odadan dışarı çıkıp gidiyorlardı. Onların ayrılmalarıyla birlikte Bayan N. aynı anda yoğun bir pişmanlık ve rahatlama hissiyle karışık duygular yaşıyordu. Bu “tuhaflik” hissinin kaybolmasıyla birlikte Bayan N. tekrar kendine geliyordu. Bu maceralar on-on iki dakika sürüyor ve her akşam saatler sekizi gösterdiğinde başlıyordu. Bayan N.’ye “ziyaretçilerinin” gerçek olup olmadıklarına dair düşüncelerini sorduğumda bana şöyle cevap verdi: “Hem evet hem de hayır. Senin gibi, hemşireler ya da bu yer gibi gerçek değiller. Bu başka tür bir gerçeklik. Adeta başka bir dünyadan buraya gelmişler gibi.” Sonrasında da şunları ilave etti: “İlk başlarda onların bu odada yaşamını yitiren hastaların hayaletleri olabileceklerini düşündüm. Sonra farkına vardım ki bunlar doğaüstü yaratıklardı. Onların Cennet’ten mi yoksa Cehennem’den mi geldiklerine hiçbir zaman tam olarak

emin olamadım... komik – ben genelde batıl inançları olmayan ve hayaletlere, hortlaklara inanmayan bir insanım. Fakat öylesi-ne bir ruh haliyle bunlara inanmak *zorunda* olduğumu hissediyorum.”

İki haftadan bu yana durumunda bir değişiklik olmadı. Bayan N.’nin hayaletleri akşam saat 20.00’de gelip, tamı tamına on dakika sonra ayrılıyorlar. Bayan N.’ye aynı dozda L-DOPA vermeyi sürdürdük; görünen oydu ki, bu düzenli ziyaretlerden epey keyif almaya başlamıştı, zira her akşam “büyük bir hevesle” makyajını yapıp, konukları için hazırlanıyordu. L-DOPA tedavisinin altıncı haftasında, gördüğü hayaller şiddetli ve ürkütücü hale geldi; sakallı adamlara garip, doğaüstü el kol hareketleri yapan bir üçüncüsü ve hatta dördüncüsü, beşincisi ve altıncısı katılmıştı ve oda sakallı adamlarla dolana dek bu böyle sürüp gidiyordu; dahası ziyaret saatleri de uzamıştı ve bu sessiz ve uğursuz mesai gece 21.00, 22.00 ve hatta 23.00’e dek sürüp gidiyordu. Bu aşamada Bayan N. L-DOPA tedavisinin durdurulması gerekebileceğini kabul etti. Tedavinin durdurulmasının ardından halüsinasyonları üç hafta boyunca devam etti ve birdenbire sona erdi: bu beklenmedik bir gelişmeydi – bir akşam Bayan N. yemeğin ardından makyajını yapmadı ve nedenini sordüğümüzde şöyle dedi: “Bu akşam konuklarım olmayacak.” Gerçekten de “konukları” bir daha asla geri dönmedi.

Baharın geri kalanında ve tüm yaz boyunca Bayan N.’ye dengesini tekrar bulabilmesi için fırsat tanıdık. 1970 yılının Ekim ayında amantadin (L-DOPA benzeri bir ilaç) vermeye başladık. Bunda da L-DOPA’da olduğu gibi ilk başta sesinde, hareketlerinde, katılmasında vs. olumlu gelişmeler kaydedildi. Fakat üç haftanın ardından Bayan N. *pruritus vulvae**’dan şikâyetçi oldu. Onu bir jinekologa gönderdik fakat jinekolog sorun yaratan bir şey bulamadı. Daha sonra bu kaşıntı hissi formikasyona (deri üzerinde karınca yürümesi hissi) dönüştü. Öyle ki karıncaların içine doğru girdiklerini hissediyordu; Bayan N. bu semptomları anlatırken ürperiyor fakat aynı zamanda haz almışçasına bir ifade takındığı da gözden kaçmıyordu. Sonunda karıncalar, vajinasına doğru tırmanarak içine girmeye çalışan minik, karınca

* Cinsel organdaki kaşıntı (ç.n.)

büyükliğünde adamlara dönüştü. Bu noktada Bayan N. şiddetli bir tahrike kapılarak hem bu tecavüzü ve hem de ilacı durdurmamız için bize yalvarmaya başladı. Amantadini kessek de halüsinatif saldırılar altı haftadan fazla devam etti ve herhangi bir azalma ya da “geçiş süreci” olmaksızın birdenbire kayboldu.

Böylece Bayan N. –beş kez L-DOPA ve bir kez de L-DOPA benzeri bir ilaç denemesinin ardından– altı seferinde de çok farklı tepkiler ortaya koydu. Bir anlamda açıkça ortadaydı ki ilacın etkisini önceden kestirmek mümkün değildi, zira ilaç çeşitli davranışları tetikleyebilmekteydi: ilk tepkilerin ortaya konmasıyla birlikte –ister dilin çekilmesi, isterse de iyileşmeye yönelik katatonik, tike dönüşmüş sözcük tekrarları, karıncalanma ya da halüsinatif olsun– tepkinin geri kalan bölümü ilk halini sürdürüyordu. Bayan N. L-DOPA’ya verdiği tepkilerde son derece az bir fizyolojik tutarlılık sergiledi. Fakat bu tepkiler başladıktan sonra kendi içlerinde son derece tutarlı ve tek tip bir görünüm ortaya koydular. Birbirine tuhaf bir şekilde karışmış fakat sonuçta kontrol edilemez hale gelmiş altı farklı tepkiyi göz önünde bulundurarak Bayan N.’ye bir daha L-DOPA ya da amantadin vermedik. Bayan N. tekrar o sevimli, sakin, iyi huylu ve yalın kişiliğine döndü. Hatta 1971 ve 72 yıllarında yaşadığı “Paskalya Psikozları” da artık geride kaldı – en az yirmi yıldan bu yana ilk kez böyle bir psikozu ardında bıraktı. Bayan N. yaşadıklarına dair şöyle demektedir: “Bana bir ömür boyu yetecek kadar hayal ve buna benzer şeyler gördüm.”

Ida T.

Bayan T. 1901 yılında Polonya’da bir köyde doğdu. Sorunsuz bir çocukluk geçirdi ve on altı yaşında evlenip on yedi yaşında anne oldu. Yirmi yaşındayken yaşadığı çifte trajedi yaşamına büyük darbe vurdu: genç kocasının ölümü ve birdenbire baş gösteren sabırsızlık, kolayca sinirlenme, telaş, iştah artışı ve öfkeli mizaç halleriyle kendini belli eden ve kişiliğinde inanılmaz boyutlarda dönüşüme yol açan bulgular. İriyarı kızlarının öfke ve iştahındaki bu korkunç artış, sessiz sakin bir yaşam süren ve kıt kanaat geçinen ailesini telaşlandırdı. Öyle ki kızlarının ruhunu şeytanın ele geçirdiğini dahi akıllarından geçirdiler. Yirmi bir yaşında –artık ağırlığı üç katına çıkmış ve tüm köyde terör estiren biri haline gelmişti– yeni bulgular ortaya çıktı: vücudunda giderek artan katılaşmalar, hareketlerinde yavaşlamalar ve Parkinsonizme dair diğer bulgular öfkeli mizacı ve dürtülerinde hiçbir azalmaya yol açmaksızın ortaya çıkmışlardı. Bu aşamada ailesi doktorların önerisiyle artık patlamak üzere olan bir bombaya dönüşmüş kızlarını gemiye koyup Yeni Dünya’nın dillerden düşmeyen ve hiç şüphesiz onu nasıl tedavi edeceklerini bilen doktorlarına teslim etmek üzere ABD’ye yolladılar.

Dört ay süren transatlantik yolculuğu sona erdiğinde “İri Bertha” (gemide birlikte yolculuk ettiği insanlar ona bu lakabı takmıştı) tümüyle hareketsiz, tek kelime etmeyen ve bir odun kadar katı bir hale gelmişti. Yeni Dünya’ya adımını atar atmaz da yeni kurulan ve “Sakat ve Ölmek Üzere Olan Hastalar” için tasarlanmış bir bakımevine gönderildi. Sonraki kırk sekiz yıl

boyunca Bayan T. (ya da artık hastane kadrosunca da bilinen lakabıyla “İri Bertha”) Parkinsonlu bir halde, katılaşmış, dilini yutmuş, hareketsiz ve öfke dolu bakışlarıyla, ağırlığından ötürü özel olarak takviye edilmiş ve adeta bir katafalka dönüşmüş yatağında ufak tefek hemşirelerin vardiyalı gözetimleri altında yatmaya devam etti. Onunla hiçbir iletişim kurmayan ailesi belli ki ondan “kurtulup” öksüz kalmış küçük kızının velayetini üstlenmeye karar vermişlerdi. Nadiren, eğer acı çekiyorsa ya da sinirliyse Bayan T. kontrolden çıkmış bir makineli tüfek gibi öfke ve konuşma nöbetlerine tutuluyordu. Bu arada korkunç iştahı süregeldi ve kısa bir süre içinde buna had safhada bir lavman saplantısı eklendi. Artık sadece ya lavman ya da yemek talep eder olmuştu. Fakat kendine gösterilen ilgi ve nezakete karşı duyarlı biriydi ve zaman zaman hemşirelere tebessüm ediyor ya da açlık ve öfke nöbetlerindeki davranışları gibi hiddetli bir tavırla onları şapur şupur yanaklarından öpüyordu. Aslında hastaneden gelip geçen tüm hemşireler “İri Bertha”yı çok sevmiş ve fedakârca bakımını üstlenmişlerdi; hemşirelerin bu bağlılığı ve azmi olmasaydı 1920’li yılları geçirip, yaşamını sürdürebilmesi mümkün olmayacaktı.

Bayan T.’yi 1966 yılında ilk kez tetkik ettiğimde, 200 kilo ağırlığında, tümüyle kel ve her yanı yağ salgılarıyla dolu bir foku andırıyordu. Yarım yüzyıldır sırtüstü yatmaktan ötürü kafasının arkası adeta kalıba konmuşçasına tamamen düzleşmişti. Tüm bedeni kıpırdayamayacak ölçüde katılaşmıştı; el ve ayaklarında onu kötürüm bırakan, distonik-distrofik şekil bozuklukları vardı (el ve ayaklarındaki bu yüzgeç benzeri şekil bozuklukları, devasa, hantal gövdesiyle birlikte mucizevi bir biçimde, iki kulaç arasında “donup kalmış” dev bir yüzücü izlenimini veriyordu). Gözleri, tarih öncesi bir sürüngeninki kadar kımıldatısız, sert ve ters bakıyordu. Hemen hiçbir hareket yapmıyor ve hatta nefesi dahi zar zor duyuluyordu. Benim hastanedeki varlığıma ve sorularıma son derece içerlemişti ve homurdanarak ya da ağzından tükürürcesine çıkan tek heceli sözcüklerle cevap veriyordu. Bayan K. ile birlikte hayatımda gördüğüm en ürkütücü ve acınası insandı.

Sonraki üç yıl boyunca, ta ki onu post-ensefalitik “toplulu-

ğumuzun" içine sokup L-DOPA tedavisine başlatana dek durumunda herhangi bir değişiklik olmadı. İtiraf etmeliyim ki ona sorduğumda L-DOPA kullanmayı reddetmiş ve ilk seferinde ilacı gizlice yemeğine karıştırarak uygulamıştım. Bu kararı almamda, (kendi kendimle verdiğim uzun mücadele sonrasında) onunla çok uzun zamandan beri ilgilenip bakımını üstlenmiş, ürkütücü dış görünümünün altında tıkılıp kalmış ve dışarıya çıkmak için can atan "harika bir insan" olduğuna kanaat getiren hemşireler etkili olmuştu. Bunu "onaylayacak" ya da "karşı çıkacak" bir ailesi ya da arkadaşı da yoktu.

L-DOPA'nın etkileri kayda değer ölçüde çarpıcı ve aniydi ve bu etkiler günlük 4 gr. dozda meydana gelmişti. Vücudundaki donuk katılaşma birdenbire çözüldü ve serbestçe, su gibi akan hareketlere dönüştü. Sesi çok daha yüksek tonda çıkmaya başladı ve konuşmasındaki patlayıcı-engelleyici kekelemeler büyük ölçüde kayboldu. Şaşkınlık ve heyecan içerisindeki bir grup hemşire beni koğuşa çağırdı ve oraya vardığımda karşımda gülen, el kol hareketleri yapan ve hemşirelerle çene çalan bir Bayan T. gördüm; bana dönüp "Harika, harika! İçim kıpır kıpır – bu ilaç bir *mucizeymiş*... Tanrıya şükür ki bana bu ilacı vermeyi akıl ettiniz!" dedi. "Uyanışı"nı kutlamak amacıyla Bayan T. yüksek bir sesle, her gün yemeğinin yanında büyük bir parça çikolatalı dondurma ve yine her sabah ve akşam zeytinyağlı lavman istediğini duyurdu. Sonraki üç hafta boyunca kendi kendine sürekli Yidişçe ya da koyu bir Yidiş-Lehçe karışımı dilde genizden gelen bir İngilizceyle konuştu. Tüm konuşmaları çocukluğunu geçirdiği köyüne ilişkin-di. Ayrıca bu dönemde, etrafındaki herkesin kızgın ama bir taraftan eğlenen bakışları arasında kalın ve neşeli bir ses tonuyla eski Yidiş halk şarkı ve türküleri söylemeye başladı. Uyuyan Güzel kesinkes uyanmıştı ama hali ve tavırları tümüyle ilkel ve geçmişe dönüktü. O an için gırtlığından, bağırsağından ve geçmişinden başka hiçbir şeyi önemsemiyordu. Yeni ve *güncel* bir ilişki kurmak için daha zamanı vardı.

Bu aşamada Bayan T.'ye çirkin ama gövdesinde şirin dikenleri bulunan bir kaktüs armağan ettim. Bu bitkinin cazibesine kapılarak anında ona karşı bir bağlılık duymaya başladı ve saatler boyunca onunla ilgilenip seyretti. Kaktüsün sadece

onun ilk sahip olduğu şeyi değil, aynı zamanda Mount Carmel Hastanesi'nde "yeraltında" yaşadığı kırk sekiz yıl boyunca kurduğu ilk *ilişkiyi* temsil ettiği izlenimine kapıldım.

1969 yılının sonbaharında, Bayan T. hastanemizde çalışan, her gün el ve ayaklarını yıkayıp masaj yapan, elleriyle kavrayıp egzersizler yapabileceği özel aletler tasarlayan bir fizyoterapisti *bir fert olarak* fark edip, diğerlerinden ayırt etmeye başladı. Sanırım daha öncesinde Bayan T. kendine hizmet eden hemşireleri birbirinden ayırt etmemiş fakat onları birbirinin aynı olarak görüp, öyle davranmıştı – bir anlamda kraliçe karıncanın işçi karıncaları algıladığı gibi. Sevgili bitkisi ya da fizyoterapisti yanında olmadığı zamanlar, o yoğun düşmanca tavırları, açlık hissi, şüphesi, inatçı, uzlaşmaz, sinirli, mızımız ve suçlayıcı tavırları ortaya çıkıyordu. Fakat bitki ve fizyoterapist onu tümüyle toparlıyordu.

En dokunaklı olay 1970 yılının sonunda yaşandı. Sosyal işçimiz, üç yıl boyunca süren ısrarlı soruşturmaları sonucunda kendisinden hiç haber alamadığı kızının yerini saptamayı başardı; aslında kızı 1930'larda Amerika'ya gelmiş fakat annesini arama girişiminde bulunmamıştı, zira ailedekiler ona annesinin öldüğünü söylemişti. Kızıyla bir araya gelmeleri basit, sıradan bir olay değildi – her iki taraf da tek kelime etmeden, gözlerini dikerek birbirlerini tartmıştı. Fakat en azından bu bir başlangıçtı; sonrasında kızıyla arasında aylar süren fikir ayrılıkları ve gergin, sessiz, tartışmalı ortamlar yaşandı. Nasıl olduysa 1971 yılının ortasına gelindiğinde karşılıklı derin bir ilişki tesis edildi ve birbirlerinden keyif almaya başladılar. Bu geçen aylarda Bayan T.'nin günbegün içine yuvarlandığı ilkel, terk edilmiş ve gerçekdışı çukurdan kurtulup, nasıl daha insancıl bir kimliğe büründüğü görülebiliyordu. Tek başına bu düzgün ilişki, içinde kaybolduğu çılgın labirentten ve derinliklerine yuvarlandığı Hiçlikten onu kurtarmaya yetmişti.

Son bir yıl içerisinde, sürekli L-DOPA kullanımından ötürü birtakım terslikler yaşandı – katılaşması, kekelemesi vs. bir ölçüde tekrar ortaya çıktı. Fakat kırk sekiz yıl boyunca bir ölü gibi yaşadığı göz önünde bulundurulursa halen sağlığının son derece iyi olduğu söylenebilir.

Frank G.

Bay G. 1910 yılında doğdu. Okulda vasat bir öğrenciydi. On üç yaşındayken uyku hastalığına yakalanana dek her yönden normal bir görünüm ortaya koydu. Hastalığa yakalanmasının ardından dokuz hafta boyunca onu tümüyle elden ayaktan düşüren ve tüple beslenmesini zorunlu kılan derin bir uyuşukluk hali yaşadı. İyileşmesinin ardından sağ gözünde dışa doğru büyük bir kayma ve üçüncü sinirde felç bulguları meydana geldi. Etrafındakiler onun için “üşütük”, “garip” ve “kendinde değil” gibi ifadeler kullanıyordu. Zihin özürlü olduğuna kanaat getirildiğinden okula devam edemedi ve mukavva kutu üreten bir fabrikada çalışmaya başladı. Sonraki yirmi yıl içerisinde Bay G.’nin yaşamı tekdüze bir hal aldı ve her günü bir diğerinden farksız bir hayat sürmeye başladı. Her sabah tam aynı vakitte fabrikaya geliyor, hiç değişmeyen bir tempoda çalışıyor, her akşam 17.00’de fabrikadan ayrılıyor, akşam yemeği yiyip ailesiyle birlikte oturuyor, saat onda yatıyor ve sabah altıda kalkıyordu. Bu yirmi yıl boyunca, davranışları törensel denecek ölçüde basmakalıptı. Her gün aynı cümlelerle, aynı insanları selamlıyor, havaya ilişkin yorumlarda bulunuyor ve ardından sessizliğe gömülüyordu; her gün gazetelerin başlıklarını ve birkaç altbaşlığı okuyordu; hiçbir hobisi, ilgi alanı, arkadaşı, sosyal ya da cinsel ilişkisi yoktu. Her gün Amerika’nın sokaklarında dolaşan milyonlarca “kronik gezgin şizofren” gibi o da sıkıcı, tekdüze, cansız yaşam sürecinde bir robot gibi hareket ediyordu. Yılda iki ya da üç kez ani ve şiddetli öfke nöbetlerine kapılıp genelde kendi-

sine dik dik baktığını ve ayartmaya çalıştığını iddia ettiği yaşlı adamlara saldırıyordu.

Otuz beş yaşına geldiğinde hareketlerinde ve konuşmasında ortaya çıkan yavaşlamalardan ötürü Bay G. çalışma temposunu sürdürememeye başladı. İki yıl sonra da işten çıkarıldı – artık o da Parkinson hastalarından oluşan yarım milyonluk işsizler ordusunun bir mensubuydu. İşini kaybetmesiyle birlikte Bay G. “darmadağın oldu” ve yaşadığı üzüntü ve depresyondan ötürü uyuyamaz hale geldi. Hayatının tekdüze gidişatı tepetaklak olmuştu. Artık saç başı dağılmış, perişan ve pis bir vaziyette, kendi kendine homurdanıp, küfrederek sokaklarda başı boş geziyordu. Bu aşamada Bay G. akıl hastalarının kaldığı bir devlet hastanesine kabul edildi. Burada geçmişteki dengeli ve tekdüze yaşamına bir ölçüde geri döndü ve 1950 yılında Mount Carmel’e transfer oldu.

Mount Carmel’de geçirdiği yirmi yıl boyunca Bay G.’nin durumu birkaç açıdan kötüye gitti: Fiziksel açıdan rahatlıkla kendine bakabilecek, hastanenin civarında dolaşabilecek ya da sokağa tek başına çıkabilecek durumda olsa da, her geçen yıl daha da içine kapanık bir hale geldi ve faaliyetlerinde azalma oldu. Alışkanlık haline getirdiği çok sayıda günlük faaliyeti olsa da hiçbir şeyle ve hiç kimseyle gerçek bir ilişkisi yoktu. Her gün birkaç saat boyunca gözleri dalıp gidiyor ve halüsinasyonlar görüyordu. Fakat bu halüsinasyon hallerini dışarıya vurmadan davranışları ve faaliyetlerinin seyrinden ayrı tutuyordu. Panik ve öfke nöbetleri bir ölçüde sıklaşıp ayda iki ya da üç kez tekrar etmeye başladı: Bu nöbetler hep hor görüldüğüne ya da baskı altına alınıp ayartılmaya çalışıldığına dairdi.

1969 yılında, L-DOPA tedavisine başlamadan önce, Bay G.’nin her iki kolunda da çırpınma şeklinde titremeler, boynunda bir ölçüde katılaşma ve bükülme, çok miktarda tükürük salgılama ve çift taraflı ptosis* ortaya çıktı. Gözkapakları o denli aşağı sarkmıştı ki, gözleri neredeyse kapanacak gibi oluyordu. Beden duruşundaki yansımalar önemli ölçüde zaafa uğramıştı. Hafif bir akinezisi vardı fakat kollarda katılaşma yoktu. Ayrıca –gördüğüm post-ensefalitik hastalar arasında pek rastlanmayan

* Gözün üst kapağının sinir felcinden dolayı sarkması (ç.n.)

bir şeydi bu– Bay G.’nin iki taraflı üst motor nöron tutulumu bulguları ve “garip” hallerinin yanı sıra hafif bir zihin donukluğu vardı. Son olarak, Bay G.’nin “mırıldanma tiki” vardı ve her soluk alıp verişinde melodik sesler çıkarıyordu.

1969 yılının Mayıs ayında Bay G.’ye L-DOPA verilmeye başlandı ve günlük doz azar azar 2 gr.’a kadar çıkarıldı. Bu ilk üç hafta içerisinde Bay G.’nin titreşmeleri kötüye gitti, yürüyüşünde hızlanma ve telaş meydana geldi ve zaman zaman kaslarda sıçrama ve spazm oluştu. Ayrıca soluk alıp verirken ortaya çıkan mırıldanma tiki de artış görüldü, bu mırıltı ve homurtular sürekli dönüp durduğu uykusunda da devam etti.

Aradan bir ay geçtikten sonra bu haller son buldu ve Bay G. önceki durumuna döndü. Günlük 2 gr.’lık doza devam etse de, sonraki üç ay boyunca görünürde ilaca bir tepki vermedi. Ekim ayında Bay G.’nin dilinde dışarı doğru şiddetli itilmeler meydana gelmeye başladı. Öyle ki dakikada 12 ila 15 kez dili köküne kadar ağzından dışarı fırlıyordu. Bu bulguların üzerinden iki gün geçtikten sonra L-DOPA tedavisini kesmeyi önerdik. Bay G. ise “Buna gerek yok – kendikendine sona erecek,” dedi. Gerçekten de aradan bir saat geçtikten sonra itilmeler sona erdi ve bir daha da ortaya çıkmadı. Sonraki altı ayda Bay G. tekrar tepkisiz hallerine döndü ve 1970 yılının Mart ayında birtakım farklı tepkiler ortaya koyana dek bu böyle devam etti. Duyarlı ve alıngan biri olmuştu ve sürekli sağ yanağının kaşındığını hissediyordu; yanağını sürekli kaşıymaktan kendini alamıyordu ve bu bir tike dönüşmüştü. Öyle ki devamlı kaşınan yanak sonunda kanamaya başlıyordu. Bunun dışında cinsel arzularında artış olmuştu. Saatlerce mastürbasyon yapıyordu ve bunu yaparken hastane koridorunda görülmekten çekinmiyordu. Bu sıkıntılı ve çalkantılı dönemde Bay G.’nin mırıldanma tikleri nakarata dönüştü. Sürekli tekrarlayarak “sakin ol” cümlesini ağzında geveliyordu. Gün boyunca Bay G. yüzlerce, belki de binlerce kez “sakin ol, sakın ol, sakın ol...” diye mırıldanıp duruyordu.

1970 yılının Mayıs ayına gelindiğinde, Bay G.’nin diğer hastalara karşı olan saldırgan ve teşhirci tutumu o denli sıklaştı ki hastane yönetimi onu bir devlet hastanesine transfer edeceğine ilişkin gözdağı verdi. Bu tehdit son derece korkmasına ve

içten içe öfkelenmesine yol açtı. Ertesi gün Bay G. katatoni ile birlikte meydana gelen istem dışı göz krizleri yaşamaya başladı – bu hayatında ilk kez başına geliyordu. Gözleri yukarı doğru bakmaya zorlanıyor, boynu son derece şiddetli bir biçimde geriye doğru çekiliyor, vücudunun geri kalan bölümleri ise bir heykel kadar hareketsizdi ve kataleptik esneme söz konusuydu; tümüyle iletişim kurulamaz hale gelmişti ve görünen oydu ki yutma güçlüğü çekiyordu. Bu kriz ya da uyuşukluk hali kesin-
tisiz on gün sürdü ve bu süreçte Bay G. hemşire bakımı altında, tüple beslendi. Nihayet “kendine geldiğinde” tamamen farklı bir kimliğe bürünmüştü – sanki yenilgiyi kabullenmiş ve içinde bir şeyler parçalanmış izlenimi veriyordu. Dürtüleri, kaşınması, tikleri, erotik heyecanlanmaları ve saldırgan tutumları tümüyle kaybolmuştu. Artık bir uyurgezermiş ya da rüyadaymışçasına hareket ediyordu. Nazik, sevimli ve son derece dengeli hareket etse de tüm benliği bir tür “uyku” ya da uyuşukluk halinin içinde hapsedilmiş gibiydi; sanki artık bu dünyada yaşamayan, esrarengiz bir biçimde mevcudiyetini ve bedenini yitirmiş bir hayaleti andırıyordu.

1971 yılının Ağustos ayında uykusunda yaşamını yitirdi. Ölüm nedeni belirlenemedi.

Büyük salgının ardından, çok sayıda hasta, hastalıklarının ilk anında hareketsiz kalıp sonsuza dek sürecekmışçesine uzun, tuhaf, donuk bir uyku hali yaşamaya başladılar. Bu hasta (yukarıda) 1926'dan bu yana öylesine sonsuz bir büyülenme haliyle donup kalmıştı ki 1969 yılında kısa bir "uyanış" yaşadığında hâlâ 1926 yılında olduğunu sanmıştı. (bkz. Rose R.)



Burada görülen (Frances M.) hareketsiz, adeta bir beklenti içindeyken donup kalmış hasta da "uykuda" olmasına rağmen zaman zaman kafası karışmış ve "uyurgezer" bir halde konuşup, yürüyebiliyordu. Rose R.'nin aksine, onun ifadesi, olası ve kalıcı bir uyanış beklentisi içinde, geleceğe doğru bakar. Rose R., L-DOPA'nın birdenbire kendisiyle yüzleştirdiği modern dünyaya tahammül edememişti. Oysa Frances M., uyanışını minnettarlık ve hazla karşılayıp, "kaybettiği" kırk yılın acısını hoşgörüyü kabullendi.



Maalesef, büyük akıl hastanelerinin çoğu, ferah ve samimi bir ortamdan yoksundur: buradaki hastalar hapsedilmişlikten ve kalabalıktan, boşluk ve yalnızlıktan mustarıptirler.



Akıl hastanelerindeki kısıtlayıcı ortam hastaların durumlarını daha da ağırlaştırır. Burada böyle bir hasta görülmektedir. Hastalığının, L-DOPA'nın ve akıl hastanesinde bulunuyor olmanın bir araya gelmesiyle oluşan etkiler nedeniyle panik ve öfke halleri yaşamakta, sürekli ölü alınmaz bir su içme dürtüsü yaşamaktadır. Buna karşın, hem Parkinsonizm hali hem de yaşadığı nevroz halleri, daha insani koşullar altında – örneğin hastane bahçesindeyken ve hepsinden öte çok sevdiği kız kardeşi ziyaretine geldiği zamanlarda tümüyle kaybolmaktadır.



Fakat bazı hastalar, hastalığa, kullandıkları ilaçlara ve akıl hastanelerine kapatılmış olmalarına karşın, canlı, parlak, kişisel özelliklerini koruyan bireyler olarak hayatta kalmayı başarırlar. Burada böyle bir hasta görülmektedir. Yirmi yıldan uzun bir süreden beri yaşamı sekteye uğramış ve L-DOPA sayesinde "uyanmış" olan Hester Y., kısmen tıkanıp kalmalar meydana gelmesine rağmen, görünüşüne önem verip saçını tararken görülmektedir (dakikalarca hareketsiz kaldıktan sonra, "donup kalmış" sağ elini çözmek için sol elini kullanmakta); diğer fotoğraflarda ise, uzun bir zamandan bu yana donup kalmış kol ve bacak eklemlerini gevşetmek için egzersiz yaparken; günlüğünü daktilo ile yazarken ve kızıyla telefonda konuştuğu esnada tebessüm ederken görülmektedir...

Maria G.

Bayan G. 1919 yılında Sicilya'da bir çiftlik evinde dünyaya geldi. Katı ama bir o kadar da sevecen İtalyan Katolik bir ailenin küçük kızıydı. Zeki bir çocuktı, neşeli ve "uçarı" kişiliğiyle nam salmasına rağmen başarılı bir öğrencilik geçirdi. Sekiz yaşındayken tüm gece boyunca aralıksız devam etmiş hissi veren korkunç bir kâbus gördü: rüyasında çıldırdığını ve Cehenneme yollandığını görmüştü. Bu, bir ay boyunca sürüp gidecek, yüksek ateş, halüsinasyonlar ve tuhaf hareketlerin eşlik ettiği bir bilinç kaybı sürecinin başlangıcıydı; bu dönemde çok az uyku uyuyor ve yatıştırılamıyordu. Bu akut bilinç kaybı kaybolmaya başladıkça, kişiliğinde ciddi boyutlarda bir değişim meydana geldiği açıkça görüldü; zira artık son derece huzursuz, saldırgan, kolaylıkla öfkelenen, açık saçık konuşan, küstah ve sürekli başını derde sokan biri haline gelmişti. Yüreklerinde Tanrı korkusu taşıyan anne ve babası için bu davranışlar son derece şoke ediciydi ve nefret, tehdit ve cezalandırmayı da beraberinde getirmeliydi. Aradan kırk yıldan fazla bir zaman geçtikten sonra annesi tüm bunları bana anlatırken şöyle demişti: "O öylesine kötü şeyler yapıyordu ki bu Tanrının onu cezalandırmasıydı. O içi nefret dolu, edepsiz ve dikbaşlı bir çocuktı. Hastalığı hak ediyordu – başına ne geldiyse hak ediyordu."

On iki yaşına geldiğinde Bayan G.'nin hareketlerinde giderek ilerleyen bir katılaşma ve yavaşlama davranışlarını kısıtlamaya başladı. On beş yaşına geldiğinde ise ağır bir Parkinson hastasıydı. Sonraki otuz yıl içerisinde anne ve babası – bu ara-

da ABD'ye göç etmişlerdi – onu gözlerden uzak bir arka odaya kapattılar; odada yüzükoyun halının üzerine yatıyor ve zaman zaman öfkeyle halıyı ısırıp çiğniyordu; yemeğini adeta hayvanın önüne fırlatır gibi kaldığı odaya atıyorlardı. Buna karşın her Pazar hiç sektirmeden onu görmesi için eve bir rahip getiriliyordu.

1967 yılında, anne ve babasının ilerleyen yaşı ve annesinin kalp rahatsızlığı göz önünde bulundurularak Mount Carmel'e yatırıldı. Hastaneye geldiği zaman yaptığım tetkikler sonucu ileri derecede Parkinson hastası ve katatonik olduğunu gördüm: Dışa doğru şaşılık ve nükleer ve internükleer oftalmopleji meydana gelmişti; had safhada ve balgamla karışık tükürük salgılaması vardı; aşırı ölçüde katılaşma ve akinezi söz konusuydu; zaman zaman sağ elinde şiddetli "kanat çırpma tarzında benzeri" titremeler meydana geliyordu; gözkapakları sürekli kapanıyordu; beden duruşundaki refleksler o denli zaafa uğramıştı ki oturduğu zaman iki büklüm oluyor ve başı yere değiyordu. Ses tonu çok yumuşak fakat heyecanlıydı ve konuştukları zar zor anlaşılıyordu. Epey zeki bir hali vardı ve kısa sürede etrafındaki herkesi tanımaya başladı. Ayda iki kez istem dışı göz hareketi krizleri yaşıyor ve nadiren de son derece şiddetli öfke nöbetleri geçiriyordu; bu öfke nöbetleri sırasında ayağını yerden kaldırıbiliyor, büyük bir çabayla yürüyor ve çığlıklar atıyordu; fakat çoğu zaman tümüyle hareketsiz kalıyordu. L-DOPA tedavisine başlayana dek içinde bulunduğu durum buydu.

Tedaviye 18 Haziran 1969'da başladım. Günlük 1,2 gr.'lık bir dozda son derece hızlı ve dramatik bir tepki verdi, bu tepki aynı gün içerisinde sadece birkaç saatlik bir süreçte meydana geldi. Birdenbire bir enerji ve güç dalgası ortaya çıktı, katılaşması tümüyle ortadan kalktı. Koridor boyunca yürüyebildi ve ilacın verdiği güç sayesinde kambur durma eğilimiyle mücadele etmeye başladı; konuşurken kelimeler ağzından telaşlı ve kısa cümleler halinde çıksa da ses tonu yüksek ve anlaşılır bir hale geldi; tükürük salgılaması neredeyse tümüyle son buldu; mutlu ve neşeli bir ruh hali sergilemeye başladı. Hastaneye davet edilen ailesi hemen ziyaretine geldi – bu, hastanede bulunduğu iki yıl boyunca ailesinin onu ilk ziyaret edişiydi: Babası büyük bir

minnet ve sevinç duygusuyla ona sarıldı ve annesi yüksek bir sesle, "Bu Cennet'ten gelen bir mucize... o artık tümüyle yeni biri," dedi. Bunu izleyen bir haftalık sürede her şey harikaydı ve Bayan G. mümkün olan her açıdan değişim geçirmişti. Annesi "yeniden doğuşu"nu kutlamak amacıyla ona bir gardırop dolusu elbise getirdi. Özgüveni yerine gelmiş, süslü püslü elbiseleri ve makyajıyla Bayan G. çok güzel görünüyordu ve yaşından çok daha genç gösteriyordu: Hemşireler ona artık "Sicilyalı Bomba" adını yakıştırmışlardı.

Temmuz ayının ilk haftasında çeşitli sorunlar ortaya çıktı. Bayan G.'nin neşeli ruh hali yerini öfkeli ve çılgın hallere bıraktı. Kendisine "sataşıldığını" ve onu "baştan çıkarmaya" çalışıklarına dair hislere kapılmıştı; öyle ki diğer hastalar ve hastane kadrosu ona komplo düzenlemekteydi ve bu hisler birdenbire heyecan, korku ve öfkeye kapılmasına neden olmuştu. Etrafındaki birinin ona sadece şöyle bir bakması çılgınlık atıp, eline ne geçerse büyük bir öfkeyle fırlatmasına yetiyordu. Bana sürekli çocukların nasıl dünyaya geldiğini ve cinselliğin "doğal" mı yoksa ölümle cezalandırılacak bir şey mi olduğunu sorup duruyordu. Annesinin sağlık durumuna son derece kaygılanıyor ve devamlı evine telefon açıyordu; sorduğu soru her seferinde aynıydı: "Anne iyi misin? Ölmeyeceksin değil mi?" Her telefon konuşmasının ardından da titreyerek gözyaşı döküyordu. Temmuz ayının ortasına gelindiğinde günleri "iniş-çıkışlarla" dolu ontolojik dönüşümler sürecine girdi. Aynı gün içerisinde beş kez öfke nöbetine kapılıyor ve ardından tükenip, pişmanlık duyuyordu. Bu patlayan öfke nöbetleri sırasında son derece ürkütücü bir tavır takınıyor ve adeta çıldırmış bir goril gibi tüm gücüyle uluyordu; etraftaki herkese çarparak koridor boyunca koşuyor, etrafta birileri yoksa da duvarlara çarpıyordu. Her öfke nöbetinin sonuna doğru kafasını duvarlara çarparak "Beni öldürün! Beni öldürün! Ben kötü biriyim, ölmem gerekiyor!" diye çılgınlık atıyordu. Çok küçük dozda Thorazin (Largactil) –yalnızca 5 mg.– birkaç dakika içerisinde bu öfke nöbetlerini "dindiriyor", fakat bu kez de Bayan G. derin bir Parkinson, katatoni ve uyuşukluk hali yaşamaya başlıyordu.

16 Temmuz günü günlük L-DOPA dozunu 1,2 gr.'dan 1 gr.'a

düşürdüm. Bu, anında çok büyük dozda Thorazin etkisi göstererek Bayan G.'yi Parkinson ve uyuşma haliyle birlikte bir durgunluğa itti. Dört gün boyunca L-DOPA tedavisi öncesindeki halinden çok daha hastalıklı ve bunalımlı bir hale geldi ve bana L-DOPA'nın dozunu yükseltmem için yalvardı. 20 Temmuz'da ilacın günlük dozunu çok az (0,1 gr.) arttırdım. Bu doz, anında, o güne dek ortaya koyduğu en kötü öfke nöbetine kapılmasına neden oldu. Bayan G. hayvanlar gibi hırlayarak, çığlıklar atarak, haykırıp, etrafındaki her şeyi parçalayarak ve fırlatıp atarak adeta katatonik bir canı gibi öfke nöbeti geçirmeye başladı. Her an öldürmeye hazır bir etobur hayvan gibi etrafa kızgın ve tehditkâr bakışlar fırlatıyordu. Bu nöbetler esnasında dili şiddetli bir hareketle dışarı doğru fırlıyor ve dudakları kasılırcasına sürekli dışarı doğru çıkıyordu. Konuşacak halde olmadığını göz önünde bulundurarak ona yazması için bir kalem ve kâğıt uzattım fakat o bunları ağzına tıktırıp, küçük parçalar haline gelen dek çiğnedi. Aralıksız yirmi beş saat boyunca süren öfke nöbetinin ardından -L-DOPA'yı ya da iğneleri kesmek dahi bu nöbetin şiddetini azaltmamıştı- tükenmiş ve hareketsiz bir halde yığılıp kaldı ve bir bebek gibi kıvrılıp başparmağını ağzına sokarak uykuya daldı. Bayan G.'nin "yatışmak" için birkaç haftaya ihtiyacı olduğunu ve benim de bir aylığına hastaneden ayrılacağımı göz önüne alarak Eylül ayında hastaneye geri dönene dek L-DOPA tedavisini tekrar başlatmadım.

Döndüğümde Bayan G. yoğun bir Parkinson-katatoni-depresyon hali yaşıyordu ve fizyolojik bir kara delik adeta onu içine çekip kıpırdayamayacak hale sokmuştu - bu durum L-DOPA tedavisi öncesindeki halinden çok daha kötüydü ve hemen her an bir hemşire gözetimi altında tutulmasını elzem kılıyordu. L-DOPA kullanmadığı için neredeyse tüm canlılığını yitirmişti fakat ilaca tekrar başlattığım takdirde kontrol edilemez öfke nöbetlerine tutulmasından korkuyordum. Bu, olanaksız seçenekler arasından birini tercih etmek gibi bir şeydi, sadece ara bir hali yakalayabilmesi için ümit edip, çabalayabilirdim. Dolaşısıyla ona tekrar L-DOPA vermeye başladım. Dozlar öylesine azdı ki ona özel kapsüller hazırlamak zorunda kaldık. Günlük 100 mg. dozda hiçbir tepki vermedi; 150, 200 ve 250 mg.'lık doz-

larda da hiçbir tepki ortaya koymadı; 300 mg. verince geçmişte yaptığı gibi birdenbire bir süper-nova gibi “patladı”.

Bu kez yaşadığı patlama öncesindekilerden daha da ileriye gitti, davranış ve tavırlarını bölük pörçük hale getirdi. Bunu izleyen iki ayda davranışları önceki bütünlüğünü yitirdi ve sayısız “alt-benliklere” bölündü. Bu alt-benliklerin her biri son derece örgütlü ve ilkeldi – bu tıpkı şizofrenik bir süreci andırıyordu, fakat böylesine derin ve akut olanına ilk defa rastlıyordum. Adeta bir Pandora kutusunu açmış ya da ontolojik yılanlarla kaynayan bir yuvayı açığa çıkarmıştık. Fakat buna rağmen L-DOPA’yı kesmek ya da çok küçük dozlarda vermek mümkün değildi, zira buna solunum güçlüğü ve oksijen yetmezliği çekip anında komaya girerek tepki veriyordu. Bunu iki kez denemiştim ve her iki seferinde de ölümcül olabilecek sonuçlar ortaya çıkmıştı. Ölüm ve çıldırmak arasında bir hali yakalayamıyordu; L-DOPA’ya karşı aşırı tepki vermeye başlamasıyla birlikte herhangi bir ara durumu sürdürme *olasılığını* yitirmişti.

Bu iki ayda Bayan G. son derece duyarlı hale geldi. Yemeğini ya da sahip olduklarını kimseye elletmiyor; bunlara “göz koyanlara” korku ve kızgınlıkla karışık, hiddet dolu bakışlar fırlatıyordu. Eline ne geçerse istifleme dürtüsüne kapılmıştı ve her yeri ıvır zıvır eşyalarla doldurmuştu – yırtık kâğıtlar, yarısı yenmiş ya da kemirilmiş şekerlemeler, kalemler, meyveler, el çantasının içindekiler, ekmek kırıntıları ve zaman zaman da dışkı ve pislik. Tüm bunları koltuğunda ya da yatağında derleyip bir araya getiriyordu. Şimşek hızıyla tikler yapıyor ve gözlerini dikerek etrafa son derece hızlı bakışlar fırlatıyordu; bakışları sık sık görüş alanına giren bir eşya ya da başka bir şeye, büyülenmişçesine “takılıp” kalıyordu; özellikle sinekler dikkatini cezbediyordu; bakışlarını takılıp kaldığı yerden “kurtarmak” için tüm vücuduyla büyük bir çaba sarf etmek zorunda kalıyordu. Etrafındaki eşyalar onu sürekli etkisi altına alıyor ve onları seyredep, dokunup ya da yalamaktan kendini alamıyordu. Zaman zaman da “tikanıp” kalarak bu etkilerden kurtuluyordu. Önü alınmaz bir iştah ve kontrolden çıkmış bir oburlukla yemek yiyordu ve yemeğini bitirdikten sonra karşı konulmaz bir dürtüyle tabağını yalıyor ya da hâlâ çiğnemekte olan ağzına parmak-

larını ve masadaki çatal, bıçak, peçete gibi şeyleri tıktırıyordu. Su içerken dili ağzından fırlayıp gidecekmiş gibi uzuyor ya da bir kedi çabukluğuyla *yalayarak* içiyordu.

Devamlı tiksindirici ve utanç verici biri olduğundan yakınıyor ve elleri hiç durmaksızın, birbirinden ayrı ve bağımsızmışçasına hareket ederek üstünü başını toparlıyor ve temizliyordu. Zaman zaman da etrafındaki insanların üstünü başını temizliyordu. Bazen tüm dünyanın kocaman bir kalabalık halinde başına üşüşüp, üstünü başını temizlemeye çalıştığına dair bir hisse kapılıyor, oturduğu koltukta büzülerek yüzünü kapatıyor ya da cenin pozisyonu alarak yere uzanıyordu. Giderek sadece kendine ait bir dünyada yaşamaya başlamıştı. Kendi uydurduğu hayali durumlarla ya mücadele ediyor ya da onlara teslim oluyordu. Her geçen gün daha da narsisist ve ilkel davranışlar sergiliyor ve etrafında olup bitene tepki verme eğilimi azalıyordu. Sayısız tuhaf alışkanlık ve kendine özgü davranışlar geliştirmişti. Bunların bir kısmı açıklama getirilemeyecek denli garipti. Diğerleri ise benliğinin uğradığı yıkımın göstergelerinden başka bir şey değildi – kendi kendini ısırp, tekmeleme, boğmaya çalışma, tırmalama, başını görünmez bir darağacındaki ilmiğe geçirme ya da görünmez bir taş veya kütük parçasının üzerine uzatma, şiddet ve ölümü çağrıştıran pantomimler. Sadece akşamları yaşadığı acı ve ıstırap azalıyor, zihni darmadağın olmuş bu kadın sükûnete kavuşuyordu. Bu gibi zamanlarda, birkaç aydan beri onu meşgul eden sepet örme işine kendini veriyordu. Yalnızca bu meşguliyet sırasında yaşadığı çılgın yıkımdan muaf kalıyordu. Bayan G.'yi son kez 21 Aralık akşamı yatağında oturmuş sakin ve huzurlu bir şekilde sepetini örerken gördüm. Ertesi sabah katılaşmış kolları, çok sevdiği sepetine sıkı sıkıya kenetlenmiş bir halde yatağında ölü bulundu.

Rachel I.

Yakalandığı *encephalitis lethargica* hastalığının ardından Bayan I. ilerleyen Parkinson rahatsızlığından mustarip oldu. Öyle ki 1964 yılına gelindiğinde vücudu ve el ve ayaklarındaki had safhada katılma ve distoni onu tümüyle hareketsiz hale soktu. Onu tümüyle etkisi altına alan Parkinson rahatsızlığı tuhaf bir biçimde konuşma işlevini zaafa uğratmamıştı ve konuşmaları, kendini el-den ayaktan düşüren bu hastalığın onu içine hapseden duvarlarına rağmen zekasını, hafızasını ve mizahi yönünü kaybetmediğini ortaya koyuyordu. Ayda iki kez, genelde Pazar günleri yaşadığı, dalga dalga gelen ve yerleri tespit edilemeyen tuhaf ağrılar ve şiddetli ıstıraplarla birlikte durumunda değişimler meydana geliyor, bu ağrılar sürekli ve yüksek bir sesle çığlıklar atmasına neden oluyordu. Birdenbire başlayıp sona eren bu krizler yirmi yıldan beri meydana gelmekteydi ve herhangi bir fiziksel rahatsızlıkla bağlantısı olabileceği ortaya konamamıştı. Bu yüzden bunların "talamusa bağlı" garip bir tür kriz olabileceği varsayılmıştı. Bu krizler, meydana gelmediği zamanlarda belirgin olmayan ya da biçim değiştiren tesirli ve katatonik bir heyecan halinin potansiyel varlığına işaret ediyordu.

1967 yılının ikinci yarısında Bayan I.'nın yakın geçmişiyle ilgili hafızasında bunamaya bağlı hafif bir bozukluk meydana geldi. Buna karşın akıl sağlığıyla ilgili bütünlük zaafa uğramadı ve hatta normalin üstünde bir seyir izledi. Birkaç kez ona L-DOPA tedavisini önerdiysem de ilacı denemeye korkuyordu ve "Hayır, denemek istemiyorum – beni darmadağın edecek," diyordu. 1970

yılının Eylül ayında fikrini değiştirdi ve “Sanırım bu aşamada kaybedeceğim bir şey yok,” dedi.

Daha en başından L-DOPA’ya verdiği tepki tam bir felaket oldu. İlaça başladıktan on gün sonra, günlük 1 gr.’lık bir dozda, tedaviye yönelik herhangi bir etki ya da uyarı meydana gelmeden Bayan I. *tam anlamıyla* bir “patlama” yaşadı. Son derece dürtülenmiş bir halde, bilinç kaybının eşlik ettiği halüsinasyonlar yaşamaya başladı. Her yerde küçük şekiller ve yüzler görüyor, odanın her yerinde birdenbire ortaya çıkıp kaybolan sesler duyuyordu; yanı sıra kontrol edilemez bir biçimde ekolalik olmuştu ve ona söylenen herhangi bir kelimeyi tiz bir çığlıkla art arda yüzlerce ya da binlerce kez tekrarlıyordu. Halüsinasyonlar yaşayan ve dışarıdan gelen bir uyarıma onu defalarca tekrarlayarak tepki veren Bayan I., adeta yankıların ve hayaletlerin benliğini “elinden aldığı” ıssız, terk edilmiş, hayaletlerle dolu bir ev izlenimi veriyordu. L-DOPA tedavisine hemen son vermemize ve mümkün olan en ağır dozda yatıştırıcı ilaçlara rağmen yaşadığı bu korkunç heyecan ve dürtülerin önünü almak imkânsız hale gelmişti. Bu durum dinmek bilmeden üç hafta boyunca ve neredeyse günde yirmi dört saat boyunca sürdü. Bu süreçte yorgunluktan bitap düşüp, daldığı kısa süreli uykular dışında durup dinlenmedi. Bu dönemde zekâ seviyesinde ciddi bir gerileme yaşadı. Her geçen gün aşına olduğu şeyleri tanımakta güçlük çekiyor, karmaşık halüsinasyonlar ortaya koyuyordu; yoğunluğu hiç azalmadan devam eden beyindeki bu dürtü ve heyecanların onu yakıp yıktığı izlenimine kapılmamak elde değildi. Dördüncü haftada bu heyecan dalgası birdenbire son buldu ve bunun yerini bir koma hali aldı. Bu durum bir ay boyunca sürdü ve bu sürede kapsamlı bir hemşire bakımı, tüple beslenme vs. elzem hale geldi. Bayan I. komadan çıktığında hiçbir şeyi ya da hiç kimseyi hatırlayacak durumda değildi. Sadece anlaşılmaz sesler çıkarıyor ve akli dengesinin yerinde olduğuna dair en ufak bir belirti dahi ortaya koymuyordu. Adeta zihni tümüyle boşalmış, ölümcül bir akıl hastası gibi tüm zihni yapısı yok olmuştu. Bu aklını ve beyin işlevini tümüyle yitirmiş hali yedi hafta boyunca sürdü ve ardından da akciğer iltihabından öldü.

*Aaron E.*⁸⁷

Bay E. 1907 yılında doğdu. İkiz kardeşlerden büyük olanıydı. Ailesi birkaç yıl öncesinde ABD'ye göç etmiş ve Bay E.'nin doğduğu dönemde, Brooklyn'in sağ bölgesinde giderek büyüyen bir şarküteri işi kurmuşlardı. Bay E.'nin gençliği çalışma, ciddiyet ve yoğun bir tempoda kendini geliştirme çabalarıyla geçti. Genç bir delikanlıyken ve yetişkinlik döneminde gazete dağıtıcılığı da dahil olmak üzere altı yedi ayrı işte çalıştı; gece okulunda, kamuya açık üniversitelerde ve Brooklyn Kütüphanesi'nde geçirdiği uzun saatlerle eğitimini pekiştirdi. Yirmi üç yaşına geldiğinde Bay E. umut vaat eden bir muhasebeci olarak kendini yetiştirmiş ve evlenip, ipotegini ödeyerek bir ev sahibi olmayı başarmıştı.

Sonraki otuz yıl içerisinde Bay E., çalışkanlığı ve girişkenliği sayesinde işini büyütüp altı kişinin çalıştığı bir şirketin sahibi oldu. Bu geçen yıllar boyunca sağlığı hep yerindeydi ve herhangi bir hastalık ya da "isteksizlik" nedeniyle işini bir gün olsa dahi aksatmadı. Masondu, semt sinagogunun saygın bir üyesiydi ve semt okulunun yönetim kurulunun başkan yardımcısıydı. Ayrıca yaşadığı şehirle ve yurttaşlıkla ilgili faaliyetlerde aktif rol üstlenmişti. Geniş bir arkadaş çevresi ve işi dolayısıyla tanıdığı pek çok insan vardı. Her Perşembe tiyatroya gider, her Cumartesi golf oynar karısı ve beş çocuğu ile birlikte yazları her Pazar Adirondacks'ta kamp gezilerine katılırdı. O, Amerika'daki başarı hikâyelerine konu olan ve kendi kendini yetiştiren insanların somut ve ideal örneklerinden biriydi.

Geriyeye bakacak olursak, Parkinson rahatsızlığına dair ilk bulguların, ailesiyle birlikte yaptığı dağ gezintileri sırasında sarf ettiği aşırı efor ve strese bağlı olarak ortaya çıkmış olması olasıdır. Bu geziler sırasında zaman zaman kekeleye, sabırsızlık, huzursuzluk eğilimleri ve hareketlerinde garip bir telaş ve tez canlılık meydana geliyordu; ayrıca aşırı yoruluyor ve bir kez yerine oturdu mu bir daha kalkıp harekete geçme konusunda özellikle zorlanıyordu. Fakat bu olası Parkinson belirtilerinin o dönemde farkına varılmadı ve ancak 1962 yılında, altmış beş yaşındayken, ellerde titreme, kol ve sırtta katılaşma gibi hiçbir kuşkuyla yer bırakmayacak Parkinson bulguları ortaya çıktı. Bu belirtiler Artane ve benzeri ilaçlarla bir ölçüde savuşturuldu ve Bay E. her zamanki dinç ve kuvvetli hali sayesinde bunlarla mücadele ederek 1965 yılına dek tüm gün çalışmaya, sosyal hayatını sürdürmeye ve golf oynamaya devam etti.

1965 yılında, Bay E. bu tempoya tahammül edemeyeceğini hissetti; bir yıldan fazla bir süreden bu yana giderek daha fazla kendini göstermeye başlayan bu hastalık haliyle tekrar tekrar mücadele edip bunları alt etmeyi başarmıştı; en sonunda hastalık birdenbire patlak verdi. Bay E. hiçbir uyarı olmaksızın ve üzerinde düşünüp tedbir almadan, apar topar emekliliğini ilan etti. Okul ve sinagog yönetimindeki görevlerinden istifa ederek, tüm diğer faaliyet ve sorumluluklarından büyük ölçüde elini ayağını çekti. Aktif bir yaşamdan ve neredeyse yaşadığı toplumun bir üyesi olmaktan "feragat" etti. Artık zamanının büyük bir bölümünü evinde gazetelere göz atarak, televizyon seyrederek ve evinin arkasındaki bahçede çanak çömlek yaparak geçiriyordu. Piyasaları takip edip borsadaki simsarıyla temasını sürdürse de her geçen ay bu faaliyeti de azalarak 1966 yılında tümüyle son buldu. Vakitsiz emekli olan ve artık eve para getiremeyen Bay E.'nin evdeki konumu hızla geriledi. Kısmen kendi arzusuyla kısmen de zorunlu emeklilikten ötürü evin reisi olma özelliğini kaybederek aile ile ilgili tüm önemli kararların alınıp, üstlenilmesini karısı ve oğullarına bıraktı. Bunalımlı, kaygılı, bağımlı, edilgen, kendi kendine acıyan ve sürekli mızızızlanan biri olup çıktı. Sadece birkaç yıl öncesine kadar onu faal, girişimci, güçlü ve becerikli bir adam olarak

tanıyanlar onun bu hal ve tavırlarına inanmakta güçlük çekiyordu. Konumunu ve otoritesini kaybetmesi ve Parkinson belirtileri birbirini daha da tetikleyip güçlendiren unsurlar haline geldi; 1967 yılına gelindiğinde Bay E. tümüyle hasta biri olmakla kalmayıp aynı zamanda hastalıklı bir karakter ve kişiliğe de bürünmüştü.⁸⁸

Hastalığının şiddeti, yaşadığı depresyon ve bağımlılık göz önüne alınarak 1967 yılının yazında Bay E., özel hasta olarak Mount Carmel'e kabul edildi. Bunun üzerine gerek Parkinsona dair gerekse diğer tüm hastalık belirtileri büyük ölçüde arttı; o hastaneye yatırılmış olmasını ailesi ya da hastane broşürlerinin ortaya koyduğu gibi "yeni bir başlangıç" ya da "bir tür terapi" olarak değil, daha ziyade "uzaklaştırılma" ve "her şeyin bittiğinin" bir göstergesi olarak algıladı. O dönemde onu tetkik ettiğimde şiddetli bir Parkinson hastalığı geçirdiğine dair bir görüntü çiziyordu, fakat bunun post-ensefalitik bir görünüm olarak algılanması mümkün değildi. Çok az konuşuyor ya da hareket ediyor ama kendisiyle konuşulduğu vakit birdenbire hareketlenip geçmişteki canlı haline bir ölçüde dönerek konuşmaya başlıyordu. Yardım olmaksızın oturduğu koltuktan kalkamıyor, yürümek için adımını atamıyor, bir kez yürümeye başlınca da dengeli bir biçimde yürüyemiyordu. "Donup kalma", telaş ve dürtü eğilimleri güçlüydü. Zayıf, yorgun düşmüş, bitap bir hali vardı ve olduğundan daha yaşlı gösteriyordu. Bitkinliği beden duruşuna da yansımıştı ve kamburu çıkmıştı. Parkinson hastalığının maskeleydiği yüzünde umutsuz bir ifade taşıyordu. Her iki kol ve bacağına hafif katılama vardı, yorgun ya da sıkıntılı olduğunda elleri çok fazla titriyordu. Hem son derece hasta hem de ruhen yaralanmış bir adam görüntüsü çiziyordu. Sadece iki yıl öncesinde enerjik ve değişken bir yaşamın dizginlerini elinde tuttuğuna inanabilmek bana zor geliyordu. Bay E. L-DOPA tedavisine başlayana dek bu hastalıklı ve yenik düşmüş halini sürdürdü.

1969 yılının Mart ayında L-DOPA tedavisine başladı. İlacın dozu, üç haftalık bir süre içerisinde azar azar günlük 4 gr.'a kadar çıkarıldı, fakat *görünürde* herhangi bir etki ortaya koymadı. İlk önce farkına vardım ki Bay E. ilaca kazara tepki veriyordu.

Alışılmışın dışında bir vakitte rastgele odasının önünden geçen içeriden gelen ayak sesleri duydum. Odaya girdiğimde 1966 yılından beri sandalyeye bağlanıp kalmış Bay E.'nin odasında bir aşağı bir yukarı yürüdüğünü, elini kolunu rahatça sallayabildiğini, onun için tamamen yeni olan dik bir beden duruşu ve parlak bir yüz ifadesi sergilediğini gördüm. İlacın bu etkilerine ilişkin ona ne düşündüğünü sorduğum zaman biraz da utanarak "Evet! L-DOPA'nın etkisini göstermeye başladığını üç gün önce hissettim – içimden hızla geçip ilerleyen bir enerji ve güç dalgası gibiydi. Fark ettim ki kendi başıma ayağa kalkıp yürüyebiliyor ve ihtiyacım olan her şeyi tek başıma yapabiliyordum – fakat ne kadar iyi durumda olduğumu görüp, beni hastaneden taburcu edeceğinizden korktum... İnsanlara bağımlı olmaya ve benim ihtiyaçlarımı karşılamalarına o denli alıştım ki kendime olan tüm güvenimi yitirdim. Sanırım bu bağımlılık huyumdan vazgeçmem lazım... Bunun için bana zaman vermelisiniz," dedi. Bay E.'ye kaygılanmamasını, içinde bulunduğu durumu anladığımı ve hiçbir biçimde onu arzularının veya kapasitesinin üzerinde ya da ötesinde zorlamayıp, telaşlı bir duruma sokmayacağımızı söyledim.

Tedavi için zorunlu olan günlük 5,5 gr.'lık L-DOPA dozuna iki hafta içinde ulaşıldı ve bu doz hemen her yönden bir "normalleşme" sağladı. Artık Bay E. mükemmel bir beceriyle konuşup yürüyebiliyor ve her istediğini yapabiliyordu: artık gözle görülebilir bir Parkinson rahatsızlığı yoktu. Fakat son derece kısıtlanmış yaşamını zenginleştirme konusunda yaşadığı korkular sürüyordu ve kapasitesinin izin verdiğinden çok daha azını yapıyordu. Bay E.'nin cesaretini toplayıp odasından dışarı çıkması ve hastanenin çevresinde serbestçe dolaşması bir ayını aldı; hastanenin dışına çıkma cesaretini kendinde bulup apartmanların etrafında yürümesi ve "dışarıdaki" dünyaya göz atması dört ayını; kendini yeterince iyi hissedip evine ve geçmişteki yaşam tarzına dönme konusunda kendinden emin olması ise dokuz ayını aldı. Bu dokuz ay boyunca sağlıklı bir görüntü sergiledi, kilo aldı, rengi yerine geldi ve artık olduğundan daha yaşlı göstermemeye başladı. Dolayısıyla, Bay E.'nin Parkinsonizmin üstesinden gelmesi birkaç günlük bir meseleydi; fakat has-

talığının, korkusunun ve kötümserliğinin üstesinden gelmesi dokuz ayını almıştı.

Bay E.'nin hastaneden ayrılıp evine dönmesi dokunaklı bir zafer havasıydı; hastanenin yarısı onu uğurlamak için hazır bulunmuştu ve *New York Times* gazetesi bir resmini yayımlamıştı (26 Ağustos, 1969); elli yıldan bu yana ilk kez Mount Carmel'e yatmış olan bir Parkinson hastası taburcu olup evine dönüyordu. Bunu keyifli ve dolu dolu geçen bir üç ay izledi. Bu süreçte Bay E. –halen günde 5 gr.'lık L-DOPA almaya devam edip– aktif sayılabilecek bir sosyal yaşam sürdürdü, 1965 yılından beri uzak kaldığı arkadaşlarını ve komşularını gördü, biraz bahçeyle uğraştı, Pazar günleri golf oynadı ve hatta borsa simsarıyla piyasaları bir ölçüde takip etti. Evinde geçirdiği bu üç ay boyunca kendinden emin ve huzurlu bir görüntü çizdi.

Fakat L-DOPA tedavisinin on üçüncü ayında hareketlerini ve duygusal tepkilerini etkileyen birtakım sorunlar baş gösterdi. Özellikle ağız ve yüz çevresinde şiddetli biçimde beliren ve bir kas grubundan diğerine sirayet eden ani titreme hareketleri (kore) ortaya çıktı;⁸⁹ eylemleri beklenmedik, ani ve telaşlı hale geldi ve konuşurken kollarını ve vücudunu çok fazla kullanmaya başladı (daha önce bu denli çok el kol hareketi yapmıyordu). Sabırsız ve huzursuz, kolaylıkla kızan biri oldu ve tartışıp kavgaya etme eğilimi arttı; altyapısında kuruntu ve kaygı olan zorba tavırlar takındı. Kısacası artık L-DOPA'nın tetiklediği ve giderek ilerleyen psişik bir heyecan sergiliyordu. Bu dönemde Bay E. ortaya çıkan bu hal ve davranışlarını gözardı edip önemsememeye başladı: "Bunların hiç önemi yok. Konuşmaya bile değmez... Ben bunlara aklımı takmıyorum, başkaları neden umursasın ki?" diyordu. Gerçekten de Bay E.'nin bu titremeli ve telaşlı hareketleri kendi içinde o kadar da dengesiz değildi; yapmayı arzuladığı hiçbir şeyin önünde engel oluşturmuyordu; bunlar kendinden çok diğer insanların açıkça farkında olduğu davranışlardı; ve elbette bu, daha önceki Parkinsonlu-depresif haline kıyasla çok daha tercih edilir bir durumdu. L-DOPA'nın dozunu azaltarak bu hareketler sadece kısmen azaltılabilirdi: dolayısıyla Bay E.'nin en ideal halini günlük 4 gr.'lık dozda dengelediğini fark ettim; 4,5 gr.'lık dozda çok fazla kore belirtisi meydana geliyor, 3,5 gr.'da ise Parkinsonlu haline

geri dönüyordu. Dolayısıyla bu aşamada, Bay E. her iki yanında da “yan etki” uçurumlarının olduğu gergin bir cambaz ipi üzerinde “normal hali”ni sürdürmeye çalışıyordu.

L-DOPA tedavisinin on altıncı ayında, Bay E. Parkinsonizm, yorgunluğa ve depresif hallerine dönüşler yaşamaya başladı. Bunlar ilk başta seyrek ve kısa süreliydi. Ortaya çıktıktan sonra iki hafta içerisinde bu iniş çıkışlar ani, şiddetli ve sıklıkla meydana gelmeye başladı ve Bay E. dürtülenmiş, heyecanlı kore halleri ile yoğun bitkinlik ve Parkinsonizm halleri arasında gidip gelir oldu. Nihayet heyecanlı kore halleri tümüyle sona erdi ve Bay E. kendini kaskatı kesilmiş, süregelen ve tahammül edilemez ölçüde yoğun bir Parkinson hali içerisinde buldu. Bu L-DOPA tedavisi öncesindeki halinden çok daha şiddetliydi. L-DOPA’nın dozunu arttırarak –önerilen tedavi– durumunu değiştirme girişimleri tümüyle faydasızdı. Hareketsiz, neredeyse tek kelime etmeyen, ağzından salyalar akan ve son derece katılaşmış Bay E. Mount Carmel’e geri getirildi. Bu halde hastaneye geri dönmesi onun için son derece küçük düşürücü olmakla kalmayıp aynı zamanda L-DOPA tedavisi gören diğer yetmiş hasta arasında da kaygı yarattı. Onlar Bay E.’yi bir zafer kazanarak hastaneden ayrılırken görmüşlerdi. Şimdi ise trajik dönüşünü izliyorlardı. Sık sık “O en parlak hastaydı – herkesten daha başarılı oldu. Eğer o bu tür bir sorunla karşılaşıyorsa bizim halimiz ne olacak?” türünden yorumlara kulak misafiri oluyordum.

Bay E.’nin hastaneye tekrar yatmasıyla birlikte L-DOPA tedavisini durdurdum – yaşadığı içe kapanma, Parkinson titremelerinin yeniden ortaya çıkmasının yanı sıra büyük bir güçsüzlüğe, bitkinliğe ve duyarsızlıkla birlikte depresyon geçirmesine yol açtı. Bu akut “içe kapanma sendromu” iki hafta sonra azaldı ve Bay E. L-DOPA öncesindeki haline döndü. Bir kez daha dengeli hale gelen durumunu göz önüne alarak, ilk verdiği tepkiyi yinelemesi umuduyla tekrar L-DOPA tedavisine başlattım. Fakat umduğum gibi olmadı: Bay E. şimdi de L-DOPA’ya karşı tuhaf ve patolojik bir duyarlılık gösteriyordu. Öyle ki günde 1,5 gr.’ı aşmayan bir dozda, kore halleri anında tekrar ortaya çıkıyor ve daha önce meydana gelen inişli çıkışlı döngüye tekrar kapılarak kendini yeniden son derece katılaşmış, Parkinsonlu akinetik

bir halde buluyordu. Dolayısıyla, L-DOPA'yı tekrar durdurmak gerekti. Sonraki iki ayın, ilk baştaki tepkisini yeniden ortaya çıkarmak umuduyla L-DOPA tedavisi olmadan geçip gitmesine karar verdim. 1970 yılının Ekim ayında üçüncü kez L-DOPA tedavisine başladım ve mümkün olan en küçük dozu kullanarak, bu dozu son derece yavaş arttırdım. Bu defa Bay E. ilaca daha da aşırı bir duyarlılık göstererek günlük doz 250 mg.'ı aşmamasına rağmen şiddetli kore halleri sergiledi –bu başlangıçta aldığı dozun yirmide birinden bile azdı– ve üçüncü kez L-DOPA tedavisini durdurmak zorunda kaldık. Bunun üzerine L-DOPA'yı, altı ay sonra tekrar denemek üzere bir kez daha kestik.

Bu altı ay boyunca Bay E. daha öncesinde meydana gelen hiçbir durumla benzeşmeyen tuhaf haller sergilemeye başladı. Tüm gün koridorda, tekerlekli sandalyesinde hareketsiz oturuyordu. Gözleri açık olmasına rağmen bakışları boş ve ifadesizdi; etrafındaki her şeye son derece kayıtsızdı ve kaderine küsmüş bir hali vardı. Ona nasıl hissettiğini sorduğumda boş bir ifadeyle “Şöyle böyle,” ya da “Hayat devam ediyor işte,” diye cevap veriyordu. Etrafındaki hiçbir şeye faal bir tepki göstermiyor, ama olup bitenleri mekanik bir ifadeyle izliyordu. Bay E.'yi bir duygu, bir ifade ortaya koyması için ne kadar teşvik etsem de başarılı olamadım; bizzat kendisi “Benim duygularım yok – içimdeki tüm hisler öldü,” diyordu. Bu aylar boyunca Bay E. her nasılsa bir ölü, hayalet ya da hortlak gibi görünüyordu. Yaşadığına dair en ufak bir ifade ya da duygu açığa çıkmıyordu ve hiçbir mevcudiyet ortaya koymadan tekerlekli sandalyesinde öylece oturuyordu. Bu dönemde (Mart 1971) dördüncü kez L-DOPA'yı denedim, bu kez Bay E. hiçbir tepki göstermedi: altı ay önce günde 250 mg.'lık doza çok yoğun tepki veren Bay E. şimdi günde 5.000 mg.'a en ufak bir tepki dahi vermiyordu. “Bunun olacağını biliyordum,” dedi. “Benim içim kurumuş artık. Ne yaparsanız yapın bir şey değişmeyecek.” Haklı olup olmadığını ve bizim hakikaten de L-DOPA'ya ya da başka bir şeye karşı ortaya koyabileceği potansiyel tepkileri tümüyle yıkıma uğratıp uğratmadığımızı ister istemez merak ediyordum.

1971 yılının yazında bahardan bu yana L-DOPA ve diğer birtakım ilaçlar alan Bay E. daha *canlı* görünmeye ve hisset-

meve, geçtiğimiz dokuz ay boyunca da yitirmiş olduğu tepki ve hislerini yeniden ortaya koymaya başladı. 1971 yılının Ekim ayında, beşinci kez L-DOPA tedavisine başlattım. Bu kez verdiği tepkiler şu ana kadar (Eylöl, 1972) yeterince olumlu. Bay E. 1969'da ortaya koyduğu o fevkalade tepkiye denk bir tepki gös-teremedi, artık "normal" biri olarak algılanması mümkün değil; kore, Parkinson ve depresyon nöbetlerinin yanı sıra zaman zaman telaşlı haller de sergiliyor. Ayrıca yeni bir bulgu da boynunu etkileyen distonik kasılma; fakat bu sorunlara rağmen genel hareketleri ve ruh hali L-DOPA tedavisi öncesindeki günlerine kıyasla çok daha iyi. Hastanede rahatça dolaşabiliyor ve çoğu zaman fiziksel gereksinimlerini karşılayabiliyor. Ayda bir kez de hafta sonlarını evde geçirmeyi tercih ediyor. Gazete okuyup, dedikodu yapıyor ve etrafındaki her şeyle yakından ilgileniyor. Yaşamı kısıtlanmış ve tekdüze olmasına rağmen –maalesef bu tür sağlık merkezlerindeki çoğu hasta için bu durum söz konusudur– yine de geçtiğimiz on ay içerisinde gerçek ve faydalı bir denge elde etti; belki de gelecekte bu dengeyi her zaman korumaya devam edecek.

George W.⁹⁰

Bay W. 1913 yılında Bronx'ta dünyaya geldi. On dört yaşında okulu bırakarak babasıyla birlikte aile işletmesi olan çamaşırhanede çalışmaya başladı. Yirmili yaşlarının başında evlendi, aile ve sosyal yaşamını çamaşırhanedeki günlük angarya ve iş yoğunluğuyla birlikte aksatmadan yürüttü.

Elli yaşındayken Bay W. aşırı heyecanlandığında ya da aşırı yorulduğunda sağ elinde titreme eğilimleri meydana geldiğini fark etti – doktoru ilk başta bu belirtiyi “sinirsel titreme” diye kestirip atmıştı. İki yıl sonra elini hızlı ya da düzgün hareket ettirmekte güçlük çektiğini ve yazılarının giderek küçüldüğünü fark etti. Ardından da vücudunun sağ tarafı tümüyle katılaştı.

Bu ve diğer bulgular o denli yavaş ilerliyordu ki titremele-
rinin başlamasından sekiz yıl sonra Bay W.'yi özel hasta olarak ilk kez gördüğümde adeta bir cehennem gibi sıcak çamaşırhanesinde halen tüm gün çalışabiliyor, araba kullanabiliyor, belli mesafeleri yürüyebiliyor ve her türlü ihtiyacını kendi kendine karşılayabiliyordu. Ama nihayetinde sağ tarafı önemli ölçüde katılaşmış ve akinetik haldeydi, yürüdüğü zaman sağ kolunu sallayamıyor ve sağ bacağına sürüme eğilimi ortaya çıkıyordu, ses tonu hemen hemen normaldi, yüzü ise bir ölçüde maskeleyilmiş ve ifadesizdi. Hastalığının zorunlu kıldığı tek değişiklik Bay W.'nin sol eliyle yazmayı öğrenmek zorunda kalmasıydı – neyse ki her zaman iki elini de aynı beceriyle kullanabilen biri olmuştu. Vücudunun sol tarafında herhangi bir Parkinsonizm belirtisi olmamasına rağmen sol kolunda önemsiz bir hiperak-

tivite olduğu izlenimine kapıldım, zira konuşurken bu koluyla çok fazla el kol hareketi yapıyor ve tik haline gelmiş bir alışkanlıkla her iki üç dakikada bir gözlüklerini düzeltiyordu. (Bay W.'yi ilk kez gördüğümde sol kolundaki bu aşırı hareketliliğin patolojik mi yoksa sadece sağ tarafındaki hareket yetersizliğinin bir "telafisi" mi olduğuna emin olamamıştım: daha sonra L-DOPA'ya verdiği tepkiler ortaya koydu ki bu hareketlilik esasında patolojikti.)

Bay W. 1965'ten bu yana Artane ve benzeri ilaçların epey fayda sağladığını görmüştü. 1970 yılında muayene olmak için bana ilk başvurduğunda L-DOPA kullanıp kullanmama konusunda kafasında farklı düşünceler vardı. "Muazzam bir ilaç olduğunu duydum. Gazeteler sürekli bundan 'mucize ilaç' diye bahsediyor. Sık sık eşime ilacı kullanma konusunu açıyorum fakat karar veremiyoruz. Halen tüm gün çalışabiliyorum ve hemen hemen arzuladığım her şeyi yapabiliyorum fakat her geçen yıl bunları yapmakta daha da zorlanıyorum. Belki birkaç yıl daha idare edebilirim... Elbette sağ tarafımı eskisi gibi tam anlamıyla kullanabilseydim harika olacaktı. Fakat bir yandan da sık sık ilacın 'yan etkileri'nden bahsedildiğini duyuyorum," diyordu.

Ortada acil bir durum yoktu ve Bay W. ile birlikte, ilacı kullanıp kullanmama kararını 1971 yılının yazına dek erteledik. Nihayet o yılın Nisan ve Mayıs aylarında amantadin mükemmel bir tepki verince L-DOPA'yı denemeye karar verdik. Bay W.'nin L-DOPA verdiği ilk tepki epey tuhaftı ve "normal" olan sol tarafında Parkinsonizm belirtilerinin meydana gelmesine yol açtı. Bu olumsuz tepki birkaç gün sonra kayboldu ve yerini sağ tarafında kayda değer bir gevşemeye ve hareketliliğe bıraktı – bu öylesine bir gevşemeydi ki Bay W. tedavinin üçüncü haftasında her açıdan son derece normal görünmeye ve hissetmeye başladı. Tedavinin dördüncü haftasında (bu dönemde günde 3,5 gr. L-DOPA alıyordu) onu çok hızlı yürümeye sevk eden, ıstırap verici bir huzursuzluk ve telaş meydana geldi: "Tüm bu dürtüler beni biraz korkutuyor," diyordu. "Öylesine telaşlıyım ki neredeyse koşuyorum – kalp krizi geçireceğim diye korkuyorum. Kendimi sürekli daha yavaş yürümeye telkin etmek zorunda kalıyorum." Yine aynı dönemde kore hal-

leri, yüz buruşturma, düzensiz nefes alıp verme, kekeleme ve gün ortasında bitkinlik ve katılaşma nöbetleri ortaya çıktı. O sıralarda L-DOPA tedavisini durdurmak gündeme geldi, fakat Bay W. "Biraz daha bekleyelim – belki her şey yatışır ve ben de ilaca alışırım," dedi.

Meydana gelen belirtiler gerçekten de yatıştı ve Bay W. L-DOPA'ya uyum sağladı. "Yan etkileri" bir ay içerisinde kayboldu ve bu süreçte L-DOPA'nın dozunu değiştirmedik. Bir kez daha tümüyle ya da görünürde tümüyle "normal" haline döndü. Aradan bir yıl geçtikten sonra halen bu halini koruyor. Fakat bu normal halin altında bir bityeniği var ve gerek Bay W., gerekse de onu tanıyanlar bunun tamamıyla farkında. Yakın bir geçmişte (Eylül, 1972) Bay W.'den bir mektup aldım. şöyle diyor: "...On beş aydan bu yana L-DOPA alıyorum. İnanılmaz bir ilaç fakat yine de bazı 'ama'larım var... İlacın etkilerinin en olumlu olduğu düzeyde son derece normal hissediyorum ve istediğim her şeyi yapabiliyorum. Bu gibi zamanlarda hiç kimse bir sorunum olduğunu anlamıyor... Fakat çok duyarlı hale geldiğim ve aşırı çaba sarf ettiğim ya da aşırı heyecanlandığım zaman ya da üzülp yorulduğum zaman ilacın tüm yan etkileri anında ortaya çıkıyor. Birilerinin 'yan etkiler'den bahsetmesi ya da onları aklıma getirmem bile ortaya çıkmalarına yetiyor. L-DOPA kullanmaya başlamadan önce sürekli Parkinsonlu bir haldeydim. Hastalık her zaman oralarda bir yerdeydi ve çok fazla bir değişiklik göstermedi. şimdi ise iyiyim. Her şey yolunda gittiği sürece *mükemmel* hissediyorum fakat adeta gergin bir ipin üzerinde yürümeye çalışan bir cambaz ya da kendini dengeleyip dik durmaya çalışan bir iğne gibi hissediyorum.⁹¹ Eğer L-DOPA'nın benim için iyi mi kötü mü olduğunu sorsaydınız her *ikisi de* derdim. Olağanüstü etkileri olsa da yine o Allah'ın cezası 'ama'lar söz konusu..."

*Cecil M.*⁹²

Cecil M. 1905 yılında Londra'da doğdu. Büyük salgın sırasında uyku hastalığına yakalandı fakat tümüyle iyileşti. Yirmi yıl sonra ise (1940) Parkinson ve diğer bulgular baş gösterdi. İlk ortaya çıkan hastalık belirtisi megafoniydi –böğürürcesine yüksek bir sesle konuşma–; bunu hırlama ve dişlerini sıkıp, gıcırdatma bulguları izledi. İlk başlardaki bu bulgular baş gösterdikten sonra birkaç ay içinde kayboldu ve bunların yerini denge kaybı, geriye doğru düşme eğilimi, telaşlı haller, donup kalma ve özellikle vücudunun sol tarafında ağırlık kazanan katılaşma ve titreme hallerinin görüldüğü Parkinson belirtileri aldı. 1942 yılına gelindiğinde, Bay M.'nin ortaya koyduğu klinik görüntü sabit bir hal aldı ve sonraki yirmi beş yıl boyunca hiçbir değişiklik göstermedi. Akıllı ve becerikli bir insan olan Bay M., tüm bu bulgulara rağmen dolu dolu bir hayat sürdürebildiğini fark etti: her gün işine arabasıyla gidip gelmeye devam etti, ailesi ve sosyal çevresiyle faal bir yaşam sürdürdü, hobilerini ve fiziksel faaliyetlerini aksatmadı – özellikle sevdiği yüzme sayesinde yürümekten daha rahat ve akıcı bir hareketlilik fırsatı yaratıyordu.

Bay M. 1970 yılında L-DOPA tedavisine başlatıldı. Ortaya koyduğu ilk tepkileri kendi ifadesiyle şöyle açıklamıştı: “İlk başlarda bana adeta yeni bir yaşam bahsetti. Kendimi daha canlı ve gençleşmiş hissettim. Sol kolumdaki ve bacağımdaki katılaşma kayboldu. Sol kolumu kullanarak tıraş olabiliyor ve daktilo kullanabiliyordum. Kolaylıkla eğilip ayakkabılarımın bağlarını bağlayabiliyordum. Ve elbette son derece rahat bir biçimde yü-

rüyebiliyor, sağa sola gitmekten keyif alıyordum. Bunlar daha önce yapmaya korktuğum şeylerdi. Sol kolumdaki titreme ise neredeyse kayboldu.”

Bay M. yeniden kavuştuğu hareketliliğinin ve enerjiyle dolu hislerin keyfini sürerken L-DOPA tedavisinin on altıncı gününde, 1940 yılında kısa bir süre yaşadığı *trismus* (çene kilitlenmesi) nüksetti. Ertesi hafta içerisinde Bay M.’nin trismus’u öylesine yoğun ve sürekli bir hale geldi ki, artık yemek yemek ya da konuşmak için ağzını açamaz olmuştu. Bununla birlikte donup kalma, katılaşma ve titreme gibi belirtilerden oluşan Parkinsonlu halleri geri geldi ve hatta daha da kötüye gitti. Bu noktada Bay M., L-DOPA tedavisinin durdurulmasını talep etti.

Bay M. daha sonraki L-DOPA denemesi tekliflerini geri çevirdi. Bunu şöyle ifade etti: “Otuz yıldan fazla bir süreden beri bu durumdayım ve onunla nasıl baş edebileceğimi öğrendim. Hangi noktada olduğumu, neleri yapabileceğimi ve neleri yapamayacağımı tam olarak biliyorum. Her şey bir günden diğerine değişmez – ya da en azından L-DOPA kullanana kadar bir değişiklik olmamıştı. İlacın etkisi ilk başta çok hoştu fakat sonra fayda sağlamaktan çok zarar vermeye başladı. İlaç olmadan da mükemmel bir şekilde hayatımı sürdürebiliyorum – L-DOPA’yı neden bir daha deneyeyim?”

Leonard L.

Leonard L.'yi ilk kez 1966 yılının baharında gördüm. O dönemde Bay L. 46 yaşındaydı. Tek kelime konuşmuyordu ve sağ elindeki çok küçük hareketler dışında istemli hareketlerden tümüyle mahrumdu. Sağ elinin hareketleri sayesinde küçük bir yazı tahtasına mesajlar yazabiliyordu – on beş yıldır kullanabildiği tek iletişim biçimi buydu ve 1969 yılının baharında L-DOPA tedavisi görmeye başlayana dek bu böyle sürdü. İnanılmaz boyutlardaki hareketsizliğine ve hastalığına rağmen Bay L.'nin içinde okumaya karşı büyük bir heves vardı (okuduğu kitapların sayfalarını onun için bir başkası çevirmek durumundaydı). Hastanenin kütüphanecisiydi ve her ay hastane dergisinde yer alan bir dizi harika kitap eleştirisinin yazarıydı. Bay L. ile daha ilk karşılaşmamızda –ve sonra ne zaman bir araya gelsek bu izlenimim daha da güçlendi– onun olağanüstü bir zekâ, görgü ve kültüre sahip biri olduğuna dair kesin bir kanaate sahip olmuştum; okuduğu, düşündüğü ya da yaşadığı her şeyi neredeyse tümüyle hatırlıyordu; dahası bugüne dek hemen hiçbir hastada rastlamadığım kadar üstün bir düşünce analiz etme yeteneği ve araştırmacı kişiliği vardı. Son derece ciddi boyutlardaki bir hastalığın böylesine güçlü bir araştırma zekâsıyla bir araya gelmesi deyim yerindeyse Bay L.'yi “ideal” bir hasta haline getiriyordu ve onu tanıdığım altı buçuk yıllık süre içerisinde Parkinsonizm, post-ensefalitik hastalık, acı çekme ve insan doğasına dair ondan öğrendiklerim diğer tüm hastalarımın öğrendiklerimin toplamından daha fazlaydı. Aslında Bay L.'yi anlatmak için

başlı başına ayrı bir kitap yazmak gerekir fakat burada aktaracaklarımı onun L-DOPA tedavisinden önceki, tedavi sırasındaki ve sonrasındaki durumunun alabildiğine yalın ve yetersiz bir özetle sınırlamak zorundayım.

Bay L.'nin 1966 yılında ortaya koyduğu görünüm hastaneye kabulünden bu yana hiç değişmemişti ve o da –tıpkı diğer birçok “mumyalanmış” post-ensefalitik hasta gibi– gerçek yaşımdan çok daha genç gösteriyordu: Özellikle yüzü en ufak bir kırışıklığı olmayan yirmili yaşlarındaki bir adamın yüzünden farksızdı. Boynunda, gövdesinde, kol ve bacaklarında had safhada katılaşma vardı ve ancak bir çocuğunki kadar büyük olan ellerinde distrofik değişiklikler göze çarpıyordu; yüzü son derece maskelenmiş ve ifadesizdi fakat güldüğü vakit yüzündeki bu gülümseme ifadesi dakikalarca, hatta saatlerce donup kalıyordu – tıpkı Cheshire Kedisinin gülümsemesi gibi; aşırı heyecanlı olduğu zamanlarda, büyük bir güç sarf ederek attığı çığlık ya da çıkardığı böğürme sesleri dışında tümüyle sessizdi. Sık sık, geçici bir süre hareket ettiremediğinden ya da tepki veremediğinden ötürü göz yuvarlarının yukarı doğru dönmesiyle meydana gelen “mikro-krizler” yaşıyordu; bu krizler sadece birkaç saniye sürüyor ve günde düzinelerce, bazen yüzlerce kez meydana geliyordu. Okurken ya da etrafına bakarken göz hareketleri hızlı ve kendinden emindi. Hareketsiz vücuduna hapsedilmiş olan uyanık ve dikkatli zekâsına dair dışarıdan gözlemlenebilen tek ipucunu bu göz hareketleri veriyordu.

Bay L. ile ilk görüşmemizin sonunda ona şöyle dedim: “Senin gibi biri olmak nasıl bir duygu? Bunu neyle kıyasladın?” Bunun üzerine şu cevabı yazdı: “Kafese tıkılmış. Yoksun. Tıpkı Rilke’nin şiirindeki ‘Panter’ gibi.”⁹³ Sonra gözleriyle koğuşu şöyle bir süzdü ve şunları yazdı: “Burası insanların tıklandığı bir hayvanat bahçesi.” İnsanın içine işleyen tasvirleri, yaratıcı metaforları ya da şiirsel imgelerle dolu dağarcığı sayesinde Bay L. kendi varlığının ve yaşam tecrübesinin doğasını uyandırmaya çalışıyordu. Bir defasında yazı tahtasına “Ürkütücü bir varlık ve ürkütücü bir yokluk söz konusu. Varlık, tutulup kalma, kısıtlanma ve durdurulma ile birlikte insanın başının etini yiyen bir kuru gürültü, itiş kakış ve baskının karışımı – ben bunu genelde

‘kışkırtma ve dizginleme’ diye ifade ediyorum. Yokluk ise berbat bir yalnızlık, soğukluk ve büzülüp kalma – hem de hayalinize sığmayacak kadar büyük ölçüde Dr. Sacks, bu durumda olmayan birinin hayal edebileceğinden çok daha fazlası – dipsiz bir karanlık ve gerçekdışılık,” diye yazdı. Bay L., yazı tahtasına Dante ya da T.S. Eliot’tan pasajlar yazmaktan ya da bunları ve özellikle de aşağıdaki dizeleri sessizce kendi kendine mırıldanarak okumaktan büyük keyif alıyordu:

Daha da alçal, alçal sadece
Ebedi yalnızlığın dünyasına doğru,
Dünya olmayan bir dünya, fakat bu dünya olmayan yerin,
İçi karanlık ve mahrumiyet
Ve tüm mülkiyetten yoksunluk,
Kuruyup gitmiş bir hisler dünyası,
Hareketsiz bir ruhlar dünyası...

Bay L. ayrıca şunları yazıyordu: “Diğer zamanlarda, bu itiş kaçış, kaybolup gidiş hissinden eser yok, fakat bir tür sükûnet, bir hiçlik var ve bu hiç de fena bir şey değil. Bu yaşanan işkencenin yavaş yavaş azalması. Öte yandan da ölüm gibi adeta. Bu dönemlerde hastalığımın beni iğdiş ettiğini ve diğer insanların arzularından muaf olduğumu hissediyorum.” Ve *bu* ruh hali içerisinde Bay L.’nin aklına Abelard’ın dizeleri geliyor, bunları yazıyor veya mırıldanıyordu:

Senin yazgın son derece yürekten ve kaçınılmaz
Acı ve zevkten uzakta, yoksun,
Yaşam uzun, ölüm sessizliğinde ebedi bir istirahat;
Ne isyan eden bir kalp atışı ve ne kaynayan bir kan.
Deniz kadar dingin, üzerinde acemi rüzgarların estiği
Ya da kımıldayan bir ruh, suların akmak için
Sabırla beklediği.

Diğer zamanlarda Bay L. bana hem uyanıkken hem de rüya görürken yaşadığı algılama hallerini ve genelde içinde bulunduğu ruh halini tasvir ediyordu – ben bu halleri başka mecralarda

dinamik görüş ve hareketli-mozaiik görüş⁹⁴ olarak ifade etmiş-tim. Post-ensefalitik hastalarda meydana gelen bu tür hallere dair bilgi birikimim; özellikle Bay L. gibi düşünce ve duygularını açık bir dille ifade eden, Bay L.'nin tutkusu ve betimleme gücüne sahip olmayan, fakat bu tür halleri sıkça yaşayan diğer hastaların (özellikle Hester Y., Rose R. ve bu kitapta hikâyeleri aktarılmayan hastalar) deneyimlerinden kaynaklanmaktadır.

Bunu izleyen yıllar boyunca, Bay L. ve kendisini ona adanmış, sürekli yanında olan annesinin yardımıyla, bu zihin ve ruh halinin ve ileriki yıllarda ortaya koyduğu gelişimin resmini anlaşılır bir biçimde, yavaş yavaş kafamda oluşturdum. Bay L. yaşamının ilk dönemlerinden itibaren hızlı bir gelişim göstermiş, içe kapanık biriydi. Bu özellikleri altı yaşındayken babasının ölümü ile birlikte daha da belirgin hale geldi. On yaşına geldiğinde sık sık "Hayatımı, kitapların arasına gömülerek okuma ve yazmayla geçirmek istiyorum. İnsanlara en ufak bir güven bile duyulmaz," diyordu. Ergenlik çağının ilk yıllarında Bay L. gerçekten de kitaplara gömülmüş bir haldeydi ve hemen hiç arkadaşı yoktu. Kendi yaşındaki erkek çocukların ilgi duyduğu cinsel, sosyal ve diğer hiçbir faaliyete kendini kaptırmadı. On beş yaşına geldiğinde sağ eli katılaşmaya, güç kaybetmeye, cansızlaşmaya ve büzülmeye başladı: bu belirtileri -ki bunlar post-ensefalitik hastalığın ilk işaretleriydi- mastürbasyon yaptığı için ve günahkâr düşüncelerinden ötürü kendisine verilmiş bir ceza olarak yorumladı; sık sık kendi kendine mırıldanarak 137. ilahiyi okuyordu ("Kutsal Kudüs eğer seni unutursam, sağ elim hünerlerini unutsun") ya da "Eğer sağ elin seni gücendirdiyse, onu kes." Annesi de hastalığının günahlarının bir cezası olarak görüyor ve kafasındaki bu hastalıklı fantezileri teşvik ediyordu (Maria G. ile kıyaslayın). Hastalığının giderek yayılıp ilerlemesine rağmen Bay L. Harvard Üniversitesi'nden, şeref listesine girerek mezun oldu. Yirmi yedi yaşına geldiğinde hastalığı, çalışmalarını ve faaliyetlerini tümüyle bıraktıracak kadar ilerledi ve bu yüzden neredeyse bitirmek üzere olduğu doktora tezini tamamlayamadı. Harvard'dan ayrıldıktan sonra üç yılını evde geçirdi; otuz yaşındayken neredeyse taş kesmiş bir halde Mount Carmel'e yatırıldı. Hastaneye gelir gelmez kütüphane

görevlisi oldu. Okumak dışında hemen hiçbir şey yapamıyordu. Bu dönemden itibaren tam anlamıyla kitaplara gömüldü ve dolayısıyla, bir anlamda çocukluk arzusu ürkütücü bir biçimde gerçekleşmiş oldu.

L-DOPA tedavisine başlamadan önceki yıllarda Leonard L. ile birçok sohbet yaptım. Bu sohbetler kaçınılmaz bir biçimde biraz tek taraflı ve gelişigüzel, zira sorduğum soruları yazı tahtasına güç bela cevaplar yazarak yanıtlıyordu – ve cevapları adeta telgraf gibi kısaltılmış, şifreli mesajlardan oluşuyordu. Ona nasıl hissettiğini sorduğumda genelde “sakin” diye yazıyordu ama bir yandan da “içine hapsedilmiş” ve yalnızca rüyalarında yaşadığı yoğun bir şiddet ve güç hissine sahip olduğunu sezindiriyordu. Yazı tahtasına “Çıkış yolum yok. Bedenimin içine hapsedildim. Bu ahmak bedenim sadece pencereleri olan ama kapıları olmayan bir kodes,” diye yazıyordu. Çoğu zaman ve birçok açıdan kendinden, hastalığından ve dünyadan tiksense de, içinde sevgiye dair olağanüstü bir potansiyel vardı. Özellikle okuduğu kitaplarda ve yazdığı kitap eleştirilerindeki hayat dolu, esprili ve zaman zaman dünyaya karşı içindeki hazzı ortaya koyan Rabelais’vari ifadelerinde bu çok belirgindi. Bazen de bu hislerini, kendine dair tepkilerinde açıkça görmek mümkündü. Şöyle yazıyordu: “Ben neysem oyum. Bu dünyanın bir parçasıyım. Hastalığım ve sakatlığım bu dünyanın bir parçası. Onların da bir cüce ya da bir kurbağa gibi kendilerine göre güzel tarafları var. Benim kaderim de bir tür hilkat garibesini olmuştur.”

Bay L. ve annesi arasında yoğun ve karşılıklı bir bağımlılık vardı. Annesi ona bakmak amacıyla her gün on saat boyunca hastanede kalıyordu – bu bakım oğlunun en ayrıntılı fiziksel ihtiyaçlarını dahi kapsıyordu. Annesi bezini ya da önlüğünü değiştirirken küçük düşmenin, bir bebek gibi muamele görmenin ve bağımlı halinin verdiği bastırılmış bir içerlemeye birlikte Bay L.’nin yüzündeki mutlu ve halinden hoşnut bebek ifadesini görmek mümkündü. Aynı şekilde annesi de hayat veren, şefkat duyan ebeveyn rolünün verdiği keyifle birlikte, yetişkin fakat çaresiz, adeta bir “parazit”e dönüşmüş oğlunun uğruna hayatını “feda etmiş” olmanın yoğun kırgınlığını yaşıyordu (Lucy K. ile

annesinin ilişkilerini kıyaslayınız). Hem Bay L., hem de annesi L-DOPA tedavisine karşı kararsız ve çelişkili bir yaklaşım içindeydiler; her ikisi de ilaçla ilgili yazılanları okumuş, fakat etkilerini görmemişlerdi. Bay L. Mount Carmel’de L-DOPA tedavisini uyguladığım ilk hastaydı.

L-DOPA Tedavisi

L-DOPA tedavisine 1969 yılında, Mart ayının ilk günleri başladık ve ilacın günlük dozunu kademe kademe 5 gr.’a kadar arttırdık. İlk iki hafta çok az bir etki görüldü ve sonra ani bir “değişim” meydana geldi. Kollarındaki ve bacaklarındaki katılaşma kayboldu, Bay L. içine dolan enerji ve gücü hissetmeye başladı; artık eskisi gibi yazı yazabiliyor, daktilo kullanabiliyor, oturduğu yerden kalkıp biraz da yardım alarak yürüyebiliyor, yüksek ve anlaşılır bir ses tonuyla konuşabiliyordu – yirmi beş yaşından bu yana bunların hiçbirini yapamamıştı. Mart ayının sonraki günlerinde Bay L. otuz yıldır unuttuğu bir hareketliliğin, sağlık ve mutluluk halinin keyfini çıkarıyordu. Artık hayatındaki her şey ona büyük bir haz veriyordu. Bir kâbustan, derin bir hastalık halinden silkinip uyanmış, diri diri gömüldüğü mezardan ya da tıklandığı kodesten kurtulup, birdenbire çevresindeki her şeyi hisseden, güzelliklerin tadına varan bir adam olmuştu. Bu iki hafta boyunca yaşadığı gerçeklik hissi Bay L.’yi sarhoş etti – bu sarhoşluk on yıllardır uzak olduğu ya da önceleri çarpık bir biçimde yaşadığı duyumsama, his ve ilişkilerden kaynaklanıyordu. Hastane bahçesine çıkıp dolaşmayı çok seviyordu: çiçeklere ve yapraklara şaşkın bir hazla dokunuyor, bazen dudaklarını üzerlerine bastırıyor ya da öpüyordu. Bir gün aniden, çok yakın olmasına rağmen yirmi yıldır görmek isteyip de göremediği New York şehrine gitmek istedi: New York’a yaptığı gece yolculuğundan zevkten nefesi kesilmiş bir halde döndü. New York adeta bir mücevher ya da Yeni Kudüs gibiydi. Şu sıralarda sevinç gözyaşları içinde Dante’nin İlahi Komedyası’nın “Cennet” bölümünü okuyordu – geçen yirmi yıl içerisinde “Cehennem” ve “Araf” bölümlerinden öteye

gidememişti. “Ruhumun kurtulduğunu, yeniden dirilip canlandığımı hissediyorum. Bu sağlıklı halim Tanrının bir lütfu... âşık olmuş bir adam gibiyim. Beni aşktan koparan engelleri aştım,” diyordu. Bu dönemde özgürlük, açık yüreklilik ve gerçek dünyaya karşı duyduğu minnettarlık hisleri ağır basıyordu. Birdenbire ortaya çıkmış, bozulmamış, kuruntudan uzak bir dünyada hem kendiyle hem de dünyayla barışık, doygun hisler. Bay L. “Tüm yaşamım boyunca açlık ve arzuyla yanıp tutuştum. Şimdi ise doyuma ulaştım ve yatıştım. Daha fazlasını istemiyorum,” diyordu. Yaşadığı nefret, kaygı, gerginlik ve huysuzluklar yerini rahatlatma, uyumlu ve güvencede hissetme, çevresindeki her şeyle ve herkesle daha önce hiç yaşamadığı hatta kendi ifadesiyle “Parkinson hastalığından öncesinde dahi” duyumsamadığı arkadaşlık ve yakınlaşma duygularına bırakmıştı. Bu dönemde tutmaya başladığı günlük, şaşkınlık ve minnet ifadeleriyle doluydu. Her sayfaya Latince “*Exaltavit humiles!*” diye yazıyordu. Yanı sıra “Tüm yaşamımı *bunun* uğruna hastalıkla geçirmeye değer”, “L-DOPA *mübarek* bir ilaç, bana tekrar yaşam şansı verdi. Daha önce adeta bir mengeneye sıkışıp kalmışken şimdi gevşeyip rahatladım” ve “Eğer herkes benim kadar iyi hissetseydi, kavgaları ve savaşları akıllarından geçirmezlerdi. Egemenlik ve sömürüyü düşünmezlerdi. Sadece yaşamdan ve diğer insanlardan keyif almaya bakarlardı. Ve Cennet’in tam burada, dünyada olduğunun farkına varırlardı” gibi ifadeler yazıyordu.

Nisan ayında, tehlike çanları çalmaya başladı. Bay L’nin sağlık ve enerji dolu hali –kendi ifadesiyle “lütuf”– aşırı, ölçüsüz, hastalıklı ve tantanalı bir düzeye geldi; çeşitli tuhaf hareketler ve diğer olgular da ilk kez bu dönemde görülmeye başladı. Uyum, rahatlık ve çaba sarf etmeksizin sağladığı kontrol duyguları yerini *aşırılığa*, zorlama, baskı ve gerilip kopmaya bıraktı. Bu, her geçen gün bariz ve gözle görülür ölçüde artan patolojik bir dürtülenme ve parçalanmaydı. Bay L. yaşadığı gerçekliğin ona duyumsattığı hazdan kopup kaderci ve buyurgan bir tavırla uhrevi bir misyon üstlenmişti: kendisinin Mesih ya da Tanrının oğlu olduğunu düşünüyordu; ona göre sayısız şeytani güç dünyayı “zehirliyordu” ve o –Leonard L.–

bu şeytani güçlerle mücadele etmek için “göreve çağrılmıştı.” Günlüğüne şöyle yazıyordu: “Yenilginin küllerinden yeniden doğup, Yüce ve Görkemli bir Mertebeye ulaştım. Şimdi Buradan Çıkıp tüm Dünyaya Konuşmalıyım.” Hastanenin koridorlarında hastalara grup halinde nutuklar veriyor ve gazetelere, senatörlere, hatta Beyaz Saray’a gönderilmek üzere düzinelerce mektup yazıyordu;⁹⁵ bize ise dini konferanslar verebileceği turlar organize etmemiz için yalvarıyordu; böylece tüm ülkede boy gösterip L-DOPA’ya göre Hayatın Hakikatlerini insanlara duyurabilecekti.

Nisan ayında harika bir rahatlama ve tatmin düzeyi yakalamıştı. Oysa şimdi huzursuz ve doyumsuz biri olmuştu. Tatmin edilmesi mümkün olmayan ve ıstırap veren arzu ve taleplerine sürekli yenileri ekleniyordu. Bu şiddetli arzular doymak bilmez bir ihtiras ve aç gözlü tavırlara dönüşmüştü. İstekleri ve fantezileri hiçbir gerçekliğin, en azından, sakat ve ölmek üzere olan hastaların kapatıldığı, amansız ve kısıtlayıcı bir tımarhanenin⁹⁶ ya da –üç yıl önce kendi ifade ettiği gibi– “insanların tıklandığı bir hayvanat bahçesinin” tatmin edemeyeceği boyutlara varmıştı. Bu arzuların en yoğun ve en önü alınmazları, güç ve sahip olma ile birlikte oluşan cinselliğe dair arzuları. Çiçeklere kondurduğu pastoral ve masum öpücüklerle artık tatmin olmayan Bay L. koğuştaki tüm hemşirelere dokunup onları öpmek istiyordu – önceleri bu girişimleri tebessüm ve şakayla karışık bir terslemeye neden olsa da sonraları aldığı tepkiler sertleşmeye ve öfkeli ifadelere dönüştü. Mayıs ayında ilişkiler hızla gerginleşti ve Bay L.’nin nazik cinsel eğilimleri öfkeli ve önü alınmaz bir erotomaniye dönüştü.⁹⁷ Mayıs ayının başlarında Leonard bana bazı hemşireleri ve hemşire yardımcılarını geceleri kendisine “hizmet” etmek için ayarlayıp ayarlayamayacağımı sordu ve ardından da –bir alternatif olarak– L-DOPA’nın dürttülediği hastaların ihtiyaçlarını ve cinsel arzularını tatmin etmek amacıyla bir genelev hizmeti organize edilmesini önerdi.

Mayıs ortasına gelindiğinde, Bay L. iyiden iyiye “azdı”. Cinsel içgüdülerinin ve saldırgan hislerinin getirdiği *baskıyla* ve her şekle bürünebilecek bir arzu ve açgözlülükle –kendi ifadesiyle– haddinden fazla “kızıştı”. Hayallerinde, yazılarında ve

rüyalarında yansıttığı Bay L. artık uysal, kalender ve hüzünlü biri değil, devasa sopası ve güç sembolü haline gelmiş cinsel organıyla donanmış, iriyarı bir mağara adamıydı; erkeklik iktidarı ve güçle dolu Dyonisos'vari bir tanrıydı; azametli ve sınırsız güçte bir cinsel kudreti bir araya getirmiş, vahşi ve muazzam, yarı insan-yarı hayvan bir yaratıktı. Bu dönemde şöyle yazıyordu: "L-DOPA damarlarımda gezindiği sürece istedikten sonra yapamayacağım hiçbir şey yok. L-DOPA karşı konulmaz bir güç ve etki. Kontrolsüz ve bencil bir güç. Bana kavuşmak için can attığım gücü sağladı. Otuz yıldan bu yana L-DOPA'yı bekliyordum."⁹⁸ Bu dönemde yaşadığı cinsel içgüdülerinin dürtüsüyle –aşırı ve rahat bir biçimde, pek gizliliğe gerek duymaksızın– her gün saatlerce mastürbasyon yapmaya başladı. Doymak bilmez tavırları zaman zaman farklı şekillere bürünüyordu – açlık ve susuzluk, yalama ve yalanma, ısırma ve çiğneme ve dilini emme. Tüm bunlar ona cinsel hazza yakın bir tatmin sağlıyordu (Margaret A., Rolando P., Maria G. ve diğerleriyle kıyaslayınız).

Bay L.'nin sergilediği sayısız "uyanış" ve kendine özgü heyecan halleri –belirli biçimlerdeki dürtüler, güç sarf etme, tekrarlama, zorlama, müstehcenlik, saplantılı düşünce ve hareketler– yaşadığı bu heyecan dalgasıyla aynı döneme denk geldi. Konuşmaları son derece hızlanmıştı, kelimeleri ve cümleleri sürekli tekrarlıyordu (palilali). Gözleri devamlı birtakım objelere takılıp kalıyor ve bakışlarını kendi iradesiyle takılıp kaldığı noktadan kurtaramıyordu. Ellerini dizlerine vurma ve çırpma dürtüsü sergiliyor, bu hareketlerden birini yapmaya başladı mı durmak bilmiyordu. Aksine giderek artan bir şiddet ve hızla, kilitlenip ya da donup kalana dek bu hareketleri sürdürüyordu. Bu çılgın kreşendolar –Parkinson hastalarında görülen telaşlı ve hızlı hallerin katatonik karşılığı– "tıpkı orgazm gibi bir heyecan dalgası" yaratıyordu. Mayıs ayının ikinci yarısında, kontrolsüz bir telaş, düşünce ve hareketlerindeki saplantılar nedeniyle okuma güçlüğü çekmeye başladı. Bir kez okumaya başladı mı cümlelerin anlam ya da dizimine aldırış etmeksizin giderek daha hızlı okuyor, bu telaşlı okumayı durduramayınca da, okuduklarının anlamını sindirebilmek için

her cümle ya da paragraftan sonra kitabı pat diye kapatmak zorunda kalıyordu. Bu dönemde birtakım tikler ortaya çıktı ve her geçen gün sayıları arttı. Gözlerdeki ani dürtü ve tikler, yüz ekşitmeler, gıdıklama ve yıldırım hızıyla sağını solunu kaşıma. Giderek artan bu taşkınlık ve bölünmenin kafasını allak bullak ettiğine ve benliğini parçaladığına kanaat getiren Bay L. kontrolü sağlamak amacıyla son bir çaba ortaya koydu ve Haziran ayının başında –muazzam bir tutarlılık ve zihin üretimi gerektiren– otobiyografisini yazmaya karar verdi. “Bu beni toparlayacak ve başıma üşüşen şeytanları kovalayacak. Her şeyi gün ışığına çıkartacak,” diyordu.

Büzülmüş, distonik işaret parmaklarını kullanarak, Haziran ayının ilk üç haftasında Bay L. 50.000 kelimededen oluşan bir otobiyografiyi daktilo ile yazdı.⁹⁹ Neredeyse aralıksız, günde on iki ya da on beş saat boyunca yazıyordu. Otobiyografisini yazarken hakikaten de “kendine geliyor” ve yaşadığı tiklerden, zihin dağınıklığından, benliğini zorlayıp titreten baskılardan kurtuluyordu; daktilonun başından kalktığına, o çılgın, dürtülenmiş, tikli palilali hali egemenliğini sürdürmeye devam ediyordu.

Daktiloyla yazı yazarken Bay L. gücünün ve özgürlüğünün geri geldiğini hissediyor; mutlaka yalnız kalıp işine yoğunlaşma ihtiyacı duyuyordu. O dönemde annesine şöyle demişti: “Neden bir hafta ya da bir ay buralardan uzaklaşıp Florida’ya falan gitmiyorsun? Biraz dinlenmek sana iyi gelebilir. Artık ben bağımsızım – sana o kadar da ihtiyaç duymayacağım. Şimdi her istediğimi kendi başıma da yapabiliyorum.” Bu düşünceleri annesini çok üzdü; oğluyla olan bağımlı ve birlikte yaşamdan ibaret ilişkilerinin kendisi için ne denli önemli olduğunu fark etti. Bunun üzerine bana ve diğer görevlilere birkaç kez sitem edip “Oğlumu benden aldınız, onu bana geri vermezseniz hiçbir yere gidemem,” diyerek yaygara çıkardı: “Leonard’ın şu andaki haline tahammül edemiyorum. Çok faal ve başına buyruk biri oldu. Beni bir kenara itti. Sadece kendini düşünüyor. Onun bana gereksinim duymasına muhtacım – bu benim temel ihtiyacım. Son otuz yıldır Leonard benim bebeğim oldu ve şimdi siz o lanet olası El-Dopey’inizle onu benden uzaklaştırdınız!”¹⁰⁰

Haziran ayının son haftası ve Temmuz ayı boyunca, Bay L. çılgın ve bölünmüş haline geri döndü. Artık kontrolü tamamen kaybetmişti ve kendi içlerinde son derece ıstırap verici ve sakatlayıcı birtakım fizyolojik korunma mekanizmalarını devreye soktu.

Cinsellik ve nefret dolu fantezileri artık halüsinasyonlara dönüşmüştü ve hemen her gece şehvet dolu, şeytani hayaller ve erotik kâbuslar görüyordu.

İlk başlarda Bay L. bu halüsinasyonları odasındaki televizyonun boş ekranına ya da yatağının karşısındaki duvarda asılı tabloya hapsederek ustaca kontrol etti. Tablo –Vahşi Batı’daki bir kasabanın eski bir resmi– Bay L. bakışlarını ona yönelttiği zaman “canlanıyordu”; atlarının üzerinde kovboylar sokakların arasından dört nala gidiyor, fahişeler şehvetli edalarıyla barlardan dışarı çıkıyorlardı. Televizyon ekranını ise sırtan ve alaycı bakışlar fırlatan şeytani yüz halüsinasyonlarını üretmek amacıyla kullanıyordu. Temmuz ayının son günlerinde, bu “kontrollü” halüsinasyonlar (Martha N. ve Gertie C.’nin gördükleriyle benzerlikler taşıyordu) tükenmeye, tablodan ve televizyon ekranından “kaybolarak” karşı konulmaz bir biçimde zihninde ve benliğinde yayılmaya başladı.¹⁰¹ Tikleri, palilalisi ve çılgın halleri arttı. Konuşması düşüncelerinin aniden araya girmesi ya da karışması, tekrar eden tınlamalar, dil dolanmaları ve kafiyelemler nedeniyle kesiliyordu. Rose R.’nin ve Margaret A.’nın yaşadıklarına çok benzer birtakım hareket ve düşünce “tıkanmaları” sergilemeye başladı. Bu gibi dönemlerde aniden “Dr. Sacks! Dr. Sacks!” diye bana çağırıp “İstiyorum ki ben...” diye başladığı cümlesini tamamlayamıyordu; aynı tıkanma bana yazdığı mektuplarda da görülüyordu. Bu mektuplar son derece şiddetli vurgulanmış cümle başlangıçları ve ünlemlerle doluydu (genelde benim adımla başlıyor, ardından da iki ya da üç kelime geliyordu – bu mektuplardan birinde adım tam yirmi üç kez tekrar etmişti). Sonra da yazılar aniden kesilip ya da tıkanıp kalıyordu. Yürüyüşünde ve hareketlerinde bu tür tıkanmalar belirgindi. Bunlar bir eylemin ya da hareketin ortasındayken aniden takılıp kalmasına neden oluyordu. Böyle zamanlarda adeta görünmez bir duvara tosluyordu.

Aynı dönemde hızla tükenip yorulma veya tepkilerinin tersine dönmesi türünden haller –özellikle Hester Y., Margaret A., Maria G., Rolando P. ve diğer birçok had safhada etkilenmiş post-ensefalitik hastanın sergilediği inişli çıkışlı, salınım hallerine benzer– baş gösterdi ve kötüye gitti. Bu dönemlerde Bay L. birkaç dakika içerisinde (ve yaşadığı salınımlar şiddetlendikçe, birkaç saniye içerisinde) son derece tahrik olmuş ve heyecana kapılmış bir halden, Parkinsonlu ve katatonik hareketsizliğinin ve katılaşmasının nüksetmesiyle meydana gelen derin bir bitkinlik haline geçiyordu. Dürtülenmiş-manik-tikli-akatezik tepkilerle, tükenmiş-bunalımlı-Parkinsonlu akinetik haller arasındaki bu geçişler sürekli artan bir sıklık ve anilikle meydana geliyordu – bunlar ilk başta L-DOPA’nın verilme zamanıyla bağlantılıydı, ilacın zamanı ve dozajına bağlı olarak bir ölçüde kontrol edilebiliyordu. Fakat sonra ilacın dozu ya da zamanlamasına bağlı olmaksızın “kendiliğinden” oluşmaya başladı. Bu dönemde aldığı günlük L-DOPA miktarı 5 gr.’dan 0,75 gr.’a düşürüldü. Fakat bu tepkilerinin seyrini biraz olsun dahi değiştirmede; aynı dönemde Cotzias’ın uyguladığı çizelgeyi de örnek alarak L-DOPA’yı sık ve küçük dozlarda vermeye başladık – hatta bu küçük dozları her saat başı bile verdik; fakat bu da hızlı ve şiddetli tepki salınımları üzerinde hiçbir etki göstermedi. Tüm tepkileri ya hep ya da hiç şeklindeydi. Sağlığa, keyfe, uyuma ve ılımlı olmaya dair bir “ara zemin” tümüyle yok olmuştu ve Bay L. tümüyle her türden patolojik aşırılıklara “bölünmüştü”.

Bizler sadece bu feci tepkilerdeki çeşitli unsurların önem derecesini tahmin edebiliyorduk – L-DOPA’nın bünyesindeki yığılması; bir yerden diğerine sıçrayan büyük bir yangın gibi bir dürtünün başka bir dürtüye yol açması; bu dürtülerin neden olduğu kaçınılmaz tükenişler ya da “çöküntüler”; yazdığı kitabı bitirmesiyle birlikte zihnini meşgul edecek gerçek bir iştigal konusunun ya da zihinsel üretimin olmayışı; hemşire kadrosuyla yaşadığı ilişkilerin yozlaşması; ya da annesinin, hasta ve bağımlı kalmasına ilişkin dolaylı (eğer doğrudan değilse) talepleri ve gelişim göstermesini kabullenmeyip bunu bir anlamda “veto” etmesi. Formüle edemediğimiz diğer unsurla-

rın yanı sıra tüm bu etmenlerin, bir ölçüde tepkilerini saptama olasılıkları vardı.

Bu karmakarışık yaz dönemi, hastane yönetiminin, Bay L.'nin yaşadığı cinsel açlığa karşı ortaya koyduğu hoşnutsuz tavırla, bunun beraberinde gelen tehdit, kınamalar ve ardından da zalimce bir kararla "ceza hücresi"ne –son günlerini yaşayan, ölümcül iki akıl hastasının bulunduğu üç yataklı ufacık bir oda– kapatılmasıyla son buldu. Odasından, tüm eşyalarından ve post-ensefalitik topluluktaki kimliği ve konumundan mahrum kalan, fiziksel ve ahlaki açıdan hastanedeki sefil koşullara mahkûm edilerek küçük düşürülen Bay L., intihar eğilimleri gösteren bir bunalım ve cehennem azabı yaşamaya başladı.¹⁰²

Temmuz ayının son günlerindeki bu berbat dönemde, Bay L. işkence, ölüm ve iğdiş edilme gibi kavramlara ilişkin saplantılar yaşamaya başladı. Odasının birtakım "tuzaklar"la dolu olduğunu; göbeğinde onu boğmaya çalışan "ipler" olduğunu; odasının dışında bir yerde "günahlarından" dolayı hak ettiği cezaya çarptırılmak için, çok yakında idam edilmek üzere bir darağacı kurulduğunu düşünüyordu. Vücudunun patlayarak yarılacağını ve dünyanın sonunun yaklaştığını hissediyordu. İki kez penisini yaraladı ve bir defasında da başını yastığına bastırarak kendini boğmaya kalkıştı.

Temmuz ayının sonuna doğru L-DOPA tedavisini durdurduk. Yaşadığı psikozlar ve tikleri üç gün daha sürdü ve birdenbire durdu. Ağustos ayında Bay L. ilk başlardaki hareketsiz haline geri döndü.

Ağustos ayı boyunca neredeyse hiç hareket etmedi ve konuşmadı –bu dönemde odasına geri dönmüştü– fakat öncesindeki birkaç hafta boyunca kendini son derece iyi bir biçimde ifade etti. Eylül ayında bana tekrar "açılarak" yazı tahtasına düşüncelerini yazdı. (Eğilimi olduğu üzere, Rilke'nin bir şiirini yorumlayarak)¹⁰³ "Yaz muhteşem ve sıra dışıydı," diye yazdı. "Fakat o dönem olanlar bir daha yaşanmayacak. Kendime bir yaşam ve konum edinebilirim diye düşünüyordum. Başaramadım ve şimdi durumuma razıyım; belki daha iyiyim fakat tüm o yaşadıklarımı artık yaşamak istemiyorum." Arzusu üzerine 1969 yılının Eylül ayında Bay L.'yi tekrar L-DOPA tedavisine

başlattım. İlaça olağanüstü bir tepki gösterdi – günlük 50 mg. doza güçlü bir tepki verdi. Oysa eskiden günlük ihtiyacı 5.000 mg.’dı. Artık tepkileri *tümüyle* patolojikti; tedaviye yönelik en ufak bir tepki vermiyor, sadece tikler, gerginlik ve zihin tıkanıklığı sergiliyordu. Sonrasında şöyle dedi: “Gördün mü? Sana söylemiştim. Bir daha Nisan ayındakine benzer şeyler göremeyeceksin.”

Geçtiğimiz üç yıl içerisinde L-DOPA yerine sık sık amantadin uygulamayı denedim. Bu L-DOPA’yla benzerlikler taşıyan fakat ona göre daha hafif bir ilaçtı. Bay L.’ye toplam on bir kez amantadin verdim. L-DOPA’nın etkilerinin yoğunluğu olmasa da ilk başlarda epey olumlu tepkiler verdi. 1969 yılının sonbaharında, amantadin sayesinde neredeyse on hafta boyunca fazlaca “yan etki” meydana gelmeden bir ölçüde rahat konuşup yürüyebildi; fakat o yılın sonuna doğru amantadine verdiği tepkiler patolojik hale geldi ve tedaviye yönelik tepkilerin yerini Parkinsonlu hali aldı. Ellerinden birinde “tikanma”, diğerinde ise tiklerde ve titremelerde artış meydana geldi. Amantadini her kullandığımda tedaviye yönelik etkileri daha az görülmeye ve devamlılığı azalmaya, patolojik etkiler ise daha çok göze çarpmaya başladı. 1972 yılının Mart ayında on birinci ve son amantadin denemesinde Bay L. sadece patolojik tepkiler gösterdi. O dönemde şöyle diyordu: “Yolun sonuna geldim. İlaçlardan *gına* geldi. Benimle ilgili yapabileceğin bir şey kalmadı.”

Amantadinin bu son kez ve fayda sağlamayan denemesinin ardından Bay L. “serinkanlı” ve kendine hâkim haline geri döndü. Görünen oydu ki, umutlarını, pişmanlıklarını, ilacın üç yılı aşkın bir süreden beri dayattığı beklentilerin ve tehlikelerin yarattığı şiddetli duyumsamaları alt etmeyi başarmıştı. Nihayet yaşadığı tüm o karışık deneyimleri sindirdi, gücünü ve zekâsını kullanarak bunları kabullendi. Geçenlerde bana şunları söyledi: “İlk başlarda Dr. Sacks, L-DOPA’nın dünyadaki en muhteşem şey olduğunu düşünüyordum ve bana Yaşam İksirini verdiğiniz için size dua ediyordum. Sonra her şey ters gitmeye başladığında L-DOPA’nın dünyadaki en kötü şey olduğunu düşünmeye başladım. O ölümcül bir zehir, cehennemin derinliklerinden gelen bir ilaçtı; bana onu verdiğiniz için size

lanet ettim. Altüst olmuş hislerim korkuyla umut ve nefretle sevgi arasında gidip geliyordu... Şimdi durumu olduğu gibi kabulleniyorum. Yaşadıklarım harika, berbat, dramatik ve komikti. Sonuç olarak da *üzücüydü*. Söylenecek başka bir şey de yok. En iyisi beni kendi halime bırakmak – artık ilaç yok. Geçen üç yılda çok şey öğrendim. Tüm yaşamım boyunca etrafımı saran duvarları yıktım. Ve şimdi kendim olarak yaşayacağım. L-DOPA'nız ise size kalsın."

Perspektifler

Yaşadığımız ıstırapların, hastalığın ve ölümün, benliğimizi kaybedip, dünyadan kopuşumuzun yarattığı dehşet, bildiğimiz en temel ve en yoğun hislerdir. Tıpkı iyileşmeye ve yeniden doğmaya, benliğimize ve dünyaya muhteşem bir biçimde geri dönme-ye dair rüyalarımız gibi.

Bir sorun olduğuna, hasta ya da arızalı olduğumuza ve sağlığını-
mızdan uzaklaşıp, karmaşaya sürüklenerek benliğimizi yitirdiği-
mize dair hislerimiz temelde, sezgisel olarak içimizde mevcuttur;
tıpkı *kendimize gelme* ya da uyanış, sezgilerimize kavuşma ya da
iyileşme, eski halimize ve dünyaya geri dönme hissi gibi: Bu sağ-
lıklı, iyi, tam anlamıyla canlı ve dünyada mevcut olma hissidir.

Varlığımızın içinde bulunduğu *sapkınlıklar* da en az bunlar
kadar esastır. Belli koşullar altında, kendi hastalıklarımızı
kendimiz yaratırız; bizi savunan veya yok eden sayısız hastalığı
ya da hastalıklarla dolu dünyaları kafamızdan uydurup bunları
kurgularız:

... Diğer dünya Yılanlar, Engerekler, habis ve zehirli yaratıklar ve
Solucanlar ve Tırtıllarla doludur. Bunlar kendilerini yaratan bu
dünyayı yiyip bitirmek için uğraş verirler... Aynı şekilde bu
dünya, bizler, her türden *illeti* ve *hastalığı* yaratmak için tüm
bunları hayalimizde üretiriz; zehirli ve bulaşıcı, besleyen ve tük-
eten, her türden karmakarışık hastalıkları... Ey sefil bolluk, Ey
acınası zenginlik!

Donne

Hastalıklara izin verdikçe onlarla danışıklı dövüŖe girip, göz yummaya başlarız. Hastalığı ve ıstırabı aç gözlülükle kucaklayıp bağrımıza basarız ve bedenimizi ve zihnimizi korkunç bir suça alet ederek kendi yıkımımızı tasarlarız:

... Kendi yıkımımızı hazırlarken sadece *edilgin* değil, aynı zamanda *etkin* bir rol oynarız; yalnızca *yıklılmak üzere* olan bir evin altında durmakla kalmayıp, üzerimize yıkılmasına önayak oluruz; sadece infaz edilmekle kalmayıp, kendi kendimizin cellatları oluruz.

Donne

Fakat aynı şekilde, sadece doktorların ve diğerlerinin sağladığı tedavi ve çareleri değil, doğuştan var olan ya da sonradan kazanılan kendi potansiyelimizi ve gücümüzü kullanarak hastalıklarımıza direnir onlarla savaşabiliriz. Sağlığın bu derin ve etkin gücü olmadan yaşamda kalmamız mümkün olmazdı. Sonuçta elimizdeki en derin ve en güçlü silah odur. Yine de hastalığın gücünü ve donanımını çok iyi bilmemize rağmen, içimizdeki sağlığın gücünden pek haberdar değiliz:

Düşkünlüklerimizi, *Eflatun*'un ifadesiyle "vahŖi atları" dizginlemek, meziyetlerin en yücesidir; en onurlu mücadele ise içimizde verdiğimizdir; zira orada, içerdeki Düşmanlarımız sıradan silahlarını bize doğrultarak birdenbire saldırmaya başlar. Onlar aynı zamanda ağırlarını üzerimize atıp, ilmeklerini boynumuza geçirmeye çalışan düzenbaz Gladatörlere benzer. Bu mücadelede kullanılan silahlar *Lipara*'da yapılanlara benzemez; Ateş Tanrısının sanatı bu İç Savaşta hiçbir işe yaramaz.

Sir Thomas Browne

Bunlar, sağlığı ve hastalığı yaşarken ve onlardan bahsederken doğal olarak kullandığımız terimlerdir. Bu terimlerin tanımlanmaya ihtiyacı yoktur ve zaten tanıma açık tarafları da yoktur; hemen idrak edilirler fakat herhangi bir açıklamaya olanak tanımazlar; ortaya koydukları ifade hemen ve tam olarak anlaşılır ve bu ifadeler sezgisel, aşikâr, gizemli, sadeleştirilemeyen ve belli

bir tanıma girmeyen ifadelerdir. Bunlar sonsuz, nitel şeyleri ifade etmek için kullandığımız *metafiziksel* terimlerdir. Günlük konuşma dilinde, şiirsel ve felsefi söylemlerde sıkça kullanılırlar. Tüm bunları bir araya getiren tıp dilinde ise vazgeçilmez ifadelerdir. "Nasılsın?", "Hayat nasıl gidiyor?" gibi sorular, son derece basit ama son derece de karmaşık metafiziksel sorulardır.

Bu kitap tümüyle bu sorulara ilişkindir, zira bu sorular olağanüstü durumdaki bazı hastalar için geçerlidir. Bu sorulara verilebilecek birçok akla yatkın cevap vardır: "İyiyim!", "Şöyle böyle", "Berbat!", "İdare ediyorum", "Kendimde değilim" vs.; belli ifadeleri akla getiren jest ve mimikler; ya da, özel jest ve mimiklere, kelimelere gerek duymadan sadece birinin nasıl olduğunu, hayatın nasıl gittiğini *gösteren* ifadeler. Bunların tümü sezgi yolu ile idrak edilir ve bize hastanın durumunu *betimler*. Fakat bu metafiziksel soruyu "veriler"den oluşan bir listeyle, ya da hayati belirtileri, kan kimyasını, idrar analizlerini vs. gösteren ölçümlerle cevaplamak mantıklı değildir. Bu türden binlerce veri en temel soruya cevap veremez; bunlar konuyla ilgisiz olmalarının yanı sıra hislerimiz ve sezgilerimizin duyarlılığı ile kıyaslandığında çok ham kalırlar:

Nabız, idrar, ter, hepsi bir şey söylememek, tehlikeli bir hastalığa dair hiçbir Belirti ortaya koymamak için yemin etmişler... Ama yine de... içimden bir ses Hastalığın kol gezdiğini söylüyor.

Donne

Nasıl olduğumuza dair bir diyalog sadece insani, hepimize kolay ve doğal gelen, aşına terimlerle ifade edilebilir; böyle bir diyalog, eğer doktorların ve hastaların iletişim dünyasında doğrudan, insani bir yüzleşme, bir "Ben-Sen" ilişkisi varsa sürdürülebilir.¹⁰⁴

Ele alınan konuya ve mantığın, matematiğin, mekaniğin, istatistiğin vs. kullandığı dile göre durum köklü değişiklikler gösterir. Zira burada referans alınan terimler –miktarlar, konumlar, sınıflandırmalar, işlevler vs.– belirgin ve sonludur. Bu nedenle, kesin bir tanımlamaya, sıralamaya, tahmine ve ölçüme uygundurlar. Dahası, bu tür konularda benimsenen yaklaşım

tümüyle farklıdır: Burada artık insan “tüm varlığı ve bedeniyle hayata katılan ve kendini mevcut hisseden biri” değildir; kendini ve incelenen nesneyi kişiliğinden soyutlar ve hem kendi hem de nesne “O” haline gelir.¹⁰⁵ O halde, bu noktada sorulması gereken temel soru şudur: “Belirli bir zamanda ve mekânda *buna* ilişkin durum tam olarak nedir?” Cevap ise ne zaman, nerede ve ne kadar ifadeleriyle ortaya konur: Bu, göstergelere ve bakış açılarına indirgenen bir dünyadır.¹⁰⁶

Her iki türdeki ifade biçimi de kendi içinde bir bütündür; birbirlerini ne içerebilirler ve ne de dışlayabilirler; birbirlerinin tamamlayıcısıdır ve her ikisi de dünyayı anlamaya dair hayati önem taşırlar. Leibniz, metafizik ve mekanik yaklaşımları kıyaslarken şöyle yazar:

Doğanın yarattığı birçok etkinin iki yönlü ele alınıp açıklanabileceğini düşünüyorum. Yani etkin nedenlerin ele alınmasıyla ve yine bağımsız olarak nihai nedenlerin ele alınmasıyla... Her iki açıklama da, yalnızca büyük ustanın, yaratıcı zihnin yapıtlarını takdir etme yönünde değil, aynı zamanda Fizikte ve Tıpta yararlı bilgilerin keşfedilmesi yönünde de faydalıdır. Farklı yolları izleyen yazarlar birbirlerini kötülememelidir... En akıllıcası iki düşünce yöntemini bir araya getirmektir.

Fakat Leibniz metafiziğin öncelikli olduğunu vurgular: Öyle ki, dünya işleri mekanik bakış açısına aykırı olmasa da, yalnızca metafiziksel anlayışın ışığında anlam kazanırlar ve tam olarak anlaşılır hale gelirler; mekanik, dünyanın tasarlanmasında yardımcı bir rol oynar.¹⁰⁷

Eğer bu açıkça idrak edilseydi, hiçbir sorun çıkmayacaktı. Metafizik terimleri ve meseleleri, mekanik meselelere “indirgersek” budalaca hareket etmiş oluruz: Dünyaları sistemlere, özgünleri sınıflandırmalara, izlenimleri analizlere ve gerçekliği soyuta indirgeyerek de aynı hataya düşeriz. Bu, son üç asırdan bu yana yaşanan bir çılgınlıktır. Bu, hepimizi cezbeden ve –bi-reyler olarak– hepimizin geçtiği bir safhadır. İnsanı makineleştiren, otomatikleştiren; kuklaya, oyuncak bebeğe, boş tabletlere, formüllere, şifrelere, sistemlere ve tepkilere indirgeyen de; tıp-

ta, biyolojide, politikada, sanayide vs., türlü türlü yorumları-
la karşımıza çıkan bu Newton'cu-Lock'çu-Kartezyen görüştür.
Özellikle bu bakış açısı, yakın geçmişteki ve günümüzdeki tıp
literatürünü verimsiz, okumaya değmeyecek, insani olmaktan
uzak ve gerçekdışı kılmıştır.

Yaşayan ama kişisel olmayan hiçbir şey yoktur: sağlığımız
bize aittir; hastalıklarımız bize aittir; tepkilerimiz bize aittir – en
az aklımız ya da yüzümüz kadar. Sağlığımız, hastalıklarımız
ve tepkilerimiz kendi içlerinde anlaşılamaz; ancak *bizlerden* yola
çıkarak, doğamızın, yaşamımızın ve bu dünyadaki mevcudiyeti-
mizin ifadeleri olarak anlaşılabilir. Ama modern tıp, varoluşu-
muzun giderek azımsayarak, ya bizleri sabit bir “dürtü” karşısın-
da aynı ölçüde sabit bir tepki veren, birbirine benzer kopyalara
indirgemekte ya da hastalıklarımızı, hastayla organik bağı olma-
yan, tümüyle *yabancı* ve kötü kavramlar olarak görmektedir. Bu
tür görüşlerin tedaviye dair karşılığı da elbette, hastalığa karşı,
elimizdeki tüm silahlarla saldırıya geçmektir. Öyle ki bu saldırı
büyük bir vicdan rahatlığıyla, hasta olan *insanı* hiç kayda almak-
sızın yapılır. Tıptaki tüm alanları giderek egemenliği altına alan
bu görüşler mekanik ve gayri insani olduğu kadar esrarengiz ve
Maneisttir.* Açık ve belirgin bir biçimde fark edilmedikleri, or-
taya konmadıkları ve itiraf edilmedikleri için tehlike arz ederler.
Hastalığa neden olan etmenlerle, tedaviye yönelik etmenlerin
kendi içlerinde olan kavramlar olduğu görüşü sık sık Pasteur'e
atfedilir. Dolayısıyla, Pasteur'ün ölüm döşeginde söylediklerini
hatırlamak bu konuda zihnimizi açacaktır:

Bernard haklı; patojen** hiçbir şeydir; *ortam* ise her şey.

Hastalıkların kendi karakterleri vardır, fakat aynı zamanda biz-
lerin karakterini de paylaşır; bizim kendimize ait bir karakteri-
miz vardır, fakat aynı zamanda dünyanın karakterini paylaşırız:
karakter tek hücreli, bölünmez bir mikro evrendir. Dünya için-
de başka dünyalar ve onların içinde başka dünyalar, dünyaları

* İsa'dan sonra 3-7. yüzyıllar arasında İran'da yayılan, Zerdüştlükle Hristiyan
Paganizmini birleştiren dini-felsefi görüş (ç.n.)

** Hastalık yapan madde ya da mikroorganizmalar (ç.n.)

ifade eden dünyalar. Hastalık-insan-dünya bir bütündür ve ayrı ayrı kendi içlerinde var olan kavramlar olarak ele alınamaz. Makul bir kişiliğe ve düşünce yapısına sahip bir insan (Leibniz örneğindeki Adem) başına gelen her şeyi, kendisine tesir eden ve tesir altına aldığı her şeyi benimser ve kabullenir; tesadüfi olanla zaruri olanı birleştirerek “alternatif Adem’ler” ortaya koyma olasılığını ebedi kılar. Dolayısıyla Leibniz’in ideali, mükemmel şekillendirilmiş ve detaylı bir *özgeçmiş* (ya da ifşaat) veya *biyografi*, bilimin ve sanatın bütünleşmiş bir bileşimidir.¹⁰⁸

Çağımızda, bu tür biyografilerin (ya da “patografi”lerin) en mükemmel örnekleri Freud’un eşsiz vaka-hikâyeleridir. Bu hikâyelerde Freud, nevrotik hastalıkların süregelen doğasının ve buna ilişkin tedavinin sadece biyografilerle gözler önüne serilebileceğini son derece açık bir dille ifade eder.

Fakat nöroloji tarihinin bu türden bizlere sunabileceği hemen hiçbir şey yoktur.¹⁰⁹ Adeta nörotik ve nörolojik hastalıkların doğası arasında bir tür mutlak ve kategorik bir ayırım yapılmakta, nörolojik hastalıklar tasarımı ya da bağlantısı olmayan bir dizi “gerçekler”e dayalı düzenleme olarak görülmektedir. Gerçek ve somut olan her şeyin bir anlamda bir tarihçesi ve yaşamı vardır: Faraday “Bir Mumun Tarihi” adlı eserinde buna dair hoş bir örnek sunmamış mıydı? Neden hastalıklar istisna olsundu? Ve niye özellikle Parkinsonizm ve post-ensefalitik “sendromlar” türünden, nevrotik hastalıklarla ciddi boyutlarda (genelde gözlerden kaçsa da) benzerlikler taşıyan sıra dışı hastalıklar istisna tutulur? Eğer dramatik ve biyografik bir sunum yapmak için bir hastalık ve bir “deva” gerekli olursa, Parkinsonizm ve L-DOPA’nın hikâyesi bu konuda devreye sokulabilir. Eğer uzun soluklu hastalıklara, ıstırap çekmeye, üzüntüye, birdenbire ve tümüyle, neredeyse doğa üstü bir “uyanış” yaşamaya; ve ne yazık ki bu “deva”nın ardından yaşanan çetrefilli durumlara dair insanların içinde bulunduğu koşullara “çarpcı ve somut bir örnek” ararsak bu hastaların hikâyelerinden daha iyisini bulamayız.

Konuya ilişkin kaynaklar kıt olduğundan değil: Cotzias’ın Şubat 1967’deki öncü makalesinin ardından, abartılı (çoğu kez de etik değerleri hiçe sayarak) övgülerle dolu reklamlar ve

gazete makaleleri bir tarafa, sayısız araştırma, makale, rapor, inceleme ve eleştiri, başyazı, konferans yazıldı, çizildi ve düzenlendi. Fakat kanımca bunların hepsinde temel bir şeyler eksikti. Katı ve "nesnel" bir tarzda yazılmış bir kütüphane dolusu nöroloji makalesinin içine saatlerce gömülebilirsiniz; kafanız "bilgiler"le, rakamlarla, listelerle, çizelgelerle, hesaplamalarla, derecelendirmelerle, dizinlerle, istatistiklerle, formüllerle, grafikler ve bunlara benzer daha bir sürü şeyle dolu olabilir; her şey Thomas Grandgrind'i¹¹⁰ hoşnut edecek şekilde "hesaplanmış, sağlaması yapılmış ve kanıtlanmıştır". Ve hiçbir yerde, ama hiçbir yerde bir renk, bir gerçeklik ya da sıcaklık, yaşanmış bir deneyim kırıntısı; Parkinsonlu olmanın nasıl bir *his* olduğuna, L-DOPA kullanma ve tümüyle dönüşüm geçirmeye dair en ufak bir izlenim ya da görüntü bulamazsınız. Mekanik olmayan bir tedavi gerektiren bir konu varsa o da budur; fakat yararsız bir çabayla bu makalelerde hayatı ararız; bunlar basmakalıp, bir tor-na tezgâhı ya da üretim hattından çıkmış bir tıp anlayışının en çirkin örnekleridir; insan olan, yaşayan her şey ezilip, un ufak edilerek adeta atomlarına ayrıştırılıp türlü "işlemlerden geçirilerek" varoluşun dışına itilmiştir.

Ve yine de bu en büyüleyici konulardan biridir. En az diğerleri kadar dramatik, trajik ve komiktir. L-DOPA'nın etkilerine ilk kez tanık olduğumda şaşkınlık, korku ve merakla karışık duygulara kapıldım. Her geçen gün, şaşkınlığımı arttırarak yeni olguları, tuhaflıkları, olabileceği ihtimalini aklıma dahi getirmedığım varlıklara dair dünyaları açığa çıkardı. Kendini birdenbire Afrika'da ya da Peru'da bulan bir gecekondu mahallesi çocuğu gibi hissettim.

Bu dünya içinde dünya, sürekli genişleyen, görüş alanımın ve tasavvur sınırlarımın ötesine ulaşan yaşam alanları hissini, 1966 yılında post-ensefalitik hastalarımınla karşılaştığımdan ve onlara ilk kez 1969 yılında L-DOPA verdiğimden bu yana her zaman duyumsadım. Bu yaşam alanları kısmen aşına, kısmen gizemli, güneşin aydınlattığı tepeleri, dipsiz uçurumları, volkanları, gayzerleri, çayırıları, bataklıkları olan, arkaik, insanlık ve tarih öncesi, devasa güçlerin tek bir merkezde toplanıp harekete geçtiği alabildiğine karmaşık alanlardır. Freud bir zaman-

lar nevrozdan bahsederken onu tarih öncesi, "Jurassic" bir alana benzetmişti. Bu izlenim, insanı varoluşun karanlık kalbine götüren post-ensefalitik hastalık için daha da geçerlidir.¹¹¹

Wittgenstein bir kitabın –tıpkı dünya gibi– örnekler ortaya koyarak, içeriğini aktarabileceğini ve bundan fazlasının gereksiz olacağını belirtmişti. Bu kitaptaki esas maksadım da örnekler aktarmak olmuştur.

Şu ana dek, hastalarımızla *birlikte* hayalimizde bir yolculuk yaptık. Onlarla birlikte hayat ve hastalık süreçlerinin ve L-DOPA'ya verdikleri tepkilerin izini sürdük. Şimdi yolculukları, tarihi ve oluşumları bir kenara koyup, söz konusu yaşam alanlarının belli unsurlarına, özel bir önem arz eden tepki-modellerine daha yakından bakabiliriz.

Buraya kadar gördüklerimizin daha ötesine, üstüne, altına, ardına ya da ilerisine bakmamıza gerek yok. "Neden"lerin, teorilerin ve açıklamaların –gözlemlerimizin *dışında* bulunan herhangi bir şeyin– peşinden koşmamıza da gerek yok:

Gerçeklere dayanan her şey bir anlamda teoridir... Olguların ardında birşeyler aramanın anlamı yoktur: onlar teoriden ibarettir.

Goethe

Hislerimizin bize sağladığı kanıtların ötesine geçmemize gerek yok. İhtiyacımız olan şey konu için uygun ve yeterli bir yaklaşım ve lisandır. Örneğin mevcut nörolojideki terimler, hastada ne gibi oluşumlar olduğunu işaret edemez; ele aldığımız yalnızca bir dizi "bulgu" değil, aynı zamanda bir *insan* ve onun dünyayla olan ilişkisinde yaşadığı değişimdir. Dahası, gereksinim duyduğumuz lisan hem özgün ve hem de genel olmalı, hastayla hastanın doğası ve dünyayla dünyanın doğası arasında bağ kurmalıdır. Bu tür terimler kişisel ve evrenseldir, somut ve metaforiktir, basit ve derin anlamlar ifade eder. Bunlar metafizik ya da günlük konuşma diline özgü terimlerdir. Ve elbette "sağlığa" ve "hastalığa" dair bildiğimiz en basit ve en derin terimlerdir. Bizim görevimiz –hastaların L-DOPA'ya verdikleri tepkiler kapsamında– bu terimlerin anlamlarını araştırmak, yüzeysel ta-

nımlardan ve ikiliklerden uzak durmak ve (formülasyonların kapsamı ötesinde) her birinin özündeki doğayı *hissetmektir*.

L-DOPA'nın sağladığı refaha ilişkin mevcut araştırmaların nicel istatistikleri esasında Bentham'vari bir hesaplamaya ya da F.Y. Edgeworth'un "Haz Veren Hesaplama"sına dayalı, insanın gönlünü hoş tutmaktan başka bir işe yaramayan modellerdir ("en büyük sayı en çok faydayı sağlar"). Hesaba kitaba dayalı bu tür kestirme ve kullanışlı bir yaklaşım kolaylıkla kabullenilir. Oysa bunun getireceği sınırlamalar (ve yaratacağı vahim durumlar) gizli saklıdır ve gün ışığına çıkarılmalıdır. Bentham'ın icadı olan bu marjinal fayda yaklaşımı özgün ve evrensel terimlerle ifade edilemez, zira bu yaklaşım her iki türdeki terimleri de gözlerden kaçırır, davranışın genel tasarımına ya da belirli hastalarda bu davranışların nasıl örnekleneneğine dair bir kavrayış sağlamaz; bu yaklaşım gerçekten de bu tür kavrayışların önünde bir engeldir.

Yaptığımız çalışmadan *yeni* bir şeyler öğreneceksek, görünen tüm olguların biçimlerine ve ilişkilerine, tasarım yönünden "sağlık" ve "hastalığa" dikkatimizi yoğunlaştırmalıyız. Sayısız halleri (dünyaları) ifade etmek için sayısız terime ihtiyacımız vardır ve uygun kavramları bulmak için Bentham'a değil Leibniz'e başvurmalıyız. Leibniz'in "optimum" sağlık yaklaşımı rakamsal değil, farklı dünyalarda yaşanması olası ilişkilerin ve örgütlenmelerin canlılığı, zenginliği ve gerçekliğine dair bir imadır. Bu anlamda hastalıklar optimumdan uzaklaşır, zira onların örgütlenmesi ya da tasarımı yetersiz ve katıdır (korkutucu boyutlarda güce sahip olsalar da). Sağlık sonsuz ve genişleyen bir tarza sahiptir, dünyadaki canlılık ve yaşamla dolu dolu olmak için çaba sarf eder; oysa hastalık sonlu ve azalan bir tarza sahiptir ve bizzat dünyayı küçültmek için çaba sarf eder.

Hastalık ve sağlık canlı ve dinamikdir. Kendi güçleri, eğilimleri ve "iradeleri" vardır. Varoluş biçimleri doğaları itibarıyla birbirlerinin anti-tezine dayalıdır: Süregelen bir düşmanlıkla birbirlerinin karşısına dikilirler – Sir Thomas Browne'un deyişiyle "İç Savaşımız". Yine de verdikleri mücadelenin sonucunu önceden kestirebilmek ya da yargıya varmak, ancak bir satranç turnuvasının sonucunu bilmek kadar olasıdır. Kurallar sabit

olsa da strateji sabit değildir ve insan dūřmanını, yani Hastalıklarını alt etmeyi öğrenebilir. Sağlığımızın zayıflayıp tükendiği noktada, *bakım*, kontrol, kurnazlık, yetenek ve şansla bunun üstesinden geliriz

Sağlık, hastalık, bakım – bunlar sahip olduğumuz en temel kavramlardır ve sadece bunlar tartışmayı sürdürmek için yeterli olabilir. Hastalara L-DOPA verdiğimizde hastalıktan bir çıkış yaşarlar – bir UYANIş; ardından bir kötüye gidiş ve yaşanan sorunların çoğalması – SIKINTILAR; son olarak, belki de hastaların sorunlarına dair bir tür “idrak” ya da denge sürecine girmesi – buna da UZLAşMA diyebiliriz. L-DOPA’nın sonuçlarını en sağlıklı biçimde bu düzende tartışabiliriz – Uyanış... Sıkıntıları... Uzlaşma.

Uyanış

Hakiki Parkinson hastalarının neredeyse tümü L-DOPA¹¹² ile tedavi edildikleri zaman bir tür “uyanış” sergiler. Bu kitapta anlatılan hastalardan üçü (Robert O., Frank G., Rachel I.) ve L-DOPA tedavisi uyguladığım hastaların arasında toplam iki yüz kişi dışında tamamı için bu yargı geçerlidir.¹¹³ Genelde –her zaman aynı durum geçerli olmasa da– en etkileyici ve hızlı uyanış hastalığı en şiddetli boyutta yaşayan hastalarda görülür. “İçerde patlayan” (ya da “kara delik”) diye tabir edilen Parkinson-katatoni türlerini yaşayan hastalarda ise (örneğin Hester Y.) neredeyse anlık uyanışlar görülebilir. Sıradan Parkinson hastalarında, doruk noktasına genelde iki haftalık bir sürede ulaşılsa da, uyanış birkaç günü aşan bir sürece yayılabilir. Vaka hikâyelerimizin de ortaya koyduğu üzere, post-ensefalitik hastalarda uyanış çok daha ani ve daha dramatiktir; dahası, bu tür hastalar L-DOPA’ya karşı genelde çok daha duyarlıdır ve “sıradan” hastalar için gerekli dozun beşte biri ve hatta daha bile azı onları uyandırmaya yetebilir.

“Sıradan” bir hasta, Parkinson rahatsızlığı dışında mükemmel bir sağlık durumu (davranışsal) ortaya koyabilir ve bu rahatsızlık orta şiddette ve görece kısa süreli olabilir; dolayısıyla bu tür bir hasta için iyileşme ya da uyanma çoğunlukla Parkinson rahatsızlığının azalması ya da görünüşte ortadan kalkmasından ibarettir; bu tür hastalarda bile uyanışa ilişkin farklı yönler vardır, fakat bunlar Parkinson dışında birçok rahatsızlığın da ıstırabını çeken derin ve müzmin post-ensefalitik has-

tarlarla daha kolay araştırılabilir. Tetkik ettiğimiz bu hastaların sadece Parkinson değil, aynı süreçte yaşadıkları diğer birçok rahatsızlıklarında da –kıvrandıran spazmlar, el ve bacakların titremesi (atetoz), vücudun titreyip sıçraması, tikler, katatoni, depresyon, duyarsızlık (apati), uyuşukluk gibi– ciddi boyutlarda azalmalar görülebilir. Bu tür hastaların sadece bir değil, birçok sayıda hastalığında iyileşme görülür ve genelde bu, son derece kısa aralıklarla gerçekleşir. Parkinson rahatsızlığı kaybolmaya başladıkça çoğunlukla dopaminle reaksiyona girmeyen ya da L-DOPA ile uyum gösteren tüm düzensiz davranışlar da onunla birlikte kaybolur. Özetle bu tür hastalar sağlıklarına neredeyse tamamen kavuşur. Böyle bir iyileşme L-DOPA'nın konumu ve işlevlerine ilişkin bilgilerimiz ya da halihazırda beynin kabul edilmiş fizyolojik betimlemesi temel alınarak ortaya konan tahminlerin ötesinde ve üzerinde bir iyileşmedir. Öyle ki bu tür neredeyse eşzamanlı ve bir anda meydana gelen uyanışlar sadece üst düzey tedavi yöntemlerinin değil, aynı zamanda ciddi fizyolojik ve epistemolojik bulguların da ilgi alanına girer.¹¹⁴

Ciddi boyuttaki bir uyanış esnasında kaçınılmaz olarak bazı duyumsamalar canlanır. Hastaların bunlara ilişkin yaptığı mecazi tanımlar “dışarıdan” bir gözlemcinin kafasında bir araya getirip canlandıracağı kavramlara çok benzer. Parkinson, katatoni, gerilimler, kıvranmalar ve benzeri rahatsızlıklardaki ani rahatlamalar, bir boşalma ya da şişliğin inmesi, içerdeki bir baskının ani rahatlaması gibi; hastalar bunu sıkça yellenme, geçirme ya da mesanenin boşaltılmasıyla kıyaslar. Bu, dışardan biri tarafından tam da bu şekilde gözlemlenir; sertleşme, spazm ya da şişme kaybolur ve hasta bir anda “rahatlar” ve gevşer. Parkinson ve benzeri rahatsızlıklarının yarattığı “baskı” ya da “etki” üzerine yorum yapan hastalar açıktır ki fiziksel koşullardan ziyade deneyimleriyle birebir uyan ontolojik ya da metafizik koşullardan bahsetmektedir. “Baskı” ya da “etki” terimleri hastalığın örgütlenmesine ilişkin göstergelerdir ve bu, hastalardaki ve aslında hepimizdeki ontoloji ya da “iç” boşluğun doğasına dair ilk ipuçlarını ortaya koyar.

Bu kendine dönüş, uyanış, “yeniden doğuş” özellikle duy-

gusal yönden zengin, kendini bilen ve yıllardır hatta onyıllardır bu hastalığın *pençesindeki* bir hasta açısından had safhada dramatik ve dokunaklı bir olaydır (örneğin Hester Y.). Dahası, bu bize, hastalığın sağlıkla, “sahte benliğin” gerçek benlikle, hastalıklı bir dünyanın ideal bir dünyayla olan dinamik ilişkisini muhteşem bir berraklıkla açıklar. Gerçek benliğin ve sağlığın kendiliğinden dönüşü ve hastalığın da *aynı hızla* akıp gitmesi; hastalığın kendi içinde bir oluşum olmadığını, daha ziyade sağlık, yaşam ve gerçekliğe kasteden bir parazit olduğunu ortaya koyar: Gerçek benlikle beslenen ve onun temellerini kemiren ontolojik bir hortlak. “İçimizdeki savaş”ın dinamizmini ve tatmin olmaz doğasını, varoluşun iki karşıt biçiminin bize sahip olmak ve birbirlerini saf dışı bırakıp ebedileşmek için giriştiği mücadeleyi gösterir.¹¹⁵

Yarım yüzyıl boyunca hastalığı en derin biçimde yaşayan bu hastaların sağlıklarına kavuşması ya da uyanmalarının mümkün oluşu insanı hayrete düşürmektedir – kişinin hayatı ve yapısı bu denli hasara uğradıktan ve hastalığın içine bu kadar uzun bir süre batmışken sağlık ve benliğe ilişkin potansiyel varlığını sürdürebilmektedir. Bu sadece tedavi açısından değil teorik açıdan da büyük önem taşır.¹¹⁶

Eğer uyanışın *niteliğini* ve uyanık hali –sağlık– kavramak istiyorsak, genelde kullanılan fizyolojik ve nörolojik terimleri bir kenara bırakmalı ve bizzat hastaların kendi kullandıkları terimlere kulak vermeliyiz. Halihazırda kullanılan nörolojik ve nörofizyolojik terimler beyindeki enerji düzeyinin değişimlerinden ve enerji dağılımından bahseder; bunların yanı sıra genel kullanımlarından epey farklı olarak enerjik ve ekonomik kavramları da kullanmalıyız.

Halihazırda iki klasik nöroloji ekolünden söz ettik (dipnot 31) – holistler ve topistler ya da kendi jargonlarıyla “bütüncüler” ve “bölünmeciler”. Holistler beynin “toplam enerjisi”nden düzenli, ayırt edilemeyen ve ölçülebilir bir şeymiş gibi bahsederler. Örneğin uyanma ve harekete geçmeden, etkin bir sistemdeki artmış faaliyetler olarak bahsederler – bu artış söz konusu sistemden geçip giden içtepilerin sayısının toplamıyla tarif edilir ve (prensip) ölçülür. Bunu konuşma dilinde, has-

hastaların L-DOPA sayesinde “devreye girmeleri” ya da “şalterlerinin açılması” şeklinde söylerler. Tamamen nicel olmaları ve büyüklükten söz ederken niteliği göz önüne almamalarından ötürü bu tür ifadeler sınırlı ve nihayetinde gerçektir. Gerçekte nitelik olmaksızın büyüklüklerden bahsetmek imkânsızdır. Hastalar gerçekten de daha enerjik ve “harekete hazır” hissettiklerinden bahsetse de, açıkça patoloji ve sağlığın özelliklerini birbirinden ayırt ederler: L-DOPA sayesinde uyanmış bir hastanın ifadesiyle – “Önceleri *harekete geçirilmiştim* ama şimdi *yaşama döndürüldüm*.”

Buna karşın topistler her biri farklı tür bir enerji ile doldurulmuş farklı “merkezler” ya da “sistemler” mozaiginden söz eder; onlara göre enerji, hepsi gizemli bir biçimde “doğrudan ilişki içinde olan” sayısız paketçiklerin içinde parsellenmiş ya da bölünmüştür. Dolayısıyla L-DOPA ile tedavi edilen hastalar “geceyi uyanık geçirme”, “duyularının tamamen açık olması”, “duygusal yoğunlaşma” ve bunlar arasında oluşan korelasyon katsayısı açısından derecelendirilebilirler. Bu tür kavramlar hastanın ya da hastanın *duygularını paylaşan* bir gözlemcinin deneyimlerine tamamen yabancıdır. Zira *hiç kimse* “duygusal yoğunlaşma”sını örneğin “geceyi uyanık geçirmesi”nden ayırt edecek bilince sahip değildir: insanlar sadece yaşam hislerinin, uyanık ve farkında olmanın – bu uyanıklığın ve farkında olmanın toplam ve sınırsız karakterinin– bilincindedir. Bu birliği izole bileşenlere ayırmak, birinci dereceden bir epistemolojik kural hatası işlemenin yanı sıra hastanın hislerine karşı da duyarsız olmaaktır.

Uyanık, farkında olmanın, insanın kendiyi ve dünyayla olan ilişkiler bütünüünün değişimini içerir. Tüm post-ensefalitik hastalar (tüm *hastalar*) kendi kişisel kriterleri ve alışkanlıkları ölçüsünde dikkat toplama ve konsantre olmaya ilişkin bozukluklar ve sapmalar yaşayabilirler: Bir taraftan dünyayla olan irtibatları kopmuş ya da dünyadan elini ayağını çekmiş, bir taraftan da hastalığa batmış ya da kendilerini *kaptırmış* gibi hissederek. Dikkat toplama ve yoğunlaşmanın patolojik bir biçimde kendine dönüşü, özellikle hastalığın kataleptik oluşumlarında göze çarpmaktadır. Kataleptik bir hastam bu durumu çok güzel

bir örnekle açıklarken bana şöyle demişti: “Beden duruşum sürekli kendine doğru yöneliyor. Beden duruşum sürekli kendini zorlayıp ön plana çıkıyor. Beden duruşunun çekimi içine doğru tamamen sürüklenmiş vaziyetteyim.”

Temelde uyanış bu durumun tersine dönmesidir: Hasta, hastalığın varlığını ve dünyanın yokluğunu hissetmemeye, bunun yerine hastalığın yokluğunu ve dünyanın varlığını dolu dolu hissetmeye başlar.¹¹⁷ D.H. Lawrence’ın ifadesiyle, “Tüm varlığı ve bedeniyle hayata katılan ve kendini “mevcut” hissetmeden biri olur. Dolayısıyla, uyanmış ve artık hastalığı tarafından zapt ve meşgul edilmeyen hasta yüzünü tekrar dünyaya döner. Bu alabildiğine arzulu ve coşkulu bir dönüş, sevecen, keyifli ve masum bir mevcudiyettir, zira hasta çok uzun bir süredir dünyadan kopuk ve “uykuda”dır. Dünya yeniden muhteşem bir parlaklık ve canlılık kazanır. Adeta tekrar çocukluğuna dönmüş bir insan ya da hapisneden yeni terhis olmuş bir mahkûm gibi tüm çevresinde ilgisini çekecek alanlar, onu şaşırtıp eğlendirecek bir şeyler bulur. Gerçekliğin kendisine aşık olur.

Kendisi ve dünya ile tekrar bir araya gelen hastanın tüm varlığı ve beden duruşu artık değişir. Öncesinde rahatsız, yapmacık ve yorgun hissederken artık rahatlamış ve dünyayla bütünleşmiş olduğunu hisseder. Varlığına dair tüm unsurlar –hareketleri, algıları, düşünceleri ve duyguları– eşzamanlı olarak uyanışın doğruluğunu teyit ederler. Varlığının akışı artık katılaştı ya da tıkanmış değildir, çaba sarf etmeden ve zorlama olmadan rahatlıkla akmaktadır: Artık içindeki tıkanmışlık hissi yoktur.¹¹⁸ Varolmanın özgürlüğü insana büyük bir ferahlık ve rahatlama verir. Hastalığın neden olduğu dengesizlikler ve bıçak sırtındaki yaşam kaybolur, yerini özgüvene, esnekliğe, dayanıklılığa ve rahatlamaya bırakır.

Kişiyi özgü zevk ve mizacın çeşitlendirip, renklendirdiği bu duyguları, L-DOPA tedavisi ile tamamen uyanmış her hasta hafif ya da şiddetli biçimde hisseder. Bu duygular bize tam ve gerçek vasıfları gösterir – gerçekten varolmanın doruğu (birçok “sağlıklı” insanın çok nadir tecrübe ettiği) bu duygular; bize geçmişte nelerin farkında olduğumuzu ve neredeyse unuttuğu-

muza, bir zamanlar hepimizin nelere sahip olduğunu ve sonradan kaybettiğimizi gösterir.

Dünyadaki bu en derin, en basit ve ilkel kavrama dönüş hissi en canlı ve parlak biçimde bana aktaran hastam Leonard L. o kısacık uyanış döneminde şöyle demişti: “Bu çok tatlı bir duygu. Çok tatlı, rahat ve huzurlu. Yaşadığım her anı için minnettarım... Uzun ve yorucu bir yolculuğun ardından evine dönmüş bir insan gibi öylesine hoşnutum ki. Tıpkı şöminenin önünde uzanıp yatmış bir kedi gibi sıcacık ve huzurlu hissediyorum.” İşte bu hastamın o ana dair *bakış açısı* tam olarak buydu—

... Kanepede uyuklayan bir kedi gibi sakın, huzurlu, yaşadığı evin sahibi ve sahibesiyle bir arada, yaşayan, soluk alan bu evdeki yuvasında, uyuyor şöminenin üzerinde ve esniyor önünde alevlerin

Uyuyor yaşayan dünyanın şöminesi üzerinde ve esniyor yuvasındaki yaşam alevlerinin önünde hissederek varlığını yaşayan Tanrının hissederek büyük bir güvenceyi ve yüreğindeki derin sükûneti

bir mevcudiyet
tıpkı kendi ihtişamlı varlığıyla
yaşayan bu evin efendisinin
güzide bir köşede oturması gibi

D.H. Lawrence

Sıkıntılar

Daha sonra büyük sıkıntılar baş gösterecektir.

Wyclif İncili

Kader, Sıkıntılarımızın neden olacağı Entrikaları Mutluluğumuzun temellerine yerleştirir. İlk başta bizi kutsar ki sonunda lanetleyebilsin.

Sir Thomas Browne

L-DOPA verilen hemen her hastanın, belli bir süre boyunca harika ve pürüzsüz bir şekilde sağlığına kavuştuğu görülür; fakat er ya da geç, öyle ya da böyle, hemen her hasta sorunlarla ve sıkıntılarla boğuşmaya başlar.¹¹⁹ Bazı hastalar, aylarca ya da yıllarca süren olumlu bir tepki sürecinin ardından küçük çaplı sorunlarla karşılaşır; diğerleri birkaç günlük bir süreçte coşup kendilerine gelir –yaşamın uzunluğuyla kıyaslandığında bu süre küçücük bir andır– ve ardından da tekrar sorunların derinliklerine yuvarlanırlar.

En büyük sorunları ilk önce hangi hastaların yaşayacağına ya da bu sorunların nasıl ve ne zaman ortaya çıkacağına dair basit yargılar ileri sürülemez. Fakat başlangıçta en büyük sorunları yaşamış olan hastaların –bunlar ister nörolojik, duygusal, sosyo-ekonomik, isterse de başka tür sorunlar olsun– (diğer koşulların eşit olması durumunda) L-DOPA'nın neden olduğu sorunları en ciddi boyutta yaşama eğilimi gösterirler.¹²⁰

Tüm bu sorunları “yan etki” diye sınıflandırmaya yönelik yaygın, hatta evrensel bir eğilim olagelmıştır. Yan etki terimi konuyu hemen özetleyip, rahatlatan bir ifadedir. Bazen bu terim herhangi bir anlam yüklenmeksizin, kolaylık olsun diye kullanılır; daha yaygın olarak da Cotzias’ın geçmişteki örneklerinden esinlenerek ve çok kabul gören tıbbi bir uygulama olarak bu terim, arzu edilen ya da beklenen etkilerden farklı etkileri ifade etmek için kullanılır – öyle ki, arzu edildiği takdirde bu farklılık *yok sayılabilir*. Bu çok hoş bir varsayımdır ve hiçbir şey bu denli tarafsız bir araştırma gerektirmez. İyi bir algılamaya sahip hastalar çoğu kez bunu tedavi eden doktorlardan daha iyi kavrarlar.¹²¹

“Yan etki” terimi itiraz edilebilir ve kanımca, pratik, fizyolojik ve felsefi temelde çürütülebilir bir kavram. Öncelikle, şimdilerde “yan etki” olarak adlandırılan tepkilerin büyük çoğunluğu, eskiden, L-DOPA verilen hayvanların ortaya koyduğu tipik tepkiler olarak görülmekteydi; tedaviye yönelik varsayımların, amaçların ya da ısrarların mevcut olmadığı durumlarda, bu tür kesin farklılıkları ortaya koyma düşüncesi de yoktu. İkincisi, böyle bir terimin kullanılması, “yan etkiler”in gerçek yapısını ve birbirleriyle olan ilişkilerini gizler ve dolayısıyla buna yönelik herhangi bir incelemeyi engeller. L-DOPA’dan kaynaklanan “yan etkiler”in çokluğu ve karmaşıklığı, hastaya ıstırap verse de, hastalığın doğasına ve mevcudiyetine dair daha fazla şey öğrenmeyi amaçlıyorsak, son derece öğreticidir; fakat “yan etki” terimini meselenin uç noktası olarak algılasak, bu tarz bir bilgiye ulaşma olasılığını en baştan engelleriz. Üçüncüsü, bu konuya dair (ya da teknolojik, ekonomik ya da herhangi bir kapsamda) “yan etkiler”den söz etmek dünyayı keyfi parçalara bölmek ve örgütlü bir *bütünlüğün* olabileceği gerçeğini inkar etmektir.

Sonuç olarak tüm bunlara tedavi açısından bakıldığında, hem biz hem de hastalarımız hayali umutlara kapılıp, “yan etkileri durdurmak” için arayışa geçeriz. Bu arada da onları değiştirebilecek ya da daha tahammül edilebilir kılacak gerçek yöntemleri gözardı ederiz. Hiç kimse, “yan etkiler”in üstesinden gelme konusundaki boş çabaların yerine, gerçekte olanların

“tüm doğasına ve yapısına” bakılması gerekliliğini, hasta yatağında yatan metafizik şairimiz kadar keskin bir dille yorumlamamıştır:

Ne çıkar çıkmaz kestiğimiz *yabani otlar* için harcadığımız *çaba*, hastalığın yarattığı *şiddeti* ve tehlikeyi savuşturur; ne de o otları kökünden kopardığımızda, hastalığımızdan tümüyle kurtulup, sağlımıza kavuşuruz; zira zemin tümüyle hastalıklı bir doğaya sahiptir ve toprak hastalığa yatkındır; bedenimiz de hastalığa yatkındır ve bu nedenle herhangi bir rahatsızlık olmasa da *hastalıklar* ortaya çıkacaktır. Bu yüzden bu *arazi* üzerinde sürekli uğraşmak, *bedenimizin doğasını ve yapısını* sürekli incelemek durumundayız.

Donne

Böylece L-DOPA kullanan tüm hastalar sorunlarla karşılaşmaya başlar; bunlar “yan etkiler” değil bilakis *köklü sorunlardır*: bir kez daha “hastalıklara olan yatkınlıkları” ortaya çıkar. Öyle ki bu hastalıklar sayısız şekillerde filizlenip, çiçek açar. Bunun neden böyle olduğu ister istemez bizde merak uyandırır. Bu *bizzat* L-DOPA’dan mı kaynaklanmaktadır? Her hastanın bireysel tepkimesinin –sürekli bir dürtüye ya da gerginliğe maruz kalan tüm organizmaların sergilediği evrensel bir tepkimenin– yansıması mıdır? Bu dönemde ön plana çıkan hastaların, doktorların ve diğerlerinin beklentileri ve dürtüleriyle mi bağlantılıdır? Genel yaşam tarzı ve hayat koşullarının ilgisi var mıdır? Tüm bu sorular gerçekçi ve önemlidir; tümü sorulmalı ve mümkünse sınılanmalıdır; hepsi birbiriyle örtüşüp ve kenetlenerek hastanın dünyadaki varoluşunu *bütünler*.

Donne’ın yazılarında hastalığın doğasına dair çok çeşitli kelimelere rastlarız: düşkünlük, eğilim, meyil, karakter, yapı vs., bunlar hastalığın iki yönünü –*yapısını* ve *stratejisini*– hem birbirinden ayırt eden ve hem de birleştiren bir dil zenginliğinden kaynaklanır. Freud tekrar tekrar bize, *hastalığa olan eğilimle, hastalığa olan ihtiyacı* birbirinden ayırt etmemiz gerektiğini hatırlatır: Örneğin migrene yatkın olmakla, migren nöbetine tutulmayı arzulayarak gitmek istemediğimiz bir randevuya ba-

hane olarak bunu ileri sürmek farklı şeylerdir. Schopenhauer'ın tezine göre dünya kendini bize iki şekilde sunar –İrade ve Fikir olarak– ve bu iki unsur her zaman ayrı ve her zaman birleşmiştir; öyle ki birbirlerini tümüyle içerirler ve birbirlerine *bilgi* aktarırlar. Yalnızca birini ya da diğerini tek başına referans almak, kendimizi yıkıcı bir ikiliğe maruz bırakmak ve anlamlı bir dünya inşa etme olasılığını ortadan kaldırmakla eşanlamlıdır: “Sırf inadından ve umursamazlığından ötürü L-DOPA ona fayda sağlamadı,” ya da “L-DOPA ona fayda sağlamadı çünkü beyninde çok fazla (çok az) dopamin vardı,” gibi yargıların epistemolojik yetersizliği buna örnek teşkil eder. Hem hastanın inadı ve hem de L-DOPA'nın değişkenliği gibi unsurlar mevcut olup, hastanın ilaca verdiği tepkilerde önem arz edebilir. Fakat bu unsurlardan hiçbiri, durumun bütününe dair tek başına bize yeterli bir tanımlamayı ya da böyle bir tanımın olasılığını sunmaz. Belki de hastanın inadı “nihai sebep” ve dopamin salgılaması da “etkin sebep”tir; her iki yaklaşım ve düşünce tarzı, Leibniz'in bize anımsattığı gibi faydalıdır ve *birleştirilmesi gerekir*. Fakat birbirinden bu denli uzak ve uzlaşmaz gibi görünen “nihai sebep”le “etkin sebep”i, iradeyle sorunu, dürtü ile molekülü nasıl bir araya getiririz? Her zaman olduğu gibi burada da sağduyu, ortak lisan, metafizik sayesinde mekanizmanın ve dirimselciliğin artıklarından kurtuluruz: Bilim adamı olarak bizlerin sık sık reddedip, görmezlikten geldiğimiz, yapı ve maksat kavramlarını çift yüzlerinde bir araya getiren terimler –*planlama* ve *tasarlama* gibi terimler– ve günlük konuşma lisanının bizlere sunduğu bu türden sayısız örneklerle.

L-DOPA tedavisi gören hasta, kısa süreliğine mükemmel bir mevcudiyetin, hareketlerinde, hislerinde ve düşüncelerindeki rahatlamanın, iç ve dış dünyasında bir ilişki uyumunun keyfini sürer. Ardından bu mutluluk hali –dünyası– çatırdamaya, kötüye gitmeye, yıkılıp un ufak olmaya yüz tutar; mutluluk hali son bulur sapkınlıklara ve çürümeye doğru bir gidişat başlar.¹²² Her ne kadar bu anlamda alakasız gibi gözükse de, bu düşüşün, hastalığın özünü oluşturan bozulmaları, sapmaları ve sapkınlıkları yeterince kavramak istiyorsak, bu türden sözcükler kullanmak durumundayız. İhtiyacımız olan şey –sadece tıp alanında da

değil– bu zavallı halin anatomisi, Burton’ın, Schopenhauer’in, Freud’un vs. izinden gidecek ve onların düşüncelerini diğer tüm (kökene ait, bölünmez) düzeylere doğru genişletecek hastalığa dair bir epistemolojidir: Örneğin Galen’in kısırdöngü kuramının, mümkün olan her düzeydeki patolojinin yaygınlığını ifade ettiği anlaşılmalıdır; aynı şey aşırılık, ölçsüzlük ve yatışmada, uyumda, sağlığın getirdiği rahatlıkta meydana gelen ve kendiliğinden artan sapmalar için de geçerlidir. Bu yüzden Donne hastalığındaki kötü gidişat sırasında sürekli kendi kendine sorar: “Ters giden neydi? Ve niçin ters gitti? Bundan sakınmak mümkün müydü? vs. Ve kaçınılmaz bir biçimde, adım adım en yaygın anlamıyla hastalığa doğru sürüklenir ve buna “eğilimli” hale gelir.

Tekrarlayan hastalığa dair ilk bulgu, bir şeylerin ters gittiği *hissidir*. Bu son derece aşık bir durum olmasına karşın ne kadar vurgulansa azdır. Hasta kesin olarak formüle edilmiş ve düzenli çizelgeler haline getirilmiş bir dizi bulgudan ziyade, “bir sorun olduğuna” dair sezgisel ve belirgin bir hisse kapılır. Hastanın sorunu tam olarak tanımlamasını beklemek mantıklı değildir zira hastalığının *genel* doğasını ona ve bizlere gösteren şey bu tanımsız “ters gidişat” hissidir: Yaşadığı bu his, deyim yerindeyse *yanlış bir dünyanın* ilk kez gözüne ilişmesidir.¹²³ Bu terslik hissi, son derece kusursuz bir haberci, bir öncü özelliğine sahiptir: yaşanan bu his her neyse, gelecekte yaşanacak ya da yaşanabilecek şeyleri, halihazırda mevcut olan niteliklerin genişleyip evrim geçireceğini ifade ya da ima eder.¹²⁴

Örneğin yaklaşan hastalığının “niyetini” sezinleyen Donne şöyle yazar:

Hastalığın ilk girişimini hissettiğim anda zaferi de hissederim.

Rahatsızlık ve uyumsuzluk –hislerin en genel haliyle– yaklaşan bir hastalığın işareti ve kaynağıdır. Hastalık biçimleri ve bunların dönüşümleri son derece değişkendir ve her hastada farklıdır. Her şeyde olduğu gibi hastalığın doğasında da bireysellik vardır; hastalıklar birbirlerinden farklı, “sapkın” yaratılışlardır.

Bunlar sağlığın dñnyasından daha basit ve daha yalın olan ilkel dñnyalardır.

Baskı, zorlama ve şiddet hisleri; ferahlığın, özgñrlüğñ ve rahatlığın, özgñvenin ve her an hazır olmanın kaybı; kasılmalar, bñzñlmeler ve hastalıklı duruşlar –patolojik bir katılaşma ve bunu ısrarla süregelmesi– tñm hastalık dñnyalarının ortak özelliğidir.

Sıradan Parkinson rahatsızlığı olan hastalarda, L-DOPA'nın ilk etkileri hareket ve faaliyette kolaylıkla göze çarpar: Hareketlerdeki belirgin bir telaş, atiklik, hızlanma, abartılı bir güç sarf etme ve hareketlerin yayılması (“sinkinezi”) ve çeşitli “istem dışı” hareketlerin (koretik, atetotik, distonik vs.) meydana gelmesinde ilacın etkilerini görebiliriz. Post-ensefalitik hastalarda, çeşitli nedenlerden ötürñ, aşırı “öfke halleri” özellikle belirgindir. Bu özellikle Rolando P., Margaret A., Leonard L. gibi hastalarda açıkça görülñr. Fakat aynı zamanda bu özellik Aaron E. gibi sıradan Parkinson hastalarında da görülñr.

Bu tür abartılı hareketler ilk başta bir yanılısamaya yol açarak haddinden fazla ölçñsüz bir sağlık, haddinden fazla iyi olma hali gibi görünñrlər; örneğin Leonard L. gibi hastalar adım adım, neredeyse hissedilmeyecek bir biçimde muazzam sağlıklı bir halden patolojik bir coşku ve tedirgin edici bir kendinden geçme haline doğru sürñklenirler. Makul sınırların ötesine çıkarak, ardından yaşayacakları çökñntülerin tohumlarını ekerler. Gerçekten de, aşırılık *halihazırda* bir çökñntñnün ilk işareetlerini verir: gerçekestirilemeyecek bir ihtiyacın varlığını işaret eder. Aşırılığın temelinde kusurlar, tatminsizilikler yatar: Bir yerlerdeki “yetersizlik” açğözlñlüđe ve “aşırılığa”, tatmini *mñmkñn* olmayan, doymak bilmeyen taleplere yol açar.¹²⁵

Eğer kusur, tatminsizlik, doymak bilmez talepler nerede diye soracak olursak bilmeliyiz ki bunlar, varoluşun *bütñnlüğñ* içerisinde herhangi bir yerde olabilirler: o bütñnlüğñ molekülleri, güdñleri ya da dñnyayla olan ilişkilerinin içerisinde olabilirler. Tatmin edilmemiş bir ihtiyaç, doymak bilmez bir açğözlñlük, L-DOPA tedavisi gören *tñm* hastaların nihai durumunu tanımlar. Bu bizi değişmez bir ekonomik sonuca götürñr – öyle ki, her hastanın içinde bulunduğu durumda bir boşluk, kapatıl-

ması mümkün olmayan bir mesafe vardır. Böyle bir boşluk herhangi bir türden olabilir – orta beyindeki kimyasal ya da yapısal bir boşluk; incinmiş hisler ya da duygusal boşluklar; dünyayla olan ilişkide çıkmazlara yol açan yalnızlıklar: Öyle ya da böyle, doldurulamayan ve *dolu kalmayan* bir boşluk söz konusudur; en azından sadece L-DOPA vasıtasıyla oluşan bir boşluk değildir bu. Arz ve talep, ihtiyaç ve kapasite arasında bir uçurum meydana gelir; varlık içinde bir bölünme yaşar ve hem aşırılığın hem de kıtlığın neden olduğu bir ıstırap aynı anda hissedilir – Donne’ın kendi hastalığıyla bağdaştırdığı metaforunda dediği gibi – “yarımız yiyecekten, diğer yarımız mideden yoksun.”

Bu hastaların sürekli ve süregelen L-DOPA tedavisine verdikleri tepkilere bakarak onların L-DOPA’nın (ya da beyindeki dopaminin) ötesinde ve üzerinde şeylere ihtiyaç duyduğunu görürüz; ve belli bir noktanın ya da dönemin ötesinde tek başına hiçbir *madde* –ne denli “mucizevi” olursa olsun– bu diğer gereksinimleri gidermez, telafi ya da tazmin edemez. Bu hastalar sadece yiyecekten değil, aynı zamanda mideden de yoksundur: Midesinin bir kısmı olmayan bir adamı tıka basa yiyeceklerle doldursak ne olur? Son dönemdeki ısrarcı tutumlar bu tür hususları gözardı ederek, hastaların L-DOPA ile, mükemmel bir arz-talep dengesinde olduğu gibi istenilen ölçüde “titre” edilebileceklerini iddia ettiler. *İlk başta* L-DOPA ile “titre edilebilirler”. Tıpkı kıraç bir toprağın sulanması ya da ekonomisi gelişmemiş, darboğazdaki bir ülkeye para yardımı yapılması gibi; fakat er ya da geç, yeni sorunlar baş gösterir ve bunlar meydana gelir zira daha ilk başta karmaşık sorunlar vardır – sadece belli bir maddenin bitip tükenmesi ve ona olan ihtiyaç değil, bizzat *organizmanın* kendisinde, ve değişmez bir biçimde de beyinde ve diğer yerlerde de kusur ve bozukluklar vardır.

Kırk yıl önce Kinnier Wilson bu tehlikeyi, bu ikilemi, çok açık bir biçimde fark etmişti: Wilson, özetle patolojik hücrelerin eksik “gıda”larını vererek çok şeyin üstesinden gelinebileceğini, fakat bunun ötesindeki çabaların, hastanın tükenmiş ve çürümekte olan hücrelerini “kamçılama” çalışmanın faydasız ve tehlikeli olduğunu söyler. İster hücreleri kapasitelerinin ötesinde doldurmaya çalışalım, isterse de bizzat hücreler dizginle-

nemez bir “talep” sergileyip, kapasitelerinin ötesinde özümseyip çalışsınlar, sonuç hep aynı olacak. Dahası, midesinin yarısı olmayan bir adamı tika basa doldurmaya çalışmak türünden değişmez bir metafor gerçekte neler olduğunu açıklamaya yetmez; çürüyen ve güçsüz hücrelerin “kamçılanması” ve yaşanan sıkıntının altında bu hücrelerin hızla ezilip parçalanması, L-DOPA’nın nihai sonuçlarını açıklamak için çok daha uygun bir betimlemedir. Zira, L-DOPA tedavisi gören her hastada ilaca olan dayanıklılığın giderek azaldığını, öte yandan da ilaca olan gereksiniminin giderek arttığını görürüz: kısaca hasta, “bağımlılığın” kısırdöngüsü içinde dönüp durmaya başlar.¹²⁶

Şimdi bunun nasıl meydana geldiğini, hastanın kaybetmekten kendini alamadığı bu oyunu oynarken birbiri ardına içine girdiği durumları adım adım kurgulayalım.¹²⁷ Hasta aşırı uyur, aşırı tepkisel ve aşırı dürtülenmiş bir hale gelir; fakat bunun altında giderek artan bir gereksinim ya da eksiklik yatar; hasta, deyim yerindeyse artık gayri meşru yollarla ulaşamadığı şeyleri, meşru yollarla elde etmeye çalışır. Ya da ekonomik metaforumuza geri dönecek olursak: Hasta artık “geçimini sağlamamaktadır”; varlığı ve kaynakları sürekli erimektedir; borçlandığı, ödünç aldığı para ve zamanla kıt kanaat geçinmektedir ve bu –bir taraftan varlığını korurken– kendi kaynaklarını ve kazanma gücünü daha da tüketir ve hesap günü, borçlarını geri ödeme zamanı giderek yaklaşır; geçici bir “ekonomik canlanma” yaşasa da, er ya da geç “çöküş” gelecektir.¹²⁸

Hastalarımız, giderek daha yükseğe, aşırılığın zirvelerine doğru tırmanarak, daha faal, heyecanlı, sabırsız, gittikçe huzursuz, koreik, akatezik, tiklerin, dürtülerin, şiddetli arzuların harekete geçirdiği, daha telaşlı, ateşli ve coşkulu hale gelirler. Dalga dalga yükselen bir çılgınlık, tutku ve açgözlülük nöbetine kapılırlar... ta ki en sonunda çakılıp kalana kadar.¹²⁹

Bu çakılmanın şekli ve hızı Parkinson hastalarında son derece çeşitlidir; diğerlerine kıyasla daha dengeli ve şanslı hastalarda, ani ve şiddetli bir çakılmadan ziyade hafif bir yatışma ve şişliğin inmesi hissi hâkimdir. Fakat hızı ve şekli ne olursa olsun, patolojinin tehlikeli tepelerinden aşağıya inilir – bu iniş ilk anda koruyucu, fakat aynı zamanda yıkıcıdır.¹³⁰ Hastaların

inişı, sönmüş bir balonun yere doğru alçalmasından farklıdır. Onlar tükenmişliğin ve depresyonun yeraltındaki derinliklerine doğru batarlar. Buna eşdeğer hisleri Parkinson hastaları da duyumsar.

Sıradan Parkinson rahatsızlığı olan hastalarda (örneğin Aaron E.), bu çakılmalar bir yıl ya da daha fazla bir süre boyunca meydana gelmeyebilir ve meydana geldiklerinde de görece daha hafif hissedilebilir. Hastaların yaşadığı bu “akinetik serüven” (genelde çakılıp kalmaları bu şekilde ifade edilir) ilk başlarda kısa ve hafif şiddettedir ve her L-DOPA dozunun ardından iki üç saatte bir meydana gelme eğilimi gösterir. Ardından şiddeti ve süresi giderek artar, aniden ve beklenmedik zamanlarda başlayıp sona erer ve L-DOPA’nın uygulama zamanlarından bağımsız olarak meydana gelir.

Bu hallerin özellikleri, literatürde yapılan tanımlamalarından daha çeşitli ve karmaşıktır: Bu özelliklerin arasında bitkinlik, aşırı yorgunluk, uyku hali, hissizlik, depresyon, nevrotik gerilim ve –özellikle– Parkinsonizmin nüksetmesi vardır. Bu tür haller bir ölçüde rahatsızlık verici hastalık hallerinden, yoğun acı ve sıkıntı veren ve elden ayaktan düşüren hallere kadar değişir: Örneğin Aaron E., L-DOPA tedavisi öncesinde yaşadıklarından çok daha büyük sıkıntılar yaşamıştı. Bunun nedeni daha ziyade bu halleri birdenbire ve hiç beklenmedik, tahmin edilemeyen anlarda yaşamasıydı.

Post-ensefalitik hastalarda bu çakılmalar çok daha şiddetlidir ve saniyeler içerisinde, günde sayısız kez meydana gelebilirler (örneğin Hester Y.’de olduğu gibi). Fakat bunların karmaşık yapısı ve şiddeti son derece öğreticidir ve bu gibi dönemlerde neler olduğunu bize açıkça gösterirler. Bu tür hastaların tepkilerine bakarak bir tükenmişlikten fazlasıyla karşı karşıya olduğumuzu görürüz – bu hastaların yalnızca tepkilerinde bir tükenme yaşadıkları varsayımı çok genel bir varsayımdır ve ilacın dozunun tedavi amaçlı olarak “titre” edilebileceğine dair umutlar taşınmaktadır.¹³¹ Hiç şüphesiz bu tepki değişimlerinde bir tükenmişlik unsuru vardır; fakat bunların birdenbire oluşması, derinlikleri ve karmaşıklıkları, –tamamen farklı doğaya sahip– diğer dönüşümlerin de meydana geldiğini gösterir. Ör-

neğin Leonard L., Rolando P., Hester Y. gibi hastalarda, şiddetli patlayıcı, “yayılmış” hallerin, son derece büzülmüş, içeriye doğru çöken hallere –ya da Leonard L.’nin uzay bilimi diliyle ifade ettiği gibi “süper nova” hallerinden “kara deliklere” ve oradan tekrar süper novalara dönüşümü türünden– neredeyse anlık dönüşümlerini görürüz. Tanık olduğumuz bu iki halin yapısı –ki zaman zaman “coşkulu” haller ve “hüzünlü” haller olarak da ifade edilirler– tam anlamıyla biçimsel bir benzerlik ortaya koyar; birbirlerinin farklı evrelerini ya da dönüşümlerini temsil ederler; hastalarımız gibi bizlere de, ontolojik bir sürekliliğin zıt “kutuplarını” betimlerler.¹³²

O halde “hüzünlü” haller basit ve –deyim yerindeyse– “normal” tükenişleri ve bu tür tükenişlerin koruyucu ve iyileştirici kapasitelerini temsil etmez; ya da (Pavlov’un ifadesiyle) “koruyucu baskılamalar” veya (Goldstein’in ifadesiyle) koruyucu “dengelemeler” de bunları yeterince ifade etmez. Bunlar az çok tehlikesiz hallerdir, zira hastaları neredeyse kontrol edilmez bir güzergâhta, varoluşlarının ya da “boşluk”larının zıt kutupları arasında oradan oraya fırlatan ve tamamen *geri tepen*, tersine dönen tepkileri içerirler.¹³³ Her aşırılığın zıttı bir karşıt-aşırılık vardır ve hastalar bunların arasında adeta sürtünmesiz bir uzay boşluğundaymışçasına, oradan oraya sıçrarlar: Bu aşırı uçlarda gezinmeler, ürkütücü ve sürekli kendini besleyen ya da kontrole karşı direnen bir gidişat içerisinde *artma* eğilimi, gösterir; “ara haller”se (kontrol edilebilir haller) sifıra doğru *azalma* eğilimi gösterir. Dolayısıyla, böyle bir ontolojik salınım ya da yankılanma bir kez başladı mı, “normallik” olasılığı giderek azalır ve “ara haller” giderek daha az görülmeye başlar. Bu duruma sürüklenen hastalarımızın neredeyse tümü hissettiklerini ifade etmek için “cambaz ipi” imgesini kullanıyorlardı: Gerçekten de bu neredeyse kelime anlamıyla doğru bir ifadeydi, zira bu hastalar, bir hastalık çukurunun üzerinde dengede durmaya çalışan ontolojik ip cambazlarına dönmüşlerdi; ya da benzer bir metaforla ifade edecek olursak, tüm o aşırılıklar arasında kaybolan sabit bir noktayı arıyorlardı –Leonard L.’nin bir taraftan işkence çekerken arzuladığı gibi: “Yaşadığım şu kasırganın başlangıç noktasına bir ulaşabilsem!”

Bu tür hallerin süregelmesiyle birlikte –öyle ki L-DOPA te-

davisinin durdurulmasına rağmen ısrarla sürüp gidebilir (örneğin Rachel I. vakası)– yeni bölünmeler ve parçalanmalar meydana gelebilir, aşırılıklar farklı yüzlere, unsurlara, birbirinden son derece farklılaşmış ama birbirine “denk” varlıklara bölünür; örneğin Hester Y., bu türden “kristalit” bir bölünme yaşamış ve bunu gayet ayrıntılı bir biçimde tasvir edebilmişti. Bu ilave bölünmeler, ontolojik bir hezeyana, davranışın kırılarak sayısız yüzlere bölünmesine ve bu yüzler ya da unsurlar arasında anlık zıplamalara yol açar.¹³⁴

Kanımca bu düşünceler L-DOPA’ya verilen tepkilerin *genel* şeklini ya da tasarımını tanımlar. Bunlar fizyolojik enerji ya da ekonominin genel zemininden kopmazlar. Beyin halinin çeşitli enerjik-ekonomik konumlarını ya da evrelerini ve birbirleriyle olan ilişkilerini en ince detayına kadar ortaya koyarlar. Prensip-te bu, kesin matematiksel açıklamalara gereksinim duyar.

L-DOPA tedavisi, beyin reaksiyonları ya da evreleriyle denkleşmesi umuduyla yapılan *genel* bir tedavidir. Pratikte görüldüğü gibi, teorik zeminde de doz seviyesini beyin evreleriyle denkleştirmek giderek zorlaşmaktadır. Doz düzeyinin sadece tek bir boyutu ya da parametresi olduğundan, dozu ya arttırabiliriz ya da azaltabiliriz – başka hiçbir şey yapamayız (dozun farklı aralıklarla uygulanması da bu kapsamda sayılabilir); oysa beyin reaksiyonu ve davranış, doğrusal ifadelerle açıklanması ya da tanımlanması giderek zorlaşan birçok boyuta açılır. Tepkilerin her zaman doz düzeyi ile “titre” edilebileceğini farz etmek ya da bu konuda ısrarcı olmak, beyin bir tür barometre olduğunu varsaymak ve onun gerçek karmaşıklığını azımsamaktır. Needham’ın bizlere anımsattığı gibi, “Biyolojik oluşumlar fizyokimyasal oluşumlara indirgenemez, zira hiçbir şey herhangi bir şeye indirgenemez.” Pratikte görürüz ki, hastalar bir kez kaygı ve sıkıntının karmaşık dünyasına adım attıktan sonra, L-DOPA’ya verdikleri tepkiyi tek başına kestirmek zorlaşır – zaman zaman hastaların doğası itibarıyla da bunu kestirmek mümkün değildir. Akinetik dönemler bir kez meydana gelmeye başlayınca, örneğin bunların şiddeti, L-DOPA dozunu –duruma göre– bazen arttırarak, bazen azaltarak bazen de hiçbir şey yapmayarak azaltılabilir. Her biri bir diğerine bağımlı, karmaşık bağlantıları

olan iki ya da on ya da elli farklı değişkene bağlı durumlar. Je-
vons karmaşık ekonomik durumları *hava durumuyla* kıyaslardı.
Biz de burada aynı imgeyi kullanmalıyız: Bu hastaların beyin ya
da ontolojik hava durumu aşırı hassaslıklar ve ani değişimlerle
doludur, madde madde analiz edilmeye gelmez, bir bütün ola-
rak, bir *harita* olarak görülmesi gerekir.

Böyle meteorolojik bir durumu, sabit formüller ve basit ku-
rallar uygulayarak "taklit" edebileceğimizi düşünmek, gerçek-
lerin dünyasında körebe oynamaktır;¹³⁵ insanlara "sır"ları satan
bir simyacı ya da müneccimin rolüne soyunmaktır. Arzularımız
ne olursa olsun, tedavi, bu şekilde oynanan bir oyun değildir;
fakat –oynanabileceği ölçülerde– gerçekte neler olduğuna dair
sezgisel bir yaklaşımla, doğru yöntemleri benimseyerek oyna-
nabilir. Tüm varsayımları, dogmaları ve kuralları bir kenara
bırakmalıyız – zira bunlar bizi yalnızca çıkmaza ve felakete s-
rkler; hastaları birbirinin kopyası olarak görmekten vazgeçip,
her birine birey olarak itibar göstermeli ve ne durumda olduk-
larıyla, nelere tepki verip, nelere eğilim gsterdikleriyle teker
teker ilgilenmeliyiz; bu şekilde hastayı bir kukla olarak değil,
bizlerle eşit birer birey, bilinmezi birlikte keşfettiğimiz bir yar-
dımıcı olarak görürsek, diğer yöntem ve taktiklerden daha ba-
şarılı olabilecek tedavi yolları bulabilir ve şartların gerektirdiği
noktada bu tedavi yöntemlerinde gerekli değişiklikleri yapabili-
riz. Basit, dümdüz bir yol olmaktan çıkp apraşıklaşan hareket
sahamızda tek emin yöntem sezgiye dayalı bir "hissetmedir":
Bu anlamda hasta rahatlıkla doktoruna üstünlük sağlayabilir.

Gereksiz yanlış anlamalardan ve sıkıntılardan kaçınmak
adına bir kez daha vurgulamalıyım ki, bu kitapta ele alınan has-
talar, günlük hayatta rastladığımız Parkinson hastalarına verile-
bilecek örnekler değildir; birçok hastamızın son derece şiddetli,
karmaşık ve kontrolü g sorunlarla karşılaşması, onların kendi
içinde bulundukları durumun bir göstergesidir. Bu durum sağ-
lık kurumlarının dışında hayatlarını sürdürebilen, daha şanslı
Parkinsonlu hastaların durumuna kıyasla hemen her yönden
Çok daha kötüdür. Onların L-DOPA'ya verdikleri hemen her tep-
ki aşırıdır. En yoğun "uyanış"ları ve en yoğun sıkıntıları onlar
yaşar; ortaya koydukları tepkiler, Parkinson hastalarının büyük

çoğunluğunda görülmesi olası tepkileri nicelik açısından çok gerilerde bırakır; fakat bu tepkilerin nitelikleri aynıdır ve *tüm* Parkinson hastalarının ve *tüm* insanların, tepkimesine ve doğasına ışık tutar.

L-DOPA'ya verdikleri tepkilerde, şu ana dek kullandığımız enerjik ve ekonomik terimlerle anlaşılamayacak bir başka evrensel nitelik vardır. Bu tepkilerden “coşku”, “hüzün”, “aşırılık”, “tükenmişlik”, “geri tepme”, “bozulma”, “bölünme” vs. diye bahsetmek gerekli, fakat hiçbir zaman yeterli değildir; zira bu tepkileri aynı zamanda, dramatik ya da teatral terimlerle ifade edilen *kişilik* özelliklerini de taşır; kişi tüm tepkilerinde sürekli bir ifşaatla kendini ortaya koyar; kendi tiyatro sahnesinde kendi kendini canlandırır. Tüm hafızaya dair tiyatro sahneleri harekete geçer; uzun zaman önceki sahneler hafızalarda canlanır ve zamanın akışını durduran bir çabuklukla tekrar tekrar sahnelenir; geçmiş sahneler, olası sahneler canlanır – her seferinde ufak tefek farklılıklar göstermekle beraber, bunlar bir dönem yaşanmış ve belki de hâlâ yaşananlara dair önseziler ve sunumlardır. Bu anlamda L-DOPA, her hasta için, geçmiş ve olası zamanı, *kendi* geçmişini ve *kendi* olasılıklarını, elimizle dokunup gözümüzle gördüğümüz “bugüne” taşıyan tuhaf ve kişisel bir zaman makinesi vazifesi görür. Geçmiş ve olası dünyalar hastanın gözleri önünden son derece gerçek hayaletler gibi –yine de bir hayaletin olabileceği gerçeklikte– geçer. Gerçek, olası, ima edilen gerçek, esrarengiz fakat harika bir biçimde harmanlanır. Varoluştaki bu çeşitliliği sadece ve sadece *aktarım* diye adlandırabiliriz (Martha N.'nin düşsel hayallerinde bunu açıkça görebiliriz). Rose R. uyandığında, kendini başkasının değil, *kendisinin* 1926'sında bulmuştu; Frances D.'nin uzun zaman önce yaşadığı solunum sorunlarının tekrarlaması başkasına değil, tamamen kendi mizacına/tarzına özgüydü; Miriam H., başkasının değil *kendisinin* geçmişinde yaşadığı bir “olay”ı (halüsinatif bir biçimde) hatırlamıştı; Magda B. başkasının kocasına değil *kendi* kocasına, onun mevcudiyetine, eksikliğine, sadakatsizliğine dair halüsinasyonlar görmüştü. Bu tür olguları “yan etki” diye adlandırmak ya da deneyimi ve kişiliği, her hastanın oluşumunu dikkate almaksızın bunların kavranabileceğini düşünmek ne

kadar da saçma!¹³⁶ Hastaların doğasını teker teker göz önüne almadan bu tür tepkilerin de doğasını anlayamayız; dünyanın doğasını anlamadan da hastaların doğasını anlayamayız: dola-
yısıyla bu, bizleri (bir zamanlar herkesin bildiği bir gerçeği), Do-
ğanın, ve tüm doğaların yapısının, özünde dramatik olduğunu
(Tüm Dünya bir sahnedir) ve mümkün olan her defasında ken-
dini ortaya koyduğunu görmeye sevk eder:

Dünya Teatral bir sahne olsa da... sen yine de kendin olarak kal
ve yalnızca kendi kişiliğini sergile... Hiçbir şey doğasından ko-
pamaz, ya da yapısına ters düşemez

diyen metafizik fizikçimiz Sir Thomas Browne'un üç asır önce
çok açık bir ifadeyle bize anımsattığı gibi. Birden fazla doğaya
sahip olduğumuz ve bunların toplamının, olası doğamızın bü-
tününü oluşturduğu doğrudur – bu Leibniz'in ünlü "alternatif
Ademler" örneğinde gündeme getirdiği bir konudur. L-DOPA'ya
verilen tepkilerde de bu büyük bir berraklıkla ortaya konur: Ör-
neğin Martha N.'ye, farklı zamanlarda beş kez L-DOPA verilmiş
ve her defasında farklı tepki örnekleri sergilemişti; bu tepkilerin
tümünde kendilerine özgü, dramatik bir birliktelik vardı¹³⁷ – bu
tepkiler "alternatif Martha'ların" bir çeşitlemesini temsil ediyor-
du. Fakat bu tepkilerin bir tanesi diğerlerine göre üstündü ve
alabildiğine coşkun ve gerçektir. Bu da –kendisinin de farkında
olduğu üzere– *gerçek* Martha'nın ta kendisiydi. İleri düzeyde
şizofren olan Maria G. vakasında ise L-DOPA'nın etkileri daha
karmaşık ve trajikti; zira Maria G.'nin *gerçek benliği* kendini sade-
ce birkaç gün gösterdi ve ardından parçalanıp kalabalık, minya-
tür ve patolojik bir "benlik" sürüsüne dönüştü.¹³⁸

Dolayısıyla sadece L-DOPA'nın sağladığı ilk uyanışı değil,
ardından gelen tüm olası uyanışları da kapsayan daha derin
ve daha doyurucu bir "uyanış" kavramıyla karşı karşıya gel-
mekteyiz. L-DOPA'nın "yan etkileri" tüm olası doğaların kendi
bünyesinde toplanması, varoluşun gizli kalmış tüm repertu-
arının bir araya gelmesi olarak görülmelidir. Etkin olmayan,
"uykuda olan" ve belki de bu şekilde uykuda kalmasının en
doğrusu olduğu doğaların gerçekleştiğini ya da ortaya çıktığını

görürüz. “Yan etki” sorunu sadece fiziksel değil, aynı zamanda metafiziksel bir sorundur: Diğer dünyalar ve onlarla birlikte oluşan güçlere ve kaynaklara davetiye çıkarmadan tek bir dünyayı nasıl bir araya getirebileceğimize dair bir meseledir bu. Her hastanın tüm varoluşunu an be an temsil eden o sonsuz denklem bir sistem ya da eşit oranlı bir “uyarı” ve “tepki” meselesine indirgenemez: Tüm doğılardan, dünyalardan ve (Leibniz’in ifadesiyle) bunlar arasındaki “tutarlılık”tan söz etmek durumundayız.

Bu yüzden bir kez daha o ıstırap verici “Neden?” sorusunu sormak zorundayız. Neden ilk başta o denli olumlu tepkiler ortaya koyan hastalarımızın çoğu, berbat duruma düşüp, “kötüye gidip” her türden sorunla boğuşmaya başladı? İçlerinde o muazzam sağlığın imkânlarını taşıdıkları açıldı: Hastalığı en yoğun yaşayan hastalar, bir süreliğine son derece sağlıklı bir duruma gelebiliyorlardı. Görünen oydu ki, ardından onlar bu imkânı “kaybettiler” ve hiçbir şekilde yeniden elde edemediler; en azından benim gördüğüm Parkinson hastalarının durumu buydu. Fakat bir imkânı bu şekilde “kaybetme” düşüncesi, hem teorik, hem de pratik açıdan idrak etmesi zor bir düşüncedir. Örnekse, neden bir hasta elli yıl boyunca hastalıkların en şiddetlisiyle boğuşup, L-DOPA kullanmasının ardından elde ettiği “uyanış” imkânını, birkaç gün içinde “kaybetsindi”? Bunun yerine, bu hastaların sürekli iyi olmaları olasılığının, diğer dünyalarla, aralarındaki ilişkinin bütünlüğünün *tutarsız* hale gelmesinden ötürü fiilen engellendiği ve buna meydan verilmediği fikrini aklımıza getirmemiz gerekir. Kısaca, fizyolojik ya da sosyal durumları, süregelen sağlık haliyle tutarsız ve uyumsuzdu. Bu nedenle de sağlıklı halin önüne geçerek, onları tekrar hastalığın kucağına itti.

Hastalığın içine yuvarlanma, bir kez başladı mı kendi kendine ilerleyip, meydana gelen sayısız kısır döngü, geriye dönüş ve zincirleme reaksiyon nedeniyle önu alınmaz bir şekilde sürüp gider – hastalığın özündeki dinamizm ve kıvraklıkla birlikte, ilk gerilim ardından diğer gerilimlere, ilk çöküntü diğer çöküntülerle ve birbiri ardına gelen sapkınlıklara neden olur:

Hastalıklar aralarında fikir alışverişinde bulunurlar ve nasıl çoğalacaklarına dair planlar yaparak birleşmeye ve birbirlerinin gücüne güç katmaya başlarlar...

Donne

Bu kötü gidişat sarmalında, hastalığa duyulan gereksinim, ona olan yatkınlıkla elele verir. Bu birleşmiş sapkınlık patolojik bir *eğilimdir*. Bunların ilki, hastalıkları yaşamlarının önemli bir parçası haline gelmiş, had safhada hastalık ve gerileme yaşayan hastalarımız açısından temel bir unsurdur. Bu tür hastalarda, hastalığın birdenbire ortadan kalkması bir *gedik*, deyim yerindeyse varoluşa dair bir boşluk yaratır. Öyle ki bu boşluk, patolojik faaliyet yeniden devreye girip onu doldurana dek, hızla gerçek yaşam ve faaliyetle doldurulmalıdır. Hastalığa duyulan bu sapkın ihtiyaç –hem hastalarda hem de zaman zaman onların yakın çevresinde bulunanlarda– kötü gidişata neden olan önemli bir etmendir. İyileşme yönünde ortaya konan iradenin en sinsi düşmanıdır:

Burnley: “Zavallı hastamız nasıl, efendim; iyileşme şansı var mı?”

Johnson: “Görünen o ki zihni, hastalıkla mücadele etmekten vazgeçti; zira giderek bundan keyif almaya başlıyor.”

Boswell

Ne zaman ki... hastalığın sağladığı faydalar göze çarpmaya başlar ve gerçekte onun yerini alacak bir şey bulunamaz, tedaviniz sayesinde onu etkilemenin yollarını bulmayı ümit etmeye gerek yoktur.

Freud

Kesin olan şu ki, hastalığın telafisi ve “harici” gerçeklikten yoksunluk, sorunun sadece bir *parçası* olabilir; fakat bunlar incelenmek ve zaman zaman da değiştirilmek için uygun konumdadırlar.

Örneğin Lucy K., Leonard L., ve Rose R.'yi ele aldığınızda, bu tür yaklaşımları gözardı etmek kolay değildir. Lucy K. yaşamının büyük bir bölümünü annesiyle birlikte, ona bağımlı bir asalak gibi geçirmişti; annesi onun yaşamında en çok gereksinim duyduğu ve bir taraftan da en çok sevdiği ve en çok nefret ettiği insandı. Buna karşın Lucy'nin hastalığı ve bağımlılığı annesinin yaşamının en önemli parçasıydı. L-DOPA Lucy K.'yı henüz uyandırmıştı ki, ilgisini bana yöneltip, benimle evlenmeyi talep ederek annesinden kurtulmayı, onu hayatından çıkarmayı istemişti; bunun mümkün olmadığını belirttiğimde ise, birkaç saat içinde hastalığın derinliklerine yeniden yuvarlanmıştı. Biraz daha ılımlı olsa da, Leonard L.'nin de annesiyle benzer bir patolojik ilişkisi vardı ve gördüğümüz üzere, oğlu iyileştiğinde bu kez o bir çöküntü içerisine girdi; Leonard açıkça annesinin iyi hissediyor olmasının kendi sağlığıyla bağlantılı olmadığını gördü; bunun ardından kısa bir süre sonra onun da sağlığı kötüye gitmeye başladı. Belki de en hüzünlü hikâye, büyük bir sevinçle kendini 1926'nın dünyasında "bulan" ve sonra "1926"nın artık çok gerilerde kaldığını fark eden Rose R.'nin hikâyesiydi; 1969 yılında uyandığı dünya, 1926 yılının dünyasıyla bağdaşmıyordu ve bunun üzerine "1926" yılına geri döndü. Bu üç vakada genel durum, tedavinin fayda sağlayamayacağı kadar patolojikti: Bu hastaların ihtiyaçları, gerçeklerle bağdaşmıyordu. Diğer hastalarda –en belirgin örneğini Miron V.'de görmek mümkün– çok daha sevindirici sonuçlar ortaya çıktı. Güzel hislerin ve ilişkilerin, yaşamlarını sarmalayan temel güvencenin tesis edilmesiyle birlikte, L-DOPA'nın "yan etkileri" büyük ölçüde azaldı.

Böylece nihayet, tek bir sonuca varabiliyoruz: L-DOPA tedavisi gören hastalar, içinde bulundukları koşulların elverdiği ölçüde iyileşebilirler; öyle ki kimyasal koşullarını değiştirmek, diğer bir değişimin ön koşulu olabilir; fakat bu kendi içinde yeterli değildir. L-DOPA'nın sınırlamaları faydaları kadar açıktır ve eğer birini azaltıp, diğerini arttırmayı ümit ediyorsak, L-DOPA'nın, yalnızca tümüyle kimyasal yaklaşımların ötesine geçmeli ve hastanın kendisini, bu dünyadaki varlığını ele almamız gerekir.

Uzlaşma

Ya da bir sorun yağmuruna karşı silahlanıp
Karşı koymaya çalışmak bu yağmuru dindirir mi?

Birçok nörolog (ve hasta), uzlaşmaz, katı bir tutumu, güçlü olmakla birbirine karıştırır ve ilerleyen sorunların karşısına heybetli hükümdarlar gibi dikilip, iradelerinin gücü sayesinde, sorunlara meydan okuyup, *kafa tutarlar*. Ya da Podsnaps gibi, etraflarını bir su baskını gibi giderek saran sorunları *inkâr* ederler: “Ne olduğu beni ilgilendirmiyor; tartışmak istemiyorum; kabul lenmiyorum!” Kafa tutmanın ya da inkâr etmenin, burada en ufak bir faydası bile yoktur: Sorun denizini aşabilmek, öz benliğimizin denizindeki kaptan olup, gemimizi bu denizde yönlendirebilmek için silahlarımızı kuşanırız. “Sıkıntılar” sorunlar ve fırtınalarla boğuşmaya ilişkindi; “Uzlaşma” ise bu fırtınaya direnip, kontrol altına almakla ilgilenir.

Yaşanan sorunlar, sıradan sorunlar değildir, ihtiyaç duyulan silahlar da sıradan silahlar değildir:

Bu mücadelede kullanılan silahlar *Lipara*’da yapılanlara benzer; Ateş Tanrısının sanatı bu İç Savaşta hiçbir işe yaramaz.

Browne

L-DOPA’nın yarattığı sıkıntılarla savaşmak için kullanılan silahlar, hayatımızı sevk ve idare ederken kullandıklarımızla aynıdır: varlığından hiç şüphe duyulmayan, derinlerdeki gücümüz ve

birikimlerimiz; sağduyu, öngörü, korunma ve bakım; kendine has tehlikelerle mücadele etmek için tetikte olma ve küçük hilelere başvurma; her türden doğru ilişkinin tesis edilmesi; ve elbette, sonunda kabul edilmesi gerekenleri kabullenmek. Hastaların (ve doktorlarının) yaşadığı sıkıntıların iyi tarafı, mümkün olanı aşip, onun sınırlarını inkar edip imkânsız olanı bulmaya çalışmaktan kaynaklanır: Uzlaşma daha zahmetli ve coşkusuzdur. Gerçeğin ve mümkün olanın, tam kapsamlı ve özenli bir araştırmasını içerir.¹³⁹

Benliğimizle ve dünyayla, her ikisi de sürekli değişirken, vardığımız uzlaşmada ortaya konan çaba, Claude Bernard'ın "*homeostaz*"a dair ortaya koyduğu temel kavramın kapsamındadır. Bu özünde Leibniz'vari bir kavram olup, ilk kez Bernard tarafından gündeme getirilmiştir: Homeostaz, belli koşullar altında mümkün olan (ya da o koşullarla tutarlı olan) en iyi konumu elde etmektir – kısacası "her şeyden mümkün olan en ideal sonucu elde etme." Takdir etmeliyiz ki, homeostaza dair çabalar, her biri diğeriyle yakın ilişki içinde olan ve moleküler ve hücreselden sosyal ve kültürele kadar uzanan her düzeydeki varoluşta mevcuttur.

Homeostaz en derin ve en genel haliyle, bilinçli kontrolün altındaki düzeyde "otomatik" olarak ilerler. Bu tür faaliyetler, gerilime maruz kalmış tüm organizmalarda meydana gelir ve hakkında çok az şey bildiğimiz derinlik ve karmaşıklıkları kapsar. En derin ve en gizemli güçlerimiz bu düzeylerde harekete geçer.

Bu kitapta anlatılan hastaların bazıları –Rose R., Rolando P., Leonard L. vs.– hiçbir zaman "tatmin edici" bir uzlaşma elde edemediler ve ya L-DOPA tedavisini tamamen bırakmak ya da berbat bir "*yaşam tarzı*"nı kabullenmek zorunda kaldılar. Hikâyeleri aktarılan diğer hastalar –ve belki de L-DOPA verilen "sıradan" Parkinson hastalarının çoğunluğu– sonunda, daha tatmin edici uzlaşmalar elde etti. Bu tür hastaların ortak noktası, L-DOPA'nın etkilerinde kademeli bir azalma görülmesi ve uzun vadede bir tür düzlüğe ulaşmalarıdır. Ulaşılan bu düzlük hem bir kazanç, hem de bir kayıp içerir: Oldukça kalıcı ve tatmin edici bir işlev düzeyi, *fakat* tam kapsamlı bir "uyanış"ın ya da "yan

etkiler"ın yaşattığı dram. Bu tür hastalar artık ne çok sağlıklı ne de çok hastadır; "uyanışlar"ı ve "sıkıntılar"ı geride kalmıştır; eskiye kıyasla daha durgun sulara varmışlardır ve hiç olmazsa bu, L-DOPA öncesi hallerine göre çok "daha iyi" bir durumdur. İlk vaka hikâyemiz (Frances D.) buna örnek teşkil eder.

Bu türden tatmin edici bir uzlaşmanın meydana gelebileceğini öngörebilmemizi sağlayan basit bir yol ya da bir dizi ölçüt var mıdır bilemiyorum. Elbette, ilk baştaki Parkinsonizmin ya da post-ensefalitik hastalığın şiddeti, faydalı bir gösterge değildir. Örneğin, oldukça hafif Parkinson rahatsızlığı olup da, içinden hiçbir zaman çıkmadıkları, kontrol edilmesi zor "yan etkiler" yaşayan hastalar gördüm. Öte yandan da Magda B. gibi bir hastanın, hastalığının ilk baştaki yıkıcı şiddetine rağmen, tedaviye olumlu tepki verip, sağlıklı halini sürdürdüğünü de görebiliriz.

Bu gösteriyordu ki, beynin (ya da organizmanın) diğer kısımları derindeki homeostazın gücünü ve kapasitesini ya tek başlarına tayin etmeli ya da tayin edilmesinde yardımcı olmalıdır. Örneğin, beyin kabuğunun işlevsel bütünlüğünün bu türden bir ön koşul olduğu açıktır, zira eğer beyin kabuğu zarar görmüşse uzlaşma yıkıma uğrayabilir (Rachel I.'da olduğu gibi).

Fakat sanırım bu temel süreçler bile uzlaşmanın genişliğini ve kapsamını tanımlayamaz. Bu nedenle hücresel, kimyasal ve hormonal düzeylerden tutun da benliğin örgütlenmesine kadar her türden işlevsel örgütlenmelerden ve uzlaşmalardan oluşan, neredeyse sınırsız bir repertuarın devreye girebileceği olasılığını göz önünde bulundurmalıyız – "iyileşme arzusu". Sadece L-DOPA ve Parkinsonizmin kapsamında değil, kanser, tüberküloz ve nevrozda da –tüm hastalıklarda– her şeyi kaybettiğimizi sandığımız bir dönemde, olağanüstü, beklenmedik, "açıklanması güç" bir kararlılık ve azimle hastalığa karşı gösterilen direnişe sıkça rastlarız. Şaşkınlık ve haz duyarak bu tür şeylerin olabileceğine ve bunların L-DOPA kullanan hastalarda da görülebileceğine ihtimal vermeliyiz. Bunların *neden* meydana geldiği ve gerçekte *neler* olduğuna dair sorulara cevap verebilecek donanıma henüz sahip değiliz; zira sağlık, herhangi bir hastalıktan daha derin bir kavramdır.

Kısmen bilince ve kısmen de iradi kontrole bağılı olarak elde edilen uzlaşma düzeyine eriştiğimiz zaman, ele aldığımız konuların her aşamasında rastladığımız kavramlarla karşılaşırız: Öyle ki “özel” alan, bireye özgü faaliyetlerin ve hislerin yer aldığı alan, her yerde, insani ve gayri insani çevreyle, yani “kamu-sal” alanla iç içe geçmiştir. Bireysel çabaları sosyal çabalardan ayıramayız, zira bunlar hastanın dünyadaki mevcudiyetine yardımcı olur (ya da engel olur); hastanın tedaviye yönelik çabaları, içinde bulunduğu dünyanın rıza göstermesine, tedaviye yönelik diğer çabalar ise hastanın rıza göstermesine/uyumuna bağlıdır. Mümkün olanı gerçekleştirebilmek adına birlikte çalışılmalıdır.

Doktorlar, sanki “köklü” önlemlerden farklıymışçasına sık sık “koruyucu”, “önleyici” ya da “destekleyici” önlemlerden söz eder. Daha ayrıntılı incelediğimiz vakit bu ayrım ortadan kalkar: Bu aşamada değineceğimiz tedaviye yönelik önlemler, en az L-DOPA tedavisi kadar köklüdür ve L-DOPA tedavisinin *başlıca* tamamlayıcısıdır. Hastalığın temel kavramı rahatsızlık olduğuna göre tedavinin temel kavramı da *rahatlamadır*: Hastanın rahatlığını arttıran her şey, patolojik potansiyelini azaltır ve mümkün olan en kapsamlı uzlaşmaya yardımcı olur.

L-DOPA almaya devam eden tüm hastaların tahammül sınırında bir azalma görülür. Bu hastalar bir taraftan özellikle rahatlamaya ihtiyaçları artarken, diğer taraftan da gerginlik ve sıkıntıya karşı özellikle duyarlı hale gelirler. İster gece uykusu ya da “şekerleme”, isterse de “sakinleşme” ya da “gevşeme” şeklinde olsun, dinlenme ihtiyacı önem kazanır. L-DOPA alan hastalar, ihtiyaç duydukları kadar uyku uyuyamıyor ya da dinlenemiyorsa “yan etkiler”in güçlenip, faal hale geldiğini görürüz. Bunu, hastane dışında tedavi gören ve en iyi durumdayken hiçbir sorun belirtisi ortaya koymayan (örneğin, George W. gibi) Parkinson hastalarında dahi gözlemlemek mümkündür. “Yeterli dinlenme” kavramı her hastaya göre farklıdır ve bunun süresi “normal” ihtiyaçları epey aşabilir; günde on iki saat uyudukları takdirde son derece sağlıklı kalabilen, daha az uyuyabildikleri zamanlarda ise ilacın kontrol edilmesi güç “yan etkilerini” yaşıyan birkaç hastam vardır.¹⁴⁰

İster yüksek ateş ya da ağrı, isterse de hastalık, hüsrân, en-

dişer ya da öfke nedeniyle meydana gelsin, gerginliğe karşı tahammülsüzlük aynı ölçüde göze çarpar. L-DOPA tedavisi olan ve “hemen hemen normal” bir görüntü sergileyen hastalarda, bu tür tuhaf tahammülsüzlükleri her çeşit baskı karşısında sıkça görürüz.¹⁴¹ Fakat yaşam “rahatlama”nın yanında *eylemi* de içerir; rahat bir koltukta gevşeyebiliriz ancak bu gevşeme, hareket etme dürtüsü üzerimizde zorunlu bir baskı yaratana kadar sürebilir; ve eğer gereksinim duyduğumuz anda hareket edemezsek, son derece rahatsız oluruz. Hareket engeli, tüm bu hastalarda temel bir bulgudur ve bunun yol açtığı sıkıntı, diğer çeşitli bulguları da beraberinde getirmeye eğilimlidir. Sıkıntı ve rahatsızlıktan oluşan bu kısırdöngüyü kırabilmek ve hareketi kolaylaştırmak için çeşitli yöntemlere ihtiyaç vardır. L-DOPA kullanımına ilaveten kaçınılmaz olarak kullanılan bu yöntemler, kritik önem taşıyan uzlaşmaları da beraberinde getirir.

Bu tür yöntemlerin ve uzlaşmaların sadece birkaçından söz edebiliriz. Bunlardan biri Frances D. ve diğerlerinin son derece başarılı bir biçimde uyguladıkları “oto-komut” ve “süratli adım” yöntemidir. Bunun değişik bir türü de, oto-komutun mümkün olmadığı durumlarda devreye sokulan harici komut ve önerme yöntemidir – bu, tüm Parkinson hastalarında kritik öneme sahiptir. Müziğin tedaviye yönelik olağanüstü bir gücü vardır ve başka türlü mümkün olmayan hareket kolaylığını olanaklı kılabilir. Mobilyaların tasarımı ve iç mimari de, serbestçe hareketi mümkün kılmakta aynı ölçüde önem taşır. Mekanik zorluklar da rahatça aşılabilecek hale getirilmelidir, zira bunlar L-DOPA kullanan hastalar için kritik tehlikeler oluşturabilir.¹⁴² Bu ve buna benzer yöntemlerle, semptomlara eğilimli hastanın, yaşadığı çevreyle karşılıklı erişebileceği uzlaşmanın düzeyi, L-DOPA’nın sonuçlarını belirler (ya da belirlenmesine yardımcı olur).

Bunu gibi birçok yöntem sayesinde, bazı Parkinson hastaları ve L-DOPA tedavisi gören hastalar, rotalarını kurnazlıkla ve ustaca tayin eden ve tecrübesiz hastaların anında “su alıp batmasına” neden olacak sorun denizinde kolaylıkla yönlerini bulan maharetli denizciler olurlar. Bu tür kurnazlık ve hilelerin öğrenilip kullanılması, diğer unsurların yanında, her bir hastanın yaratıcılığına ve becerisine hem kendilerinin hem de etra-

fındakilerin tavrına ve bu dünyadaki mevcudiyetlerini inceleme yönündeki fırsatları değerlendirmelerine bağlıdır.¹⁴³ Genelde post-ensefalitik hastalar, bu anlamda, “sıradan” Parkinson hastalarından çok daha kurnaz ve uyanıktır; onlar çoğunlukla (L-DOPA’nın ortaya çıkışından bile önce), hastalıklarının fırtınalı denizlerinde onyıllar boyunca tecrübe kazanmışlardır; bu kurnazlığı ve kavrayışı ıstırap çekerek elde etmişlerdir: onlar, kaderleri tarafından uzun ve serüvenli bir yolculuğa zorlanan adı sanı duyulmamış post-ensefalitik Odiseus’lardır.

“Derin” bir uzlaşma, dinlenme, bakım, beceri – bunların tümü L-DOPA tedavisi gören hasta için elzemdir. Fakat hepsinden önemlisi ve belki de tümünün ön koşulu, dünyayla adanmaklı bir ilişki tesis edilmesidir – özellikle de diğer insanlarla ya da diğer *bir* insanla. Zira dünyadaki mevcudiyetimizi makul bir şekilde sürdürmemiz insan ilişkileriyle mümkün hale gelir. Dünyanın varlığını tümüyle hissetmek, insan olarak bir diğer *bireyin* varlığını dolu dolu hissetmeye bağlıdır; insanların varlığı bizlere gerçekliği bahşeder; insansız kalmanın gerçekdışılığı ise bu gerçekliği bizden alır götürür; gerçekliğe, güvene, güvence olmaya dair hislerimiz, ciddi boyutta insan ilişkisine dayalıdır. *Tek bir* iyi ilişki, içine düştüğümüz sorun denizinde bize uzatılan bir can simidi, bir kutup yıldızı ya da pusula gibidir. Bu hastaların hikâyelerinde, tek bir ilişkinin onları içine düştükleri zor durumlardan nasıl çıkardığını tekrar tekrar görürüz. İnsanlarla yakınlaşma iyileştiricidir; bizler birbirimizin doktorlarıyız – “Sadık bir dost yaşamın hekimidir” (Browne). Dünya iyileşmenin gerçekleştiği hastanedir.

Esas olan dünyada *evimizde* gibi hissediyor olmamız, varlığımızın derinliğinde, dünyadaki bu evimizde gerçek bir yerimiz olduğunu bilmemizdir. Mount Carmel gibi hastanelerin temel işlevi –öyle ki bu yerler dünya nüfusunun birkaç milyonuna ev sahipliği yapar– *konukseverlik* sağlıyor, gerçek evlerini yitirmiş hastalar için bir ev hissini verebiliyor olmalarıdır. Mount Carmel ne derece bir *ev* görevi üstlenirse, içindeki hastaların tümünü de o derece iyileştirir; fakat bir *akıl hastanesi* kimliğine büründüğü ölçüde de, hastalarını gerçeklik ve evlerinde hissetme duygusundan mahrum eder; onları sahte bir evin ve gerileme ve hastalığın

bedelini ödedikleri bir yerin içine iter. Bu, gerçekdışı, “mucizevi” beklentilerin eşlik ettiği, sahte bir evdeki sahte vaatlerin bir ilahtan umulduğu ölçüde, L-DOPA için de aynen geçerlidir. 1969 yılının sonbaharında hastalarımızın yaşadığı sıkıntılar had safhadaydı – bu, hastanenin karakter değiştirdiği, her türden insan ilişkilerinin gerginleştiği ya da baltalandığı (benim hastalarımızla olan ilişkilerim de dahil) ve nevrotik umutlarla korkuların aşırı ölçülere vardığı bir dönemdi. Bu dönemde, daha önce uzlaşma elde eden, kendileriyle ve dünyayla olabildiğince barışık hisseden hastalar, bu uzlaşmadan yoksun kaldılar ve son derece huzursuz oldular: Bu, mümkün olan her düzeyde yaşanan, sosyal, fizyolojik bir huzursuzluktu.

Artık bu hastaların çoğu yeniden huzura ve uzlaşmaya ermişler, iyi ilişkileri yeniden tesis etmişler ve bu sayede L-DOPA'ya çok daha olumlu tepkiler vermeye başlamışlardır. Bunu, işine ve dünyadaki yerine yeniden kavuşan Miron V.'nin, çocuklarına ve ailelerinin sevgisine yeniden kavuşan Magda B., Hester Y., ve Ida T. gibi hastaların dokunaklı hikâyelerinde açıkça görürüz. Kendilerini ve dünyayı sevebildikleri ölçüde bunu tüm hastalarda görürüz.

Her çağda, Leibniz, Donne, Dante, Freud gibi şairlerin, hekimlerin ve metafizikçilerin o güzel ve muazzam metafiziksel gerçeği dile getirdiğini görürüz: Eros tanrıların en eskisi ve en güçlüsüdür; aşk, varoluşun *başlangıcı ve bitişidir*; iyileşme ve bütünlüğümüze kavuşmanın yolu sevgiden geçer.

Ve böylece hikâyemizin sonuna geliyoruz. Bu hastalarla neredeyse yedi yıl geçirdim. Bu hem benim hem de onların yaşamında kayda değer bir süredir. Bu yedi yıl tek bir uzun gün gibiydi adeta: Hastalıkla geçen uzun bir gece, sabahında bir uyanış, tam öğle vaktinde yaşanan sıkıntılar ve dinginlik, huzura erilmiş uzun bir akşamüstü. Yanı sıra bu hastalar, varoluşun en derin ve en karanlık okyanuslarında, garip, uzun ve maceralı bir yolculuk gerçekleştirmişlerdir; bunların arasında nihai bir limana sığınamayanlar ise, etrafı sarp kayalarla dolu bir adada kendilerini çevreleyen tehlikelere karşı mücadele vermişlerdir.

Kendi arzuları ya da hataları sonucunda olmasa da, bu hastalar insanın varoluşunun ve ıstıraplarının derinliklerini, en aşırı

uçlardaki olasılıklarını araştırmakla yükümlü kılınmıştır. Etrafındaki insanlara yardımcı oldukları, onları aydınlattıkları, acının, bakımın ve tedavinin doğasını daha derinlemesine anlamamızı sağladıkları takdirde, zorla, arzuları dışında yaşadıkları bu çarmıha gerilme sonuçsuz kalmayacaktır. Gönüllü olmasa da bu hakikat ve cömertlik hissi, bu uğurda yitip gitme, hastaların farkında oldukları bir olasılıktır – örneğin tüm hastalar adına bunu dile getiren Leonard L., otobiyografisinin sonuna şu notu düşmüştür: “Ben canlı bir mumum. Ben eriyip gideceğim ki sizler birşeyler öğrenebilesiniz. Benim çektiğim ıstırapın, eriyip giderken yaydığım aydınlığın ışığında yeni şeyler görülecektir.”

Başlangıçta ve sonunda gördüğümüz şey, mekanik tıbbın ve mekanik bir dünya görüşünün son raddedeki yetersizliğidir. Bu hastalar, mekanik düşüncenin yanlışlığının yaşayan kanıtlarıdır; tıpkı biyolojik düşüncenin yaşayan örnekleri oldukları gibi. Doğaya dair canlı bir hayal gücü, bu hastaların hastalıklarında, sağlıklarında, tepkilerinde ifade bulur. Bu kafamızda canlandırdığımız doğayla denkleştirmemiz gereken bir hayaldir. Hastalar bize Doğanın her yerde gerçek ve yaşam dolu olduğunu ve bizim Doğaya ilişkin düşüncemizin de gerçek ve yaşam dolu olması gerektiğini gösterirler. Bize, mekanik yeteneklerimizin fazlasıyla geliştiğini fakat biyolojik bilgimizin, sezgilerimizin ve bilincimizin eksik olduğunu hatırlatırlar; hepsinin ötesinde, sadece tıp alanında değil, *tüm* bilim alanlarında, yeniden kazanmamız gereken anlayış budur.¹⁴⁴

Onları tanıdığım yıllar boyunca –ve hepsinden öte L-DOPA tedavisi gördükleri süre zarfında– bu hastalar birçok insanın yaşamadığı ve yaşamayı da arzu etmeyeceği çapta ve derinlikte deneyimlere sahip olmuşlardır. Yüzeysel ölçütlere göre birçoğu, tam bir daire çizerek, başladıkları yere geri dönmüşlerdir; fakat gerçekte durum hiç de böyle değildir.

Bir açıdan hâlâ (ya da yeniden) ağır Parkinson hastası olabilirler, fakat onlar artık eskiden oldukları insanlar değildir. Kendilerine ve olayların doğasına dair, eşine az rastlanır türden, yalnızca deneyim ve ıstırap sayesinde ulaşılan bir derinlik, doymuşluk, zenginlik ve bilinç elde etmişlerdir. Bir başka insan, bir doktor olarak mümkün olduğunca onların deneyimlerini ve

hislerini algılayıp ya da paylaşp, onlarla birlikte ben de bu deneyim ve hisler sayesinde derinlik kazanmaya çalıştım; eğer onlar eskiden oldukları insanlar değillerse, artık ben de eski ben değilim. Daha yaşlı ve yıpranmış olsak da artık daha sakin ve derinlik kazanmış insanlarız.

1969 yazında, ilaç sayesinde birdenbire bir şimşek gibi parlayan uyanış, geldiği gibi gitti; benzerine bir daha rastlanmayacaktı. Fakat ardından o uyanışın pırıltısında bir başka gelişme yaşandı – daha yavaş, daha derin, yavaş yavaş gelişen, hastaları bir duygu, bir ışık, his ve güçle kucaklayıp saran, *farmakolojik*, hayali ya da sahte olmayan, yaratıcı bir uyanış: Onlar –Browne’un ifadesinin farklı bir yorumuyla– bir kez daha ideallerinin sinesinde huzura ermişlerdi. Varoluş sebeplerini tekrar duyumsamaya, gerçekliğin zeminine tekrar tutunmaya, hastalıkla geçen o uzun dönemde yoksun kaldıkları dünyaya ve evlerine dönmeye başlamışlardı. Bu, onlarda sezinlediğim eve dönüş hissiydi. Yaşadıkları deneyimler bana kılavuzluk etmiştir ve o sonsuz eve dönüş yolculuğunda, bazı okuyucularıma da kılavuzluk edecektir:

Waldzell’e vardığında, eve dönüşünden ötürü daha önce hiç tatmadığı türden bir haz duydu. Yokluğunda, bunun daha hoş ve ilginç bir duygu haline geldiğini hissetti – ya da belki de, algılama gücü artmış olarak geri döndüğünden, şimdi buna yeni bir açıdan bakıyordu... “Bana öyle geliyor ki, buradaki bütün yıllarımı uykuda geçirmişim,” diye itirafta bulundu arkadaşı Tegularius’a... Şimdi adeta uyandım ve gerçekliğin alametlerini taşıyan her şeyi daha açık seçik görüyorum.”

Hermann Hesse

Ve tüm keşiflerimizin sonunda
Başladığımız yere varırız
Ve bu yeri ilk defa görmüş gibi oluruz...

Eliot

Sonsöz (1982)

Uyanışlar'daki hikâyeleri tamamlayışımın üzerinden on yıl geçti. Bu on yıl içerisinde, halen yaşamlarını sürdüren fakat sayıları giderek azalan hastalarla çalışmaya ve onların L-DOPA'ya verdikleri süregelen tepkileri gözlemlemeye devam ettim. İnsanların her türden sorularıyla sıkça karşılaştım. Fakat herkesin sorduğu temel soru şuydu: "O olağanüstü hastalarınız hâlâ yaşıyor mu? Bunca yıldan sonra L-DOPA hakkında ne düşünüyorsunuz? *Uyanışlar*'ı ilk yayımladığınız zamandan bu yana bakış açınızda değişiklik oldu mu?"

Uyanışlar'ın ilk yayımlandığı dönemde, hikâyelerini aktardığım yirmi hastanın yedisi halihazırda yaşamını yitirmişti. Devam eden hikâyelerini bu bölümde aktaracağım kalan on üç hastadan onu daha yaşamını yitirdi (bunlardan biri, aslında hikâyesini yazdıktan sonra Ekim 1981'de yaşamını kaybeden Martha N. idi: Böylece, orijinal baskıdaki Rolando P'de olduğu gibi, onun hikâyesi için de epey melankolik bir son yazmak zorunda kalmıştım). Dolayısıyla bugüne gelindiğinde (Şubat 1982), ilk baştaki yirmi hastadan sadece üçü hayatta –Hester Y., Miriam H., Gertie C.– ve onlar da son derece dinç ve yaşamdan haz alır durumdalar.

Uyanışlar'da ayrıntılı olarak hikâyelerini anlattığım yirmi hasta, çok daha fazla sayıdaki hastanın içinden seçilmiş örneklerdi: Bunların bazılarını dipnotlarda ya da fotoğraflarda kısaca değinilmiştir –Seymour L., Frances M., Lillian T., Lillian W., Maurice P., Edith T., Roselie B., Ed M., Sam G. vs.– fakat hiç sözü-

nü etmediğim çok daha fazla sayıda hasta vardı. *Uyanışlar*'daki yirmi hastadan, hayatta kalan üç tanesinin dışında Mount Carmel'de halen ilk baştaki post-ensefalitik hastalardan otuz kadarı yaşamaktadır ve bunların çoğu 1920 ve 30'larda hastaneye kabul edilen hastalardır. Bunlara ilaveten, geçtiğimiz on beş yılda –ve özellikle de *Uyanışlar*'ın ilk yayımlanmasından bu yana– Mount Carmel'e post-ensefalitik'ten mustarip yirmi hasta daha getirdim. Dolayısıyla, şimdi bile, salgının başlangıcından altmış beş yıl sonrasında, Mount Carmel'de halen hayatını sürdüren elliden fazla hastamız var; bunların çoğu L-DOPA'ya gereksinim duymakta ve bu ilaçla tedavileri sürmekte.¹⁴⁵

Mount Carmel'deki bu esas topluluğa ilaveten, gözetimim altında bir otuz post-ensefalitik hasta daha bulunmaktadır. Bunların bir kısmı diğer bakımevlerinde ve hastanelerde, diğerleri ise (Cecil M. gibi) hastane dışında yaşamını sürdürmektedir. Uykulu hastalıktan bunca yıl sonra bile, sürekli bakımı ve gözetimi altında seksenden fazla post-ensefalitik hastası olan ya da L-DOPA'nın etkilerini bu denli uzun bir süre boyunca gözlemleyen bir başka doktor tanımıyorum. Onlar gibi ben de, eşi görülmedik bir olayın son tanıklarıyız – elli yıl boyunca süren bir “uyku” ve ardından on iki yıldan fazla süren “uyanış”.

Genelde –kaçınılmaz bir biçimde yaşlanarak, kronik hastalıklarla ve ölümle ödedikleri acı bedele rağmen– *Uyanışlar*'ı ilk yazdığım döneme kıyasla çok daha iyimser biri oldum, zira L-DOPA tedavilerinin ilk yıllarında yaşadıkları azapların ardından son derece olumlu tepkiler ortaya koyan –ve halen de bunu sürdüren– azımsanmayacak sayıda hasta var. Bu tür hastalar *uzun süreli* bir uyanış yaşayıp, L-DOPA'nın gelişinden önce, yaşama dair mümkün olmayan, düşünmesi dahi imkânsız olanakları elde etmişlerdir. Bu hastalardan birkaçı (Hester Y., Miriam H., Gertie C.), bu bölümde hikâyelerini aktaracağımla hastalar arasındadır; fakat bildiğim kadarıyla, bunların dışında, on yıldan fazla bir zamandan bu yana uyanık bir yaşam sürdüren ve yaşamlarının geri kalanında da bunu devam ettirmeyi ümit eden böyle düzinelerce hasta vardır. Keşke, tüm bu diğer hastalara dair, çoğunlukla mutluluk verici hikâyeleri de anlatabilseydim – fakat tek yapabildiğim atıfta bulunup,

dipnotlarda onlardan kısaca bahsedebilmek (örneğin, dipnot 97'de Ed M.'den bahsettiğim gibi).

Genel ifadelerle diyebilirim ki, hastalığı en şiddetli yaşayan post-ensefalitik hastalar bile, L-DOPA ile tedavi edildiklerinde, sonuçta "sıradan" Parkinson hastalarından daha iyi sonuçlar elde edebilirler (bkz. dipnot 51). Bunun birçok nedeni vardır: Post-ensefalitik hastalarımız, 1969 yılında L-DOPA tedavisi görmeye başladıklarında, "sıradan" Parkinson hastalarından daha gençti. Dahası –paradoksal bir yaklaşımla– bu denli uzun bir süreden bu yana yaşadıkları hastalıklarından ötürü hastalığa ve onunla her yöntemi deneyerek mücadele etmeye dair tecrübe ve bilgi kazanmışlardı. Bu nedenle onlar, "sıradan" Parkinson hastalarından daha becerikli savaşçılar haline gelmişlerdi. Son olarak ve esasen, sıradan Parkinson her zaman ilerleme kaydederken, post-ensefalitik sendromlar çoğunlukla devinimsiz hastalıklardır. Dolayısıyla, bu türden bir hasta L-DOPA'ya uyum sağladığı takdirde, yaşamının geri kalan kısmında da aynı ölçüde bir uyum düzeyi elde edebilir. İzleyen hikâyelerde bu genel yaklaşımlar örneklerle açıklanmıştır.

Bu özgün yaklaşımlardan, "Perspektifler"de ele alınan çok daha geniş yaklaşımlara geçerken, diyebilirim ki, bir yandan o dönemde yazdığım her şeyi, "duyumsadıklarımı" ya da yaklaşımlarımı çoğunlukla muhafaza ederken öte yandan da çok daha ciddi boyutlarda formülasyonlar elde etmek için mücadele ettim ve zaman zaman bunları elde ettim – bunlar, on yıl önce ifade edebileceğimden daha derin ama yine de daha basit yaklaşımlardır. Ne denli teorik görünseler de, her zaman deneyimden kaynaklanmışlardır ve bu deneyimlerin ışığında sürekli denenip, test edilmişlerdir – zira deneyim gerçekliğin yegâne ölçütüdür. Bana öyle geliyor ki, klinik tıbbın gündelik uygulaması teorik ve hatta "felsefi" bakış açılarına ihtiyaç duyar ve bizleri gereksinim duyduğumuz bakış açılarına kusursuz bir biçimde yönlendirir. Tıbbın felsefi bir eğitim sağlıyor olması –ve bu herhangi bir filozofun sağladığından daha iyi ve doğru bir eğitimidir!– keyif veren bir keşiftir; bunun daha geniş bir çoğunluk tarafından fark edilmemesi bana tuhaf geliyor. Filozofların

arasında neredeyse bir tek Nietzsche, felsefeyi, insan bedenini algılamamızın (ya da yanlış algılamamızın) temelinde ele alır ve dolayısıyla Filozof Doktor idealine itimat eder (özellikle bkz. *Fröhliche Wissenschaft [Şen Bilim]* adlı eserinin 1886 yılında yazılmış "Önsöz"ü).

Tıp, yalnızca ilaç vermekten ibaret oldukça, zekâ ya da düşünceye çok az yer kalır; doktorlar sadece şifa dağıtmakla yetinmemelidir. Şayet L-DOPA yeterli ya da kusursuz deva sağlasaydı, eğer herhangi bir tedavi yöntemi ya da ilaç, "salt tıbbî dayalı" herhangi bir yaklaşım bu hastaların sorunlarını kökten çözseydi, göz önüne alınacak bir "durum" ya da ele alınacak bir mesele kalmazdı. Post-ensefalitik hastalığa özgü benzersiz sorunların, en az onlar kadar sık görülen, ilaç tedavisinin yol açtığı sıradan sorunlarla birlikte yeniden ortaya çıkması tümüyle L-DOPA'nın gücünün sınırları ölçüsündedir – öyle ki akla yatkın tüm kimyasal yaklaşımların, tüm tıbbî ilaçların gücü sınırlıdır. Bu anlamda, diğer türdeki yaklaşım ve tedavilere ihtiyaç ortaya çıkar. Bu yaklaşım ve tedavi yöntemleri, ilaçla tedavinin ve genelde ya da alışlageldiği üzere "tıp" diye adlandırılan yaklaşımın ötesine geçmelidir.

Alışlagelmiş tıp anlayışına ilaveten, organizma ve yaşamı çok daha derinden kavrayan bir anlayışa dayalı bir tıp yaklaşımına ihtiyaç duyarız. Bu gereksinim, nörolojik (ve nöro-psikolojik) sorunlar ve hastalarla karşılaştığımızda özellikle belirgin ve elzem hale gelir. Bu son derece farklı tıp alandaki en bilgili, en büyük yenilikçi A.R. Luria idi. Fakat *Uyanışlar*'da ele aldığımız sıra dışı hastalar, Luria'nın dahi düşünmediği sorunlar yaşar. Bu tür sorunlar, James Purdon Martin adında son derece alçakgönüllü ve önemli bir şahsiyet tarafından hem teorik hem de pratik açıdan ele alınır. Martin, Highlands Hastanesi'ndeki post-ensefalitik hastaların titiz ve ayrıntılı gözlemlene ve incelemesiyle geçen yıllarını esas alarak çok önemli ve harika bir kitap yazmıştır (Martin, 1967). Bu tür hastaları hiç kimse onun kadar anlayamamıştır – ve bu anlayış sadık, titiz ve son derece sabırlı bir gözleme, söz konusu olgulara karşı önyargısız ve saf bir sevgiyle yaklaşıma, buna eşlik eden derin bir fizyolojik bilgi birikimi ve kavrayışa dayanır. Bu kavrayışta köklü ve teorik bir

ilgi ve hayat kurtarmanın önemi hemen göze çarpar. Farklı yöntemler deneyerek hareket edemeyen hastaların, çeşitli yöntemlerle hareket etmelerinin nasıl mümkün hale gelebileceğini tarif eder – bazen hafifçe sarsarak; bazen ellerine bir nesne tutuşturarak; ve en ilginç, örneğin yere enine çizilen çizgiler sayesinde, hastaya bir tür harici düzenleyici ya da komut sağlayarak.

Bu radikal bir tıp anlayışıdır, zira fizyolojik olan bu yaklaşım hassas bir biçimde ve doğrudan *işlevle* ilgilidir. Radikaldir, zira bu pasiften ziyade aktif bir yaklaşımdır – artık karşımızda, edilgen bir biçimde kendine verilene razı olan bir hastadan ziyade kendi tedavisi üzerinde etkinlik kurabilen bir hasta vardır. Radikal olmasının yanında akla da yatkındır, zira bunlar her hastanın öğrenebileceği ve kendine yarar sağlayabileceği evrensel yöntemlerdir. Bu hastayı ve doktorunu öğrenme, öğretme, iletişim kurma ve kavrama adına bir araya getiren ve işbirliği yapmalarına olanak tanıyan, aktif bir fizyolojik tıp anlayışıdır. Dolayısıyla bu hastalar, L-DOPA'nın kullanımı ya da alışıl gelmiş ve tümüyle deneysel tıp anlayışı, evrensel ve akla yatkın bir tıp anlayışıyla, Luria ve Purdon Martin'in tıp yaklaşımlarıyla takviye edilmelidir.

Luria gibi Purdon Martin de, nörolojik yönden hasarlı hastalar için *algoritmalar* ya da evrensel yöntemler bulma kaygısı taşır. Bu tür algoritmalar gerekli olsa da tek başlarına yetersizdir. Bundan kastım, daha yetkin türden, süper algoritmalar değildir. Hastaların ihtiyaç duyduğu şey, herhangi bir algoritmadan çok daha basittir ve hastalara, hiçbir algoritmanın başaramayacağı ölçüde hareket etme ve iş görme olanağı sağlar. Tüm yöntem ve yordamları aşan ve algoritma ya da stratejiden özde farklı olan bu gizemli şey nedir? Tabii ki sanat.

Novalis'in özellikle beğendiğim bir deyişi vardır: "Her hastalık müziksel bir sorundur. Her deva müziksel bir çözümdür." Parkinson ve post-ensefalitik hastalar açısından bu yargının tamamen geçerli olduğunu görürüz: Bir adım atmakta dahi zorlanan hastaların mükemmel bir rahatlık ve zarafetle dans ettiklerini, ses çıkarmakta ya da tek bir kelimeyi bile telafuz etmekte zorlanan hastaların kolayca şarkı söylediğini ve müziğe, ihtiyaç duyduğu tüm hacmi, tüm zenginliği ve hassas titreşimleri, tüm

hisleri kattığını görürüz. Tıkanıp kalmış, kekeleyen ya da titrek elleriyle kargacık burgacık yazılar yazan hastaların –birdenbire– yaptıkları işe “kendilerini verebildiğini” ve alışageldikleri rahatlık ve tarzda yazabildiğini, Luria’nın ifadesiyle yazmanın “kinetik melodisi”ni tümüyle yeniden elde ettiklerini görürüz. Tek bir hareketi dahi başlatmakta zorlanan hastaların en ufak bir zorluk çekmeden, mükemmel bir uyumla ve tamamen kendi tarzlarında bir topu nasıl yakaladıklarını ve geri attıklarını –hem ben hem de hastalar bundan her zaman haz duyduk– görürüz.

Bunların arasında en bilinen ve en önemli olguyu da bu kapsamda gözlemleriz. Bu olgu da, diğer insanların Parkinson hastaları açısından önemlidir. Birçok Parkinson hastası kendi başına yürüyemez, ya donup kalır ya da kekeler, kontrolsüz ve telaşlı hareketler yapar; fakat eğer yanında biri varsa kusursuz bir biçimde yürüyebilir – ona dokunması gerekmez, zira *görsel* bir dokunuş yeterlidir. “Temas refleksleri”ne dair çok şey yazılıp çizilmiştir, fakat bunların yeterli olmadığı kesindir ve mevcut açıklamalarla aynı kapsamda değildir.

Müzik konusunda son derece akıcı ve güçlü ifadeleri olan bir hasta (bkz. dipnot 45), tek başına yürümekte büyük zorluk yaşıyordu. Fakat yanında kendisiyle birlikte biri olduğu vakit, mükemmel yürüyordu. Bu konudaki yorumları son derece ilgi çekicidir: “Benimle birlikte yürüdüğünüz zaman, sizin yürüme yetinizi kendimde hissederim. Sizin sahip olduğunuz gücün ve serbestliğin *bir parçası olurum*. Yürüme yeteneğinizi, algılarınızı, hislerinizi ve varlığınızı *paylaşıyorum*. Farkında bile olmadan, benim yeteneklerimi büyük ölçüde arttırırsınız.” Bire bir aynı olmasa da, bu hasta söz konusu deneyiminin, müziğe dair deneyimleriyle çok benzeştiğini düşünüyordu: “Müziğin bir parçası olduğum gibi, diğer insanların da bir parçası haline gelirim. İster diğer insanların kendi doğal hareketleriyle, isterse de müziğin hareketiyle olsun, yaşayan bu hareket hissiyle aramda bir iletişim kurulur. Bu salt bir hareket değil, varoluşun ta kendisidir.” Hiç şüphesiz bu hasta, herhangi bir “temas refleksi”nin ötesine geçen insan üstü bir deneyimi tarif etmektedir. Temasa dair olanın özünde müziksel olduğunu görürüz – müziksel ola-

nın temasa ilişkin olması gibi. Hareket edebilmek için “temas” gerekir. Bu hasta, ister diğer insanlardan isterse de müzikten bahsediyor olsun, aslında yalnızca bundan, iki varlığın gizemli “dokunuşundan”, temasından bahsetmektedir. Başka bir ifadeyle, duygu paylaşımını tanımlamaktadır.

Belki de tüm bunlar, kulağa haddinden fazla şiirsel geliyordu. Fakat böylesine bir uyanışın doğruluğu, yalnızca klinik açıdan değil, aynı zamanda fizyolojik açıdan da kolayca teyit edilir. Uyanışın harikuladeliğini ve sanatın harekete geçirici gücünü örneklerle ortaya koyan bazı EEG kayıtlarıyla, video bant kayıtlarını birleştirdim. Ed M. adındaki hastaya ilişkin bu türde şaşırtıcı bir kayıt mevcuttur. Bu hastanın vücudunun bir tarafı akinetik, diğer tarafı ise aşırı hareketliydi (bir tarafını iyileştirmek için kullanılan bir tedavi, diğer tarafını daha kötü bir hale getiriyordu) ve EEG kayıtları da buna uygun bir biçimde asimetrikti. Bu adam iyi bir piyanistti ve piyano çalmaya başlar başlamaz, sol tarafındaki akinezi ve sağ tarafındaki tikler ve kore kayboluyor, vücudunun her iki yanı da mükemmel bir biçimde bir araya geliyordu: Aynı anda patolojik EEG seyrinin kaba asimetrisi de kayboluyor, bunların yerini simetrik ve normal bir seyir alıyordu. Piyano çalmayı bıraktığı ya da içindeki müzik sustuğu andan itibaren, hem klinik durumu hem de EEG kayıtları anında çözülüp, ayrışıyordu (bkz. Ek bölüm: Uyanışların Elektriksel Esasları).

Hemen eklemeliyim ki, tüm hastalarda olduğu gibi bu hastada da, söz konusu tuhaf ve gizemli büyü işe yaramayabilir. En azından bu, onu genel bir algoritmadan, resmi bir prosedürden ya da mekanik yönden faydası olduğundan her zaman işe yarayan bir ilacın etkisinden farklı kılar. Neden sanat ya da kişisel etkileşim bazen “fayda sağlar,” bazen de sağlamaz? E.M. Foster’in konuya ilişkin etkileyici sözleri vardır: “Sanat ilaç değildir. Kullanıldığı vakit etki etmeyi garantilemez. Sanatın etki gösterebilmesi için öncelikle yaratıcı dürtü gibi gizemli ve değişken bir şeyler ortaya çıkmalıdır.”

Bu olguların gerçekliği su götürmez – fakat ne tür bir gerçeklik söz konusudur? Acaba doğal bilimlerin alanında mı yer alır? Bilim gerçekten de, ilk bakışta son derece gerçek ve kavran-

ması son derece zor bu olguları algılayabilir mi? Zaman zaman bilimin “gözünden” söz ederiz – kavramların bilimsel ihtişasında görsel ve yapısal bir şeyler vardır; oysa burada ele aldığımız şey kulağa, bir anlamda özünde müziksel ve tınısı olan, yapıdan ziyade eyleme dair bir şeylere ilişkindir. Bilimin gözü, müziğin gerçek karakterini ve insanı canlandıran eşsiz gücünü hissedebilir mi? Kant bile bunu hissetmiş (belki de istemeden!) ve müzikten “Hızlandırma Sanatı” diye bahsetmiştir. Eğer bilim ve düşünce müziği ele alırsa bu konuda ne söyleyecek? Söyleyeceği, tam olarak Leibniz’in ileri sürdüğü şey olacaktır: “Müzik bilinçsiz bir aritmetikten başka bir şey değildir... Müzik, insan ruhuna sayı saymanın ve bunun sayı saymak olduğunun farkına dahi varmaksızın verdiği hazzı verir.” Buna bir itirazımız yok, fakat bize müzik hissine ve onun iç hareketine –hareket etme kapasitesine– dair hiçbir şey anlatmıyor: Yani neyin onu hızlandırdığına ve hızlı kıldığına dair. Bize müziğin içindeki yaşamdan söz etmiyor.

Leibniz’in bu vecizesinde derin bir doğruluk payı vardır: Müzik *hakikaten de* bilinçsiz sayı saymayı içerir. Hepimiz yüzerken ya da koşarken bunu çok açık bir biçimde hissedebiliriz; özenli ve bilinçli bir biçimde her adımı ya da her kulacı saymaya başlarız; sonra – genelde birdenbire ve farkına varmaksızın – onu “hissetmeye” başlarız ve kesinlikle bilinçli bir sayma olmadan, mükemmel bir tempo ya da müziksel zamanlamayla kendimizi koşarken ya da yüzerken buluruz. Farkında olmadan metronomikten müziğe atlarız.

Fakat görünen o ki, Leibniz müziğin bilinçsiz bir sayı sayma ya da sayaç, içten gelen bir hız ya da metronomdan başka bir şey *olmadığını* söylemekte. Bu tür içsel hızlandırıcı ya da metronomlar gerçekten de mevcuttur; bunlar Parkinson hastalarında ciddi ölçüde hasar görmüştür – hastamız “müzikten mahrum edildiğini” söylerken kastettiği kısmen buydu.

Parkinson hastası gerçekten de içindeki ölçü ve hız hissini ciddi boyutta yitirmiştir – dolayısıyla önü alınmaz hızlanmalara ya da yavaşlamalara, büyütme ve küçültmelere yatkın hale gelir.¹⁴⁶ Parkinsonlu hasta uzayda ve zamanda kaybolmuştur – içindeki ölçü hissinden kesinlikle yoksundur; ya da bu ölçüler

inanılmaz boyutta değişken, çarpık ve dengesizdir: Daha önce bunu “göreceli bir hezeyan” diye ifade etmiştim. Elbette, en temel anlamda, Parkinson hastası ölçüye ihtiyaç duyar. Algoritma ve sanat, komut ve eylem nihai olarak tam da bu ölçünün koşulları altında bir araya gelirler. Fakat “l”den ve özellikle de ölçü hissinden bahsederken neyi kastederiz? Zira Parkinsonlunun yoksun olduğu şey ölçü hissidir ve bunu yeniden elde etmek ihtiyaç duyar. Fiziksel anlamda ölçü –tıpkı bir ölçüm aleti ya da saat gibi– sabittir ve alışılagelmiş bir kullanımı vardır. Dolayısıyla, Parkinson hastasının içindeki ölçüm aletlerinin ve saatlerin tümüyle çarpık olduğunu söyleyebiliriz –tıpkı Salvador Dali’nin, her biri farklı çalışan ve farklı zamanları gösteren çok sayıda saati resmettiği o ünlü tablosundaki gibi– belki de bu, Dali’nin hissetmeye başladığı Parkinsonizme gönderme yaptığı bir metafordu. Bu anlamda Purdon Martin, Parkinson hastasının zihnini yansıtan parçalanmış, hezeyanlı ölçü karmaşasını –bozuk saatlerin ve ölçüm aletlerinin karmaşası– telafi etmek için birtakım kurallar ve saatler ortaya koyar.

Fakat, kişiye özgü kullanımı olmadıkça hiçbir ölçü, önlem ya da kural fayda sağlamaz. Diyebiliriz ki beden duruşu, yerçekiminin ve birbirleriyle etkileşim içinde olan diğer fiziksel ve fizyolojik glerin bir yansımasıdır; bu tür glerin sonucu ve ifadesidir; fakat aynı zamanda *bir şahsiyetin* temsili ve ifadesidir. Salt mekanik ya da matematiksel değil, faal ve son derece kişisel bir ifadedir. Her beden duruşu, mekanik ve mantıksal olması yanında kendine özgü ve kişiseldir: Her beden duruşu en az “O” kadar “Ben”dir. Her beden duruşu, her eylem hisle ve zarafetle dolup taşar (“Zarafet aktörün rolüyle olan tuhaf ilişkisidir,” diye yazar Winkelman). Parkinsonizmin yoksun olduğu şey tam da budur – beden duruşu ve eylemde doğallığın, doğal hislerin ve zarafetin, yaşayan “Ben”in kaybolması söz konusudur – bu, hareketsiz, kişiselliğini yitirmiş Parkinson haline bir başka açıdan bakışımızdır. Bu da “Varoluş” terapisinin açıklamasıdır: talimat değil ilham vermek – sanatla ilham vererek hareketsizlikle mücadele etmek, kişisel ve canlı olandan esinlenmek ve mümkün olan en doğrudan anlamıyla, uyandırmak ve hızlandırmak.

Mekanizmayı düzeltmek, ilaçla tedavinin, cerrahi müdahalenin ya da uygun fizyolojik yöntemlerin işlevidir – bu hastalarda son derece bozuk olan mekanizma ya da mekanizmalardır bunlar. “O”nu düzeltmek, bilimsel tıbbın işlevidir. Gizli kalmış iradeyi, vasıtayı, “Ben”i, egemenliğini kazanıp tekrar hükmetmesi için yetki ve koordinasyon güçlerini devreye sokmak ise sanatın, canlı temasın, varoluşçu bir tıp anlayışının işlevidir – zira nihai kural ya da hüküm, bir ölçüm çubuğu ya da saat değil, kişisel “Ben”in kuralı ve ölçüleridir. Tıpkı bedenle ruh gibi, bu iki tıp anlayışı bir araya gelmeli, aynı doğayı paylaşmalıdır. Freud “O neredeyse Ben de orada olmalı,” diye yazar.

Burada bu denli temel olan şeyin ne olduğunu söylemek güç. Söz gelimi diyebiliriz ki, Parkinsonlu *insan* diye bir şey yoktur; kişi, yani “Ben” hiçbir zaman “Parkinsonlulaştırılmaz.” “Parkinsonlulaştırılabilecek” tek şey onun beyin korteksi altındaki, Pavlov’un “beyin kabuğunun altındaki denetimsiz güç” olarak ifade ettiği “haydi!”dir. Bu bir “Ben” değil, bir “O”dur ve “Ben” bu “O” tarafından bastırılıp, esaret altına alınmış olabilir. Parkinsonlu hastanın hem bilip hem de nefret ettiği, fakat buna karşın doğrudan başa çıkamadığı halin yarattığı garip bir küçük düşme hissidir. Parkinson’dan neredeyse bir asır önce hızlı hareket etme eğilimini yazarken Gaubius’un ifade ettiği şey tam da buydu: “İstemli dürtülerin harekete geçirdiği kasların, istem dışı bir hızla, bastırılamaz bir enerjiyle, iradesiz zihnün önüne geçtiği vakalar meydana gelir.” Açıkça Gaubius burada “irade”yi birbirine zıt iki anlamda kullanmaktadır: “O”nun iradesi – yani özdevinim; ve “Ben”in iradesi – yani özgürlük ve bağımsızlık.

Bilimsel yaklaşımlarla özdevinimi ayarlamak mümkündür, fakat yalnızca “varoluşçu” bir yaklaşımla “Ben”i özgür kılabiliriz – ateşi hiçbir zaman sönmeyen fakat edilgen duran, “O”nun esareti altında saklı kalmış hür iradeyi ya da bağımsızlığı. Parkinsonlu hastadan “uzayda ve zamanda kaybolmuş” ve “bozuk saatlerin ve ölçüm aletlerinin karmaşası”nı barındıran kişi olarak bahsettik. Denilebilir ki, bunlar hastanın halini anlatan, Kant’a özgü formülasyonlardır, zira bu kavramlar, uzay ve zamanın (ya da daha ziyade uzay ve zaman hissini) yaşamın

vazgeçilmez biçimleri, organizma ve zihnin “yapı taşları” olduğunu savlayan Kant’ın temel düşünce yapısıyla uyuşmaktadır. Dolayısıyla, daha önce göreceli ya da Einstein’vari bir hezeyandan bahsederken şimdi daha da esaslı olarak, “Kant’vari” bir hezeyan halinden bahsedebiliriz – bu anlamda, had safhadaki bir akineziden de “aKantezi” diye bahsedebiliriz.

Eğer Kant *Saf Aklın Eleştirisi* adlı eserinin ilk cildinde, uzay ve zamanı yaşamın (dolayısıyla algının ve eylemin) vazgeçilmez biçimleri olarak ele almışsa, eserin diğer ciltlerinde de vasıtayı, iradeyi, “Ben”i (“Ben” kendi iradesince tanımlanır), dolayısıyla bizi Kant’ın *tüm* düşüncelerini göz önüne almaya sevk eden etmenleri ele alır.

Acaba bu tür etmenler “bilim”in makul alanları dışında mıdır? Bunlar tümüyle deneye dayalı bilimin, İnsancıl bilimin dışındadır, zira yalnızca deneyimin ideal biçimlerini yadsılamakla kalmaz, aynı zamanda herhangi bir “kişisel kimliği” de gözardı eder. Fakat, en azından benim inancıma göre, ele aldığımız tüm olguları kapsayabilen, “bilim”in daha geniş ve daha verimli bir anlayışına dikkat çekerler. Bu tür “Kant’vari” bir bilim, kanımca geleceğin bilimidir.

Dolayısıyla, son derece küçük gibi görünen bir sahada –post-ensefalitik hastaların incelenmesi ve tedavisi– beklenmedik ölçüde geniş ufukların ortaya çıktığını görürüz. Karşımıza geleceğin tıbbına, son derece akla yatkın ama aynı zamanda pratik ve bilimsel, son derece güzel, doğanın gücünü yansıtan ve “varoluşçu” bir tıp anlayışına dair ibret ve heyecan verici manzaralar çıkar. Bu iki anlayış sonsuza dek birbirinden farklı fakat ayrılmaz; birbiriyle çelişmeyen fakat birbirini tamamlayan ve birleşme çağrısı yapan anlayışlardır – Leibniz’in üç asır önce farkına vardığı gibi:

Doğanın yarattığı birçok etkinin iki yönlü ele alınıp açıklanabileceğini düşünüyorum. Yani etkin nedenlerin ele alınmasıyla ve yine bağımsız olarak nihai nedenlerin ele alınmasıyla... Her iki açıklama da, yalnızca büyük ustanın, yaratıcı zihnin yapıtlarını takdir etme yönünde değil, aynı zamanda Fizikte ve Tıpta yararlı bilgilerin keşfedilmesi yönünde de faydalıdır. Farklı yol-

ları izleyen yazarlar birbirlerini kötülememelidir... En akıllıcası iki düşünce yöntemini bir araya getirmektir.

Bir defasında Luria'ya dünyadaki en ilginç şeyin ne olduğunu düşündüğünü sordum. Soruma şu yanıtı verdi: "Bunu tek kelimeyle ifade edemem. İki kelime kullanmam lazım. Sanırım bunu 'romantik bilim' diye cevaplardım. Tüm yaşamım boyunca romantik bir bilim kurmayı umut ettim." Sanırım benim cevabım da aynen bu olurdu. Geçtiğimiz on beş yıl boyunca post-ensefalitik hastalarımınla birlikte çalışmaktan aldığım garip haz, bilimsel ve "romantik" çözümlerlerin kaynaşma noktası olmuş, beynimin ve kalbimin aynı ölçüde çalıştığını ve konuya dahil olduğunu fark etmişim ve biliyordum ki bunun dışındaki herhangi bir şey her ikisini de göz ardı etmek demektir.

Gençken, ateşli ve birbiriyle uyuşmayan iki tutku arasında kalmıştım. Bir taraftan bilimle meşgul olurken öte yandan sanata ilgi duyuyordum. Doktor olana kadar da bu ikisinin arasını bulamadım. Kanımca tüm doktorlar yaradılışlarının doğasını her iki yönden de eşsiz bir biçimde ifade edebilme şansına sahiptir ve hiçbir zaman birinin uğruna diğerini feda etmek zorunda kalmazlar.

Darwin'in *Otobiyografi* adlı eserinde çok dokunaklı bir bölüm vardır:

Bir anlamda son yirmi ya da otuz yıl içerisinde görüşlerim değişti... önceleri resimden çokça, müzikten ise derin bir haz duyardım. Fakat şimdi... resim ve müzikten aldığım hazzı neredeyse yitirdim... Görünen o ki, zihnim, gerçeklerden oluşan derlemelerin genel kuramlarını öğüten bir tür makineye dönüştü... Bu yüksek estetiğe ilişkin zevklerin tuhaf ve içler acısı bir biçimde yitip gitmesi, mutluluğun da yitip gitmesi ve olasılıkla aklımıza, dahası doğamızın duygusal yanını zayıf düşürerek manevi kişiliğimize zarar vermesi demek.

Darwin'in tanımladığı şey, fazlasıyla ayrıcalıklı ve doğamızın duygusal yanını içermeyen bir bilim alanında ya da bilimsel bir tıp anlayışının içinde pusuya yatmış beklemektedir. Biz doktor-

lar, yalnızca ve yalnızca hastalarımıza karşı hassasiyetimizi koruduğumuz sürece bu tehlikeden muaf oluruz. Bu tür bir duyarlılık bilimsel doğruluğun önünde bir engel değildir – kanımca her biri diğerinin teminatıdır. İncelediğimiz hastaları sevmeden yıllar boyunca bir grup hastayı ayrıntılı incelememiz mümkün değildir; bu özellikle bir taraftan sonsuz ve şaşırtıcı bir bilimselolguyu yaşarken, diğer taraftan onları tedavi eden doktorlar açısından, bu tedavinin sürdüğü yıllar içerisinde giderek daha değerli hale gelen post-ensefalitik hastalar için söz konusudur. Bu sevgi ve şefkat hissi ne duygusal ne de konumuzun dışında bir histir. Bu hastaları incelerken onlarla aramızda bir duygu bağı oluşur ve onları anlamaya başlarız: Yaptığımız inceleme, gelişen duygu bağı ve anlayış, hepsi bir bütündür. Nörologlar genelde hastalık belirtileri üzerinde bulmaca çözermiş gibi inceleme yapan, soğukkanlı yaratıklar olarak görülür. Duygusal yönlerini nadiren ortaya koyarlar – ama yine de duygular, duyarlılığın sıcaklığı, gerçek bir çalışmada kendini gösterir. Purdon Martin’in post-ensefalitik hastalar üzerinde yaptığı incelemeler soğuk bir bilimsel doğruluktan ziyade içten ve sevecen bir doğruluktur. Yazılarında, satır aralarında dolaylı olarak ima edilen duygular, kitabının ithaf kısmında belirgin hale gelir: “Yitip gitmiş yaşamlarının başkalarına fayda sağlaması umuduyla, bana canla başla yardımcı olan Highlands Hastanesi’nin post-ensefalitik hastalarına.”

Hayatımın on beş yılını bu hastalarla yakından ilgilenerek geçirdikten sonra, onların en büyük sıkıntıları yaşamış ama buna karşın tanıdığım en asil insanlar olduğunu düşünüyorum. “Uyanışlar” onlara ne ifade ederse etsin, yaşamları hâlâ paramparça ve onarılamayacak denli hasar görmüştür. Fakat onları tanıdığım yıllar boyunca onlara acımdan ziyade, tarifi mümkün olmayan büyük bir gıptayla baktım. Bu hastalarda neredeyse kahramanlık mertebesine varan muazzam bir cesaret vardır. Zira akıl almaz boyutlarda denemeye tabi olmalarına rağmen hayatta kalmayı başarmışlardır. Bunu da sakat ve hastalıklı bir zihniyete sahip insanlar olarak değil, yaşadıkları ıstıraba gösterdikleri tahammül sayesinde, şikâyet etmeden, yılmadan ve sonunda gülebilen kişiler olarak başarmışlardır; nihilizme ya da

umutsuzluğa kapılmadan, tarifi mümkün olmayan bir yaşam-sal ifadeyi sürdürerek bunu ortaya koymuşlardır. Onlar bana insan bedeninin işkenceye, hayal edebileceğimden çok daha fazla dayanabildiğini öğrettiler – öyle ki sadece nörolojik hastaların bilebileceği, birtakım nörolojik rahatsızlıkların kavranması mümkün olmayan derinliklerinde saklı Cehennemler vardı. Cehennemi, gidenlerin dönmediği bir yer olarak kafamda canlandırırdım. Hastalarım bana bunun aksini kanıtladı. Oradan geri dönenler sonsuza dek kazandıkları deneyimin damgasını taşıyacaklardı; onlar sonsuz derinlikleri gördüler ve bir daha unutamazlar. Fakat yaşadıkları deneyimin etkisi onlara yalnızca bu derinliklerin deneyimini yaşatmakla kalmaz, nihayetinde onları çocuksu, masum ve neşeli yapar. Post-ensefalitik derinliklere olmasa da, kendimizin derinliklerine inmeden bunu kavramamız olası değildir. Şöyle yazar Nietzsche:

Yalnızca büyük bir acı, uzun, acelesiz, yavaş bir acı... bizleri sonsuz derinliklerimize inmeye zorlar... böylesine bir acının bizi “daha iyi” yaptığı konusunda kuşkuluyum; fakat bizi daha *bilgili* yaptığını biliyorum... Sonunda, en önemli şeyin dile getirilmeme kaygısı ile şunu ifade edebilirim: Böylesine derinliklerden, şiddetli hastalıklardan *yeniden doğmuş*, deri değiştirmiş bir şekilde çıkarız... daha keyifli hislerle, neşeli bir masumiyetin yarattığı tehlikeyle, daha çocuksu ama öncesinden yüz kat daha maharetli bir şekilde.

Bu sözlerde *Uyanışlar*’dan çıkarılacak bütün dersler yer alır.

Frances D.'ye ilişkin şunları yazmıştım: "Bayan D. halen ara sıra ve mütevazı bir dozda verilen L-DOPA ve amantadin tedavisini sürdürmekte... O, L-DOPA tedavisine mükemmel tepki verip tamamen iyileşen parlak hastalarımızdan biri olmaya-bilir... fakat neredeyse bir ömür boyu süren ve insanın kişiliğini tahrip eden güçlü bir beyin rahatsızlığının ve kronik bir hastaneye tıklmış olmanın baskısına rağmen hayatta kalmayı başarmış ve her zaman sahip olduğu eksiksiz ve üstün insani vasıflarını kaybetmemiş biridir."

1976 yılına dek bu durum değişmedi. L-DOPA'ya karşı hem bir ihtiyaç hem de tahammülsüzlük sergilemeye devam etti. Neyse ki her iki tepki de diğer birçok hastada görüldüğü gibi aşırı değildi. Dolayısıyla her ilaç verildiğinde durumu düzeliyor, fakat her birkaç ayda bir ilaca ara vermek ihtiyacı duyuyordu. Tepkileri hafif ve ılımlı bir biçimde süregeldi – 1969 yılında sergilediği şiddetli heyecanı ve ölçüsüz davranışları bir daha ortaya koymadı. Fizyolojik ve farmakolojik tepkilerinin üstünde ve ötesinde –hiç şüphesiz bunların şiddetini kontrol ediyor ve bunlar tarafından kontrol ediliyor olsa da– son derece güzel bir "uzlaşma", üstün bir cesaret, neşeli ve tarafsız bir ruh hali sergilemeye devam etti. Giderek kişiliğini daha çok hissedip, onun patolojik bir hasta olduğunu unutuyordunuz.

Yaşadığı hastalık onu birçok yönden perişan etse de ve belki de yıllar geçtikçe, kilo ve güç kaybından ötürü durumu kötüye gitse de tarifi mümkün olmayan bir dinginlik ve hatta mutluluk sergiliyordu. Şiddetli bir grip salgınının ardından –1919 yılındaki "İspanyol gribi"ne çok benzeyen "domuz gribi"– 1976 yılında Bayan D. zatürreeye yakalandı ve yaşamını yitirdi. Elli yedi yıl boyunca hasta olmasına rağmen hastalığına boyun eğmemişti.

Şimdiye dek tanıdığım hastaların arasında, Rose R.'nin hikâyesi belki de en tuhaf ve esrarengiz olanıydı. Bunu henüz o L-DOPA tedavisine başlamadan *önce* hissetmiştim: "... onun şifa bulmasını tutkulu bir şekilde arzularken, kendi kendime, eğer dikkatini, şimşeklerin aydınlattığı müneccim düşlerinden, yüzü paramparça olmuş şoföre, yani dünyaya çevirirse o vakit neler olacağını soruyorum..."

L-DOPA tedavisi gördüğü sırada da bunu hissetmiştim ("*şu anda 1926 yılında mıyız?*"); ve nihayet hikâyesini sonuçlandırırken bunu bir kez daha belirgin bir biçimde hissettim: "...o 'uyanış'a tahammül edememiş ve bir daha asla uyandırılmayacak bir Uyuyan Güzeldir."

1972'yi takip eden yıllar öncesindekiler kadar uzun ve boş - 1969 yılının yazında hiddetli bir parlama yaşamış ve ardından sonsuza dek kendi gizemli dünyasının içine gerisin geriye yuvarlanmıştı: bu bir karanlık mıydı, bir an çakıp kaybolan bir şimşek miydi, bir hiçlik ya da bir rüya mıydı bunu hiçbir zaman tam anlamıyla kavrayamadım.¹⁴⁷ L-DOPA biraz olsun ona fayda sağlamıştı ve periyodik aralarla ilaca olan ihtiyacı sürüyordu; ilaç şüphesiz fayda sağlıyordu fakat bu sınırlıydı - 1969 yılında yaşananlara bir daha tanık olmadık. Şiddetli göz hareketi krizleri sürüyor ve bunların birçoğunda *ölüm korkusuyla karışık derin bir endişe hali* yaşayarak kendi kendine "*Öleceğim, biliyorum, biliyorum, biliyorum,*" ya da "*Bu beni öldürecek, beni öldürecek, beni öldürecek...*" diye mırıldanıyordu. Bu önsezi korkunç ve esrarengiz bir biçimde gerçekleşti ve 1979 yılının Haziran ayında, bir akşam yemeğinde birdenbire şiddetli bir göz krizine tutularak, vücudu bir yay gibi gerildi ve boğazına kaçan tavuk kemiği anında boğularak ölümüne yol açtı. 1926 yılındaki kâbus gecesinde hastalandığından beri tasavvur edilemeyecek, erişilemeyecek ve iletişim kurulamayacak boyutlarda hastaydı.

“İnişli çıkışlı” haller sergileyen (ilk kez 26 Ağustos 1969’da *New York Times*’da açıkladığım türden hallerdeki gibi), iki zıt kutup arasında gidip gelen ve L-DOPA’ya ya hep ya da hiç türünden tepkiler veren hastalarımız arasında Hester Y., bunları en şiddetli yaşayan ve en dikkat çekici hastaydı. Daha ilk başta, 1969 yılının Mayıs ayında, L-DOPA’ya verdiği tepkiler kritik ya da “eşik” düzeye eriştiğinden bu yana bu açıkça ortadaydı; hemşire kadrosunun ifadesiyle bir sabah “patlama” yaşamıştı ve o dönemden beri günde sayısız kez patlama ve içe kapanma yaşıyordu. İlk başta L-DOPA’ya son derece şiddetli tepki verip ardından bu tepkileri yatışıp hafifleyen diğer birçok hastanın aksine (örneğin Frances D.) Hester’in tepkileri bir nükleer ya da galaktik patlama gibi “kara delik” ve “süpernova” hali arasında gidip gelen ve ikisinin arasını bulamayan, kontrol edilemeyecek ölçüde şiddetli tepkilerdi. Ona verdiğimiz L-DOPA’nın dozunu hiçbir zaman önemli ölçüde azaltmayı ya da ilacı tamamen kesmeyi başaramadık – bu girişimler onu solunum krizlerine sürüklüyor ya da komaya sokuyordu. Tarif edilmesi bu fizyolojik şiddetten daha da zor olan bir başka olgu da kişiliğinin, özünde dengeli ve şiddetten yoksun olmasıydı. 1972 yılında şöyle yazmıştım: “Şiddetli dürtüler yaşamasına rağmen özünde bunları ‘aşmış’ bir kişilik sergiliyor; fizyolojik faaliyetleri ve L-DOPA’ya verdiği tepkiler son derece ölçüsüz olsa da duygusal tavırları ve tepkileriyle uzlaşma yönünden son derece ‘serinkanlı’ ve aklı başında davranıyor...”

1981 yılı itibarıyla bu durum değişmedi. L-DOPA tedavisine zorunlu olarak devam ediyor; şiddetli tepkileri de sürüp gitmekte; yine de yılmadan günlük faaliyetlerini sürdürüyor; tombala oynuyor (hızı ve ustalığıyla sadece Miriam H. başa çıkabiliyor), bahçe işleriyle uğraşıyor, şiir okuma günlerine katılıyor ve gezintiye çıkıyor – Mount Carmel’de mümkün olan en dolu hayatı yaşıyor. *Hastalığı temelde epey duruldu* – görüyorum ki artık post-ensefalitik hastalarımızın çoğu için bu durum geçerli ve bu, onları sıradan Parkinson rahatsızlığı olan, düzenli ve yavaş bir iyileşme süreci geçiren hastalardan kesin bir biçimde

ayırıyor. Fakat dengesini bozan ve yardım almaksızın yürümelerini zor ve tehlikeli bir hale getiren vücudundaki distonik katılaşma ve kamburlaşma daha da kötüye gitti. Neyse ki koğuştaki tekerlekli sandalyesiyle onu istediği yere götüren, ihtiyaçlarıyla ilgilenen ve “kelimeleri yutarcasına” çıkardığı sesini hiç kimse anlayamadığında imdadına yetişen bir hastayla yakın arkadaşlık kurdu: Hester, pırlanta keskinliğindeki zekasıyla bu birlikteliğin “beyni”ydi, beyni bir parça hasar görmüş, fakat hareket edebilen ve çok tatlı bir insan olan arkadaşı ise birlikteliğin hareket ettirici motoru ya da kas gücüydü. Tam yerinde bir deyim olsa da “Simbiyoz” ifadesi bu tür ilişkiler için fazlasıyla inceliksizdir; temelinde her ikisinin de ihtiyaçlarının yattığı ve bunlara hizmet eden bir ilişki olsa da, yine de bunun “ötesinde”, her ikisine de ve onları izleyen herkese huzur veren, karşılığında bir şeyler umulmayan bir nezaket ve yüce gönüllülük söz konusudur. Hastanenin trajik, cehennem karanlığına benzersiz bir ışık saçan bu türden arkadaşlıklara Mount Carmel’de rastlanmaktadır.

Açıkcısı konu son derece karmaşıktır – Hester’in aleyhinde ve lehinde bir sürü gelişmeler yaşanmıştır. Fakat L-DOPA olmasaydı bunların hiçbir önemi olmayacaktı ve hatta bilinmeyecekti. *Yalnızca ve yalnızca bu, sahip olduğu yaşamı sürdürmesini mümkün kıldı – ve L-DOPA’nın yokluğunda o bir anlamda “ölü”den farksız bir yaşam sürecekti.* 1969 yılının 17 Mayıs’ı Hester’in yaşamı üzerinde çok etkisi olan bir gündür. Bu “patlama” yaşayarak L-DOPA sayesinde “uyandığı” gündür. Bundan önce, o neredeyse varolmayan “uykuda” yaşayan biriydi; ardından gelen sıkıntılar ve zorluklar her ne olursa olsun, o son derece uyanık, tutkulu ve minnettarlık hisleriyle dolu olarak dünyaya geri dönmüştü. Hester, hiç kötü bir gidişat yaşamadan ve tepkilerini yitirmeden on iki buçuk yıl boyunca canlı ve uyanık kaldı. Mayıs 1969’daki “doğüstü doğumu”ndan bu yana büyük bir hazla doğum yıldönümünü on üç kez kutladı. Yaşamının geri kalan kısmında bunu sürdürmemesi için hiçbir neden görmüyorum.

1972 yılının yazında Miriam H.'ye ilişkin şunları yazmıştım: "Sonuç olarak Bayan H. son derece başarılı olmuştur... O idrak edemeyeceğim kadar güçlü bir kadındır ve sağlığı hastalığından daha derinlere kök salmıştır." Ne mutlu ki 1981 yılı itibarıyla bu durum değişmedi – gerçekten de, *Uyanışlar*'da hikâyelerini aktardığım tüm post-ensefalitik hastalarımız arasında Miriam H. netice itibarıyla, tedaviye en iyi yanıtı veren, sıkıntılardan en az etkilenen ve 1972 yılından bu yana dolu dolu bir yaşam sürdüren hastadır. Epey büyük miktarda bir L-DOPA dozuyla (günde dört kez 825'er mg.) tedavisi sürmektedir. Tedaviye verilen aralar sırasında yaşanan berbat haller ya da içe kapanmalar şöyle dursun, dozda herhangi bir azaltmayı gerektirecek düzeyde şiddetli sorunlar yaşamamakta ve kendisine önemli ölçüde fayda sağlayan ilaca olan ihtiyacı sürmektedir. Zaman zaman hafif tik ve öfke nöbetleri, sinir krizleri ve tuhaf saplantı nöbetleri, beyin faaliyetinin yarattığı heyecan dalgasıyla birlikte ortaya çıkan ve EEG kayıtlarındaki çarpıcı değişimlerin eşlik ettiği (bkz. dipnot 77) "muhteşem" hesaplama ve sayma nöbetleri yaşamaktadır. L-DOPA tedavisinden önceki kırk yıldan uzun bir zaman boyunca her hafta karşılaştığı eski düşmanı –istem dışı göz hareketi krizleri– on yıllık bir hafifleme sürecinin ardından, 1979 yılında yeniden ortaya çıktı. Fakat bu krizler epey hafif, tahammül edilebilir ve yalnızca ara sıra gelen nöbetler halinde yaşanmakta.

Hem klinik gözlemler hem de EEG kayıtları Bayan H.'nin sadece "uyanmakla" kalmayıp, L-DOPA sayesinde "heyecan ve hareketlilik" yaşadığını açıkça ortaya koyar. Öyle ki belirgin krizlerinin ve öfke nöbetlerinin arasında bile, patlayıcı ve sarsıcı sınırlarda gezen, son derece yüksek düzeyde bir beyin tonüsü ve faaliyeti sergilemekte. Tüm bunlara "pırıl pırıl" bir zekâ ve hızlı çalışan bir zihin eşlik etmekte. Yalnızca belirli devrelerle "Tourettevari" haller (tikler, sinir krizleri, saplantılar, sayma nöbetleri vs.) sergilemekle kalmayıp, bariz bir biçimde Tourette sendromuna özgü tuhaf zekâ kıvraklığını ve hızlı hareketleri de sergiliyor (bkz. Sacks, 1981 ve Sacks, 1982a). Onunla yapılan sohbetlerden ve

Mount Carmel'deki ilk günlerine dair tutulan son derece ayrıntılı notlardan da açıkça anlaşılmaktadır ki, L-DOPA sayesinde yaşadığı bu heyecan ve dürtülerin bir kısmı (belki de büyük bir kısmı), L-DOPA tedavisi öncesinde halihazırda var olan, fakat Parkinsonizmi arttıkça baskılanan kişilik özelliklerinin ve eğilimlerinin ortaya çıkışına ilişkindir – Parkinsonizmi arttıkça saklı kalan (ve unutulan) *ilk baştaki* ensefalitik dürtülerin ve tikli hallerin ortaya çıkması (ve belki de potansiyel hale gelmesi).

L-DOPA ile had safhada heyecanlandığı dönemlerde, Frances D'de "tuhaf ve ilkel dürtülerin ve baskılanması güç, şiddetli arzular"ın meydana geldiğini gözlemlemiştim. Bu konudaki hislerim (ve onun da hisleri), bunların bir kısmının henüz varolmayan ve belki de etkin olmayan ve o (ve diğer hastalar) L-DOPA ile "uyandırılana" dek etkisini göstermeyen post-ensefalitik eğilimler olduğu yönündeydi. Bana öyle geliyordu ki, Miriam H. ve diğer birkaç hastaya ilişkin olarak bu durumu özellikle L-DOPA'nın sürekli ve uzun bir dönem boyunca kullanılmasına bağlı olarak gözlemlemiştim; bu, hislerin ve dürtülerin birdenbire ezici bir hamleyle kendini ortaya koymasından ziyade, önceden varlığını hiçbir biçimde göstermeyen, psikofizyolojik bir "repertuar"ın ya da "karakter"in veya bir ölçüde, yıllar öncesinde kısmen gözlemlenebilir kısmen de gizli olan, ama L-DOPA'nın sürekli dürtülemesiyle yeniden görülen ve aslında "uyandırılan" çok sayıda ya da karmaşık eğilimlerden oluşan potansiyel bir "özellik" yavaşça açığa çıkmasıydı.

Uyanışlar'da hikâyelerini anlattığım yirmi hasta içinde en az adil olduğum hasta Miriam H. idi. Belki de, yalnızca 1972 yılından beri utangaçlığını ve çekingenliğini aşıp, onu daha yakından tanıma, içindeki o muazzam kişiliği ve zekâyı, kalbinde herkese yer olan bir insan olduğunu fark etme fırsatı bulmamdan ötürü bu böyle olmuştu. Belki de öncesinde sadece utangaçlık değil, aynı zamanda Parkinsonizme ve depresyona bağlı olarak kişiliğini bastırma eğilimi de söz konusuydu. Eğer daha önce bu baskı ve büzülme karşısında hayatta kalabilmişse, şimdi de genişleme –Tourette'vari bir heyecan dalgasının yarattığı merkezkaç gücü– sarsıcı ve zorlayıcı eylem ve kavramlar karşısında yaşama tutunmalıydı. Bu denli sağlam ve engin bir kişili-

ği ve özbenliği olmasaydı, sahte benliklerin ve L-DOPA'nın yol açtığı tuhaf hallerinin içinde ya yitip gidecek ya da kafası kar- makarışık olup, parçalanma yaşayacaktı. Fakat bu bölünme ve parçalanmalara dair en ufak bir belirti dahi ortaya koymamak- tadır – yaşadığı öfke nöbetleri ve krizler esnasında kısa süreli bölünmeler yaşamakta, fakat bunlar sona erer ermez güçlü kişi- liği geri gelmektedir: krizlerin, yaşadığı heyecanla başa çıkmak, onu zararsızca tahliye etmek, iç huzurunu ve öz benliğini boz- mamak için birer (sevdiği sözcüklerden birini kullanmak gere- kirse) “vasıta” olduğunu neredeyse hissedersiniz. Tourette’vari heyecan dürtüleriyle kolaylıkla başa çıkmakta, bunları engin kişiliğinin potasında eritebilmekte ve hatta son derece hızlı düşünebilmesinden ve bunun getirdiği yaratıcılığından ötürü bundan keyif bile almaktadır. Bunların meydana gelmesine, ki- şiliğinde ve benliğinde kendine yer edinmesine göz yumsa da kimin neyi kontrol ettiğine dair hiçbir kuşkuyla yer vermez: Bir ölçüde “Tourette’li haller”, sahte bir benlik, bir “O” mevcut olsa da ipler sıkıca “Ben”in elindedir. Onun yaşadıklarını aklıma ge- tirdiğimde tüm bunların inanılmaz olduğunu düşünüyorum.

Bayan H., Mount Carmel’de elli yılını doldurdu – otuz yedi yıl boyunca, ilkel ve umutsuz bir durumun içine çekilip, sonunda arka koşu-şlardan birine tıkları-arak hü- zünle sürece-ek ya da ölümle bitebilecek bir yaşam; L-DOPA sayesinde “uyanık” geçen yaklaşık on üç harika yıl. Altmış beş yaşındaki Bayan H. yaşından çok daha genç göstermektedir ve birinci sınıf bir beyne sahiptir. Enerji ve yaşamla öylesine doludur ki, Mount Carmel’in sınırları ona neredeyse dar gelmektedir. Diğer birçok hasta gibi o da L-DOPA’yı yıllar öncesinden kullanma şansına sahip olamadığından ötürü pişmanlık duymakta; fakat buna iç-erlemektense geleceğe bakıp, L-DOPA ile daha birçok güzel yıl geçirmeyi ümit etmektedir.

MARGARET A.

Margaret A.’nın hikâyesi hü- zünlü bir notla sona erer: “Gerçekte son derece alımlı ve zeki olan Bayan A., çok sayıda ve yozlaşmış

altbenliklerce *ele geçirilmişti*.” Fakat onu kendine getiren şeylerden de bahsetmiştim: müzik, doğa, sevgi, özgürlük ve “yaşam”, (“O sizin bu tımarhanenizde çılgına dönüyor, çünkü burada yaşamla olan tüm bağları kopuyor.”)

Uyanışlar’ın orijinal baskısında, 1969 yılının Eylül ayında hastanede yaşanan acımasız değişimleri ve bunların hastaların yaşamı üzerinde aynı ölçüdeki acımasız yansımaları (örneğin bkz. dipnot 39) ima etmekten fazlası elimden gelmemişti. Neyse ki, 1973 yılında yeni ve daha ılımlı bir yönetimin iş başına gelmesiyle birlikte, bu kurumsal baskının hastalar üzerinde yarattığı yıpratıcı etkiler önemli ölçüde azaldı; hastanenin ilk yıllarındaki dostane ve huzur veren atmosfere bir dönüş yaşanmıştı adeta. Bu, hastaların yalnızca ruh hali ve morallerine yansımakla kalmayıp, fizyolojik hallerine ve L-DOPA’ya verdikleri tepkilere de yansdı. Özellikle, L-DOPA’ya verdikleri tepkiler ümitsiz denecek kadar değişken olan hastaların bir kısmı, şimdi görece bir dengeye erişmiş ve bu sayede “uzlaşma”yı elde edebilecek potansiyeli yakalamışlardı: Margaret A. –hoş bir insan olmasına karşın duygusal yönden hassas ve son derece kırılgandı– bu biçimde ilerleme kaydeden hastalardan biriydi.

1973 yılının Ekim ayında, *Uyanışlar*’ın belgesel filmi yapıldığı zaman Margaret A. L-DOPA tedavilerinde çarpıcı bir istikrar sağlamış, buna karşın ilaca karşı son derece hassas ve önemli ölçüde ihtiyaç duyar hale gelmişti. Artık fizyolojik itiş-kakışlar yaşamayan Margaret A., şimdi daha öncesinde mümkün olamayan, ilk başta post-ensefalitik rahatsızlığınca sonra da L-DOPA’ya verdiği değişken tepkilerce engellenen bir aşama kaydetmişti: Gözle görülür bir dinginlik ve derinlik, kişisel (ve sanatsal) bir bütünlük ve güzellik elde etmişti. *Uyanışlar*’ın belgesel filminde, son derece dokunaklı bir konuşma yaparken ve karşılarında, hikâyesinin son sayfalarında kısmen betimlendiği gibi had safhada patolojik, umutsuz, paramparça olmuş bir enkaz bulacaklarını sanan film yapımcılarını hayrete düşüren güzellikte şarkı söylerken bu açıkça görülüyordu.

Yaşamının geri kalan yıllarında, Margaret, sıkıntıyla geçen uzun yıllarının, post-ensefalitik hastalığın onyıllar boyu süren zulmünün ve daha da kötüsü L-DOPA tedavisinin ilk üç yılında

yaşadığı çalkantıların ardından elde ettiği bu çarpıcı dinginliği ve bütünlüğü sürdürdü. Son dört yılı yaşamının en iyi dönemiydi – en azından kırk yıldan uzun bir zamandan beri onun yaşadığı en iyi yıllardı. Son yıllarında –daha önce gerçekleşmesi ne kadar da üzücüdür!– hareketlerindeki ve duygularındaki inişli çıkışlı hallerden kurtuldu, arkadaşlar edindi, bahçe işleriyle uğraştı, kısa gezintilere katıldı. Hepsinden öte, insan üstü bir çabayla şarkılar söyledi – sıkıntılar yaşayan tüm hasta arkadaşları için; kalbinin derinliklerinde, bitmek bilmeyen ıstırabından yola çıkarak şarkılar uydurdu ve Post-Ensefalitiklerin Hüzünlü Müziğini söyledi. Birçok hastamız gibi o da yaralarını sanatla sarıyordu. 1976 yılında düşerek kalçasını kırdı, geçirdiği ameliyatların sonrasında sorunlar yaşadı ve aylarca süren hastalık ve acının ardından, sakın bir biçimde yazgısını kabullenerek yaşamını yitirdi. Hiçbir kızgınlık belirtisi ortaya koymadı ve çektiği acıyla maneviyatını güçlendirdi; tıpkı Robert O. gibi o da ölmeden bir gün önce hahamdan kendisine ilahi okumasını rica etti. Margaret yaşamının bu son günlerinde Mozart'ın *Requiem*'ini dinlemek istemişti. Onu hepimiz çok sevdik ve ölümünün ardından gözyaşı döktük.

MIRON V.

“İki aşırı uç arasında” gidip gelen hastalığı en şiddetli biçimde yaşayan Miron V., ilk başta sürekli olarak patolojik aşırı uçlar arasında bir tahteravalli gibi salınıp durduktan sonra, 1970-72 yılları arasında çok olumlu gelişmeler göstererek, çalışmanın ve sevginin iyileştirici gücünü ortaya koydu. Fakat sonrasında trajik bir biçimde ve bir anlamda kendi kontrolünün ötesinde, işini ve sevgisini kaybedecek ve bununla beraber bu yılların kendisine fayda sağlayan istikrarlı gelişiminden de yoksun kalacaktı.

1973 yılından sonra Mount Carmel daha sevecen ve bir anlamda Margaret A.'nın hassas ruhunu iyileştiren bir ortam haline geldiyse de, yaşanan trajik yoksullaşmanın ardından işçi kadrosunu ve kaynaklarını büyük ölçüde kaybedecekti. Sanayi atölyemizi kısmen kapatmak ve onunla birlikte bu yalnız ve acı-

lı adamın rehabilitasyonunda çok önemli bir yer tutan ayakkabı tamir ve kalıp tezgâhını da kaldırmak zorunda kalmıştık.

Yaşananlar çok tatsızdı ve her şey bir anda olup bitivermişti. Bay V. tekrar melankolik ve gerileyen hallerine döndü, eşzamanlı olarak son derece şiddetli bir Parkinsonizm ve katatoni yaşamaya başladı. Adeta birdenbire, hangi dozda verirsek verelim L-DOPA tüm etkisini kaybetmişti. Dozu günlük 6 gr.'a çıkardık, fakat gösterdiği etki tebeşir tozununki kadardı. İlacın etkisinin böyle birdenbire ve berbat bir biçimde kaybolması, bu dipsiz ve iradeyi boyunduruğu altına alan kuyuya birdenbire yeniden yuvarlanması, zavallı Lucy K.'nın yaşadıklarıyla neredeyse tıpatıp aynıydı.

Belki de, *belki de* felaketler ardı ardına birbirini tetiklememiş olsaydı yaşadıklarını bir ölçüde kabullenebilirdi. Bay V.'nin sevgi ve desteğe her zamankinden daha çok ihtiyaç duyduğu bu kötü dönemde karısı ve oğlu onu terk etmişti: Onlar da öylesine bir zaaf ve nevroz içindeydiler ki, Bay V.'nin hastalığa en çok kapıldığı dönemde onu hastalığın içine daha da iterek, 1955 ve 1969 yılları arasında yaşanan bu berbat ve trajik kısır döngüyü sağlamlaştırdılar.

Lucy K. vakasında hissettiğim gibi burada da her şeyin son erdiğini ve ölümünün yaklaştığını hissettim – fakat bu kez büyük bir yanılgıya düşmüştüm. Bay V. ölmedi; ama keşke ölseydi diye düşündüğüm zamanlar oldu. Sekiz yıl daha yaşadı (eğer yaşamak denirse). L-DOPA tedavisini durdurup yeniden başlattık; Sinemet, Symmetrel, bromokriptin, apomorfin gibi ilaçları denedik; ne yapsak durumunda bir değişiklik olmuyordu. Onun ihtiyacı olan şey bir yaşam gayesiydi ve bunu bir ilaç şişesinden elde etmek mümkün değildi. Neredeyse tümüyle hareketsizleşmişti ve tek kelime konuşmuyordu. Birbiri içine geçmiş Parkinsonizm, katatoni ve paratoni onu son derece katılaştırmış, zavallı Lucy K. kadar şiddetli kasılmış bir hale getirdi. Kol ve bacaklarının pasif devinimini dahi engelleyen bu sürekli ve şiddetli katılaşmayla birlikte tedavisi mümkün olmayan eklem hasarları ve ankilosis* meydana geldi ve vücudunun zayıflaması bunları pekiştirdi. Sonunda da sürekli yatmaktan ötürü cildinde yara-

* Oynak yerlerinin birbirine yapışması (ç.n.)

lar meydana geldi. Bir deri bir kemik kalmış bir kadavrayı ya da cesedi andırıyordu. Bedeni neredeyse bir ölününki kadar sertleşmişti. Ama bu *ölüm sertliği* bir anlamda *maneviydi* – kendinden ve zavallı bedeninden ölümüne nefret ediyordu. Sadece sabit bakan ve alev alev yanan gözlerinde canlılık belirtisi vardı – fakat gözlerinin içine bakmak tıpkı dipsiz bir kuyuya ya da Cehenneme bakmak gibiydi. Kendi iradesiyle, yaşayan bir ölü olmayı arzulamadıktan sonra bu kadar uzun bir zaman nasıl olup da hayatta kaldığını bile anlamak zordu.

Daha önce birçok kez zatürreeye yakalanmış, bu penisilinle titiz ve başarılı bir biçimde tedavi edilmişti. En sonunda 1980 yılında, tıbben yapılabilecek fazla bir şey kalmadığını anlayıp, son kez yakalandığı zatürreenin ardından her şeyi doğal gidişatına bıraktık.

GERTIE C.

En beklenmedik ve belki de öngörülmesi en zor gelişmeler, dört yıllık bir aradan sonra 1974 yılında tekrar L-DOPA tedavisine başlatılan ve –görünen oydu ki– ilacı kullanmakta epey zorlanan Gertie C.’nin yaşadıklarıydı. Haziran 1969’da ilacı ilk kez kullandığında, kısa süreli bir rahatlama dönemi geçirmiş, fakat ardından ürkütücü boyutlarda tepkilerle birlikte, şiddetli hezeyan halleri, sağa sola savrulmalar ve çoklu tikler yaşamıştı. 1970 yılının sonuna gelindiğinde, ne L-DOPA’ya ne de amantadine tahammül edemediği açıkça ortaya çıkmıştı. En doğrusu, ağır ilaç tedavisi olmaksızın onu kendi haline bırakmaktı. Fakat son derece huzurlu bir ruh hali vardı ve görünürde herhangi bir uyanışa ya da harekete geçirilmeye gereksinim duymuyordu; gönül rızasıyla ve zarafetle yazgısını kabullenmişti.

İlacın bitmek bilmeyen etkilerinin nihayet kaybolmasıyla birlikte, sesi neredeyse duyulmaz bir fısıltı halini aldı ve neredeyse tümüyle L-DOPA öncesindeki haline döndü – yalnızca sadık hayaletin her akşam yaptığı nezaket ziyaretleri devam ediyordu. Görünürde bu onun hikâyesinin sonuydu.

Dört yıl ilaçsız geçen bir aradan sonra tekrar L-DOPA te-

davisine başlandığında, anında mükemmel fakat süreklilik arz etmeyen tepkiler verdi (bir açık/bir kapalı diye ifade edilen tepkiler); özellikle konuşması mükemmel hale geldi, fakat bu günde birkaç saat sürüyor. Ya kusursuz bir biçimde konuşabiliyor ya da tek bir kelime dahi etmiyor. Bu değişiklik önceden kendini belli etmiyor ve cümlelerin ortasındaiken aniden sesi kesilebiliyor. Konuşabildiği zaman (uzun zamandan beri var olan distoni ve büzüşmeler onu kısıtlasa da) hareket etme özgürlüğüne de kavuşuyor; fakat bu hareket özgürlüğü bir anda engelleniyor ve yerini ses yitimine, akineziye, şiddetli ürpertilere ve katılaşmaya bırakıyor; tam aksine bir değişim de yine bir anda meydana geliyor (bu değişimin ne denli anlık olduğunu EEG ile teyit etmek mümkün: Bkz. Ek Bölüm: Uyanışların Elektriksel Esasları).

Bu durum, etkisini hiç yitirmeden ve herhangi bir “yan etki” olmaksızın (örneğin, 1969 yılında sergilediği tikler ve sağa sola savrulmalar gibi) yedi yıldan bu yana sürmekte. Bu olumlu faaliyetin tek “ceza”sı süreklilik göstermemesidir: Gertie günde beş ya da altı saat kadar normal bir faaliyet sergilemekte ve kalan on sekiz ya da on dokuz saat boyunca herhangi bir faaliyetten tümüyle mahrum kalmaktadır. Farklı dozlarda ve farklı zamanlamalarla L-DOPA vermeyi denediysek de bu hiçbir şeyi değiştirmedir. Günlük ihtiyacı olan ve bünyesinin kaldırabildiği 4 gr.’lık doz sayesinde, günün altı saatini keyif alarak geçiriyor. Eğer 4 gr.’dan az bir dozda ilaç alırsa, bu keyifli saatlerin süresi de aynı oranda daha azalıyor – belki de günde sadece iki ya da üç saat, 4 gr.’ı aşan bir doz alsa dahi ilaçtan elde ettiği fayda artmıyor.

Bu anlamda insan ister istemez ekonomik terimler bazında düşünüyor. Gertie de tam olarak bunu yapmakta ve kendi kendine “Beynim ancak şu kadar bir işlevi *kaldırabilir* – o kısmen çalışan bir beyin ve daha fazlasını yapamaz. Kotasını doldurduğu zaman kendi kendini kapatıyor – çok iyi bir sezinlemesi olduğu için doğru şeyi yapıyor,” demektedir.

Sadece belli ölçülerde “uyanış” elde edebileceğini bildiğinden, Gertie günlerini buna göre planlıyor, fakat tepkilerin ne zaman açık ne zaman kapalı olacağını hesaplamak mümkün

olmadığından zorluklar da yaşıyor. Bu nedenle tüm planları olasılıklar üzerine kurulu. Sohbet etmekten, bir şeylerle meşgul olmaktan, eğlenmekten haz alıyor ve bunlara ihtiyaç duyuyor – fakat bunların mümkün olduğu zamanlar kısıtlı ve öngörülmesi mümkün değil. Mount Carmel'deki birçok iyi dostu ve komşusunun yanı sıra onu sık sık ziyaret eden ve ona bağlı bir ailesi var. Dolayısıyla “uyanık” olduğu ve arzuladığı vakitler genelde kendisine arkadaşlık edebilecek birilerini bulabiliyor. Fakat yine de “beklenmedik durumlarda devreye soktuğu” ve yalnız kaldığı zamanlarda kısıtlı hareket ve konuşma “kotası”yla mektuplarını, kutlama mesajlarını ya da her neyi isterse banda kaydettiği bir kayıt cihazı var.

Artık yaşamdan keyif alması mümkün ve her gün kısıtlı bir süre için olsa da onu meşgul eden, ona eşlik eden çeşitli faaliyetleri ve arkadaşları var. Bayan C.'nin hayali ziyaretçilere ve halüsinasyonlara ihtiyacı da kalmadı. Şöyle diyor: “Artık gerçek ziyaretçilerim var. Onlar bana gerçek alaka ve sevgiyi gösteriyor. Yedi yıldan fazla bir zamandan beri hayalet sevgilimi görmüyorum.”

MARTHA N.

Belki de her hikâyede beklenmedik gelişmeler yaşanır, zira hiçbir hikâye bir diğerine benzemez ve hiçbirisi yalnızca ilk başta yaşananların bir devamından ibaret değildir: Çünkü ele aldığımız şey vakalar ve birbirinin aynı süreçler değil, insanlarda ortaya çıkan şekliyle fizyoloji ve tarihsel süreçte ortaya çıkan şekliyle ve yaşayan insanlardır. Bilimde birbirinin aynı örnekler ve tekdüzelik bulmaya çalıştıkça tarihin ya da romantizmin değişkenliğiyle yüz yüze geliriz. Bunu özellikle Martha N.'nin hikâyesinde açıkça görmek mümkündür ve *Uyanışlar*'a dair bana yazdığı ilk mektupta Luria'yı, bu hastayı diğerlerinden ayırt edip ona özgü bir soru sormaya sevk eden de budur: “Neden L-DOPA her seferinde farklı etkiler ortaya koymuştur?” 1973 yılında bu soruya hiçbir yanıt verememiştim.

Martha'ya ilişkin beş (amantadinle birlikte altı) ayrı ilaç

denemesinden söz etmiş ve altı denemenin her birinde de kendi içindeki süreçte karakter değiştirmese de birbirinden epey farklı tepkiler gözlemlemiştim: Martha son derece sınırlı bir fizyolojik tutarlılık sergilemiş fakat tepkiler bir kez ortaya çıkınca dramatik bir bütünlük ortaya koymuştu. Görünen oydu ki, onun hikâyesi de, Gertie'nin hikâyesi gibi ilaç denemelerini sürdürmemeye kararının alınmasıyla ve (kendi ifadesiyle) "keyifli, rahatlamış, akli başında hallerine" geri dönmesiyle birlikte 1970 yılında sona ermişti. Yine kendi ifadesiyle: "Bana bir ömür boyu yetecek kadar hayal ve buna benzer şeyler gördüm," diyordu. Belki de bu, hikâyesinin sonu olmalıydı – fakat Gertie gibi o da 1974 yılında tekrar ilaç tedavisine başlatıldı. Bu yılın büyük bir bölümünde, tuhaf, neredeyse ölümüne yol açan fakat bana çok şey öğreten ve altı ay boyunca devam eden hastalığım nedeniyle ücretli izine ayrılmış ve bu süreyi bilimin tehlikesiz düzlükleri yerine dağ başında geçirmek zorunda kalmıştım; *benim* hasta olduğum sıralarda, kendi hastalarım başıboş kalmış ve ilaç kullanmaya karşı olan hevesleri bir ölçüde körüklenmişti. Bu dönemde, ilaç kullanmadan belli düzeyde, iyi kötü bir rahatlama elde eden Gertie, Martha ve diğer birçok hasta (Leonard dahil), yaşananlardan pek etkilenmeyen bir gayretkeş tarafından tekrar ilaç tedavisine başlatıldı. Gertie'nin ilacı tekrar kullanmaya başlaması tahmin edilemeyecek kadar iyi sonuç verdi; fakat belki de tahmin edilmesine rağmen Martha açısından işler pek iyi gitmedi.

Martha hâlâ hayatta ve sağlığı iyi durumda – fakat muhtemelen bu, ilaç kullanmadığı dönemler için geçerli bir durum. Son yedi yılı belli dönemlerde devam edip, belli dönemlerde ara verilen amantadin tedavisiyle ve halüsinasyonlar görerek geçti. Fiziksel durumu gayet iyi. Sesi işitilebiliyor, rahatlıkla yutkunabiliyor ve kollarını hareket ettirebiliyor vs. Son derece distonik ve işlevini yitirmiş bacakları ve şiddetli boyun spazmı (torticollis) nedeniyle bedensel engeller yaşasa da, katılaşması, akinezi, tükürük salgılaması ve göz krizleri büyük ölçüde azaldı. Dolaşısıyla ilaç tedavisinin faydası son derece açık: açık olmayan ise bunun beraberinde getirdiği bedel ve sonuç olarak Martha'nın ilacın etkilerinin bedelini ödeyip ödeyemeyeceği. Gertie C. için

bu “bedel” ilacın faaliyetlerinin sınırlandırılması demek. Bu nedenle günde on altı saat yerine altı saat boyunca kendini iyi hissediyor ve ilaç almadan *hiçbir şekilde* hareketli saatler yaşayamayacağından bu bedeli zevkle ödemeye razı. Martha N.’nin “ödeyeceği bedel” ise tamamen tartışmalı: zira kronikleşmiş, düşük düzeyde halüsinasyonları ve hezeyanları, Martha’yı bu dünyadan alıp götüreren, giderek çoğalan, akıl dışı, fantezi, romantizm ve garip-lik yüklü sahte dünyaları, bazen de ürkütücü yanılsamaları ve dinmeyen gözyaşlarını da beraberinde getirmekte.

Güya evlenmiş, hamile kalmış, bir robot doğurmuş. Tavanlardan ve beyaz farelerden oluşan bir krallığın kraliçesiymiş. Kâh Hollywood’da, kâh periler ülkesinde, kâh erkek kardeşiyle Miami’de. Bir yandan hastaneden tahliye olmayı bekliyor, bir yandan ameliyata alınıyor ve öldükten sonra başka bir bedende yeniden diriliyor. Güya Tanrının annesiymiş ve Tanrı onu reddetmiş, on iki tane şeytan da ruhuna egemen olmuş.

Bu hayallerin ve hayaletlerin etkisi altına giren ve gözü başka bir şey görmeyen Martha artık odasının bulunduğu kattan ayrılmıyor, zira “yapacak başka işleri var”. Konuşkan, cana yakın ve sokulgan biri olarak göze çarpıyordu ama artık diğer insanlarla neredeyse hiç sohbet etmiyor, yakınlık kurmuyor. Biraz tığ işi ya da dikiş nakışla uğraşabileceğini ümit etmiştik; bir dönem yaptığı harika tığ işleriyle haklı bir gurur duyuyordu. Konu açıldığı vakit şu cevabı veriyor: “Görmüyor musunuz, dikişle uğraşıyorum zaten.” Ve ellerine baktığınızda, gerçekten de sürekli karmaşık devinimlerle, dikiş dikmenin tüm o hassas hareketlerini, hayali bir iğne ve iplikle yaptığını ürpererek görüyorsunuz. Bir defasında bana, “Bakın size bugün ne hoş bir yatak örtüsü diktim!” dedi. Sonra da elleriyle havada görünmez şekillerini çizerek “Sevimli canavarları ve çayırında otlayan Boynuzlu Atı görüyor musunuz? Buyurun, alın!” dedi ve hayali yatak örtüsünü ellerime verdi. Bu nazik ve zarif pantomime katılmalı mıydım, yoksa ona “Bu doğru değil Martha – orada hiçbir şey olmadığını biliyorsun,” diyerek karşılık mı vermeliydim bilemedim.

Hatırladığı ve hatırlamadığı şeyler için her zaman iki ayrı defter tutuyor. Beni ve hangi tarihte olduğumuzu her zaman

hatırlıyor, mantığı yerinde ve çevresiyle de uyum içinde –ki organik hezeyan yaşayan biri için bu, umulmadık bir durumdur– ve sürekli değişen hayallerine dair parlak bir hafızaya sahip. Bu anlamda, 1970 yılında yaşadığı akut hezeyanı hiçbir şekilde anımsamayan Gertie C.’den epey farklılık gösteriyor. Belki de yaşadığı hezeyan değildir; belki de aklını yitirmiştir.

Bu hastaların en az “kötü” halleri kadar “iyi” hallerine de dair bu ikilemler her zaman meydana gelir. Örneğin, Hester Y. tüm hastalar adına not defterine şu ifadeyi yazmıştı: “Bu aldığım ilaçlardan mı kaynaklanıyor, yoksa sadece yeni ruh halim mi?” Özellikle Martha, bu ikilemleri ayrıştırma konusunda tecrübeli ve maharetliydi. L-DOPA tedavisine başlamadan önce otuz yıl boyunca her yıl “Paskalya Psikozları” yaşamıştı; ve 1970 yılının Mart ayında da, L-DOPA’nın neden olduğu şehvetli ve esrarenegiz halüsinasyonları yaşadığı dönemde, müthiş bir teatral yetenek ve karmaşık uyum ve kontrol sergilemişti. Tüm bu olanlar nedir? Bunları ilacın tetiklediğini ileri sürebilir miyiz? Ya da daha ziyade bunlar, neredeyse bir yaşam boyu süren şehvetli, şeytani ve dinsel hezeyanlara nihayet Martha’nın teslim olması mıdır?

En azından elimizde çok önemli bir ipucu var. 1951 yılında anne ve babasının ölümüyle birlikte, Bayan N.’nin hastalığı birdenbire kötüye gitti – bu hızla kötüye gidişat, 1954 yılında hastaneye yatırılmasına yol açtı. Fakat hikâyesinde sözünü etmediğim, Martha’nın çok değer verdiği fakat ayyaş ve serseri bir erkek kardeşi vardı; anne ve babasını kaybedip Mount Carmel’e girmesiyle birlikte, erkek kardeşi dışında gerçek ve yakın bir akrabası kalmadı ve bu kardeş belki de duygusal gerçeklikle olan tek bağıydı. Kanımca, hiçbir zaman bunu kabullenmeyip, aldattıcı ve canayakın görünümünün altında gizlese de onun yokluğunda Martha kendini terkedilmiş ve yalnız hissetti.

Amantadin tedavisine tekrar başladığı 1974 yılı boyunca, kardeşi onu sık sık ziyaret etti; açıkça görülüyordu ki erkek kardeşi yıllardır durumu idare ediyordu zira hastaydı ve zayıf düşmüştü. Kız kardeşiyle uzun süre yaşadıkları kararsızlıktan sonra Florida’ya yerleşmeye karar verdi. Tüm bunlar Martha’yı kahretmişti – kardeşi için en iyisi neyse onun olmasını arzu-

luyor fakat onun gitmesine tahammül edemiyordu. Nitekim Florida'ya gidişinin hemen ardından öldü.

Kardeşinin öldüğü haberini alınca Martha hiçbir tepki vermedi ve duymazlıktan gelerek alakasız bir yanıt verdi; kardeşinin öldüğü gerçeğini kabullenemiyordu. Şimdi dönüp geçmişe baktığımda düşünüyorum da, Martha o noktadan itibaren, bir anlamda umutsuzca aklını yitirmişti. Bu acı kaybın ne denli önemli olduğu ve bunu tümüyle inkar etmesi yaşadığı fantezilerde belli belirsiz görülüyordu: Yanında elbiselerini koyduğu küçük bir bavul olduğu halde tekerlekli sandalyesiyle hastane-nin lobisine iniyor ve herkesle vedalaşarak "Hoşça kalın. Ben Florida'ya gidiyorum! Erkek kardeşimle birlikte yaşayacağım. Hepinize yazarım!" diyordu. Sonraları bulunduğu kattan ayrılmayı reddederek bu konuda ona baskı yapıldığında "Anlamıyor musunuz, buradan gidiyorum... her an Florida'dan gelecek şehirler arası bir telefon çağrısını bekliyorum," diye cevap veriyordu. Hayatı beklemekle geçiyordu – Florida'ya gideceği ve kardeşiyle tekrar bir araya gelecekleri zamanı bekliyordu. Gerçeği bu denli inkâr edince –en azından geçmişe bakıldığında– dışardaki dünyanın gerçekliğiyle olan bağları da koptu. Bu dünya, bu sıkıcı, sıradan yerküre, şu anda ve burada olmanın yalnızlığı artık ona fayda sağlamadığı için o da diğer garip hayal dünyalarında çılgınca gezinmeye başlamıştı.

Ne ben ne de diğerleri gerçekten ne diyeceğimizi ve ne yapacağımızı bilemiyorduk: Acaba amantadin tedavisini durdurup onun elini kolunu bağlamalı mıyız? Altı ayda bir bunu denedik, fakat Parkinsonlu haline geri dönmesine rağmen tuhaf fikirleri kafasından atamıyor. Onu zorla da olsa koğuştan çıkarıp, insanlarla sosyalleşmeye ve birtakım faaliyetlere katılmaya, bir anlamda "yüzü paramparça olmuş şoför"le yani dünyayla yüzleşmeye mi, sevk etmeliyiz? Yoksa var olan durumu kabullenip, dileklerinin gerçekleşmesini beklediği ve kendini kaptırdığı hayal dünyasında onu kendi haline mi bırakmalıyız? Belki de bu bize kalmış bir seçim değil; belki de artık seçenek de kalmamıştır. Belki de tıpkı Rose R.'de olduğu gibi her şey bir muamma ile sonuçlanacaktır.

1981 yılının Eylül ayında, yukarıdaki satırları yazdıktan

sonra New York'a döndüm ve Martha'nın ilaç tedavisini durdurdum. Bunun üzerine yaşadığı psikoz da birdenbire kayboldu – aslında birdenbire kaybolan şey *hayal gücüydü*. Yalnızca Parkinsonlu haline geri dönmekle kalmayıp, aynı zamanda son derece mahzunlaştı. Yüzündeki Parkinson ifadesine bir de umutsuzluk ifadesi eklendi. Artık zar zor konuşabiliyordu fakat bana tüyle-rimi ürpertecek bir şey söyledi: “Hayallerimi benden aldın. Başka hiçbir şeyim kalmadı.” Aklıma hemen Rolando P. ve yaşama iradesini yitirdiği dönemde hissettikleri geldi. Her geçen gün Martha, giderek donuklaşan boş ifadeleriyle bir hayaleti andırmaya başladı; gözlerini bize dikerek anlamsızca bakıyordu; ve 12 Ekim günü öldü. İlaç tedavisini durdurarak ve belki de içinde kalan son yaşam kırıntıları olan hayallerini uzaklaştırarak acaba ölümüne ben mi yol açtım diye merak ediyorum.

IDA T.

Ida T. bir taraftan kararlı bir şekilde “uyanık” kalırken diğer yandan da L-DOPA tedavisinin süregelmesine, dozda yapılan değişikliklere ve ilaca verilen aralara vs. rağmen yavaş yavaş dengesini yitirdi. 1969 yılında L-DOPA ilk kez verildiğinde meydana gelen o harika hareket ve konuşma özgürlüğü ve akıcılığı bir daha görülmedi. Aksine katılaşma ve tıkanmaya doğru bir gerileme yaşadı. Bunların dışında bir gerileme de meydana gelmedi – yaşamının son yıllarında Ida yaşam ve neşe doluydu, kendine has karakter özellikleriyle Mount Carmel’de çok sevilen biriydi.

1977 yılında birden patlak veren bir hastalık birkaç ay içerisinde 100 kilo vermesine neden oldu. Ölmek üzere olan devasa bir balınayı andırıyordu – ölmek üzere olduğunun farkındaydı ve neşeli, kaderini kabullenmiş bir hali vardı. Ölümünden birkaç gün önce onunla sohbet ettiğimde şöyle demişti: “Tanrıya şükürler olsun ki Dopey var – hayatımın son yılları bu sayede geçirdiğim en iyi yıllar oldu.”

Aaron E.'nin hikâyesini bir umut cümlesiyle son erdirmiştim: "Geçtiğimiz on ay içerisinde gerçek ve faydalı bir denge elde etmiş görünüyor ve belki de gelecekte bu dengeyi her zaman korumaya devam edecek." Bu umutlar boşa çıktı – ve o dönemde fark etmediğim bir şeyi şimdi fark ediyorum ki bu, post-ensefalitik rahatsızlıklarla sıradan Parkinson hastalığı arasındaki temel farklılıktan kaynaklanmakta. Post-ensefalitik rahatsızlıklar özünde (ya da en azından çoğunlukla) *devinimsizdir*. Dolayısıyla eğer bir tür denge elde edilebilirse bu gerçekten de sonsuza dek muhafaza edilebilir. Mount Carmel'deki birçok hasta açısından durum böyleydi – Miriam H. buna açık bir örnek teşkil eder. Buna karşın Parkinson hastalığı *devinim halindedir* ve aşama kaydeder. Aaron E.'nin durumu da buydu: İlerleyen ve hastaneye kabul edildiğinde halihazırda epey ilerlemiş bir hastalık.

1969 yılının hemen başında, azınlıktaki post-ensefalitik hastalarımızın yanı sıra ilerlemiş Parkinson hastalığı olan otuz hastayı da L-DOPA tedavisine başlattım. Şimdi, aradan on iki yıl geçtikten sonra tüm Parkinsonlu hastalar yaşamını yitirmiş durumda. Oysa post-ensefalitik hastalarımız halen hayatta ve sağlıklı.

1972 yılından itibaren Aaron E. dengesini yitirdi – tıpkı temelde var olan hastalığına ilişkin, 1962 yılının başından itibaren dengesini yitirmeye başlamış olduğu gibi. L-DOPA'ya verdiği tepkiler – bu olmadığında çaresiz kalıyordu– her defasında zayıflayıp, süresi kısıalıyordu ve her birkaç ayda bir ilaca ara vermek zorunda kalıyordu. Ruh hali ve morali gayet iyiydi –L-DOPA tedavisi öncesindeki gerileme ve depresyon haline dönüş yoktu– elinden geldiğince faal biri olmayı sürdürdü ve son günlerine yaklaşırken bile, evinde geçirdiği hafta sonları onu kendine getirip canlandırdı (neyse ki, yürüyemediği zamanlarda onu kaldırıp arabaya koyacak güçlü kuvvetli oğulları ve torunları vardı).

1976 yılına gelindiğinde, büyük ölçüde kilo ve güç kaybının yanı sıra Parkinsona bağlı sorunları amansızca artmış ve iyice elden ayaktan düşmüştü. Fakat sonunda, ölümüne Parkinson-

nizm değil –Parkinson hastalığı hiçbir zaman doğrudan ölüme sebebiyet vermez– son derece habis bir prostat kanseri yol açtı. Ameliyat yapıldı, fakat halihazırda kanser yayılmış ve hızla ilerleyen bir üremi oluşmuştu. 1977 yılının başında sessizce yaşamını yitirdi.

GEORGE W.

Uyanışlar'daki diğer birçok hastanın aksine, George W. hastaneye yatırılmış bir hasta değildi ve son derece iyi huylu, yavaş ilerleyen türden bir Parkinson hastalığı vardı. 1972 yılında Florida'ya gitti ve 1979 yılına gelindiğinde hâlâ L-DOPA alıyor ve epey faal bir yaşam sürdürüyordu. Bana belli dönemlerde, kaydettiği gelişmelerden bahseden mektuplar yolladı ve zaman zaman da Mount Carmel'e gelerek beni ziyaret etti. Geçtiğimiz iki yıl içerisinde, temasımız koptu – dolayısıyla, içinde bulunduğu duruma ilişkin tam anlamıyla güncel bilgilere sahip değilim.

Bu tür diğer hastalarla olan deneyimlerime ve bilgime dayanarak bir tahmin yürütecek olursam, sanırım George halen faal, rahatlıkla dolaşıp gezebilen ve 1962 yılından beri (Aaron gibi) Parkinson hastası olmasına rağmen hâlâ L-DOPA'dan faydalanabilen biri. Aaron'un hastalığına kıyasla onunki çok daha yavaş ilerleyen, halim selim bir hastalıktı (bu tür varyasyonların nedenleri hakkında son derece bilgisiziz); ikincisi ve daha da önemlisi, George hastaneye yatmamıştı. Tam olarak açıklanamayan nedenlerden ötürü (aslında çoğu son derece açık olsa da), Parkinson rahatsızlığı olan hastalar, hastane koşullarında sağlıklarına kavuşmakta güçlük çekerler. Oysa, bunun aksine post-ensefalitik hastalar son derece iyi gelişim gösterebilirler. Mount Carmel'de buna tanık olduk ve Dr. Sharkey'in bana anlattığına göre Highlands Hastanesi'nde de durum farklı değil. Görünen o ki bu evrensel bir deneyimdir.

Cecil M. post-ensefalitis hastası olmasına rağmen, George gibi o da hastane dışında tedavi gören bir hastaydı (ona olan yakınlığımdan ötürü *Uyanışlar*'da hikâyesine yer verdim zira o benim değil, babamın Londra'daki hastalarından biriydi). *Uyanışlar*'da kısaca hikâyesinden bahsetmem gerektiğini düşündüm, çünkü esasen o sağlığı ileri düzeyde bozulmamış ve hastaneye yatırılmamış, daha ziyade belirgin post-ensefalitik rahatsızlıklarına rağmen halen dolu dolu, faal ve neredeyse normal bir yaşam sürdürebilen post-ensefalitik hastaların özelliklerini taşıyan biriydi. Sonuçta hastalıkları devinimsiz olduğundan ötürü bu mümkündü; dolayısıyla 1930 ve 40'larda, karşılaştıkları güçlüklerle rağmen yaşamlarını sürdürebildiklerine göre bunu şimdi de sürdürebilirlerdi. Ne mutlu ki, Cecil M.'nin durumu da budur.

1981 yılı itibarıyla Cecil M. enerjik ve bağımsız bir biçimde yaşamını devam ettirebilen, kendine bakabilen, faal biridir ve halen araba kullanabilmektedir. Yaşı ilerledikçe hareketleri bir parça yavaşlamış ve eklemleri kireçlenmiş olsa da Parkinson rahatsızlığında pek az ilerleme meydana gelmektedir. L-DOPA kullanma konusundaki fikri değişmiştir. 1970 yılında şöyle demişti: "İlacın etkisi ilk başta çok hoştu, fakat sonra sağladığı katkıdan çok daha fazla soruna yol açtı. O olmadan da yaşamımı gayet güzel sürdürebilirim."

Bu doğru; fakat ilacı çok mütevazı dozlarda kullandığı takdirde daha da sağlıklı bir yaşam sürdürebilir. Özellikle kullandığı tek ilaç günde iki defa küçük, yarımsar tabletler halinde aldığı Sinemet. Diğer Parkinson hastaları bu dozun on katını alabilirler – fakat Cecil M. kendi açısından en uygun dozun bu olduğunu düşünüyor. Daha fazla dozda kullandığı takdirde çene kilitlenmesi birdenbire nüksediyor; daha küçük dozlar aldığında ise Parkinson rahatsızlığı epeyce artıyor. Neyse ki o kendini "dengeleyebilecek", "titre" edebilecek ve sorunlarla karşılaşmayacak kadar şanslı. Dramatik bir "uyanış" yakalama peşinde değil ve zaten buna ihtiyaç da duymuyor. O daha ziyade, kullandığı mütevazı dozdaki ilacın mütevazı etkisinden memnun.

Son derece iyi bir hayat sürdürüyor; bu mutlu ve dengeli halini yaşamının geri kalanında da sürdürmemesi için bir neden göremiyorum.

LEONARD L.

Ve nihayet son hastamız Leonard L. 1972 yılının Mart ayında on birinci ve “son” amantadin denemesinin ardından Leonard şöyle dedi: Yolun sonuna geldim. İlaçlardan *gına* geldi. Benimle ilgili yapabileceğin bir şey kalmadı.” Kısa bir sonra, *Uyanışlar*’daki hikâyesini yazmamdan hemen önce de şunları söyledi: “Şimdi durumu olduğu gibi kabulleniyorum Geçen üç yılda çok şey öğrendim. Ve şimdi kendim olarak yaşayacağım. L-DOPA’nız ise size kalsın.”

Onun gibi bizler de “yolun sonuna gelindiğini” kabullenmiştik ve iki yıldan uzun bir süre boyunca ilaç kullanmaktan kaçındık. Bu iki yıllık süreçte tümüyle L-DOPA tedavisi öncesindeki durumuna döndü, hüzünlü bir ruh haline ve matem havasına büründü. Artık konuşamadığından ötürü yazı tahtasına “Oldu bir kere” diye yazıyordu. “Buraya kadarmış. Artık bitti. Pişmanlık duymuyorum. Bu sadece alın yazısı.” Fakat bu hislerinin yanında içten içe durumunu kabullenemiyordu; “Kaderine” öfke duyuyor ve onu suçluyordu. “Kader”in ona –birazcık da olsa– merhamet gösterebileceğini düşünüyordu. (Yom Kippur ayinlerinde geçen kelimelerle) dua edip, hakkında verilen acımasız hükmün engellenebilmesini ya da en azından yumuşatılmasını diliyordu. “Merhamet”in doğası hakkında derin düşüncelere dalıyor, kaderin değişmez yasasını ihlal etmeksizin bu lütfun sınırları aşıp aşamayacağını merak ediyordu. Yasaların ve kaderin doğası üzerinde kafa yormaya başlamıştı: Bir defasında şöyle yazdı: “Kader yasaya mı *tabidir*, yoksa yasaya *rağmen* mi vardır?” Kaderi yasaya tabi olarak yani tamamen doğal olarak gördüğü zaman onu daha kolay kabulleniyor, kaderini benimsemişliğini açıkça itiraf edebiliyordu. Kaderin “yasaya rağmen” var olduğunu yani tamamen manevi olduğunu düşündüğü zaman ise buna tahammül etmekte son derece zorluk çekiyordu. Kade-

rin suç işleyen, çocuksu bir Tanrının nedensiz gazabı değil, erdemli bir Tanrının iradesi olduğuna inanmak için çok mücadele vermesi gerekiyordu. Sık sık “kaderi kıskırtmayı” düşünüyordu. Yazı tahtasına şöyle yazmıştı: “L-DOPA’yı yeniden denemekle kaderi kıskırtmış olur muyuz?” Bir karara varmaksızın bunun üzerinde tekrar tekrar derin düşüncelere dalıyordu.

Fakat Gertie C.’nin, dört yıllık bir aradan sonra tekrar L-DOPA tedavisine başlatıldığında ortaya koyduğu olağanüstü ve beklenmedik tepkisinin ardından, Leonard L. sonunda, eğer Gertie’nin “kaderi” değişmişse belki de kendinin yazgısının da değişmiş olabileceğine karar verdi. Fakat ne yazık ki Gertie’nin yaşadığı umulmadık ve muazzam gelişmeler, Leonard L.’nin ilaca verdiği tepkiler için söz konusu değildi. Aradan geçen beş yıl boyunca durumunda bir değişiklik olmamıştı: Tıpkı 1969 yılını Eylül ayında olduğu gibi, 1974 yılının Eylül ayında da L-DOPA’ya son derece yoğun ve aşırı bir duyarlılık gösterdi ve tepkileri bir kez daha tümüyle patolojikti – tahammül edilmez tikler, gerginlik ve zihin tıkanması. Yazı tahtasına “Ümitsiz. Son derece ümitsiz. Bu sefer gerçekten yolun sonu mu?” Annesine danıştı –birçok kararı birlikte alıyorlardı– ve bu kez de amantadini denemek istedi: “L-DOPA’dan daha kötü olacağını sanmıyorum; daha önce *biraz* faydası olmuştu,” diye yazdı.

1974’ten 1980’e kadar geçen süre hemen hemen 1969-72 arasındaki döneme benziyordu. Ardı arkası gelmeyen amantadin denemeleri –ilk başta epey olumlu sonuçlar vermiş, fakat sonraki denemelerde etkisi giderek azalmıştı– yapıldı. “Ortalama” bir döngü altı hafta sürüyordu: önce dikkat ve uyanıklıkta görülen bir artış –kesin bir “uyanış”– ve Parkinsonizmde azalma meydana geliyordu. Fakat en iyi durumdayken bile sadece fısıldayabiliyor, hareketleri son derece yetersiz kalıyordu. Böyle geçen iki ya da dört haftanın ardından birdenbire sarsılarak ve silkinerek tikler sergilemeye, bir zihin karmaşası ve tıkanıklığı yaşamaya başladı ve gözbebekleri genişlemiş ve yerinden fırlarcasına, etrafa korku dolu bakışlarla bakıyordu. Bunun üzerine tedaviye ara verilmek zorunda kalındı ve ardından neredeyse bilincini kaybetmişçesine derin ve dipsiz bir Parkinsonizm çukuruna gömüldü.

Hastaların elinde kalan tek şeyin, her iki tarafında da dev patolojik çukurlar, bilinç kaybı ve hezeyan çukurlarının olduğu daracık bir "sağlık" (ya da potansiyel normallik) *hattı*, son derece güvenilirmez ve ince bir cambaz ipi olduğunu hissediyordunuz. Güzel bir tepkinin ardından bir "ara zemin" bulma olasılığını, normale dönme *potansiyellerini* çoğunlukla yitiren ve bir uçtaki mevcudiyetten (ya da yitip gitmiş mevcudiyetten) diğer uçtakine savrulan neredeyse bütün hastalarımıza dair böyle bir hisse kapılmıştım. Ancak 1977 yılına gelindiğinde –ve özellikle Leonard L. ile– bu düşüncemi tarafsız bir zeminde doğrulayabildim. Bu da EEG kullanımı sayesinde mümkün oldu. Yani çeşitli ve farklı hal ve evrelerde beyin dalgalarını, beynin elektriksel faaliyetini inceleme. Bu tür hastaların hepsinde de bir nevi üçlü bir eylem tespit ettim: İlacın yokluğunda son derece yavaş bir faaliyet, ilacın getirdiği aşırı canlılıkla birlikte çok heyecanlı ve genelde sarsılarak meydana gelen faaliyet ve bu ikisinin arasında, deyim yerindeyse son derece incelmış, iki anormal hal arasındaki görece normal faaliyetleri gösteren daracık bir bant. Bu Leonard L.'nin amantadine verdiği tepkilerde çarpıcı bir biçimde görülüyordu; daha doyurucu bir tanımlama ve resimli örnekler kitabın ekindeki "Uyanışların Elektriksel Esasları" bölümünde yer almaktadır.

Bu dar bant neredeyse tamamen kaybolana dek giderek incelmişti. Leonard L.'nin kayıtlarında bunu klinik ve elektriksel yönden dehşete kapılarak tekrar tekrar gözlemledik. Bu, hem onu hem de bizi berbat bir biçimde iki zorunlu seçenek arasında bıraktı. Zira "ilaçsız" hali bile giderek kötüleşti. Öyle ki ilaç tedavisi *olmaksızın* dayanılmaz bir biçimde eli kolu bağlanıyordu fakat sonra, durumu gelişme gösterdikten belki birkaç gün sonrasında bu kez de ilaç kullandığı için elden ayaktan düşüyordu. Fısıldayarak şunları söyledi: "Ne dersiniz? Acaba sinir uçlarımdaki duyu algılayıcılarım ölüp gidiyor mu? İlaç onları iyileştiriyor mu yoksa öldürüyor mu anlayabilmiş değilim."

Uyanışlar'ın belgesel filmini görenler Leonard L.'yi ifadesiz, hareketsiz ve zar zor konuşabilen, buna karşın yuvarlak ve sağlıklı fışkıran kanlı canlı bir yüzü olan ve elli iki yaşından çok daha genç gösteren bir hasta olarak hatırlayacaklardır. Bu genel sağlık

durumunu, sağlıklı ve gürbüz görünüşünü 1977'ye kadar muhafaza etti. Sonrasında, bir yandan ilacın dayanılmaz etkileri, diğer yandan da hastalarımızın temel bakımından sorumlu hemşire ve diğer kadrolardaki trajik boyutlardaki azalmalar sonucunda Leonard kilo kaybetmeye, güçten düşmeye, yediklerini kusmaya başladı. Ayrıca ardı ardına akciğer iltihabı, idrar yolları enfeksiyonu geçirdi ve hepsinden kötüsü cildinde yaralar açıldı. 1978 yılına gelindiğinde bir deri bir kemik kalmış, hastalıklı, azar azar ölmekte olan bir adama dönüşmüştü ve o da bunu gayet iyi biliyordu. Sağlığını ve yaşamını kurtarmak için ortaya konan son bir girişimle Mount Carmel'deki "durumu ağır" olan hastalar için yoğun hemşire bakımının yapıldığı kata taşındı. Fakat vücudunda, devamlı yatmaktan oluşan yaralar daha da derinleşerek sonu gelmez ağrılara, ateşe ve sepsise (mikrop toksinlerinin kana karışması) neden oluyor ve vücudundaki yaşamsal gereksinimi olan proteini emip kurutuyordu.

Bu zamana dek, Leonard'ın gösterdiği "öfke" yaşamak için ortaya konmuş bir öfkeydi: Bizzat yaşamın kendisi, hayatı sürdürmek için öfke ve hiddetini ortaya koyuyordu. 1978 yılından itibaren, hastalığı artıp zayıf düştükçe bu yaşamsal öfke, yaşam iradesi ve arzusu da azalıp zayıfladı. Kafasındaki yargılar da iradesinin zayıflamasıyla uzlaşır nitelikteydi: Yazı tahtasına "Tüm bunların ne anlamı var? Sadece ağrı ve irin, irin ve ağrı. Yaşamaya değmez. Böyle hayat olmaz," diye yazmıştı 1980 yılında.

1980 yılının sonuna gelindiğinde amantadin etkisini tümüyle yitirdi – ya da daha ziyade sadece patolojik etkiler üretmeye başladı. Dolayısıyla, inceden inceye araştırıp tartışarak ve hayatının tehlikede olduğunu hissederek kullanılması gerektiğine karar verip, 1981 yılının başında tekrar L-DOPA tedavisine başladık.

Bu kez, kaderin olağanüstü ve paradoksal bir cilvesiyle, L-DOPA on iki yıl aradan sonra ilk kez "işe yaradı". Leonard birdenbire güç kuvvet kazandı ve sesi daha gür çıkmaya başladı; "öfke"si geri gelmişti. Fakat bu umutsuzluğun öfkesiydi. Koğuştakiler Leonard'ın "galeyana geldiğini" haber vermek için telefon ettiklerinde ben klinikteydim. Hayret ve korkuya

kapılarak, kaldığı odaya doğru seğırttim. Şimdi sesi son derece gür çıkıyor ve kulakları sağır edencesine bağıırıyordu: “Cehennemın laneti! Lanet olası DOPA, lanet olası mucize. Şu halime bakın – sapır sapır dökölüyorum. Neredeyse ölmek üzereyim ve şimdi siz L-DOPA ile beni diriltiyorsunuz! Bu tanrının cezası bir mucize.... Tanrı aşkına lütfen şunu durdurun ve bırakın huzur içinde öleyim.”

Elbette, ilacı kesip onu kendi haline bıraktım. Tekrar hareket-siz sessizliğine gömüldü. Dışardan bakıldığında hiçbir hayat belirtisi ortaya koymuyordu. İç dünyasında neler olduğuna dair hiçbir fikrim yoktu – fakat son günlerine yaklaşmakta olsa da bilincinin yerinde olduğunu hissediyordum. Son derece yatışmış ve hazırlıklı bir hali vardı – aklıma Donne’ın kendini ölüme nasıl hazırladığı geliyordu. Sık sık yatağının kenarına oturup huzurlu yüz ifadesini seyrediyordum. Ölüm yavaş ve hissettirmeden geldi – ruhu gönül rızasıyla azraile teslim olarak, uzun zamandır kendini hapsedip azap çektiren zavallı bedenini terk etti.

24 Haziran, 1981

Sevgili Bayan L.,

Leonard’ın öldüğünü duyduğumdan bu yana size telefonla ulaşmaya çalıştım, fakat başaramadım. Umarım bu mektup elinize geçer.

Leonard’ın ölümünü öğrendiğimde son derece üzüldüm – ve bu kadar uzun zamandan beri hasta olmasına rağmen bu haber beni şoke etti; aklıma ilk gelen siz oldunuz. Geçen tüm yıllar boyunca onu besleyip büyüten her açıdan ona hayat ve destek veren kişi. Acınızı paylaştığımı söylemek son derece yetersiz de olsa nihayetinde insanın elinden daha fazlası gelmiyor. Leonard’ın erkek kardeşini sadece bir iki kez görmüş olsam da umarım taziyetlerimi kendisine iletirsiniz.

Sadece geçen yıllar bizlere bakış açısı kazandırmakta. Şimdi düşünüyorum da Leonard’ı ve sizi tam on beş yıldır tanıyorum; bu insan yaşamında uzun bir süre. 1966 yılında hissettiklerimi her geçen yıl daha da güçlü bir biçimde hissettim – ne muaz-

zam bir adamdı Leonard. Neredeyse bir ömür boyu süren ve derin üzüntü veren bir hastalığın pençesinde ne büyük cesaret ve karakter ortaya koydu. *Uyanışlar*'da hikâyesini yazarken hissettiklerini ete kemiğe büründürmeye çalıştım... fakat bir taraftan da bunun ne denli yetersiz ve yarım yamalak olduğunun bilincindeydim: Belki de siz bunun daha çok bilincindeydiniz, zira varınızla yoğunuzla ona bir *hayat bahşeden* insan sizdiniz... Belki de bunu sonraki yıllarda daha iyi idrak ettim.

Bana bu denli çok şey *öğreten* bir başka hastam olmadı – yalnızca Parkinsonizme vs. değil, aynı zamanda bu tür sıkıntıların ve berbat tersliklerin karşısında her yönüyle yaşama tutunabilen bir insan olmanın ne demek olduğuna dair birçok şey. Yaşama böylesine sarılıp hayatta kalmanın ilham verici bir yanı var ve Leonard'ın bana öğrettiği dersi hiçbir zaman unutmayacağım (ve diğerlerinin de unutmamasına izin vermeyeceğim); gücünüzün ve yaşamınızın büyük bölümünü ona adamakla ne denli olağanüstü bir şey yaptığınızı da unutmuyarak sizin de hakkınızı teslim etmek lazım... ona böylesine bir şevkat ve desteği vermemiş olsaydınız hayatta kalması –özellikle son yıllarında– mümkün olmazdı... Siz de tanıdığım en yürekli insanlardan birisiniz.

Artık Leonard yok ve öncesinde büyük bir sevginin olduğu yerde şimdi büyük bir boşluk ve acı hissi var. Fakat ümit ve dua ediyorum ki daha önünüzde güzel yıllar ve dolu dolu bir yaşam olacak... öylesine canlı ve hayat dolusunuz ki yüz yaşına kadar yaşamalısınız! Umarım Tanrı yanınızda olur, lütfunu sizden esirgemez ve böyle bir zamanda yaşadığınız acıyı hafifletecek ve önünüzdeki yıllar boyunca sizi rahat ettirecek yumuşak ve tatlı bir akşam dinginliği bahşeder.

En derin sevgi ve saygılarımla,
Oliver Sacks
Sevgili Dr. Sacks,

Oğlum ve ben bana yazdığınız anlamlı ve duygu yüklü taziye mektubunuz için size teşekkürlerimizi sunmak istiyoruz.

Evet, Leonard gerçekten de çok cesur, hatta cesurdan da öte biriydi. Ölümü hayatımda büyük bir boşluk yarattı ve ben

onsuz nasıl yaşayacağımı bilemiyorum. O gittiğinden bu yana sürekli ağlıyorum. Leonard'ı öylesine seviyorum ki, uzun yıllar boyunca bu denli yakın olduktan sonra onun ardından kendime nasıl bir yaşam kuracağımı bilemiyorum.

Hiçbir zaman kimseyle yakın arkadaşlık kuramadım ve bu yaştan sonra (83) bunu nasıl becerebileceğimi ya da ne denli umursayacağımı da bilemiyorum. Gördüğünüz gibi sevgili dostum, ne yapacağımı bilmez durumdayım ve artık bana ihtiyaç duyan biri kalmadığından bir hiçim.

Diğer oğlumu ve onun ailesini de seviyorum, fakat Leonard'ın kalbimde özel bir yeri vardı. Yürek ısıtan mektubunuz için size tekrar teşekkür ediyorum. Umarım beni arama fırsatınız olur.

Tina L.

Hamiş (1990)

Geçtiğimiz dokuz yıl içerisinde Mount Carmel’de ve New York’ta çalıştığım diğer yerlerde giderek azalan sayıda post-ensefalitik hastalar görmeye Highlands Hastanesi ve diğer yerlerdeki post-ensefalitik hastalarla sık sık temasta bulunmaya devam ettim.

Hester Y., Miriam H. ve Gertie C., 1984 yılına dek sağlıklı ve dolu bir yaşam sürdürdüler. Fakat o yıl hastanedeki bitmek bilmeyen bir grev yüzünden (ya da onun bir sonucu olarak) trajik biçimde yaşamlarını yitirdiler. Bu tür hastalar son derece dayanıksızdır ve sürekli yoğun bir hemşire bakımına ihtiyaç duyarlar. Bunun tek bir gün dahi aksaması cilt hastalıklarına, spazmlara ve sürekli yatmaktan ötürü ciltte oluşan yaralara davetiye çıkarabilir – hastalarımızın ölümüne tam da bu tür tehlikeler neden olmuştu. 1984 yılındaki grevin ardından birkaç post-ensefalitik hasta hayatta kaldı. Bunlar L-DOPA almaya devam ettiler ve mümkün olduğunca dolu bir yaşam sürdürdüler; bunların sonuncusu (Mary S.), 1989 yılının yazında yaşamını yitirdi.

Mount Carmel’in eski hastalarından –kafa sallayan, yörünge hesaplayan ve her yönüyle şaşırtıcı biri olan– Lillian T. (bkz. dipnot 143) 1973 yılındaki *Uyanışlar* belgeselinde, duygularını en açık seçik biçimde ifade edebilen hastaydı ve post-ensefalitik hastalarımız adına sözcülük yapmıştı. Lillian, L-DOPA’ya karşı, günde birkaç kez, saniyeler içerisinde değişerek hareketsiz bir akineziden makul bir işlevliliğe (konuşma, yavaş yavaş yürüme, okuma ve yazma için yeterli ölçüde) dönüşen ve öngörüleme-

yen tepkiler vermeye başlamış olsa da halen son derece canlı. Çok mütevazı dozda L-DOPA almaya devam ediyor (günde sadece dört kez 250'şer mg.); eğer daha büyük bir doz alırsa (ki o bunu tercih ediyor) zaman zaman "tozutarak" had safhada düşünce, konuşma ve hareket baskısı yaşıyor; tikler yaparak, baykuş gibi sesler çıkararak etrafındaki nesnelere dokunuyor ve onları sağa sola savuruyor – bu Lillian'a keyif veren fakat hastanenin başa çıkmakta güçlük çektiği bir nevi "Tourette'izm" dir.

Çalıştığım Little Sisters of the Poor adlı hastanede tümü L-DOPA tedavisi gören ve mükemmel durumda olan yarım düzine post-ensefalitik hastam var. Bunlardan biri olan Mary T'nin vücudunun bir tarafında şiddetli Parkinsonizm var fakat diğer tarafı tiklere eğilim göstermekte – dolayısıyla özenle ayarlanmış "uzlaştırıcı" dozda L-DOPA almak zorunda (zira Parkinsonizme faydası olan bir doz tikleri arttırabilmektedir). Sık sık dopamini beynin her iki tarafına bağımsız bir biçimde iletebilmenin bir yolu olmasını dilemişimdir.

Highlands Hastanesi'ndeki post-ensefalitik hastaları da tetkik etmeye devam ettim: 1969 yılındaki ilk ziyaretimde doksan hasta vardı; şimdi ne yazık ki, sadece dokuz kişi kaldılar. Birkaçı küçük dozlarda L-DOPA ile tedavi edilmekte – fakat bazıları ilaç (veya "yan etkileri") olmaksızın yaşamlarını sürdürmeyi tercih ediyor. Bu hastaların hepsi Mount Carmel'deki hastalardan daha genç ve daha faal durumda.

Yine Londra'da yaşan hastalardan Cecil M., yetmişli yaşları boyunca, küçük dozda L-DOPA alarak faal ve bağımsız bir yaşam sürdürdü, kendine bakabildi, arabasını kullandı. Geçen yılın Nisan ayında şiddetli bir kalp krizi sonucu yaşamını yitirdi. Hayatının harika geçen son yirmi yılını kendisine L-DOPA'nın "bahsettiğini" düşünüyordu.

Bu hastalar büyük salgının ardından hayatta kalan son hastalar olsa da, geçtiğimiz yıllarda seyrek de olsa zaman zaman *encephalitis lethargica* vakalarından ve post-ensefalitik sendromlardan bahseden raporlara rastlandı (bkz. Ek Bölüm: Uyku Hastalığının Tarihçesi). Çok yakın bir geçmişte (Şubat, 1990), meslektaşım Dr. Margery Mark'ın gösterdiği iltimas sayesinde böyle bir hastayı bizzat görme imkânım oldu – bu hasta elli yaşlarında bir

kadıncı. 1986 yılının Şükran Günü'nde geçirdiği şiddetli, ateşli ve uykulu bir gribin ardından hızla ilerleyen akinetik Parkinsonizm, katılaşıma, beden duruşuna dair refleks kaybı, kataton ve (çok yakın dönemde) şiddetli bir boyun büzülmesiyle birlikte istem dışı göz hareketi krizlerine ilişkin bulguları da içeren belirtiler ortaya koydu. Bu hastanın L-DOPA'ya karşı benzersiz (ve patolojik) bir duyarlılığı vardı ve çok mütevazı dozda bile tikler sergiliyor, yüzünü ekşitiyor ve baykuş gibi sesler çıkarıyordu.

1981 yılında yazdığım Sonsöz'de, post-ensefalitik sendromların değişmez ve amansız bir biçimde ilerleyen "sıradan" Parkinson hastalığı sürecine kıyasla devinimsiz olduğundan ya da en fazla çok yavaş ilerlediğinden bahsetmiştim. Fakat hayatta kalan birkaç post-ensefalitik hastanın daha da yaşlanmasıyla birlikte bu durum her zamanki geçerliliğini yitirdi. Dolayısıyla *Uyanışlar*'ın 1973 yılındaki belgesel filminde 48 yaşında olmasına karşın son derece genç gösteren, iyi bir hareket ve konuşma yeteneğine sahip biri olarak karşımıza çıkan Lillian T., artık o döneme kıyasla çok daha hasta ve sadece ilerlemiş bir Parkinsonizm ve L-DOPA'ya karşı had safhada bir duyarlılık sergilemekle kalmayıp, aynı zamanda dikkat çekici palilali bulguları da ortaya koymaktadır (bu on beş yıl öncesinde hiç rastlanmayan tipik bir post-ensefalitik bulgudur). Konuşma ve hareket kaslarının işlevindeki bu son derece özgün hasar, zekâ ve kişilik özelliklerini mükemmel bir şekilde muhafaza etmesiyle büyük bir tezat oluşturmaktadır: Eskiden ortaya koyduğu keskin zekayı, parlaklığı, söz ve davranışları, nüktedanlığını aynen sergilemektedir (öyle ki belgesel filmde bu özellikler son derece dikkat çekiciydi ve *Uyanışlar*'ın on yedi yıl sonra çekilen uzun metrajlı filmini seyreden herkesi şaşırtıp duygulandıracaktı) – bozukluk yalnızca hareket kaslarını ayarlayan belli unsurlarda meydana gelmişti. 1980'ler boyunca tetkik ettiğim post-ensefalitik hastaların yaklaşık üçte ikisinde de buna benzer, son derece özgün bozukluklar vardı.¹⁴⁸

Bakımım altındaki post-ensefalitik hastaların birkaçı *herhangi bir bozulma ortaya koymamışlardır* – bu hastalardan biri olan, 1975 yılından bu yana tetkik ettiğim ve ondan önceki on yıl boyunca Dr. Duvoisin'in tetkik ettiği Joseph F., 1950'lerde ol-

duğu gibi hâlâ yürüyüp konuşabiliyor. Diğer hastalarda ise çok az değişiklikler gözlenmiştir.

Büyük salgından bu yana sağ kalan bu son hastaların süregelen patolojik ve fizyolojik durumları budur. Eğer yaşamları sadece patolojiden ibaret olsaydı bu son birkaç yıl onlar açısından perişanlık ve mutsuzlukla geçecekti – ve bizzat *Uyanışlar* bu perişanlığı anlatan vakaların derlemesinden başka bir şey olmayacaktı. Fakat başından sonuna kadar çarpıcı olan şeyler hâlâ daha çarpıcı olmaya devam ediyor – bu hastaların sergilediği neşeli mizaç, güçlü ifade ve insanüstü çaba. Buna benzer “açıklanması güç” bir başka neşeli ve yaşama olan ilgisini sürdüren ortam Highlands Hastanesi’ndeki hastaların ortamını tanımlamaktadır. 1989 yılının Ağustos ayında onları ziyaret ettiğimde, 1930’ların başında, ergenlik çağlarında hastaneye yatırılan ve orada neredeyse 60 yıl geçiren bu hastaların acıdan bu denli uzak olup, yaşamın kıymetini bu derece takdir ediyor olmaları beni bir kez daha hayrete düşürmüştü.

EKLER

Uyku Hastalığının Tarihçesi

Sık sık, 1916-27 yılları arasındaki büyük salgının bir eşinin daha olup olmadığı sorusuyla karşılaşıyorum – acaba bu dönemden önce uyku hastalığı salgınları görülmüş müydü ve 1927’den beri kuşku götürmez ya da olası *encephalitis lethargica* vakalarına rastlanmış mıydı. Hepsinden öte, yeni bir salgının ortaya çıkma olasılığı var mıydı... Elbette bu tür sorular, Mount Carmel’deki post-ensefalitik hastalarımızla çalışmaya başlar başlamaz benim de aklıma gelmişti ve 1971 yılında *British Medical Journal*’a bazı geçmiş vakaların ve yaşanan olayların 2000 yıllık tarihçesini detaylandıran bir mektup yazdım. Aşağıdaki özet alıntı bu mektuptandır:

Eski literatür; tipik yavaşlama, güçsüzleşme ve hareket güçlüğü, yüzdeki ifade kaybı, katılaşma, titremeler ve zaman zaman görülen boyun spazmları, distoniler, istem dışı göz hareketi krizleri, şaşılık, gözkapaklarının kırpışarak kasılması, mioklonus, katatonus, uyku hali vs., vs. gibi bulguların meydana gelmesinin ardından ortaya çıkan ateşli, uykulu hastalıklara dair unutulmaz rapor ve hikâyelerle doludur. Bu tür vakalarda görülen ve eski literatürde koşullara bağlı olarak betimlenen bu benzersiz bulgular, Parkinson ve bunu izleyen diğer tipik anormal hallerin ardından ortaya çıkan encephalitis lethargica hastalığından başka bir hastalıkla pek az uyuşmaktadır. Bu tür birçok rapor ve hikâye, von Economo ve Jelliffe’in ansiklopedik çalışmalarında bir araya getirilip dikkatle incelenmiştir. Von Economo bir yandan bu tür geriye dönük tanıların kesin olmayacağını belirtirken diğer yandan da şu sonuca

varır: “Kesin emin olmamakla birlikte, encephalitis lethargica’nın Birinci Dünya Savaşı’ndan önce, hem seyrek rastlanan, birbirinden bağımsız vakalar şeklinde ve hem de ortaya çıkan bulguların tuhaf bileşimlerini içeren raporlarda rastlanan, tekrar tekrar kısa sürelerle dikkat çeken salgınlar şeklinde defalarca görülmüş olabileceğini bir ölçüde varsayabiliriz.”

Geçmişteki bu vakaların ve salgınların birkaçı anımsanabilir. 1580 yılında, ciddi boyutlarda ateşli ve uykulu bir hastalık Avrupa’ya kasıp kavurdu, ardından Parkinson ve diğer anormal nörolojik bulguları da beraberinde getirdi. Benzeri boyutta bir salgın 1673-1675 yılları arasında Londra’da meydana geldi ve Sydenham tarafından “hummalı koma hali” olarak tanımlandı; hıçkırık nöbetleri, bu salgında göze çarpan bir bulguydu (1919 yılında Viyana’da görülen ensefalitis salgınındaki gibi). 1695 yılında, Hildesheimli Albrecht, 20 yaşında bir kızda görülen uykulu beyin hummasının ardından gelişen istem dışı göz hareketleri, Parkinson bulguları, diplopi (şaşıklık) vs.’ye dair ayrıntılı bilgiler sunar. Ciddi boyutta bir Schlafkrankheit (uyku hastalığı) salgını 1712-1713 yıllarında Tübingen’de meydana gelmiş, ardından birçok vakada sürekli bir hareket yavaşlığı ve irade eksikliği (“aboulia”) görülmüştür. 18. yüzyılın ikinci yarısında Fransa ve Almanya’da Parkinson özellikleri gösteren ve hiperkinetik hıçkırık, sarsılma ve spazm, kore ve tik salgınlarıyla dönüşümlü küçük çaplı salgınlar meydana gelmiştir. Şaşılık, göz krizleri, çok hızlı soluma, geriye doğru yürüme eğilimi, tikler ve saplantı bozuklukları gibi çeşitli bulgulara bağlı, gençlerde görülen birbirinden bağımsız birçok Parkinson vakası Charcot tarafından tanımlanmıştı ve bunların köken itibarıyla post-ensefalitik oldukları hemen hemen kesindi. İtalya’da, 1889-90 yıllarındaki büyük grip salgınının ardından, son derece yıkıcı ve şiddetli, “nona” adıyla bilinen bir uyku hastalığı ortaya çıktı ve akabinde, hayatta kalan çok az hastanın hemen hepsinde Parkinson ve diğer anormal bulgular meydana geldi.

Bu tür tarihi rapor ve hikâyelere ve önceki yüzyıllarda, encephalitis lethargica’nın tuhaf bir biçimde ortaya çıkıp kaybolmasına dair bilgiler akademik önemden fazlasına sahiptir. Annesinin genç von Economo’ya “nona”ya ilişkin aktardığı detaylı tanım, 1917 yılında salgın bir felaket boyutunda tekrar ortaya çıktığında, von Economo’nun söz konusu hastalığı fark edip, tanımlamasına yardımcı olmuştu; bu

konu kitabının önsözünde dokunaklı ifadelerle anlatılmıştır. Büyük ensefalitis salgını döneminde yazdığı birçok yazısında Jelliffe, tekrar tekrar nasıl olup ta Hipokrat zamanından beri varlığı kuşku götürmeyen bir hastalığın ancak şimdi “keşfedildiğini” ve geçmişte sayısız kez tanımlanmış bu hastalığın nasıl olup da her seferinde yeni nesiller tarafından “unutulduğunu” sorar. Bu tür hafıza kayıpları esrarengiz olduğu kadar tehlikelidir de. Zira durduk yerde kendimizi güvencede hissetmemize neden olur. 1927 yılında, yeni encephalitis lethargica vakalarının neredeyse hiç görülmemesi üzerine, tıp camiası rahatlatarak derin bir nefes aldı ve önceki on yılın korkunç anılarını unutmak için elinden geleni yaptı. Von Economo, salgına neden olan virüsün ortadan kalkmadığını fakat etkin olmayan ve bulaşmayan bir evrede olduğunu, bu evrenin ardından, yazılı tarihin ilk dönemlerinden beri sayısız kez olduğu gibi kaçınılmaz olarak yine ortaya çıkacağını söyleyerek bu konuda uyarıda bulunmuştur.

İkinci Dünya Savaşı sırasında, Theresienstadt’daki toplama kampında yaşanmış olması muhtemel küçük çaplı bir salgından bahsedilse de (burada yalnızca klinik belgeler söz konusudur) 1927’den bu yana yaygın *encephalitis lethargica* salgınına benzer bir salgın görülmemiştir. Fakat, dünyanın farklı yerlerinde ara sıra görülen vakalara ilişkin arka arkaya haberler çıkmıştır – bu haberlerin birçoğu da doğrulanmıştır. Son dönemdeki raporların içerisinde, Londra’daki Ulusal Hastanede, 1980 ile 1985 yılları arasında görülen dört vakaya ilişkin ortaya konan titiz araştırma (Howard ve Lees, 1987); Manchester yakınlarında, her ikisinde de katatonik bilinç kaybı bulgularına rastlanan iki vakaya ilişkin ilginç bir rapor (Johnson ve Lacey, 1988); Rail ve diğerleri tarafından rapor edilen sekiz vaka (1981); New York’taki Mount Sinai Hastanesi’nde görülen ve göz hareketi krizleri bulgularına çarpıcı bir vakaya ilişkin rapor (Clough ve diğerleri, 1983); ve kısmi felçle birlikte meydana gelen *encephalitis lethargica*’ya ilişkin Japonya’dan gelen ayrıntılı bir rapor (Mitsuyama ve diğerleri, 1983) dikkat çekicidir. Eski öğrencilerimden biri olan Richard Shaw *encephalitis lethargica* benzeri bir görünüm sergileyen bir çocuğun ayrıntılı klinik tanımlamasını raporlamıştı; ben de çok yakın bir geçmişte (Şubat, 1990), meslektaşım Dr. Margery Mark

ile birlikte, Dr. Mark'ın üç yıldır tetkik edip videoya çektiği genç bir post-ensefalitik hastayı inceleme fırsatı buldum.

Kuşkusuz *encephalitis lethargica* halen ortalıkta dolaşmakta ve günümüzde ya teşhis edilememekte ya da yanlış tanıları konulmaktadır (bu konu Greenough ve Davis tarafından ısrarla vurgulanmaktadır). Eğer durum buysa, hastalık mutlaka, ya sınırlı ya da yaygın bir salgın şeklinde, yeniden ortaya çıkma potansiyeli taşımaktadır. Sınırlı bir salgın muhtemelen Theresienstadt'daki toplama kampının berbat koşullarında meydana gelmişti. 1976 yılında domuz gribi ve ardından ortaya çıkması muhtemel ensefalitik bulgulara dair bir salgın beklentisi ise yaygın bir salgın olabileceği endişesini doğurmuştur (sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde 200.000.000 doz aşı hazırlanmış fakat salgın gerçekleşmemiştir). Lederberg'in işaret ettiği gibi, bulaşıcı hastalıklara dair salgınlar doğal ve hemen hemen öngörülebilir olgulardır (Culliton, 1990). *Encephalitis lethargica*'nın kökünün kurumuş olduğunu düşünmemiz için kesinlikle hiçbir neden yoktur. Von Economo'nun vurguladığı gibi en iyi korunma yöntemi sürekli uyanık ve tetikte olmak ve böylece bir daha hiçbir zaman, 1918'deki gibi habersiz yakalanmamaktır.

“Mucize” İlaçlar: Freud, William James ve Havelock Ellis

Kederi ve bitkinliği uzaklaştırıp, enerjiyi ve bilinci arttıracak, dünyayı mucizelerle dolduracak ya da yaşamımıza harikalar katacak bir ilaç kavramı her zaman arzuları ve hayalleri kamçılamıştır. Hastalarımızla birlikte çalıştıkça ve onların tepkilerini duyup, gördükçe –özellikle Leonard L.’nin L-DOPA’yı “yeniden diriliş ilacı” ve “güç” olarak tanımlaması– ister istemez aklıma buna koşut tarihi örnekler getirdi ve aynı oranda hem büyüleyici hem de hayal kırıklığına uğraticı örnekleri hatırladım. Freud, William James ve Havelock Ellis bunlar arasında akla gelenler.

Freud ve Kokain

Freud’un kokainle haşır neşir olmasına ilişkin şaşırtıcı hikâye, Ernest Jones’un yazdığı Freud biyografisinde harika bir biçimde aktarılır (bkz. cilt 1, sayfa 86-108: “Kokain Macerası”). Aşağıdaki alıntılar söz konusu biyografinin bu bölümünden alınmıştır:

1880’lerin ortasında her türden güçlüklerle boğuşan, yoksul, hemen hiç kimsenin tanımadığı ve şöhrete kavuşmak için can atan Freud’un kafası “sürekli, klinik veya patolojik tıp alanında önemli bir buluş yapma çabasıyla meşguldü.” Onu en çok cezbeden şey ise dünyaya harika bir ilaç armağan etme yönünde sarf ettiği çabaydı. Onu bu derece büyüleyen bu “farklı ilgi ala-

nı”; depresyon, bitkinlik ve nevrotik hallerin yol açtığı ıstırapların beyindeki bir kusurdan ileri geldiğine ilişkin düşünceden kaynaklanıyordu. Bu kusur bir “nevrazeni” (sinir zayıflığı) idi ve kokain kullanarak bu zaaf giderilebilirdi. Gerçekten de kokaini hemen hiç kimse ilaç olarak görmüyordu – sadece insanı normal haline geri döndürüyordu: Dolayısıyla Freud’un sözünü ettiği “keyif ve uzun süreli esrime hali, sağlıklı bir insanın yaşadığı coşkudan farksızdır... Diğer bir ifadeyle, normal halinizi sürdürürsünüz ve kısa bir süre sonra herhangi bir ilacın etkisi altında olduğunuza inanmanız güçleşir”. En çok arzulanan etkisi enerji hissini yenilemek ya da cinsel iktidarı arttırmaktı: dolayısıyla Freud nişanlisına yazdığı bir mektupta şöyle der: “Vay haline Prensesim... oraya geldiğim zaman, yeterince yemek yemeyen çıtı pıtı bir kızın mı, yoksa vücudunda kokain olan büyük ve yabani bir adamın mı daha güçlü olduğunu göreceksin. En son geçirdiğim şiddetli bunalım sırasında yine kokain aldım ve küçük bir doz beni muazzam bir biçimde yükseltilere uçurdu. Şimdi, bu sihirli maddeye övgüler düzen bir şarkı yazmak için edebi araştırmalar yapıyorum.”

Bu “methiye” inanılmaz boyutta bir ilgi uyandırdı ve Freud’un yazıları bir daha eşine rastlanmayan bir üslupla ortaya kondu: Jones’un ifadesiyle, “... bu adeta konunun içeriğine büyük bir sevgi duyarcasına içten ve sıcak bir üsluptu. Bilimsel bir makalede pek nadir rastlanacak türden ‘en harika heyecan duygusu’ gibi ifadeler kullandı... bu değerli ilaç hakkında yayımlanan ‘karalama kampanyalarına’ hararetli bir biçimde tepki gösterdi.”

Freud’un kokainle faal bir biçimde ilgilenmesi 1884’ten 1887’ye kadar sürdü ve üç evreden geçti: Aşırı bir heves; kokaine karşı yapılan karalama kampanyalarına gösterdiği dogmatik tepkiden ötürü pek belli olmayan bir kaygı ve şüphe; ve son olarak, uzun süreli bir suçluluk hissini ardından düşüncelerinden feragat edip yadsıma.

William James tüm yaşamı boyunca alkolün ve uyuşturucuların "esrarengiz ve uhrevi sırları açıklığa kavuşturan" kudretine derin ilgi duydu. Aşağıdaki görüşleri *Dinsel Deneyimin Çeşitliliği* adlı eserinin 304-308. sayfalarından alıntılanmıştır.

Mistik halin bir sonraki adımı, bizi, kamuoyunun ve etik felsefenin geçmişten beri patolojik yaftası yapıştırdığı, oysa özel tatbik alanlarının ve şiir sanatının bazı lirik eserlerinin hakkını teslim edeceği bir evreye taşır. Kastettiğim bu evre, keyif verici maddelerin, özellikle de alkolün sağladığı bilinç halidir. Alkolün insan üzerinde yarattığı etki, şüphesiz, genelde ayık olduğu vakitlerde karşılaştığı gerçeğin soğuk yüzü ve kusurlarını fark etmesinden dolayı bu dünyaya çakılıp kalan insan doğasının mistik becerilerini uyandırma konusundaki gücüyle bağlantılıdır; ılımlı, temkinli, ayık bir kafayla bakış açımızı daraltır, fark gözetmeye başlar ve hayır deriz; alkollü bir kafayla ise bakış açımızı genişletir, bütünleştirir ve evet deriz. Aslında bu insanın, kendisini *Evet* demeye adanmış olan doğasının üstlendiği bir misyondur. Bu misyon, olayların ve konuların etrafında soğuk ve ürpertici bir yüzeysellikte dolaşmaktan vazgeçip, kendini konuların merkezine ve özüne yoğunlaşmaya adar. İnsanı o an için gerçeklikle bütünleştirir. İnsan bunun peşine, salt bir sapkınlık uğruna düşmez. Yoksul ve cahil insan için bu, senfoni konserleri ve edebiyat yerine geçer; ve bütününde böylesine küçük düşürücü bir zehirlenme, sadece hızla geçip giden ilk evresinde, hemen mükemmelliğinin farkına varacağımız bir esintiyi ve pırıltıyı bizlere bahşeder. Bu, yaşamın derinlerdeki gizeminin bir parçasıdır...

Nitrooksit ve eter, özellikle de nitrooksit, havayla yeterince seyreltildiği vakit, mistik bilinci had safhada uyarır. Maddenin solunmasının ardından, giderek derinlik boyutu kazanan gerçeklik hisleri ardı ardına açığa çıkar. Fakat kendimize geldiğimiz anda bu gerçeklik hissi, silikleşir ya da kaybolur... Birkaç yıl önce, nitrooksidin bu özelliğine dair bizzat bir gözlem yaptım. O dönemde vardığım bir sonuç zihnimde yer etti ve o zamandan bu

yana bu sonucun doğruluğuna ilişkin izlenimim hiç değişmedi. Uyandıığımız andaki normal bilincimiz, diğer bir deyişle rasyonel bilinç, kendine özgü bir bilinç şeklidir. Rasyonel bilinci yaşadığımız esnada, ondan çok ince bir perdeyle ayrılmış, tümüyle farklı, potansiyel bilinç formları da ortaya çıkar... Bu diğer bilinç formlarını dikkate almadan evrenin bütünlüğünün tanımı son halini almaz... bu bilinç formları, algımızın, gerçeklik nedeniyle vakitsiz bir biçimde sekteye uğramasına engel olur. Geriye dönüp kendi deneyimlerime baktığımda, tüm bu deneyimlerin, ister istemez metafiziksel bir önem taşıdığına inandığım bir nevi kavrayış noktasında birleştiğini görüyorum. Bunun temel düşüncesinde, her zaman için bir uzlaşma yatar. Adeta, yaşadığımız tüm güçlüklerle ve sorunlara neden olan çelişkileri ve çatışmalarıyla, dünyanın zıt kutupları tek bir potada erimiş gibidir... Bana göre (bu his)... yalnızca zihnin, yapay mistik halinde ortaya çıkan bir histir.

Havelock Ellis ve Meskal

Aşağıdaki paragraf, Havelock Ellis'in, *Popular Science Monthly* dergisinin, Mayıs 1902 sayısında (sayfa 52-57) yer alan "Meskal: İlahi Bir Bitki Üzerine İnceleme" başlıklı makalesinden alıntılanmıştır.

Gözlemleyebildiğim kadarıyla, meskalin etkisi altındayken, haşhaşın neden olduğu hareketli haller nadiren görülür. Meskal, belli bir aşamada, keyif, kuvvet ve zihin açıklığı verse de, gerçek anlamda coşkulu bir hareketlilik vermez ve kontrol kaybına yol açmaz... Tüm duyular etkilenir... Meskal bizi adeta, Wordsworth'ün yaşadığı ya da yaşamayı amaç edindiği bir dünya ile tanıştırır. "Havada süzülen görkemli bulutlar," en basit şeyleri dahi bir güzellik atmosferiyle sarıp sarmalama eğilimi, "bir ışık ki ne denize yansır ne karaya," "en basit çiçeğin bile açtığını" gören yeni bir hayal gücü türünden Wordsworth'ün tuhaf şiirsel yaratıcılığını yansıtan tüm kendine özgü özellikleri, meskal kullanan kişinin herhangi bir çaba ortaya koymadan yaşadığı gerçek deneyimlerle mümkün olabildiğince örtüşür.

Havelock Ellis, bu "ilahi bitki"nin etkileri tanımlanır tanımlanmaz, meskali tedavide, özellikle de (kokainle birlikte) *nevrasteni* tedavisinde kullanma girişimlerinde bulunduğunu kaydeder. Havelock Ellis, bu tür tedavi çabalarının yetersizliğini, diğer etmenlerin ötesinde, enerjik ve ekonomik yaklaşımlara yorar. Şöyle yazar: "Meskal, özellikle duyumsal yönden, sinir ve beyin aygıtlarını hızla, aşırı bir biçimde uyarır ve tüketir... Uyarıcıların sistemlere bir şeyler kattığına dair varsayımların yapıldığı günler geride kaldı. Uyarıcı, sisteme enerji katarak değil, bilakis bu enerjiyi sistemden alıp götürerek etkisini gösterir... Dolayısıyla meskal ve diğer uyarıcıları almakla, sadece sermayemizi kullanmakla kalmaz, onu tüketip çar çur etmiş oluruz."

Uyanışların Elektriksel Esasları

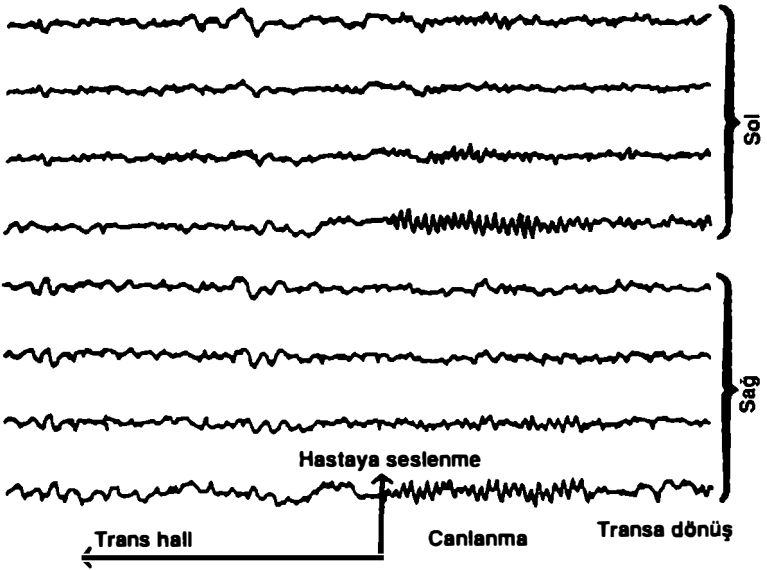
1977 yılından bu yana, meslektaşım P.C. Carolan'la birlikte, *Uyanışlar*'da hikâyelerini aktardığım hastalardan halen hayatta olanların (bkz. Sonsöz), dönem dönem L-DOPA tedavisi gören diğer birkaç post-ensefalitis hastasının ve diğer birtakım hastaların beyinlerinin çeşitli koşullar altında ortaya koyduğu elektriksel faaliyetleri çok ayrıntılı bir biçimde inceleme fırsatı buldum (Sacks ve Carolan, 1979).

Elektro-ensefalografi (EEG), deyim yerindeyse, beynin elektriksel faaliyetine doğrudan ulaşmamızı sağlar – (isminden de anlaşılacağı gibi) beynin kendi elektriksel imzasını atmasına olanak tanır. Taşınması son derece kolay teçhizatların geliştirilmesiyle birlikte, EEG incelemelerini artık çok çeşitli koşullar altında yapmak mümkün hale gelmiştir – hastalar piyano çaldığı esnada bile! Böylelikle, “sinir sisteminin yüzüne yansıyan ifadeleri” *doğrudan* gözlemleyebiliriz (Jonathan Miller). Bu tür EEG'ler, post-ensefalitik hastalarımızın kafalarının içinde neler “olup bittiğini”, hiçbir şeyin ortaya koyamayacağı kadar açık bir biçimde gösterir.

1969 yılındaki muhteşem “uyanışı”nın ardından Rose R., artık L-DOPA tedavisinin bile değiştiremeyeceği bir trans haline tekrar dönüş yaptı – L-DOPA tedavisi öncesindeki haline geri döndü. Bir şeyler ya da birileri onu dürtüp hayata döndürmediği sürece, tüm gün boyunca tamamen hareketsiz ve başı arkaya doğru kaymış bir halde donup kalıyordu. Birileri ona konuşup, ismini söylediği an, bu garip ve boş trans halinden

çıkıyor, eski canlılığını ve kişiliğini yansıtan ve bir an boş yere umuda kapılmanıza neden olan zeki, samimi ve hoş bir tebesümle karşılık veriyor ve ardından tekrar dipsiz trans çukuru-na yuvarlanıyordu.

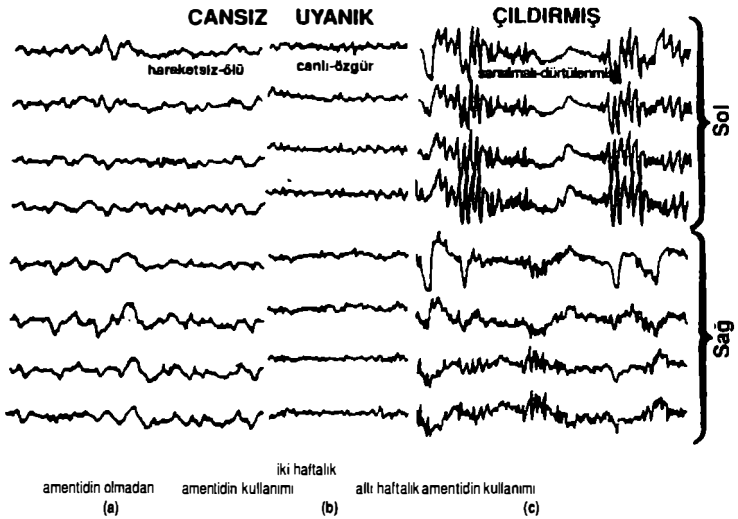
Trans hali esnasındaki EEG kayıtları (şekil 1), bilinç uyuşukluğu sırasında görülene benzer, had safhada yavaş ve düzensiz, neredeyse biçimsiz bir beyin faaliyeti ortaya koyar. Ona seslenildiği an –ki bu onu yaşama döndürür– bu bilinç kaybına benzer faaliyetin yerini canlı, iyi örgütlenmiş, son derece düzenli “alfa ritimleri” alır –tıpkı normal, tetikte ve uyanık bir beyinde gözlemlendiği gibi. Fakat sonra, o anın ardından, bir anlık uyanışının ve canlanmasının sona ermesiyle birlikte, alfa ritimleri kaybolur ve “trans” halinin büyük ölçüde patolojik görüntüsüne geri döner. Dolayısıyla bu EEG kayıtları, Rose R.’nin içinde bulunduğu klinik durumla mutlak bir uyum içindedir



Şekil 1. Rose R.'nin EEG kaydı, büyük ölçüde yavaşlamış, içinde bulunduğu “trans” haliyle birlikte süregelen düzensiz bir faaliyet sergilemekte. İsmi söylenildiği anda, canlı ve normal bir alfa ritmi meydana gelir. Fakat birkaç saniye içerisinde bu ritim kaybolur ve ardından tekrar trans haline girer.

– bu kayıtlar, hastalığının yarattığı baskının onu nasıl kendinden geçirdiğini ve buna karşın, insan temasının ya da ilgisini çekecek herhangi bir şeyin onu –sadece bir an için– umutsuzca “uyandırıp” “canlandırdığını” ortaya koyar. L-DOPA’nın gelişinden önce tüm bu hastaların durumu genelde buydu – 1969’dan önce, onyıllar boyunca içinde bulundukları durum böyleydi.

L-DOPA (ya da benzer ilaçlar) sürdürülebilir bir “uyanış”ı tetikleme açısından eşsiz bir etkiye sahiptir; fakat her vakada gördüğümüz gibi, bu ilk etki, bir süre sonra yaşanan “sıkıntılar” nedeniyle karmaşık bir hale gelir. Bu, özellikle, 1969 yılının olağanüstü yazının ardından bir daha hiçbir zaman L-DOPA ya da benzeri ilaçlara tahammül gösteremeyen Leonard L. vaka-sında açıkça görülüyordu – Leonard ilaçlara sadece abartılı bir duyarlılık göstermekle kalmayıp, birkaç hafta sonrasında pato-



Şekil 2. Leonard L.’nin üç farklı haldeki EEG kaydı. Şekil (a)’da, herhangi bir ilaç tedavisi olmadığı durumda büyük ölçüde yavaş ve düzensiz bir elektriksel faaliyet; (b)’de amantadinin ilk baştaki “uyandırma” etkisiyle çok daha hızlı, canlı ve normal bir beyin ritmi; (c)’de ise ilaç tedavisinin devam etmesi ve artık patojenik etkiler göstermeye başlamasıyla, özellikle beynin bir tarafında sarsılan patlamalar halinde ortaya çıkan dürtülenmiş faaliyet görülmektedir.

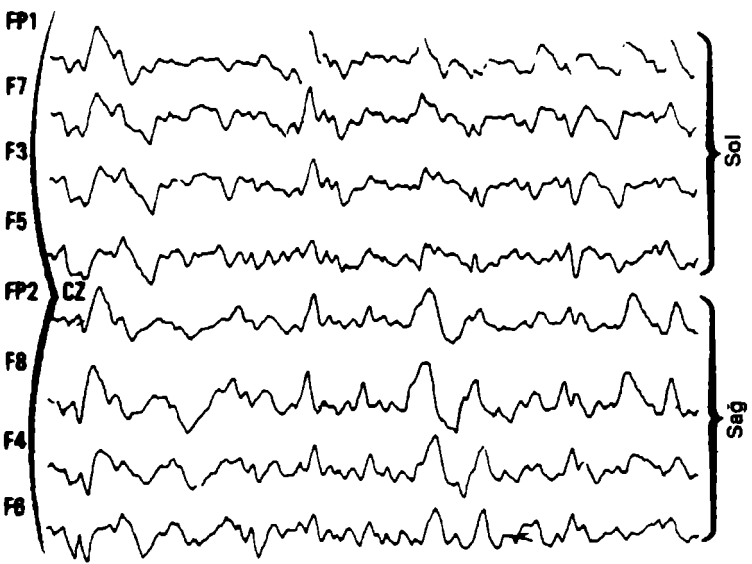
lojik tepkiler de sergilemeye başlamıştı. Herhangi bir ilacın etkileri olmaksızın, Leonard L.'nin EEG kayıtları son derece yavaştır –Rose R.'nin kayıtlarından bile yavaş– öyle ki, en derin normal uyku halinde bile böylesine bir yavaşlık görülmemiştir (şekil 2a) – fakat, hareketten, histen ve iradede yoksun olsa da, bu gibi zamanlarda Leonard uyanık bir halde ve kendindedir. Amantadin verildiği vakit (şekil 2b), ilk başta epey olumlu tepki ortaya koyar ve EEG kayıtları çok daha hızlı, örgütlenmiş ve ritmik bir hal alır – gerçekten de neredeyse normale döner. Fakat, ilacı kullanmaya devam etmesiyle (ve artık *uyarılmasıyla*) birlikte –ki bu üç ya da dört hafta içinde gerçekleşir– hareket ve düşüncelerinde birdenbire zorlayıcı sarsılmalar ve çırpınmalar meydana gelir ve EEG kayıtları, arka arkaya meydana gelen, yüksek voltajlı kriz faaliyetleriyle birlikte büyük ölçüde dürtülenir ve sarsılır (şekil 2c). Sonunda, öylesine şiddetli patlamalar yaşar ki, amantadin tedavisini durdurmak elzem hale gelir – fakat bu sefer de, birkaç saat içerisinde, hareketsiz, duysuz ve neredeyse bilinci kapalı haline geri döner (şekil 2a).

Esas sorun, davranışları ve beyin faaliyeti sürekli aşırı uçlara kaymaya eğilimli –“iki kutuplu” bir bozukluk yaşayan– hastaların kalıcı bir “ara” hallerini yakalamaktır. Leonard L.'nin EEG kayıtları –tıpkı diğer bir düzine hastaninkine gibi– bu klinik ikilemi, tam anlamıyla ve yansız bir biçimde teyit eder; bu kayıtlar, herhangi bir uyanış ilacının ya da uyarıcı ilaçların sürekli kullanımının, bu tür hastalarda giderek artan ve sonunda tahammül edilemeyecek boyutlara varan bir baskıyı nasıl ortaya çıkardığını gösterir – dolayısıyla, böylesine ihtiyaç duydukları bir şeye artık dayanamaz hale gelirler. Yalnızca klinik açıdan değil, aynı zamanda EEG kayıtlarına bakarak da, bu tür hastaların kendilerini dengeledikleri *zeminin* alabildiğine daraldığını görürüz; öyle ki, adeta her iki tarafında dipsiz çukurların ya da hastalığın bulunduğu bir cambaz ipinin üzerinde yürüyerek sağlıklarını korumaya çalışırlar – bir taraftaki bilinç kaybı ve uyuşma, diğer taraftaki ise cinnet çukurudur. Sadece lafın gelişi söylenmiş (ya da mantıksız) gibi görünen bir şey, bu hastaların EEG kayıtlarında ürkütücü bir fizyolojik gerçekliğe dönüşür. Bu tür hastalar, onları bir aşırı uçtan diğerine fırlatıp döndüren fizyolojik tekerleklerin üstünde

sürekli hareket halindedir – bu aşırı uçlar deyim yerindeyse yaşamlarını fizyolojik bir cehenneme çevirir.

Neyse ki, ilaç tedavisiyle ulaşılamayan, müzik, eylem ya da sanat sayesinde elde edilir – en azından süregeldikleri zaman zarfında (“sen müziksins / müzik devam ettiği sürece”). Bunu, birçok EEG kaydında da gözlemledik – bunların en çarpıcısı, müziğe son derece yatkın ve *Uyanışlar*’ın belgesel filminde de oynayan Rosalie B. ve Ed M. adındaki iki hastanın kayıtlarıydı. Her iki hastanın EEG kayıtları da büyük ölçüde anormaldi. Zira hem bilinç uyuşukluğuna hem de sarsılmaya dair özellikler gösteriyordu. (Ed’in EEG kaydında bir tarafında çok yavaş, diğer tarafında ise çırpınma hareketleri belirgindir; tıpkı vücudunun bir tarafının katatonik, diğer tarafının ise tikli ve Tourette özellikleri göstermesi gibi.) Fakat bir anlamda, –klinik durumları gibi– EEG kayıtlarının da, enstrüman çalarken ya da müzik dinlerken tümüyle normal hale dönüşmesini izlemek çok keyifli; ancak müzik durduğunda son derece patolojik bir hale dönüş yaşanır. Müzik sadece *zihinde* çalsa dahi EEG kayıtlarındaki bu normale dönüş görülür: Örneğin Chopin’in tüm eserlerini ezbere bilen ve son derece parlak bir müzikal hayal gücü olan Rosalie B.’ye sadece (örneğin) “Opus 49” demek yeterliydi. Bunun akabinde, F-minör Fantasie adlı bu eser kafasında sessizce çalmaya başlar başlamaz EEG kayıtları değişiyordu; kafasının içindeki konser biter bitmez, EEG kayıtları anında eski anormal haline dönüşüyordu.

Bu çalışmalar bize fizyolojik ve varoluşçu kavramların nasıl birlikte hareket ettiğini gösterir. Claude Bernard’ın öğrettiği gibi, fizyolojik süreçlerin sonu, kalıcı bir *orta halin* ön koşuludur – Bernard’ın ifadesiyle “özgür bir yaşamın şartıdır.” En üst düzeyde, beyin ritimlerinin bir devamlılığı olmalıdır – belki de bu, özgür yaşam için son bir koşul oluşturur. Bu hastalar ve EEG kayıtlarına ilişkin deneyimler bunu doğrular niteliktedir: Öyle ki eylem ve özgürlük için bir zemin oluşturmak adına, beynimizin ritimlerinin fizyolojisi ve “tavrımız” en azından makul ölçülerde süregelen ve doğru olmalıdır; eğer beyin fizyolojimiz *fazlasıyla* anormallik gösteriyorsa o zaman edilgen ve tutsak köleler haline geliriz; ve hem L-DOPA hem de müzik, beyne dair



Şekil 3. 1980 yılında Mount Carmel'e kabul edilen ve daha önce hiç L-DOPA tedavisi görmemiş post-ensefalitik bir hastanın (Leonora di P.) EEG örneği. Hasta EEG kaydı sırasında tamamen bilinci yerinde ve uyanık olmasına rağmen tüm kayıtlar, genelde yalnızca derin uyku ya da koma hallerinde görülen boyutlarda ve son derece (delta) yavaşlamıştır.

daha sürekli ve ritmik faaliyetleri tetikleyerek hastaya özgürlük olanaklarını tanır.

Hastalarımızın EEG kayıtları üzerinde çalışmaya başladığım dönemde, akıl hastanelerinde bulunan ve bizim hastalarımızla karşılaştırılabilir diğer post-ensefalitik hasta grupları üzerinde yapılmış benzer çalışmaların varlığından haberdar değildim. Daha açık olmak gerekirse, Onuaguluchi'nin Glasgow'daki post-ensefalitiklerle yaptığı ve yıllar önce yayımlanmasından bu yana (Onuaguluchi, 1964) okumadığım olağanüstü çalışmasını unutmuştum. Onuaguluchi'nin bazı hastalarının son derece yavaş EEG kayıtları olduğu daha ilk bakışta açıkça görülüyordu. Fakat bu yaygın olmaktan uzaktı: Onuaguluchi, bazı koşullarda, hastalarının % 60'ının yavaş sayılabilecek (teta) faaliyet gösterdiğini; oysa son derece yavaş (delta) faaliyetin neredeyse hiç görülmediğini kaydeder.

Buna karşın, bizim hasta grubumuzda, hastaların yarısından çoğu ciddi boyutlarda ve süreğen delta faaliyeti gösterir (bkz. şekil 3) –bu genelde derin uyku ya da kapalı bilinç esnasında ortaya çıkan bir görünümdür. Bu farklılık, tıpkı Highlands Hastanesi’ndekilerle bizim hastalarımız arasındaki klinik farklılıklar gibi, hastalarımızda ciddi boyutlarda görülen canlanma-bozukluklarına (“uyku”) çok daha fazla rastlanmasını –ve bununla birlikte çok daha şiddetli bir “uyanış”ın” gerekliliğini ve olasılığını– teyit eder.

L-DOPA'nın Ötesinde

1960'lı yılların sonunda ve 1970'lerin başında, L-DOPA kullanımına karşı büyük bir ilgi ve heves ortaya çıktı, ilacın “yan etkileri”nin kolayca üstesinden gelinebileceği kanısı yerleşti. Fakat sonra, bu “yan etkiler”in ya da aniden başlayıp sona eren tepkilerin basit çözümleri olmadığı ve ilaçla tedavi edilen hastaların neredeyse tümünün er ya da geç bu tepkileri sergiledikleri açıkça görülünce bir hayal kırıklığı havası hâkim oldu. Yeni dopamin arttırıcılar keşfedildi veya geliştirildi ve bunların bir kısmı dopamin üretimini kolaylaştıran (sinaps* öncesi sinir uçlarında), diğerleri serbest kalmasını engelleyen (sinaps sonrası sinir uçlarında) ilaçlardı. Farklı reseptörler (D1 ve D2 sinir uçları) tanımlandı. Fakat temelde pek bir değişiklik olmadı – dolayısıyla *Uyanışlar*'ın üçüncü baskısında (1982-3), L-DOPA'nın güçleri ve bu gücün sınırlarına ilişkin ortaya çıkan büyük bir gerçekçiliğin dışında bir parça da olumlu ve faydalı bilgiler aktarabilirdim.

Son sekiz yılda tümüyle beklenmedik ve heyecan verici gelişmeler yaşandı. Bu gelişmeler son derece özgün (ve tuhaf) koşullardan kaynaklandıysa da, her türden Parkinsonizm ve belki de sinir sisteminin dejenerasyonuna yönelik hastalıkların başlangıcı ve tedavisine genel hatlarıyla bir ışık tutabilir.

1982 yılının yazında, California'da, aralarında ortaokul ve lise öğrencilerinin de bulunduğu bazı gençlerin, bir gece içerisinde neredeyse “donup kalmış” bir hale dönüştükleri görüldü.

* İki komşu nöronun birbirine temas ettiği nokta (ç.n.)

Bir kısmına “katatonik şizofreni” ya da “isteri” şeklinde yanlış tanıları kondu (tıpkı altmış yıl önce uyku hastalığının ilk kurbanlarından bazılarına yapıldığı gibi), fakat sonra bu gençlerin daha önce eşine hiç rastlanmamış akut ve baskın türde bir Parkinsonizm’den mustarip oldukları fark edildi. Doktorlar zaman zaman gençlerde görülen şiddetli Parkinsonizm vakalarına rastlamıştı (bu tip vakalar geçen yüzyılda daha yaygındı), fakat bir gece içerisinde ciddi boyutlarda baş gösteren türden bir Parkinsonizme ilk defa rastlıyorlardı.

William Langston ve meslektaşları bir dedektif gibi, muazzam bir çalışma ortaya koyup, bu rahatsızlıktan mustarip olan gençlerin, içinde afyon bulunan, eroine benzer etkileri olduğu düşünülen ve “tasarımcı uyuşturucusu” diye adlandırılan sentetik bir uyuşturucu kullandıklarını tespit edene dek bu olay esrarengiz bir tıp vakası olarak kaldı.¹⁴⁹ Birdenbire baş gösteren her Parkinsonizm vakasında etkin maddenin 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahidropyridine ya da kısaltılmış adıyla MPTP olduğu tespit edildi.

Bu yeni Parkinsonizm türünden mustarip olanlar bilinen tüm bulguları –titreme, katılaşma, bradikinezi, tükürük salgılama, mikrografi vs.– ortaya koydu. Fakat bulgular aşırı ölçülerdeydi. Yaşadıkları Parkinsonizmin şiddeti o güne dek hemen hiçbir sıradan Parkinson hastasında görülmemiş boyutlardaydı ve şimdiye dek yalnızca post-ensefalitik Parkinson hastalarında görülmüştü. Beyindeki substansiya nigra tahribatının yol açtığı bu Parkinsonizm kalıcıydı ve geri dönüşü yoktu. Fakat neyse ki, doğru tanı konulmasının ardından bu genç hastaların L-DOPA’ya karşı son derece duyarlı olduğu ve çok mütevazı dozlar verildiğinde dahi birdenbire olağanüstü tepkiler verdikleri görüldü. Fakat ardından, dengesiz haller ortaya çıktı: Her türden sayısız “yan etki” hızla çoğalarak hastaların ani ve öngörülemeyen, birdenbire başlayıp sona eren zıt haller arasında salınım göstermelerine yol açtı. Belgeseldeki ifadeyle, bu tür hastalar “tamamen donup kalmakla berbat yan etkiler yaşamak arasındaki daracık bir çıkıntının üzerinde yaşamaktadır.”

İlginçtir ki, Langston L-DOPA’ya karşı duyulan bu olağanüstü hassasiyeti ve ardından gelişen son derece hızlı salınım

ve yan etkileri tanımladığı zaman, gözlemleri şiddetle eleştirilmiş ve kuşkuyla bakılmıştı – tıpkı, 1970 yılında, L-DOPA tedavisi gören post-ensefalitik hastaların aynı ölçüde dramatik ve hiperbolik tepkilerinden bahsettiğimde, bana yöneltilen eleştirel ve kuşkulu bakışlar gibi.¹⁵⁰ Langston’un bulgularıyla benimkiler arasındaki benzerlikler olmasının sebebi son derece basitti, fakat keşfedilmesi için, canlı beyin dokusunu doğrudan görüntüleyen PET tarama teknolojisinin geliştirilmesini beklemek zorundaydı.¹⁵¹ “Sıradan” ve orta derecede Parkinson rahatsızlığı olan hastaların, beynindeki gri maddede normal dopamin düzeyinin % 5’inin korunmuş olabileceği, oysa bir post-ensefalitik ya da MPTP hastasında bunun % 0,1 gibi ürkütücü bir düzeyde olabileceği doğrulanmıştır. Bu boyutta bir dejenerasyon, hastalığın normal formlarında kesinlikle görülmemiştir.

Langston, MPTP’nin substansiya nigradaki sinir hücreleri üzerinde tümüyle kendine özgü bir etkisi olduğunu (ve bu etki sadece insanlar için değil aynı zamanda hayvanlar için de geçerlidir ve dolayısıyla ilk defa, hayvanların da Parkinson araştırmalarında kullanılması mümkün olmuştur) ortaya koydu. Ayrıca zehirli maddenin MPTP değil fakat, gri maddenin sinir hücrelerinde dönüştüğü bir türevi (MPP+) olduğu sonucuna vardı – daha da önemlisi bu ölümcül dönüşüm mono amin oksidaz (MAO) inhibitörleri tarafından engellenebiliyordu. Bu tür inhibitörlerin (A ve B olarak iki tür MAO vardır ve yalnızca MAO-B inhibitörleri etkilidir) MPTP’nin toksik etkileri altında kalan hayvanı koruma açısından dramatik bir etkisi vardı. Böylece MPTP ne Parkinsonizme ve ne de substansiya nigradaki dopamin tükenmesine ya da hücre ölümüne yol açıyordu. Ayrıca bu tür etken maddelerin yalnızca MPTP’ye maruz kalmış hayvanları korumakla kalmayıp, görünürde, “sıradan” Parkinson rahatsızlığındaki hastalık sürecinin ilerlemesini de yavaşlattığı ortaya konmuştur.¹⁵²

Bundan hareketle birkaç farklı fikir ortaya çıkmıştır. Bunlardan biri sıradan (“idiyopatik”) Parkinson hastalığının MPTP olmasa da, MPP+’ya ya da beyinde öldürücü sonuçlara yol açabilecek diğer toksin maddelere dönüşebilecek ve birlikte hareket eden diğer bileşimlerin bir sonucu olabileceğidir. (Parkinson’un denemesi 1817 yılında yazılmıştı ve görünen oydu ki, endüstri-

yel devrimle birlikte Parkinson hastalığı yaygınlaşmıştı.)

Bir diğeri, gri maddedeki sinir hücrelerinin, erken yaşlarda hasara uğraması (ister MPTP yoluyla, isterse de varsayıma dayalı endüstriyel bir toksin ya da *encephalitis lethargica* nedeniyle) o yaşlarda herhangi bir klinik etki meydana getirmeyebilir –zira Parkinsonizm, klinik açıdan yalnızca gri maddedeki sinir hücrelerinin tahribatı yaklaşık % 80'lere ulaştığı vakit belirgin hale gelir– fakat sonradan, normal yaşlanma süreci nedeniyle gri maddedeki dopamin ve hücre kaybına bağlı olarak Parkinsonizme yol açar. Bu her zaman esrarını korumuş bir olguyu açıklığa kavuşturabilir (bkz. dipnot 81): Neden post-ensefalitik sendromlar, ilk ensefalitik saldırının ardından yıllar geçtikten sonra ortaya çıkar ve neden sendromlar bir kez ortaya çıkıp gelişme gösterdikten sonra, genelde ilerleme kaydederler. Buna ilişkin, tedaviye yönelik çok önemli bir sonuç ortaya çıkmaktadır – yani, selegilin gibi (Deprenyl ya da Eldepryl) bir MAO-B inhibitörünün kullanımıyla, hastalığa erken safhalarında müdahale edip, daha kötüye gitmesini engelleyebiliriz.

PET taraması sayesinde, yalnızca küçük bir doz MPTP almış ve klinik anlamda Parkinson rahatsızlığına yakalanmamış hastaların yine de substansiya nigradaki dopamin düzeylerinde belirgin azalmalar olduğu tespit edilmiştir. Bu o dönemde Parkinsonizme yol açmazken, yine de tehlikeli bir durum olarak görülebilir, zira daha sonraki MPTP dozlarında yaşın ilerlemesiyle birlikte dopaminin azalmasıyla Parkinsonizm bulgularını ortaya çıkarabilir. 1986 yılına gelindiğinde, Deprenyl türünden bir inhibitörün ileriye yönelik denemelerinin yapılması için yoğun bir talep vardı – ve şimdi, 1990 yılında, ilk sonuçlar gelmeye başladı ve görünen o ki, Deprenyl'in gerçekten de Parkinsonizmin ilerlemesini geciktirme yönünde gerçek ve önemli bir etkisi olabilir.

1980 öncesinde, substansiya nigra, orta beyne gömülmüş, ulaşılması imkânsız hücre çekirdeklerinden oluşmaktaydı. Artık bu hücreleri ve dopamin düzeylerini görüntüleyebilmekteyiz; istersek bunların arasından seçtiklerimizi yok edebilir ya da bu tür tahribatlara ve belki de hem idiyopatik hem de post-ensefalitik Parkinsonizmde yaygın olan yavaş dejeneratif hasar-

lara karşı onları koruyabiliriz. Bunlar on yıl öncesinde ufukta dahi gözükmeyen önemli gelişmelerdir.

Fakat bunlardan epey farklı ama aynı ölçüde etkileyici bir diğer ilerleme ya da en azından geliştirilmekte olan bir çalışma söz konusudur – o da dopamin yönünden zengin olan hücreleri, Parkinsonizme “deva” olması amacıyla beyne *nakletme* fikridir. Böbreküstü bezlerdeki yetişkin ilik hücrelerinin naklinden, cenin halindeki beyin dokularından alınan dopaminerjik hücrelerin nakline kadar çeşitli teknikler kullanılmıştır. Umulmaktadır ki, bu tür hücreler yalnızca bir dopamin kaynağı, beyinde bir tür dopamin pompası olmakla kalmayıp, aynı zamanda gerçekten de şekilsel olarak örgütlenmiş bir organ ya da yapı görevi üstlenip, hasar görmüş gri maddeyi hem sinir hücreleri ve hem de kimyasal açıdan yenileyecektir. Beyindeki bu tür *yapısal* yenilemelerin olası ya da pratikte uygulanabilir olup olmadığını zaman gösterecektir.

Dolayısıyla, 1990'lara girerken, Parkinsonizm alanında büyük bir heyecan ve büyük bir umut yaşanmaktadır. Artık yeni bir döneme girildiğine dair genel bir kanı hâkimdir. Eğer 1960'lar yenilenen tedavi yöntemlerinin geliştirildiği bir dönem idiyse –ki hastalarımın “uyanış”larını mümkün kılan böyle bir tedavi yaklaşımıydı– artık Parkinsonizm ve diğer dejeneratif hastalıkların, ortaya çıkmadan *önce* teşhis edilip, etkilerini göstermeden tedavi edilebilecekleri bir döneme az çok girdik demektir.

Parkinsonlunun Uzay ve Zaman Boyutu

Frances D. (tıpkı, düşüncelerini kolaylıkla dile getirebilen bakı-mım altındaki diğer yarım düzine kadar post-ensefalitik hasta gibi) bana, sık sık yaşadığı tuhaf ve son derece paradoksal dün-yayı betimlemekteydi. Bu hastalar, *Alis Harikalar Diyarında*'ki Alis'in karşılaştığı türden hayali-matematiksel bir dünyadan bahseder. Bayan D., Parkinson hastalarının *uzay* boyutlarında-ki çarpıklığı; açılar, daireler, basmakalıp düzenler ve kenarlara ilişkin yaşadığı tuhaf güçlükleri vurgular. Bir defasında "donup kalmalarına" dair şöyle demişti: "Göründüğü kadar basit değil. Öyle birdenbire duramıyorum ve hareket etmeye devam ediyorum. Fakat bu *hareketi devam ettirecek bir boşluk bulamıyorum... Benim uzay boyutum, bizlerin uzay boyutu sizinkilere hiç benze-mez: Bizim yaşadığımız uzay boyutu genişler ve daralır, kendi-ne doğru sıçramalar yapar ve kendi içine doğru çökene dek, bir daire çizerek kendi etrafında döner."*

Öncelikle, "uzay" kavramının tarihçesine kısaca bir göz atabiliriz. Newton ve Leibniz'in felsefeleri arasındaki temel farklardan biri (ya da başka bir deyişle temel fark), birbirinden farklı yaklaşımlarına ve "uzay" kelimesini kullanımlarına da-yanak noktası oluşturur – Newton'cu "hareket" kavramına karşı Leibniz'ci "eylem" kavramı. Newton için uzay ve zaman hipotez değil, mutlak kavramlardı. Ya da şimdi ifade ettiğimiz gibi referans noktalarıydı – hareketin meydana geldiği mutlak ortam. Buna karşın Leibniz için, "uzay", "zaman", devamlılık

ve genişlemeye dair tüm bu tür kavramlar, yalnızca *eylemlerin büyüklüğünü* ifade etmenin, kafamızda canlandırmanın ve ölçmenin bir yöntemiymiş: Bunlar mutlak ve soyut değil, somut ve gerçekti, yani uygun (ya da alışlagelmiş) yapılar ya da “modeller”, (çok özel türden olmasına rağmen) mecazi bir lisanla ifade edilen kavramlardı. (Leibniz’in bu temelde göreceli kavramları, Clark’la yaptığı yazışmalarda tam anlamıyla ifade edilmiştir – bu yazışmalar ancak Leibniz öldükten sonra sekteye uğramış ve aradan uzun yıllar geçtikten sonra yayımlanmıştır.) Dünyayı ifade etme ya da irdeleme anlamında uzay ya da “boşluk” kavramı, Öklid’ci ya da Newton’cu mutlaklardan ziyade Gauss’un olası boşluklardaki olası eğimlere ilişkin ünlü makalelerinde ve daha sonra da büyük Rus geometri uzmanlarının “alternatif geometriler” adlı çalışmalarında yeniden gündeme gelmiştir. Sonra bunlar Maxwell’in dinamik üzerine geliştirdiği teorilerle bir araya gelip, Einstein’ın düşüncelerinin, birbirleriyle etkileşim içinde olan hareket halindeki sistemlerin birbirlerine olan göreceliğinin, çeşitli, sayısız ve bireysel uzay zaman boyutuna dair yaklaşımlarının entelektüel anlamda öncüleri olmuştur.

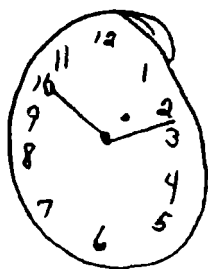
Şimdi, yargılarımızın ve eylemlerimizin, saatlerin ve ölçüm aletlerinin soyut ölçeğiyle ya da diğer insanların yargı ve eylemleriyle nasıl uyumsuzluk içinde olduğunun bir göstergesi olan “kişiye özgü uzay” a ve “kişiye özgü zaman” a ilişkin, aşına olduğumuz ya da olmadığımız pratik örnekler verelim. Öncelikle, sabırsız, telaşlı ya da “zamanımızın kısıtlı” olduğu anlarda, hepimizin yaşadığı, bildik, evrensel bir örnek: Eskilerin deyiimiyle “başında durup beklersek, su hiçbir zaman kaynamaz” – eğer sabırsızca suyun kaynamasını bekliyorsak, bu “haddinden fazla vakit alıyormuş” gibi gelir ve kolumuzdaki saate olan güvenimizi yitirdiğimizi hissederiz; eğer telaş içinde otobüse ya da trene yetişmeye çalışıyorsak, katetmek zorunda olduğumuz mesafe “çok uzunmuş” ve kalan zamanımız “çok kısalmış” gibi gelir.

Dolayısıyla telaşlı ya da koşuşturma içinde olduğumuz zamanlarda, uzay-zaman boyutuna dair yanılsamalar (ya da yanıltıcı varsayımlar) yaşayabiliriz; aynı şekilde, oyalanıp, kaytarırken de bu yanılsamaları yaşayabiliriz. Şimdi bunun ışığında, özellikle *ölçüm yanılsamaları* açısından bizleri ilgilendir-

diren, Parkinson hastasının davranışını inceleyelim. Frances D. ve diğer Parkinson hastalarının bana yazmış oldukları, tuhaf (ve genelde komik) orantısız ve eşitsiz ölçülerle dolu mektuplar vardı. Frances D.'nin yazmış olduğu bu tür mektuplardan birinin ilk sayfasında son derece düzgün fakat bit kadar harflerden oluşan bir el yazısı vardı (o kadar küçüktü ki, yazdıklarını çözebilmek için büyüteç kullanmak zorunda kalmıştım). Öte yandan ikinci sayfanın başında (bu sayfadaki yazıların büyüklüğü normaldi) şöyle yazmıştı: "Yazdığım anda fark etmemiş olsam da şimdi görüyorum ki, dün yazdıklarım haddinden fazla küçükmüş. Bugün bir cetvel edindim ve bu sayfaya satırlar çizdim. Düzgün yazabilmek için bu satırları kullanacağım. Böylece bir daha istemeden de olsa bu kadar küçük yazmayacağım." Frances D.'nin ve diğer birtakım hastaların yazdıkları diğer mektuplarda (şekilleri son derece düzgün olmasına rağmen) zaman zaman kocaman harfler ve yazılar göze çarpıyordu; görünen oydu ki, hastalar bu anormal boyutlardaki harf ve yazılarının farkında değildi.¹⁵³ Benzer çarpıklıklar konuşmalarında da görülüyordu: çoğu Parkinson hastası yumuşak bir ses tonuyla konuşma eğilimi gösterir ve çoğu kez bunu farkında olmadan yapar; fakat "yüksek sesle" konuşmaları istendiğinde, ses tonlarını yükseltmekte zorlanmayabilirler; öte yandan "megafoni" rahatsızlığı olan Cecil M., alışılageldiği üzere yüksek bir ses tonuyla konuşuyordu ve etrafındaki herkesin yavaş konuştuğunu düşünüyordu (belirtmeliyim ki, işitme duyusu son derece normaldi – sadece sesleri doğru algılamasında anormallik vardı).

Parkinson hastalarının yürürken "minik adımlar" attığını görürüz; eğer bu hastalar hareketlerini normal işaretler, saatler ya da etraflarındaki boyutların veya "normal" olarak algıladıkları diğer insanların hareketleri ölçütünde hesaplarsa, kendi minik adımlarını fark edebilir ve belki de yürüyüşlerini düzeltebilirler; fakat bu gerçekleşmeyebilir ve hasta kendi yürüyüş ölçeğine kendini kaptırarak, ya yürüyüşünün ya da ölçeğin "yanlış" olduğunu fark etmez. Parkinson hastaları sık sık "makro" ya da "mikro" el kol hareketleri yapar – bunlar doğru hareketler olsa da yanlış ölçülerdedir (çok abartılı, çok

küçük, çok hızlı, çok yavaş...); hastalar bu el kol hareketlerini uygunsuz ölçülerde yaptıklarından tümüyle habersizdir ve bunları kasıtsız yaparlar. Sık sık öğrencilerime post-ensefalitik rahatsızlığı olmayan fakat ağır Parkinson hastası olan Aaron E.'yi göstererek bu türden "kinetik yanılsamalar"a ilişkin harika bir örnek verebiliyorum: Bay E.'ye "Rica etsek ellerinizi devamlı ve düzenli bir biçimde çırpıp mısınız?" diye soruyorum. O da "Elbette doktor" deyip ellerini çırpırmaya başlıyor ve birkaç düzenli çırpmanın ardından önü alınmaz bir hızla ellerini çırpırmaya devam edip, sonunda hareketiz bir biçimde "donup" kalıyor. Ardından halinden memnun bir tebessümle bana dönüp "İşte doktor! Tam istediğiniz gibi düzenli ve güzelce el çırpıtmı değil mi?" diyor. Ben de öğrencilerime dönüp "Beyler! Siz karar verin. Bay E. iddia ettiği gibi ellerini devamlı ve düzenli bir biçimde çırpıtmı?" diye soruyorum ve bunun üzerine öğrencilerden biri "Elbette hayır, hareketleri giderek hızlandı ve küçüldü - tıpkı *böyle!*" dediği anda Bay E. içermiş bir ifadeyle ayağa fırlayıp: "Ne demek istiyorsun sen?" diye öğrenciye bağırıyor. "Hareketlerimin giderek hızlanıp, küçülmesinden kastın nedir? Öyle senin gösterdiğin gibi çılgınca el çırpıttığımı mı söylüyorsun? *Benim* hareketlerim son derece düzenli ve devamlıydı - tıpkı *böyle!*" diyerek hırsla konsantre oluyor ve kendini kaptırıp bir kez daha hızlı ve telaşlı hareketlerle el çırpırmaya başlıyor. Bu (işe yaradığında, ki bu Bay E.'nin kendi hareket referanslarıyla kendini ne kadar kuşattığıyla,



Sr. Josephine Mary
Sims

Parkinson baskısıyla şekli bozulmuş kısalan saat; lilliput el yazısı, şekli bozulmamış ama çok küçük. Her ikisi de hastaya "normal" geliyordu, ama ancak L-DOPA sayesinde gerçekten normale dönüşüyordu.

bu kuşatmanın ne denli dışına çıkıp kıyaslama ve düzeltmeler yapabildiğine bağlıdır) New York'taki öğrencilerimin ilginç ve hoş deyimleriyle "akıllara durgunluk veren", "dudak uçuklatan", "korkunç!", "inanılmaz" bir gösteridir. Gerçekten de bu, çok açık bir biçimde, Aaron E.'nin diğerlerinde gözlemlediği şeyleri kendinde gözlemleyememesi açısından kelimenin tam anlamıyla *şoke edici* bir gösteridir; öyle ki Aaron, giderek artan ve hızlanan bir biçimde normalden uzaklaşan, kendine özgü bir hareket referansı (ya da koordinat sistemi veya uzay zaman boyutunu algılama) kullanıyor olabilir; ve bu hareket referansıya o denli kuşatılmıştır ki, hareketlerindeki küçülüp azalan ölçüleri algılamayabilir. Dolayısıyla Bay E. ile öğrenciler arasındaki tuhaf "diyalog", birbirlerine göreceli olarak hareket eden ya da hızlanan farklı asansörlerin (ya da hareket referanslarının) içindeki insanların arasında geçen hayali bir Einsteinvari diyalogu andırmaya başlar; ve tüm gösteri, eylemdeki izafiyetin, Frances D.'nin farklı "uzaylar"dan bahsederken ve "benim uzay boyutum, bizlerin uzay boyutu sizinkilere hiç benzemez," derken bu yaklaşımındaki doğruluk payının açık bir göstergesidir.

Böyle bir gösteri, kişilerin uzay ve zaman boyutuna dair farklı deneyimler yaşayabileceklerini açıkça ortaya koyar – ve (Richard Gregory'nin devamlı vurguladığı gibi) yaşadıkları deneyimler hipotez ya da varsayımlara dayanır. Bu, tek başına Aaron E.'nin yanlış varsayımlarının, basit, görsel, kinestetik ya da hareketli yanılsamaları içeren varsayımlardan ziyade göreceli varsayımlar olduğunu göstermez. Hepimiz bu basit yanılsamalara tabiyiz – örneğin, durmuş vaziyetteki bir yürüyen merdivende yürürken yaşadığımız "garip his" (ya da sürekli ihlal edilen hareket hissi). Özellikle kortikal apraksisi* ve idrak yitimi olan hastalar, bu türden yanlış algılamaları (ya da yanlış varsayımları) yaşamaya eğilimlidir. Yanı sıra, hafif yaralanmalar geçiren hastalar da (örneğin ayak ya da bacağı bir süre kullanılmaz hale getiren kazalar) kısa süre için bu tür yanılsamaları yaşar: bu tür hastalar, biyolojik ölçme aygıtlarındaki bir sakatlanma ya da bozulmanın ardından, kendi iç ölçülerinde meydana gelen belir-

* Belli hareketleri doğru yapamama (ç.n.)

sizlik ya da eksiklik nedeniyle, kişiye özgü nesnelerin, özellikle de anlamsız, *adımlar* gibi geometrik nesnelerin büyüklüğüyle orantılı olarak kişisel açıdan bir dizi yanlış hüküm verir... Fakat, harekete dair, kayak, sırıkla yüksek atlama, bisiklet sürme, gibi yeni öğrendiğimiz eylemlerle karşılaştığımızda, hepimizin eğilimli olduğu bu tür hatalar, Parkinson hastasının yanlış hükümlerinden farklıdır.

Bu hastalarla birlikte çalışmaya başladığım 1966 yılının henüz ilk ayında yaşanan bir olayı gayet net hatırlıyorum. Masamda oturmuş not aldığım bir sırada, kapı aralığından Seymour L.'nin koridor boyunca *çabuk adımlarla* yürüdüğünü gördüm; ilk başta yürüyüşü gayet normaldi; sonra birden hızlanıp telaşla, koşar adım yürümeye başladı. Bir an için yüzüstü yere kapaklanacağını sandım. Fakat toparladı ve herhangi bir sorun yaşamadan, masamın yanındaki hemşire mahalline yanaştı. Öfkeli, paniğe kapılmış ve şaşırmış olduğu her halinden belliydi: Kızgın bir ifadeyle, "Koridoru hangi akla hizmet böyle bırakıyorlar?" dedi.

Hemşire biraz da çıkışarak "Ne demek istiyorsunuz Bay L.? Nesi varmış koridorun? Her zamankinden farkı yok ki," diye cevap verdi.

Beynine kan sıçramış Seymour, "Her zamankinden farkı yok mu?" diye bağırdı. "Orta yerindeki o kocaman, Allahın cezası çukura ne demeli peki? – birileri orada kazı mı yapıyor ne? Kendi halimde yürüyordum ki, birdenbire, ortada hiçbir neden yokken yer ayaklarımın altından aşağı doğru kaydı. Sendeleyip koşmaya başladım. Şansım varmış ki yüzüstü yere kapaklanmadım. Ve siz koridorda hiçbir sorun olmadığını mı söylüyorsunuz?"

Hemşire ise "Bay L. söyledikleriniz anlamsız. Sizi temin ederim ki koridorda hiçbir anormallik yok," diye cevap verdi.

Bu noktada, olan biteni heyecanla takip ederken, ayağa kalkıp Bay L. ve hemşireye, geri dönerek birlikte koridorda yürümeyi ve söz konusu "kazı"ya bir göz atmayı önerdim. Seymour, bilinçsizce adımlarını bizimkilere uydurarak ikimizin arasında yürümeye başladı ve herhangi bir sorun yaşamadan – ve herhangi bir telaş ya da hızlanma belirtisi olmaksızın koridoru bir uçtan diğerine birlikte katettik.

Koridoru sorunsuz bir biçimde katetmemiz Seymour'un kafasını karıştırdı. "İnanamıyorum. Kesinlikle haklısınız. Koridor gayet düz," dedi. Sonra bana dönerek, hiç unutmayacağım bir ısrar ve ikna etmeye çalışır bir ifadeyle "Fakat, tam anlattığım gibi yer seviyesinin bir anda çöktüğüne *yemin edebilirdim*. Tam da bu nedenden ötürü koşturmak zorunda kaldım. Eğer yürüdüğünüz yer bayır aşağı gidip, ayaklarınızın altından kaysaydı, siz de aynı şeyi yapardınız! Böyle bir hisse kapılıp koşan *herhangi biri* gibi ben de koştum. Sizin 'hızlı ve telaşlı yürüme' diye ifade ettiğiniz şey anormal bir algılamaya göre normal bir reaksiyondan başka bir şey değil. Biz Parkinsonlular yaşadığımız yanılsamalar yüzünden acı çekiyoruz!"¹⁵⁴

Kortikal apraksi ya da agnosi yaşayanların aksine, Parkinson hastası "ayağın" ne anlama geldiğini gayet iyi *anlar*; o, kesinlikle boyuta ilişkin *düşüncelerini* yitirmemiştir. Öte yandan, uzay-zaman yargısının tümüyle *şekil bozukluğuna uğradığını* gözlemleriz. Öyle ki koordinat sistemi tamamen genişlemelere, daralmalara, bükülmelere ve çarpıklıklara bağımlı hale gelir; ve metrik alanının maruz kaldığı bu tür şekil bozukluklarına çeken, iten ve bükten kuvvetler neden olur – yaşadığı bu çekilmeler, itilmeler ve bükülmeler hastalığının temelini oluşturur. Apraksi-agnosi olan hasta, eylem ya da algılamaya dair hatalar yapabilir; fakat deforme eden şiddetli güçlere maruz kalsa da bu hatalı eylem ya da algılamalara zorla *sürüklenmez*. Deyim yerindeyse, mezurasını ya da saatini unutmuş olabilir, fakat farkına varamadığı birtakım güçler tüm ölçüm aletlerini, metrik muhakemesini çarpıklaştırmamıştır, zira bizzat yargılarını yargıladığı muhakeme yeteneği çarpıklaşmıştır... Kendini Parkinsonizme kaptırmış olan Parkinson hastası, artık içinde bulunduğu durumun "anormalliği" konusunda ancak, kendi iradesiyle hareket eden ve ışık hızına ulaşacak denli hızlanmış bir tekerlek aksı kadar yargıya varabilir. Bu tür nedenlerden dolayıdır ki, Parkinsonizmden salt bir *diskinezi* (hareket bozukluğu) diye bahsetmek yetersizdir. Parkinsonizmden daha ziyade uzay-zaman parametrelerinin sistematik bozukluğu, koordinasyon sistemlerinin sistematik çarpıklaşması olarak söz etmeliyiz; hatta daha da ileri gidip bu yanlış yargı ve çarpıklıkların, Parkinson has-

tasının “uzay”ını çarpıklaştırma etkisi olan ve onu dinamik bir alan ya da izafi bir düzensizlik haline getiren, “irade” ya da *güce* dair sistematik bir bozukluk olduğunu söyleyebiliriz.

Frances D.’nin, yürüyüşündeki düzensiz ve kontrolsüz telaş ya da donup kalma eğilimleriyle taban tabana zıtlık gösteren düzenli ve kontrollü bir biçimde merdiven çıkma yeteneği, Parkinson hastalarını eyleme geçirme ve faaliyetlerini düzenleyip kontrol etme yönünden *harici araç ve komutların* sağladığı faydaya ve bunlara ne ölçüde gereksinim duyulduğuna bir örnek teşkil eder. Eyleme geçirme ve düzenlemeye dair bu tür doğrudan yöntemler –doğrudan, çünkü bu yöntemler kimyasal ya da anatomik alt tabakalarından ziyade Parkinsonizmin gerçek davranışsal ve deneyime dayalı bozukluklarına doğrudan etki ederler– Parkinson hastasını anlama ve bu anlayışla yardım etme açısından hem teorik hem de pratik anlamda büyük önem taşır. Bu tür doğrudan yöntemler tüm Parkinson hastaları, arkadaşları ve akrabaları, doktor ve hemşireleri, kısaca kendileriyle yakın temas içinde bulunan herkes tarafından keşfedilip öğrenilebilir (ve öğrenilmelidir de!); Bunlar basit ve genelde öğrenmesi keyifli yöntemlerdir; Parkinson hastasının yaşamına büyük katkıda bulunur ve L-DOPA tedavisinin önemli bir tamamlayıcısıdır.¹⁵⁵

Tüm Parkinson rahatsızlıklarının temel sorunu *devinimsizliktir* –hareketsizlik ve itilme, yani atalet– tıpkı tüm bu rahatsızlıkların temel devasının (doğru türden) *faaliyet* olduğu gibi. Bu devinimsizliğin özünde, tepki verme kapasitesinden ziyade kendini dürtüleme ve eylemi başlatma güdüsüne ilişkin tuhaf zorluklar vardır. Bu demektir ki, çok şiddetli vakalarda, diğer insanlar, kendi dışındaki diğer vasıtalar, hastaya kolaylıkla yardımcı olabilirken, hasta kendi kendine yardım edebilmekten tümüyle acizdir; daha hafif vakalarda (Luria’nın vurgulamaktan hiçbir zaman vazgeçmediği gibi) Parkinson hastası, patolojik ya da “faaliyet dışı” kalan yetilerini kontrol edebilmek için, normal ve faal güçlerini kullanarak, kısıtlı da olsa kendi kendine yardımcı *olabilir*. Dolayısıyla, bir Parkinson hastası kendisine konuşulduğu sürece, kolaylıkla yanıt verebilecek durumdayken, ko-

nuşulmadığında tamamıyla sessiz kalabilir; harekete geçirildiği sürece, birdenbire el sallamaya, el kol hareketleri yapmaya, ayağa kalkıp konuşmaya başlayabilecek durumdayken, harekete geçirilmedikçe tamamen hareketsiz kalabilir; sessiz bir ortamda tek kelime etmeksizin hareketsiz kalabilir, fakat müzik sesi duyduğu vakit mükemmel bir şekilde şarkı söyleyip dans edebilir; Frances D. gibi, adımlarına yardımcı olunmadıkça ya da yere, mükemmel bir beceriyle kullanabileceği düzgün işaretler çizilmedikçe, bir noktada donup kalabilir ya da önü alınmaz bir hız ve telaşla yürümeye başlayabilir.

O halde mesele, uygun tarzda ve sürekli bir uyarıcı sağlamaktır – ve eğer bunu başarabilirsek, Parkinson hastalarını eylemsizlikten (ya da anormal hareketlerden) normal hareket ve eylemlere, mevcudiyetini yitirdiği cehennem çukurundan normal yaşama döndürebiliriz. Leibniz “*Quis non agit non existit*” (hareket etmeyen varolmaz) diye yazar; Parkinson hastası faal değilken varlığını yitirir – ona faaliyeti anımsattığımız zaman, yaşama geri döndürürüz.

Alternatif terimler kullanarak, eyleme geçme sorununun bir *düzen* ya da *örgütlenme*, Parkinsonu oluşturan özgün *düzensizlikler* ve *karmaşıklıklarla* mücadele edebilecek *düzen* ya da *örgütlenme* biçimleri bulma meselesi olduğunu söyleyebiliriz. Parkinsonlu hastaya baktığımızda ya hiç hareket edemediğini ya da yanlış hareket ettiğini ve hareketlerindeki yanlışlığın *ölçüye* dair bir yanlışlıktan kaynaklandığını gözlemleriz – hareketleri ya çok büyük ya da çok küçük, ya çok hızlı ya da çok yavaştır. Dolayısıyla Parkinson hastasının ihtiyacı olan ve bizim de ona sağlamak zorunda olduğumuz şey *ölçüdür*. Böylece garip kusurlarının ya da ölçmeye dair bozukluklarının (“*ametri*” ve “*dismetri*”sinin) üstesinden gelebiliriz.

Ölçü nedir – ve nasıl ölçeriz? İki tür ölçüyü yaratır ve kullanırız: soyut, mutlak ve biçimsel olan ölçüler (ölçü çubukları ve sarkaçlar, cetvel ve saatler, mühendislik ve fizikteki ölçüm aletleri); ya da somut, gerçek ve faal ölçüler – çevremize ve kendimize dair ölçüler. (da Vinci “İnsan her şeyin ölçüsüdür” demişti.) Her iki türdeki ölçü de örneğin “ayak” kavramında bir araya gelir. Ayak, öncelikle insan ayağının ölçüt alındığı, yaşayan, pratik

bir ölçü birimi; sonra da kesin ve soyut bir ölçü, katı ve cansız bir çubuk üzerinde bulunan iki nokta arasındaki mesafedir.

Dolayısıyla, en genel ifadelerle, ametrik-dismetrik Parkinson hastalarının, iki ölçü türünden herhangi biri vasıtasıyla faaliyete geçirilebileceğini, kontrol edilebileceğini, düzene sokulup hareketlerinin örgütlenebileceğini görürüz: alışlagelmiş, biçimsel (ve doğrusal) bir uzay – zamandaki muntazam çizgilerle: örneğin merdiven basamakları, yere çizilmiş adım resimleri, saatler, metronomlar, basit ve düzenli bir tarzda sayan aygıtlar; ya da somut, yaşayan bir faaliyet ya da vasıtanın eyleme yardımcı olması ya da koordinasyonu. Örneğin Frances D. vakasında yere tebeşirle çizilen muntazam çizgiler, dengeli bir biçimde ama bir kukla ya da robot gibi yürümesini sağlamıştı; fakat kolundan tutup onunla birlikte dolaşılması, normal bir insan gibi yürümesini sağlamıştı. Bu terapi şekillerinden ilki *kinetik* ikincisi ise *mimetik*'tir. İlki *hareketin ölçümüne* yönelik, ikincisi ise *eylemin şekline* yöneliktir. En şiddetli boyutta yaşanan Parkinsonizm kendini (amimik akinezi olan bazı korteks rahatsızlıklarının aksine) akinetik amimia olarak ortaya koyar. Doğru mimik doğru hareketi de beraberinde getirdiğinden, öte yandan kinetik, *kendi içinde* yalnızca kendi kendini zorunlu kıldığından, en iyi terapi şekli mimetiktir ve kinetik terapi en iyi ikinci yöntemdir – yapay ya da algoritmik bir organ (tahta bir bacak ya da yapay bir yol gösterici).

Örneğin Hester odada yalnız kaldığında sağa sola seğirtip ani hareketler yapıyor, fakat diğer şeyler ya da diğer insanlar tarafından yönlendirildiğinde daha "normal" bir hızda hareket ediyordu; benzer biçimde, Miriam yalnızca etrafındaki diğer insanların varlığını "unuttuğu" zaman, bir monoloğun içine tıkılıp kaldığında konuşması hızlanıyordu. Böyle zamanlarda, "normal" bir biçimde hareket edip konuştuklarını *sanıyorlardı*. Bir başka ifadeyle, gözlerinin kendi hızlı hareketleri (taşikinezi) ve konuşmalarından (taşifemi) başka bir şey görmediği bir tür taşiskopik yanılsamadan mustariptiler. Böyle bir eğilim ve yanılsamaya, hareket ortamlarındaki aynı ölçüde bir direnç ya da yavaşlatma, veya aynı ölçüde "bradiskopik" bir yanılsamayla karşılık verilebilir miydi? Bu tür önlemler kısıtlı bir çerçevede

fayda sağlar: Örneğin Hester'in çok hızlı yürüme eğilimi, yokuş yukarı yürümek zorunda kaldığında dengeleniyordu (tıpkı yokuş aşağı yürümek zorunda kaldığında bu eğilimin artması gibi); yokuş yukarı yürüdüğünü zannettiği zamanlarda da (aslında düz bir zeminde yürüyordu) hızlı yürüme eğilimi azalıyordu. Gerçekten de bir defasında görüntüleri çarpıtıp, tüm düz koridorları sanki yokuş yukarı gidiyormuş gibi gösteren özel bir çift gözlük yaptırmanın mümkün olup olmadığını sormuştu (bunun optik anlamda mümkün olması bir yana ontolojik açıdan mümkün olabileceğinden bile emin değildim).

Sık sık adımların, çizgilerin, tıklama seslerinin, saatlerin, alışlagelmiş yöntemlerin, yönlendirmelerin vs. kullanışlı ve faydalı olduklarına değindik – bunlar sabit, düzenli ve alışlagelmiş bir uzay zaman boyutuna yerleştirilmiş ölçekler, ölçüler, diziler ve şablonlardır. Tümü, deneyim ve davranışın yapılandırılması ve koordinasyonu için (Luria'nın terminolojisiyle), “düzenli dizinler” ya da “algoritmalar” sağlar; bunlar (yine Luria'nın terimleriyle) “mantıklı-dilbilgisel” ya da “sözde-uzaysal” modeller ya da tasarımlardır.

Hepimiz (buradaki “biz”den kastım *insan ırkından olan hayvanlardır*. Buna karşın insan ırkından olmayan hayvanlar, hayranlık uyandıracak bir biçimde kendi biyolojik “saatleri” ve “ölçekleri” tarafından yönlendirilmektedir) yapay, soyut, bu türden alışlagelmiş ölçülere –*standartlar*– birbirimizle anlaşmak ve iletişim kurmak için standartlara gereksinim duyarız. Davranışı, sıradan davranışlardan son derece farklılaşmış ve sıradan davranışlarla kıyaslandığında orantısızlaşmış, normalden “uzaklaşmış” Parkinson hastası, bu tür alışlagelmiş formalitelere özel bir gereksinim duyar; fakat bunlar Parkinson hastası için kendine has tehlikeler de içerir. Çok ince ve hassas bir denge, uygun bir bağlantıya gereksinim vardır. Böylece Parkinson hastası mekanik ve sistematüğün *kölesi olmadan bunlardan faydalananabilir*.

Yapay organların ve algoritmaların tamamlayıcısı olarak, gerçek dünya, Parkinson hastalarına büyük fayda sağlar. Sonsuz çeşitlilik, unsur, derinlik içeren, sonsuz derecede somut ve metaforlarla dolu, son derece biçimsel ama yine de sonsuz açılımlarla kendini ifade eden, son derece düzenli ama yine

de sonsuz derecede özgür olan gerçek dünya. İster doğadaki, isterse de sanattaki ya da sosyal ilişkilerdeki anlamıyla olsun, gerçek dünya –nihayetinde– (hepimize olduğu gibi) Parkinson hastasına da bütünlük ve rahatlama hissi, mutluluğu, sağlığı, özgürlüğü ve yaşamı oluşturan, doğal ve kendiliğinden oluşan hareketliliği sağlar.

Gerçek anlamda ideal olan, her hastaya doğal ve normal gelen, “doğal” bir ritmin ve hareketin, (Luria’nın ifadesiyle) “kinetik melodi”nin yeniden yapılandırılmasıdır: Salt bir tasarı, şekil ya da davranış algoritmasından ibaret olmayıp, gerçek rahatlığın ve özgürlüğün yapılandırılması. Tekrar tekrar, hastaların kendi kinetik melodilerinin, kısa bir süre için de olsa, uygun akıcılıkta bir müzikle kendilerine geri yönlendirilebileceğini gördük: Burada insanın aklına Novalis’in deyişi tekrar geliyor: “Her hastalık müziksel bir sorundur. Her deva müziksel bir çözümdür.” Doğa ve sanatın diğer “doğal” hareketleri, görsel ve dokunsal anlamda yaşanırsa aynı ölçüde etki sağlar. Örneğin, Parkinsonizmin, distoninin, burulmaların, tümüyle hareketsiz bıraktığı fakat rahatlıkla ata binebilen hastalar tanıdım – bu hastalar, atla birlikte karşılıklı etkileşim ve doğal birliktelik oluşturan, rahatlık, zarafet ve sezgiye dayalı bir kontrol sergiliyorlardı; gerçekten de, ata binmenin, koşmanın, yürümenin, yüzmenin ya da herhangi bir doğal eylemin salt *görüntüsü* bile –örneğin televizyon ekranında tümüyle görsel bir deneyim olarak– Parkinson hastalarında aynı doğallıktaki bir hareketliliği, duygu paylaşımı ya da önerme yoluyla ortaya çıkarabilir. Parkinson hastalarıyla “başa çıkma” sanatı, duyarlı hemşireler ve hastaların arkadaşları tarafından öğrenildiği vakit, küçük bir dokunuş ya da sezindirme, ya da sezgisel bir devinim hissiyle, sessiz ve birbirine dokunmadan birlikte hareket edebilirler – bu, bir insan, bir at ya da köpek tarafından uygulanabilecek fakat herhangi bir mekanik geribildirim *hiçbir zaman* taklit edemeyeceği gerçek bir sanattır; zira bu sadece, canlılara kendi özbenliklerini çağrıştırabilen güçlerin, sürekli değişen, melodik ve *canlı* bir eylemdir. Güçlerin böylesine incelikli, sürekli değişen eylemleri, deyim yerindeyse sıkıntı çeken hastayla Doğanın güçlerini *aynı ortamda buluşturan* bazı “doğal” aygıtları kullanarak

da sürdürülebilir. Örneğin ileri düzeyde Parkinson hastalarının (tüm patolojik eğilimlerini arttıracak) motorlu taşıtlar ve deniz motoru gibi aygıtları kontrol etmeye çalışması tehlikeliyken, öte yandan yelkenli bir tekneyle, sezgiye dayalı bir doğruluk ve “duyumsama” sayesinde kolaylıkla ve maharetle başa çıkabilir. Burada, insan-tekne-rüzgâr-dalga doğal, dinamik bir birliktelik ve ahenk içinde bir araya gelir; insan doğanın güçleriyle bütünleştiğini ve evinde olduğu kadar rahat olduğunu hisseder; kendi doğal melodisi, doğanın uyumuyla uyanır ve ona ayak uydurmaya başlar; artık pasif ve dürtülere kapılan bir *hasta* olmaktan çıkıp, faal ve özgür bir *vasıtaya* dönüşür.

*Kaos ve Uyanışlar*¹⁵⁶

Parkinsonizmin patolojik fizyolojisi, örgütlü bir kaosu incelemesidir.

McKenzie (1927)

L-DOPA'nın ilk günleri hepimiz için keyif doluydu – hastalarımız büyük ölçüde iyileşmişti ve biz doktorlar elde ettiğimiz bu zaferin baş döndürücü sarhoşluğunu yaşıyorduk. Görünen oydu ki Parkinsonizmin “hakkından gelmek”, bulgularını etkisiz hale getirmek, hastalarımıza görünürde sınırsız bir deva sunmak (ya da en azından bu bulguları sınırsız bir süre için hafifletmek) bizim elimizdeydi. Fakat bizi şaşkınlığa uğratan, beklenmedik sorunlar baş gösterince bunları önemsiz ve kolayca kontrol edebileceğimiz “yan etkiler” diye nitelendirmekte gecikmedik. Cotzias “hasta akinetik dönemler yaşamaya başlarsa, L-DOPA'nın dozunu yüzde on azaltmak yeterli olur” diye önermişti: Kontrol ve titre edebilmeye, öngörmeye ilişkin söylencelere hâlâ inanılıyordu. Bunlar “yan etkiler”den başka bir şey değildi ve elbette bunların üstesinden gelebilirdik.

Bu dileğin gerçekleşmesini kesinlikle ben de istiyordum – nasıl istemezdim ki? Fakat “balayı” döneminden kısa bir süre sonra (ki bu dönem post-ensefalitik hastalarımız için bazen yalnızca birkaç hafta, bazen de sadece birkaç günle sınırlıydı), sorunlar baş gösterdi: Yeni olgular –kore, tikler– aşırı heyecanlanmalar –manik, akatezik haller ve dürtüler– hızla derinleşip,

örneğin Hester Y.'de olduğu gibi ani ve yıkıcı salınımlara dönüşen inişli çıkışlı haller:

İlacı karşı tepkileri ya hep ya hiç türünden tepkiler oldu – ya tümüyle tepki veriyor ya da hiç tepki vermiyor... bir psikolojik aşırılıktan diğerine kaşla göz arasında, şimşek hızıyla, saniyenin kısa bir bölümünde atlıyor... Bu tür geçişler... artık L-DOPA dozunun zamanlamasıyla öngörülebilir bir biçimde bağdaşmamakta – bir gün içerisinde sayıları 30 ila 200 arasında değişen fizyolojik dönüşler yaşama eğiliminde... Bu dönüşlerin aniliği ve bütünlüğü kademeli bir süreçten ziyade ani örgütlenmeler ya da bir evreden diğerine dönüşüm izlenimi vermekte.

1969 yılının Ağustos ayına gelindiğinde, halihazırda hastalarımın büyük bir bölümünde bu tür “inişli çıkışlı” tepkilerin oluşması söz konusuydu; bununla birlikte L-DOPA'ya karşı giderek artan aşırı bir duyarlılık, normalde hiç etki etmeyecek ya da çok az etki edecek her türden koşula karşı had safhada (ve öngörülemez) bir duyarlılık ortaya çıkmıştı. Sağlığın geniş zemini, gücü ve esnekliği kaybolmuştu; er ya da geç, tüm hastalar “dengesiz”, “kırılgan”, titre edilmesi mümkün olmayan, kaşla göz arasında, büyük ölçüde dengelerini yitirmeye eğilimli olmuşlardı. George W. şöyle yazıyordu: “İlacın etkilerinin en olumlu olduğu düzeyde son derece normal hissediyorum... fakat çok duyarlı hale geldim, aşırı çaba sarf ettiğim ya da aşırı heyecanlandığım zaman ya da üzülüp yorulduğum zaman ilacın tüm yan etkileri anında ortaya çıkıyor... Her şey yolunda gittiği sürece *mükemmel* hissediyorum, fakat adeta gergin bir ipin üzerinde yürümeye çalışan bir cambaz ya da kendini dengeleyip dik durmaya çalışan bir iğne gibi hissediyorum.

L-DOPA tedavisi sırasında, *belli bir noktaya* (kritik bir noktaya) *kadar* her şey yolunda gidiyordu; fakat o noktadan itibaren artma eğilimi gösteren dengesizlikler ortaya çıkıyor, bunlar bölünüp, sayıca artmış ve daha da tuhaflaşmış olgulara dönüşüyordu:

... hastaları neredeyse kontrol edilmez bir güzergâhta, varoluşlarının ya da “boşluk”larının zıt kutupları arasında oradan oraya fırlatan ve tamamen *geri tepen*, tersine dönen tepkiler... Bu aşırı uçlarda gezinmeler, ürkütücü ve sürekli kendini besleyen ya da “kontrole karşı direnen” bir gidişat içerisinde *artma* eğilimi gösterir... Bu tür hallerin süregelmesiyle birlikte... bölünme ve parçalanmalar artar... davranış kırılarak sayısız yüzlere bölünür.

Bu koşullar altında L-DOPA'nın dozunu azaltmak ya da tedaviyi durdurmak hiçbir işe yaramıyordu. Esasında, dozu büyük ölçüde azaltarak ya da tedaviyi durdurarak, hastaların görünürde yaşadığı bu çalkantının, hatta *her şeyin* önünü almak mümkündü, fakat sonrasında çoğunlukla, L-DOPA tedavisi yeniden başlatıldığında, değişken ve kontrolsüz tepkiler yeniden ortaya çıkıyordu. Dolayısıyla tedaviye yönelik en köklü önlem dahi –“ilaca uzun süre ara verme”– genelde ilk baştaki dengeli hali ve tepkileri yeniden sağlamakta başarısız oluyordu. “Sistem”e bir şeyler olduğu açıktı: İlaça verilen aralardan sonra bile tam olarak ne olacağını kestirmek mümkün değildi. L-DOPA tedavisinin ikinci kez uygulandığında elde edilen sonuçlar, hem nitel hem de nicel olarak ilk seferinden farklı olabilirdi. Tıpkı altı ilaç denemesinin altısında da farklı tepkiler veren Martha N.'de olduğu gibi.

Bunun yarattığı endişe ve çaresizlik had safhadaydı; sürekli bir şeyleri yanlış yapıp yapmadığımı merak ediyordum (1970 yılında genel sonuçları ve düşüncelerimi ilk kez yayımladığımda birkaç meslektaşımın işaret etmiş olduğu gibi). Fakat ne kadar çabalasam da durumu değiştiremiyordum. Gördüklerim anormali, “yan etki” ya da hata diye kestirip atılamazdı. Bunların ortadan kaldırılması mümkün olmayan, inatçı bir doğası vardı. Meslektaşlarımda olduğu gibi benim açımdan da bu endişe aynı zamanda biraz da epistemolojikti; zira benim öğrendiğim kadarıyla prensipte, bilimin temelinde öngörülebilir, süreci tersine çevrilebilir her şey vardı. Kimyager Prigogine şöyle yazar: “Bir anlamda, bu sınırsız öngörülebilirlik, fiziksel dünyanın bilimsel görüntüsünün önemli bir bölümünü teşkil eder. Belki de bunu

klasik bilimin temelindeki efsane olarak bile ifade edebiliriz." Ve bu ilke derinden sarsılmıştı. Yalnızca L-DOPA'nın etkilerini dair değil, aynı zamanda dünyaya dair bakış açım da klasik ya da Laplace'vari kusursuz bir öngörülebilirlik çerçevesindeydi. Fakat gözlerimin önünde tamamen klasik dışı ve hastalarım açısından korkutucu gelişmeler yaşanıyordu. Kararsızlık, anarşi ve düzensizliğin; öngörülebilirliği, kanun ve düzeni istila ettiğini hatta yerini aldığını görüyordum.

Krize sürüklenmişim. L-DOPA'nın etkileri açık ve dolaysız olmalıydı – fakat öyle değildi. İlk başta bu etkiler dolaysızdı, fakat sonra bir şeyler oldu... Sonradan fark ettim ki, benim düşüncelerim de, Prigogine'in, fiziksel kimyanın bugüne dek içinde bulunduğu klasik dünyada, öngörülmez ve geri döndürülemez –klasik dışı– süreçlerle karşılaştığında ifade ettiği düşünceleriyle aynıydı. Prigogine "Bu insan aklının yenilgisi miydi?" diye merak etmeye başlamıştı. "Bu klasik düşüncenin sonu muydu?" Ben de bunu merak etmeye başlamıştım – fakat benim kafamdaki düşünce anarşiden ziyade karmaşıklıkla dairdi.

Zira karmaşıklık ve anarşi arasında dünyalar kadar fark vardı. Örneğin, hava durumu anarşik değil karmaşıktır. Sık sık L-DOPA ile hava durumunu kıyaslamaya başlamıştım.¹⁵⁷ İlğimi çeken bir başka kavram da, yine karmaşık fakat çok belirgin bir yapısı olan çalkantılı havalardı. Bazen L-DOPA'ya verilen tepkileri ilk başta sakin, yumuşak ve pürüzsüz bir akıntıya; sonra gücü artıp hızlandıkça, sayısız girdap ve anaforları olan bir sele benzetirdim – fakat bu doğrusal olmayan bir uzayda, dalga dalga büyüyen bir seldi (dipnot 133).

İçimden bir ses, L-DOPA'nın harekete geçirdiği bu inanılmaz boyutlardaki karmaşık durumları ya da sistemleri kavramanın bir yolu olması gerektiğini söylüyordu. Basite indirgeyen doğrusal terimlerle düşünüldüğü vakit, bunların kavranması (kontrol edilmesi bir yana) mümkün değildi; daha farklı terimlere, karmaşık, dinamik sistemleri tanımlamaya uygun terimlere ihtiyaç vardı. *Uyanışlar*'da birkaç kez "doğrusal olmayan" ifadesini kullandım; Cantor'a gönderme yaptım; "yörüngeler"den, "evre-uzay"dan, "tersine dönüşler"den ve "bölünmeler"den söz ettim; "görece"den, "makro-birimsel"den, ölçü atlamalarından,

“mikro” ve “makro”nun sürekli bir araya gelmesinden bahsettim – fakat tüm bunlar sezgiye dayalı ve üstü kapalı ifadelerdi; bunlar karanlıkta el yordamıyla yolunu bulmaya çalışan bir metaforndan fazlası değildi.

O dönemde doğru kavramları keşfedecek denli iyi bir matematikçi değildim – ve daha da önemlisi, o dönemde *hiç kimse* doğru kavramları düşünmüyordu. “Kaos”a ilişkin matematiksel kavram –rastlantısal ya da düzensiz gibi değil, fakat daha ziyade kendine özgü bir tür düzen ya da bu karmaşık, dengede olmayan durumlarla birlikte varolan, kendine özgü bir yalınlık– bu anlamda,¹⁵⁸ kaosa ilişkin formel bir kavram henüz yaygınlaşmamış, çok az sayıdaki matematikçi ve fizikçinin makalelerinin dışına çıkamamış ve tabii genel bilim camiasının bilgi sahibi olmadığı bir konuydu.

Kaosu dair yeni teori, ilk kez 1980 yılında, Prigogine’in fizikokimyasal bir kapsamda yazdığı *Varlıktan Oluşuma*¹⁵⁹ başlıklı monografisini okuduğumda gözüme ilişti. Kitap tam bir diferansiyel denklemler karmaşasıydı ve bu karmaşa içerisinde, metindeki anlayabildiğim paragrafları seçip okudum. Prigogine yazısının başında, ondokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru –ilk kez– daha karmaşık sistemlerin (örneğin hareket eden üç kitleden oluşan dinamik bir sistemin ya da matematiksel anlamda, üç değişkenli bir denklemin) ele alınmasıyla birlikte klasik, Newton’cu mekanik anlayışın çöküşünden söz eder. Bunu ilk kez ele alan Poincaré’nin, bu tür karmaşık sistemlerin doğasını tanımlamak için gerekli denklemlerin doğrusal olmayan türde denklemler olduğunu ve bu denklemlerin alışlagelmiş analitik yaklaşımlarla *çözülemeyeceğini* çok geçmeden fark ettiğinden bahseder: Bu denklemler, sabit bir çözüme yaklaşmaz ya da böyle bir çözümde birleşmez. Bu tür sistemlerin dinamik doğası, kademe kademe ya da belirli bir kritik noktaya eriştiğinde birdenbire değişip, rastlantısal ya da en azından değişken bir görüntü çizebilir. Prigogine burada “tehlikeli”, “anormal” davranıştan ve analitik olmayan “patolojik” işlevlerin meydana gelmesinden söz eder; ve bunların meydana geldiği kritik noktadan “Poincaré felaketi” diye bahseder. “Bu yolla, geri dönüşmezlik sorunu görünüşe göre şimdi fiziğin tam kalbinde yer almakta-

dır," diye yazar ve "Poincaré felaketinin bu denli yaygın olması dikkat çekicidir," diye ekler. Çok bilinen üç kitle probleminden başlayarak, dinamiğin çoğu probleminde –ve Prigogine'in fiziksel kimyadaki kendi çalışmasında da açıkça görüldüğü gibi, klasik dinamiğin dışındaki birçok problemde– karşımıza çıkar; belki de en heyecan verici olanı, her türden biyolojik sistemde de karşımıza çıkar. Prigogine'in fiziksel sistemlerdeki karmaşıklık ve geri dönülmezlik üzerine yaptığı incelemeyi okuduğumda bu bende ilgi uyandırdı. Zira bana öyle geliyordu ki, hastalarım-da gördüğüm –kritik noktanın ya da "felaket" noktasının ortaya çıkışı; bu noktanın ötesinde, titre edilebilirliğin çöküşü, geri dönülebilirlik, simetri; patolojik, anormal ve tehlikeli davranışların meydana gelmesi– tam da böyle bir durumdu.

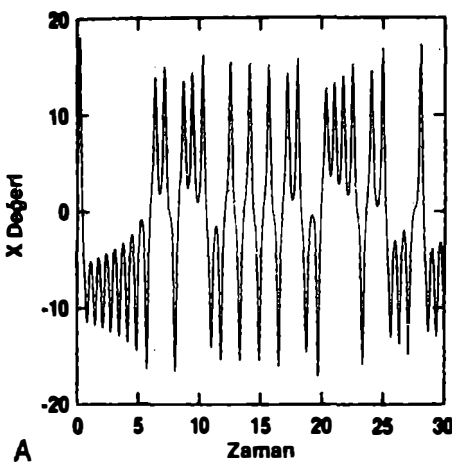
Bu tür doğrusal olmayan denklemlerin doğasının çözümünde son derece değerli olan matematiksel enstrüman, bir takım *temsillerin* yaratılmasını kapsar – soyut "haritalar" ya da "uzaylar" ("evre-uzaylar"). *Doğrusal* denklemler evre-uzayda temsil edilebilir – örneğin basit bir nokta, davranışı sabit ve değişmez bir değerde temsil eder; bir daire salınımları temsil eder. *Doğrusal olmayan* denklemlerde, tam kapsamlı çözümlere (ya da "sonuç"lara) ulaşmaya çalıştığımızda evre-uzay son derece karmaşık ve dağınık hale gelir. Gerçekten de Poincaré ilk kez bu tür "evre-uzay temsilleri"ni algıladığında, bunların kontrol edilmesinin çok zor olduğunu anlamıştı. Sonrasında "Bunlar o denli tuhaf ki, kafamda tasarlamaya tahammül edemiyorum," diyerek üzerlerinde çalışmaktan vazgeçmesi kaygı vericiydi. Ancak ilk dijital hesap makinelerinin ve ardından da yüksek hızda çalışan bilgisayarların gelişile bu tür denklemlerin doğasını görüntüleme, gerçek (ya da bilgisayar) zamanlı olarak böylesine geri dönülmez, doğrusal olmayan dinamik sistemlerin ve bunların iç yapısının (bunlar ister gezegenlere, isterse de meteorolojiye, hidrodinamiğe ya da başka bir şeye ilişkin olsun) *evrimini* görüntüleyip, kafamızda canlandırmak mümkün olmuştur. Lorenz bunu 1960 yılında uyguladığında, ortaya çıkan rastlantısallık değil, biçimsel "kaos" ifadesinin uygulandığı yeni ve garip bir alan olduğu açıkça görüldü. Poincaré'nin mantık dışı ve tahammül edilemeyecek denli tuhaf diye nitelendirdiği bu alan,

artık bilgisayarların yardımıyla (ve en az onun kadar önemli) yeni kavramların, özellikle Lorenz'in "atraktör" kavramının ışığında pozitif bir yaklaşımla yeniden incelenebilirdi.

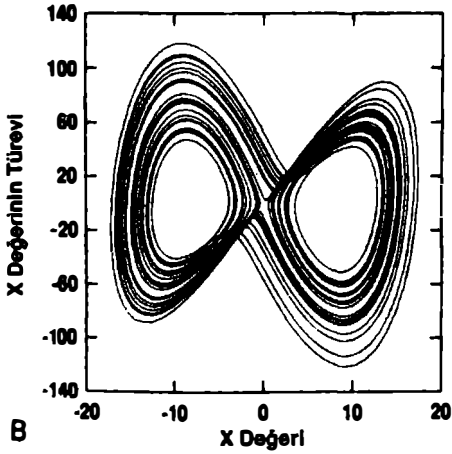
Doğrusal olmayan sistemlerin tam anlamıyla ifade edildiği böylesine kaotik bir alanda, çok çok küçük bir neden, büyük boyutta bir etkiye yol açabilir (tıpkı, L-DOPA dozundaki kayda değmeyecek kadar küçük bir değişimin, hesaplanamayacak denli büyük etkileri olması gibi); bu alanda sürekli değişimler, artış ve azalışlar, salınımlar vardır; yeni olguların ve kavramların ortaya çıkmasına neden olan bu halihazırda karmaşık dinamik, tekrar tekrar bölünür ya da çatallanır; karakteristik olarak, etrafı kaosla çevrili, tam bir düzen içindeki "alanlar" ya da bunun tam tersi görülür (tıpkı kısa süreli "normal" alanların tümüyle Parkinsonizm ya da tikler tarafından çevrili olması gibi). Bu aklımıza hemen, süregelen L-DOPA tedavisinin neden olabileceği türden alanları getirir. Fakat bu salt bir metafor mu, yoksa kaos teorisi biçimsel bir model de ortaya koyabilir mi? McKenzie'nin Parkinsonizmi "örgütlü bir kaos" olarak kafasında canlandırmasına ilişkin, kaosun matematiksel teorisine dayanılarak, beklenmedik ölçüde kesin ve doyurucu bir yorum yapılabilir mi?

Kaosun yapısı durağan değil dinamiktir; bu yapı, evre-uzayda, hareketi kaos teorisyenlerinin "atraktör" diye adlandırdığı kavramlar tarafından belirlenen yörüngeler kapsamında algılanmalıdır. Fakat bunun böyle olduğunu göstermek için –yani görünürde düzensiz bir veri akışının içinde, gerçekten de gizli bir yapı olduğunu– bu verileri soyut, uygun bir evre-uzay tanımı içerisinde, hareketeden, yörüngesel veriler olarak göstermek gerekir. Ve bu yapıldığı vakit, verilerin rastlantısal olmadığını fakat bir atraktör tarafından sınırlanıp tanımlandığını grafik olarak gösteren, yeni ve garip bir tür görüntü ya da imge ortaya çıkar (Şekil 1).

Yakın geçmişte (1990 yılının başında), meslektaşım Ralph Siegel'la birlikte, kritik noktayı geçip, L-DOPA'ya öngörülemez tepkiler vermeye başlayan Parkinson hastalarından elde edilebilecek türden verileri yeniden incelemeye çalıştım. Büyük bir şans eseri, bu araştırma esnasında, kendi tepkilerini büyük bir doğrulukla kaydedip ölçebilen ve analiz etmemiz için uygun



A



B

Şekil 1. Lorenz atraktörü, ilk başlarda hava durumunu tanımlamak için kullanılmış olan doğrusal olmayan, birbirine bağımlı üç denklem dizininden oluşur; bu denklemlerin davranışı bir bilgisayarda incelenebilir. (a) Üç değişkenden birinin ilerlemesi, zamanın bir fonksiyonu olarak grafiğe yerleştirilebilir. Görünürde düzenliliğe dair birtakım belirtiler olsa da bu değişken düzensiz olarak değişebilir – aslında evre-uzay temsillerini kullanarak görüntülenebilecek kadar yeterli miktarda düzen mevcuttur. (b) Böyle bir evre-uzay temsiliinde değişken, değişim oranına (yani türevine) karşı grafiğe yerleştirilir. Ortaya çıkan ilmk şeklindeki döngüler tuhaf bir atraktörün varlığından kaynaklanmaktadır. Denebilir ki bu sistem kaotiktir; düzen olsa da bir sonraki değeri öngörmek her zaman zor olacaktır.

verileri bize sağlayan matematiğe yatkın bir hastayla çalışma fırsatı bulduk.

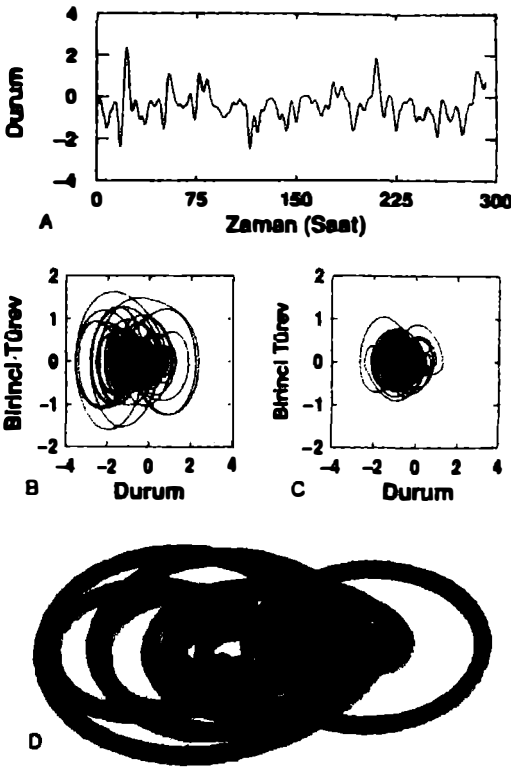
Şekil 2’de, her gün sabah 4.30’da başlayıp 90. dakikalık aralarla gece yarısına dek 150’şer mg. L-DOPA (15 mg. DOPA-decarboxylas ile karıştırılmış) alan Ed W.’nin tepkileri görülmektedir. On puanlık bir skala üzerinden değerlendirilen tepkileri, öncelikle zamana karşı gösterilmiştir. Buradaki ilk grafikte, yaklaşık on saatlik periyotlar halinde “yüksek” ve “alçak”

noktalar arasında salınım belirtileri görürüz.¹⁶⁰ Fakat eğer bir evre grafiği çizip, Lorenz'in hava durumu verileriyle yaptığına benzer bir yaklaşımla, Ed W.'nin tepkilerini, tepkilerinin türevine karşı gösterdiğimizde, verilerin "yörünge"lerini gösteren bir grafik görüntüsü elde ederiz ve bunların sekiz rakamına benzer bir şekilde olduğunu, gerçekten de bir atraktör etrafında döndüğünü ya da tur attığını görürüz. Aslında basit bir doğrusal sürecin değil, bilakis çok karmaşık, kaotik, en azından üç boyutlu bir yapı içerisinde *doğrusal olmayan* etmenler içeren bir sürecin söz konusu olduğunu grafik biçiminde görürüz.

Bunun temelinde yatan dinamik süreçleri daha ayrıntılı göstermek için bir işlem daha yapmak durumundayız – bu işlem yörüngelerin bir kesitini (Poincaré kesiti) alarak gerçekleştirilecektir. Bununla, daha çok veri topladıkça, görünürdeki bozukluğun yapısının başlangıcını, iç yapısını görmeyi umabiliriz (Poincaré'nin tahmin yürüttüğü, Lorenz'in bulduğu fakat içinde bulunduğumuz bilgisayar çağından ya da doğrusal olmayan dinamiklere ilişkin kavramların ortaya konmasından önce açığa çıkarmanın zor olacağı türden yapılar).

Elbette bu ilk sonuçlar bir ölçüde ön hazırlık niteliğindedir; bunları güçlendirmek ve doğrulamak, yanı sıra yüzlerce değil, binlere noktayı analiz etmek gerekir.¹⁶¹ Fakat bu sonuçlar, hastalar bir kez kritik noktayı geçtikten sonra devreye girip duruma hâkim olan şeyin rastlantısallık değil kaos (biçimsel anlamda) olduğunu gösterir. Böylesine bir kestirimi test etmek elbette kolaydır. Tuhaf olan şey, görünüşe bakılırsa bunun daha önce hiç test edilmemiş olmasıdır.¹⁶²

Kimi hastalarda fakat en belirgin biçimde Martha N.'de görülen önemli ve Luria'yı özellikle şaşkınlığa uğratan bir olgu da, farklı zamanlarda farklı tepkilerin ortaya çıkmasıdır. Onda gözlemlediğim, "*ilk* tepkilerin ortaya konmasıyla birlikte –ister dilin çekilmesi, isterse de iyileşmeye yönelik, katatonik, tike dönüşmüş sözcük tekrarları, karıncalanma ya da halüsinatif olsun– tepkinin geri kalan bölümünün ilk halini sürdürmesi idi" Açıkça Martha'nın tüm bunlara karşı bir potansiyeli ve yatkınlığı vardı; hepsi aynı ölçüde "mevcuttu". Çarpıcı olan şey, bunların "tesadüf"lere bağlı olmasıydı – yani tepkilerinin başlangıcındaki



Şekil 2. Ed W.'nin tepkilerinin analizi. Ed W. Parkinsonlu hareket bulgularının derecesini -5'ten +5'e uzanan bir ölçek üzerinde işaretledi. 0 değeri "normal" hali temsil etmek için tanımlandı; -5 hareketlerinin tam anlamıyla durduğu değeri, +5 hiperkinezi değerini göstermektedir. On yıldan uzun bir süredir Parkinson hastalığı olan Ed W., üç aylık bir dönemde, kabaca her doksan dakikada bir tepkilerini değerlendirip kaydetti. Tepkilerinin yavaş değişen bir fonksiyonunu kestirebilmek (enterpolasyon) için matematiksel bir işlem yaptık (iki saatlik bir standart sapması olan Gaussian fonksiyonu ile "teпки"lerin dolambaçlı bir hale getirilmesi). (a) Zamanın bir fonksiyonu olarak Ed W.'nin tepkileri. Lorenz atraktörü gibi (Şekil 1), birtakım dönemsellik belirtileri olsa da ilerleme düzensiz. (b) Ed W.'nin tepkilerinin evre-uzay temsilinin, tepkilerin rakamsal olarak hesaplanmış türevlerine karşı grafiğe yerleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan çoklu ilmik döngüsü şekli. Bu, hastanın dinamiklerini kısıtlayan temelde bir çekim sürecinin varlığına işaret etmektedir. (c) Enterpolasyon işleminin kontrolü. Tepki değerleri zamanın bir fonksiyonu olarak rastlantısal biçimde seçildi ve sonra enterpolasyon işlemi uygulandı. İlmik döngüler halen mevcut olsa da (ve enterpolasyon işleminden kaynaklansa da), bunlar düzensizdir. (d) Ed W.'nin ilk aydaki tepkilerinin üç boyutlu grafik şekli. Yatay ve düşey eksenler Şekil 2c'deki gibi; fakat, tepkinin ikinci türevini alarak derinlik verilmiştir. Şimdi, Ed W.'nin içinde bulunduğu durumun zaman içerisindeki düzensizliklerinin kaynağı açıkça görülmektedir: hal ve tepkileri, birtakım süreçlerin en azından üç boyutta hareket etmesine bağlıdır; mevcut atraktörün etkisi altında tepki değişkeni yukarı- aşağı, sola- sağa, sayfanın içine ya da dışına doğru dönüp hareket edebilmektedir.

kendine özgü fakat tümüyle rastlantısal koşullara. Kaos teorisyenlerinin ifadesiyle bu “başlangıçtaki koşullara karşı duyulan hassas bağımlılık”, doğrusal olmayan dinamik sistemlerin çok belirgin bir özelliğidir ve (hava durumu tahminlerinde) buna “kelebek etkisi” denir.

Fakat üzerinde henüz şimdilerde düşünölmeye başlanmış kaos teorisi (bkz. Gleick, 1987 ve Briggs ve Peat, 1989), kalp ve elektroensefalogram ritimleri, nistagmus* ve bazı titremelere ilişkin özel durumlar dışında doktorlarca pek az fark edilmiştir¹⁶³ – periyodu bir saniyeden az süren salınımlar (fakat salınımların ve kaosların meydana gelebileceği ve dönersellikleri onyıllarca sürebilen çok çeşitli türde fenomenler için bkz. Winfree, 1980). 1977 yılında Glass ve Mackey, geçici örgütlenme özelliği gösteren hastalıkların *dinamik hastalıklar* olarak adlandırılabileceğini (Glass ve Mackey, 1988) fakat L-DOPA’ya verilen uzun vadeli tepkilerin temel nedeni olabilecek türden uzun vadeli nörodinamik rahatsızlıklara dair hiçbir inceleme yapılmadığını ileri sürer.¹⁶⁴

Eğer Parkinson hastaları, sürekli L-DOPA tedavisi nedeniyle bu “dinamik rahatsızlıklar”a bu denli kolay kapılıyorlarsa, acaba Parkinsonizmin kendisi bir dinamik hastalık mıdır? Birbirinden çok farklı birkaç “evre”si olması ve L-DOPA olmaksızın dahi bu evreler arasında savrulmasından ötürü, Parkinsonizmdeki görünürde birtakım tuhaf dengesizlikler, daha en başından beri, henüz L-DOPA’dan haberdar bile değiken bana çarpıcı gelmişti. Bu tür dönüşümler özellikle *kinesia paradoxa* denen olağanüstü fenomende görülür. Öyle ki, ileri boyutta akinetik bir Parkinson hali birdenbire, birkaç saniye veya zaman zaman birkaç dakika boyunca ya “normal” ya da *hiperkinetik* bir hale dönüşür. “Sıradan” Parkinson hastalığında *kinesia paradoxa* nadiren görülür (Ed W. zaman zaman bu hali sergilese de), zira bu fenomen, paradoksal olarak, nadiren şiddetli bir biçimde meydana gelir. Çoğunlukla, yoğun bir kısıtlanma ya da birikmiş bir baskı ve zorlamanın yaşandığı ve birdenbire patlayarak hiperkineziye – ya da normale dönüşebilecek şiddetli akinezi durumlarında meydana gelme eğilimi gösterir. Zaman zaman benzer

* Gözün yatay, düşey ya da dairesel şekillerde titremesi (ç.n.)

bir fenomene katatoni hallerinde de rastlanabilir – katatonik hareketsizlik ya da uyuşukluk hali birdenbire yerini katatonik taşkınlığa (“cinnet”) bırakır. Aynı şekilde, birdenbire tonik ya da kataleptik halden telaşlı ve sağa sola seğırtten dürtülü hallere dönüşen tiklerin “evre”lerinde de benzer olgulara rastlanır. Adeta *Parkinsonizm* bir tür yüzey, iki kutuplu, sekiz rakamına benzer kıvrık bir yüzey görünümüne bürünür. L-DOPA ile meydana gelen dönüşümler *halihazırda* Parkinsonizmin kendi doğasında mevcuttur. Sanki L-DOPA, Parkinsonizmin topolojik şeklinin içinde zaten varolan bir eğilimi ortaya çıkarmaya yarar; ya da daha akla yatkın olarak Parkinson atraktörünün şeklini değiştirerek onu, yüksek zirveleri ve derin vadileri olan daha sivri ve sarp bir hale sokar.¹⁶⁵ Parkinson hastası, deyim yerindeyse bütün dikkatini bu dinamik ve zamanın yörüngesine girmiş yüzeyin üzerinde toplamıştır. Sık sık bu yörüngedeki dönüşler onu çok kısa bir süre için, birkaç saniye boyunca “normalliğin” ya da hiperkinezinin yansımali dünyasına alıp götürecektir, ama sonunda (dinamik terimlerle ifade edecek olursak) Parkinsonizmin sebebi olan o güçlü atraktörün devasa “yerçekimi”ne geri döndüreceklerdir.¹⁶⁶

Hastalarımın L-DOPA’ya verdikleri tepkilerin değişken ve öngörülemez olduğunu ilk kez fark ettiğimde –öyle ki önceden açık olan şeyler artık bulanıktı garip ve anlaşılması mümkün olmayan bir şeyler yavaş yavaş duruma hâkim olmaya başlıyordu– korku ve suçluluk hissederek düşüncelerimden uzaklaşmaya başladım. Prigogine’i ilk kez okuyup bozuklukların içinde, gizli ve yeni tür bir düzen olduğunu hissettiğim zaman bu tutumum değişti. Mandelbrot’un *Doğanın Kesirli Geometrisi* adlı kitabını gördüğüm zaman ise bu yeni düzene –yeni fakat aynı zamanda eski, zira bu ağaçların, yeryüzü şekillerinin, sayısız doğal unsurun düzeniydi– dair son derece berrak, görsel bir duyumsamaya eriştim. Fakat o dönemde beni bu derece hoşnut kılan bu iki kitap arasındaki ilişkiyi kavrayamamıştım. Sir Thomas Browne “Doğada Grotesk yoktur ve Doğa her şeyi Geometrik kanunlara göre yaratır,” der. İlk başta yalnızca çöküş ve kargaşa olarak algıladığım kaostun bu denli kaygı verici olmasına neden olan şeylerden biri, klasik dünyanın, bu değişmeyen, sonsuz, Platonik dünyanın

parçalanıp bozulması ve görünürde anarşik ve garip olguların bu dünyaya zorla girmeye çalışmasıydı. Fakat kaosa dair kavrayışımız geliştikçe, onun anarşik ya da garip olmaktan ziyade yeni, güzel, dinamik bir dünya oluşturduğunu ve zamandaki geometrisinin Browne'un hayal ettiği herhangi bir şeyden daha muazzam olduğunu görmeye başladık. Prigogine bundan "Doğanın yeniden büyülenmesi" diye bahseder.

Daha önce (Sonsöz'de), doğa kanununu derinden kavramaya dayalı rasyonel bir tıp yaklaşımının gerekliliğinden söz etmiştim. Hastaların L-DOPA tedavisi sürdükçe meydana gelen "kaos" ilk başta bu doğa kanununu, görünürde alaşağı etmekle tehdit eder; fakat sonra daha derin bir kanunu oluşturur. İlk başta kavrayışımıza etki etmeyen ve tüm entelektüel yenilgileri tehdit eden kaos, yeni bir meydan okuma duygusuyla bizi heyecanlandırıp, baştan çıkarır. İlk başta akıl ve sağduyunun düşmanı gibi görünen kaos, yeni bir akıl ve sağduyunun temelini oluşturur.

İlk başta kaos devreye girdiğinde, akılcı yaklaşımın ne olacağı konusunda hiçbir fikrimiz yoktu; eski akılcı yaklaşım ("tit-rasyona" dair) artık uygulanamaz ya da işe yaramaz hale gelmişti. Fakat *işin içindeki dinamik sistemleri anlamak kaydıyla* yeni bir akılcı yaklaşım, ve belki de akılcı bir tedavi son derece olasıdır. Şimdi yapmamız gereken şey tam olarak bu doğrusal olmayan etmenlerin basit ve küçük ayrıntılarını incelemektir. Bunu yapma fikri sadece teorik olarak değil aynı zamanda pratikte de heyecan verici ve meydan okuyan bir fikirdir; zira bu, bizlere tedaviye yönelik yeni stratejiler, hayal bile edemediğimiz yeni güçler bahsedebilir ve belki de önümüzde, mümkün olana dair yeni ufuklar açabilir.

Uyanışlar'ın Sahne ve Sinema Uyarlamaları

*Uyanışlar'*ın ana temaları –uykuya dalmak, taş gibi kaskatı kesilmek; ve onyıllar sonra ait olmadığımız bir dünyada uyanmak– hayal gücümüzü kısıkvrak yakalayan bir enerjiye sahiptir. Bu, rüyaların, kâbusların ve efsanelerin yoğrulduğu malzemedir – ve fakat bunlar gerçekten yaşanmıştır.

Uyanışlar, yayımlandığından bu yana geçen on yedi yıl içerisinde kısa hikâyelere, şiirlere, romanlara esin kaynağı olmuştur; fakat özellikle harekete geçirdiği şey dramatik ya da bu drama-ya dayalı kompozisyonların hayal gücüdür. Yaşananlar bir tür dramdı – tuhaf bir hastalığın, sonunda yazgının rolüne soyunduğu (elbette Leonard L.'nin bakış açısı buydu) Yunan tragedya-larından aşağı kalır yanı olmayan bir dram. *Uyanışlar'*ın özünü oluşturan şey diğer insanların dünyalarının hayal edilmesidir – tasavvur edilemeyecek denli garip, fakat bizler gibi insanların yaşadığı dünyalar; öyle ki o insanların yerinde bizler de olabilir-dik. Her okur gibi, bundan ilham alıp kendi uyarlamasını yarat-maya girişen her yazar, her aktör ve her yönetmen de *Uyanışlar'a* kendi hayal gücünü ve duyarlılığını katar. Dolayısıyla geçtiği-miz on yıl içerisinde *Uyanışlar'*ın birbirinden çok farklı, drama-tik formda birkaç uyarlaması ortaya çıkmıştır. Fakat tarzları çok farklı ve detayları çeşitli olsa da bunların arasındaki en iyi uyar-lama hikâyenin *gerçekliğine*, hastaların içinde bulunduğu kötü duruma ve yaşamlarına her zaman sadık kalandır. Bana göre bu gerçekliğin en mükemmel ölçütüdür – eğer gerçek hastalara bu

uyarlamalar izlettirilebilseydi, onların “Evet, inanılmaz – tam da böyle olmuştu!” diye tepki vereceklerine dair bir histir bu.

Uyanışlar 1973 yılının Haziran ayında ilk kez (İngiltere’de) piyasaya çıktığında, büyük ilgi, merak, hikâyesi anlatılan hastalara karşı merhamet hisleri uyandırmasının yanı sıra, özellikle bu hastaları *görüüp, işitme* arzusu doğdu. Hastalarımın, kimlikleri gizlenmeksizin gösterilmesinin doğruluğu konusunda pek emin değildim; *onların* buna dair neler hissedeceklerini de bilmiyordum. Doktor ile hasta arasında yaşananlar gizlidir – ve bir anlamda, bunları yazmak bile bu gizliliği çiğnemektir; fakat yazarken isimleri, yerleri ve diğer birtakım detayları değiştirme olanağı vardır. Belgesel bir filmde böylesine bir gizleme olası değildir; yüzler, sesler, gerçek yaşamlar hep açığa çıkar. Dolaşısıyla hastalarımın neler hissedeceklerini sordum. Öncesinde kitabı yayımlama konusunda beni teşvik edip “Durma; anlat hikâyemizi – yoksa hiçbir zaman bilinmeyecek,” demişlerdi. Şimdi de “Durma; filmimizi yap. Kendi adımıza konuşalım,” diyorlardı.

Konuyla ilgilenip benimle temas kuran birkaç belgesel film yapımcısı arasından özellikle bir tanesinin, Yorkshire Televizyonu’ndan Duncan Dallas’ın, bilimsel güçle insani duyguları harmanlayan tarzı beni etkiledi. 1973 yılının Eylül ayında Duncan Dallas ziyaret amacıyla Mount Carmel’e geldi ve tüm hastalarla tanıştı. Birçoğunu *Uyanışlar*’da okuduğu hikâyeleri sayesinde hemen tanıdı. Sylvie ve diğerlerine, “Sizi tanıyorum. Adeta daha önce sizlerle tanışmış gibi hissediyorum. Sanki sizleri çok uzun zamandır tanıyor gibiyim,” dedi. Şüphesiz onları fotoğraflarından tanıyabilirdi; fakat bu yoğun *tanışıklık* hissi, geçmişlerini bilmesi ve onlara aşına olmasıyla mümkün olabilecek bir şey değildi.

Hastaların hemen hepsi Duncan’a ısındı ve onun kendilerine nesnel bir bakış açısıyla, yaşamlarını salt tıp açısından değerlendirmeden ve hissiyatın dozunu kaçırmadan, sağduyulu bir şefkat ve sevecenlikle yaklaşacağını –ve izin verdikleri takdirde filme çekeceğini– fark ettiler. Kendilerine bir kaşif ya da araştırmacı gibi yaklaşacağını ve onları son derece garip bir dün-

yada yaşamaya zorlanmış insanlar olarak göstereceğini hissettiler. Dolayısıyla karşılıklı anlayış ve saygı tesis edildi; ertesi ay *Uyanışlar*'ın belgesel filminin çekimleri tamamlandı.

Belgesel genel yapısı itibarıyla kitapla çok benzeşir. Giriş bölümü (salgın döneminden alınmış muazzam arşiv görüntüleri bu bölümü daha da güçlü kılmaktadır); hastaların L-DOPA verilirken yaşadıkları "uyanışlar"ın ve sonra her türden garip "sıkıntılar"ın ıstırabını çekerken ortaya koydukları görüntüler (bizzat benim 1969 yılında Süper-8 kamerasıyla kaydettiğim görüntülerin bir kısmının da kullanıldığı); ve son olarak geriye dönüp yaşadıkları olayları bir kez daha hatırlayan ve adeta bir "ölü" gibi dünyadan kopuk geçirdikleri bunca yıldan sonra, şimdi kendi "uzlaşmalarıyla" yaşamlarını nasıl sürdürdüklerini anlatan hastaların son derece dokunaklı röportajları.

Kitaptaki "karakter"lerin çoğu belgeselde de yer aldı: Hester Y. (gerçek adı Lola), Rose R. (Sylvie), Margaret A. (Mary B.) ve Leonard L. (Ed); yanı sıra Frances, Miriam, Miron, Gertie ve Martha da (daha kısa sürelerle) belgeselde göründüler. Kitapta kısaca söz edilen diğer hastalar da -Seymour, Sam, Rosalie ve Lillian W.- belgeselde yer aldı, fakat bunlar filmde karşımıza tam kapsamlı karakterler olarak çıktı. Hatta bir tanesi -Lillian T.- belgeselde, tüm hastalar adına sözcülük yaptı.

Uyanışlar'ın belgesel filmi ilk kez İngiltere'de 1974 yılının başında gösterime girdi ve o zamandan bu yana dünyanın birçok yerinde gösterildi. Bu, unutulmuş bir salgından kurtulan son hastalara, yaşamlarının bir süre için yeni bir ilaç sayesinde nasıl dönüştüğüne ve yaşadıkları değişim süresince insanlıklarını nasıl koruduklarına dair yapılmış tek belgesel hikâyledir. Belgesel, bu hastaların gerçekte nasıl yaşadığına ve bu yaşama nasıl katlandıklarına dair yalnızca eğitici değil, aynı zamanda belki de sadece gerçek imgelerin başarabileceği ölçüde ikna ve ispat edici bir güce sahiptir. Ben bunu, kitabın sinematik eşdeğeri olarak değerlendiriyorum. Keşke, belgesel kitapla birlikte bir paket halinde sunulabilmiş olsaydı.

1982 yılının başında, Londra'dan, içinde Harold Pinter'dan bir mektupla birlikte, *Alaska'ya Benzer Bir Yer* adlı yeni bir oy-

nun metnini içeren bir paket aldım. Pinter bu oyunu yazarken *Uyanışlar*'dan esinlenmişti. Mektubunda, *Uyanışlar*'ı 1973 yılında ilk defa yayımlandığında okuduğunu ve son derece etkilendiğini; fakat sonra kitabın "aklından çıktığını" ve ancak aradan sekiz yıl geçtikten sonra birdenbire "tekrar hatırladığını" yazmıştı (Burada aklıma Rilke'nin çok uzun bir zaman boyunca hasır altı edip, on yıl sonra adeta zihninde patlarcasına yeniden ortaya çıkan *Duino Ağıtları* adlı eserini yaratması gelmişti). Dediğine göre Pinter, geçen yaz bir sabah, oyunun giriş sahnesi –bu hastanın uyandığı ilk sahnedir– ve ilk sözcükleri –("Bir şeyler oluyor") kafasında canlanmış bir halde uyanır; bunu izleyen gün ve haftalarda oyun adeta "kendi kendine yazılır".

Alaska'ya Benzer Bir Yer, tüm gelişme ve sahneleri tek bir öğleden sonra başlayıp sona eren tek perdelik bir oyundur. Oyun, 29 yıl boyunca "uykuda" ya da son derece tuhaf, ulaşılmaz ve donmuş bir halde ("Alaska'ya benzer bir yer") bulunan Deborah adında bir hastanın uyanışı ile başlar. Artık 45 yaşındadır – fakat kendini 16 yaşındaymış gibi hissetmektedir. Ne kaç yaşında olduğuna ve ne de başına gelenlere dair en ufak bir fikri dahi yoktur. Yanındaki kır saçlı kadının kuzenlerinden biri ya da "hiç tanışmadığı teyzesi" olduğunu düşünür – o kadının kız kardeşi olduğu ortaya çıkınca, içinde bulunduğu gerçek durumu öğrenip şoke olur.

1969'da, hastalarımızın "uyanış" döneminde birlikte çok yakın bir çalışma içerisine girdiğim Margie Kohl'e oyunu gösterdiğimde çok etkileyici bir yorumda bulundu: "Bu Pinter'ın oyunu değil. Bu gerçeğin ta kendisi."

"Fakat zaten Pinter, gerçeğin ta kendisi," diye yanıtladım.

Pinter, ne hastalarımı ne de *Uyanışlar*'ın belgesel filmindeki görüntülerini görmüştü; ama yine de –Margie'nin fikrini tümüyle benimsiyordum– yazmış olduğu oyun, gizemli bir şekilde gerçeğin ta kendisini yansıtıyordu. Aklıma hemen, (tüm farklılıklara rağmen) hiç süphesiz Deborah'a örnek teşkil etmiş olan hastam Rose R. geldi; Rose R.'nin oyunu okuyup seyrettikten sonra, "Tanrım! Bu benim. Tepeden tırnağa beni anlatmış" dediğini hayal ediyordum. Pinter'ın her nasılsa, yazdıklarımın daha fazlasını algıladığına, açıklanması zor bir biçimde, bir ka-

hin gibi konunun kalbine, en derindeki gerçeğine nüfuz ettiğine inanıyordum; Margie'nin yorumuna rağmen bu gayet Pintervari bir oyundu: oyunun her anında onun zekâsı ve dili belirgindi – böyle bir oyunu Pinter'dan başkası yazamazdı. Ama yine de, farklı bir açıdan yaklaşıldığında, oyun paradoksal olarak tam anlamıyla Pintervari değildi. Zira gayet şeffaf ve aşkın bir tarafı vardı; oyunun yazarı görünmez bir şekilde oyunun ardında ve üstünde varlığını hissettiriyordu, fakat (James Joyce'un ifadesiyle) hiç kimseye hissettirmeden ortadan kaybolmuştu.¹⁶⁷

1982 yılının Ekim ayında, National Theater'da oyunun ilk sahnelenişini izlediğimde aynı paradoksal düşünceler bende uyandı. Oyun, bana ve izleyen herkese, o korku ve merak dolu "uyanış" anında, orada, esrarengiz bir biçimde hastanın yanında mevcut olduğumuz hissini verdi. Deborah rolündeki Judy Dench'in performansı olağanüstüydü ve tek kelimeyle gerçekçiydi. Tıpkı Pinter'ın kavrayışındaki gerçeğe yakınlık gibi bu da beni hayrete düşürmüştü. Pinter gibi Dench de ömründe hiç post-ensefalitik bir hastayla tanışmamıştı; hatta, tanışmak istediğinden de pek emin olmadığını söylemişti (daha sonra belgeseli izledi ve Highlands Hastanesi'ni ziyaret etti). Pinter'ın betimlemesi sayesinde hastayı hayalinde yeterince canlandırabildiğini hissediyordu. Bu bana garip gelmişti, ama Dench'in performansı sürükleyiciydi ve kabul etmeliydim ki, gerçekten de söylediklerinde haklı görünüyordu.

Şöyle demek istiyordum: Fakat Pinter'ın yarattığı Deborah gerçekten iki adım uzak – öncelikle gerçek, esas Sylvie var; sonra benim, kafamda onu büründürdüğüm kişilik olan *Uyanışlar*'daki Rose R.; şimdi ise Pinter'ın *Alaska'ya Benzer Bir Yer* adlı eserindeki Deborah var. Fakat elbette bu doğru bir bakış açısı değildi, zira her birinin kendine özgü bir gücü vardı. Denilebilir ki, benim yarattığım Rose Sylvie'den esinlenmişti, ama yine de o tam anlamıyla, belgesel ve nesnel bir bakış açısından bakıldığında Sylvie değildi – fakat benim bakış açımla ve duyarlılığım ile bakıldığı, benim duygularım ve öznelliğimle dolup taşıdığı vakit görülen Sylvie oydu. (Sonia Orwell *Uyanışlar*'ın orijinal baskısını okuduğunda, Sylvie'nin, kitabın sunuş bölümünün hemen yan sayfasındaki Polaroid fotoğraflarından rahatsızlık duymuş ve

“Fotoğraflar hiçbir şey anlatmıyor, oysa *sizin* betimlemeniz çok daha zengin,” demişti.)

Pinter’ın oyunu elime geçmeden önce, “dramatik temsiller”e ya da benim çalışmalarımın “esinlenen” veya “uyarlanan” herhangi bir şeye karşı çekincelerim vardı. Kanımca *Uyanışlar* gerçeğin ta kendisiydi; bunun dışında herhangi bir şey kesinlikle “gerçekdışı” olacaktı. Hastalarla doğrudan temastan yoksun ve sadece uzaktan dolaylı temas eden bir şey nasıl gerçek olabilir ki? Fakat, Pinter’ın oyunu bana, temsilin gerçeği her zaman sulandırmayacağını gösterdi; bilakis, eğer söz konusu olan güçlü bir temsilse, gerçeği daha da iyi vurgulayabilirdi. Her orijinal temsil gerçeğe katkıda bulunuyordu. Pinter’a ne kadar verdiysem o kadarını da geri almıştım: Ben ona gerçekliği vermişim – ve bunun karşılığında o da bana başka bir gerçeklik vermişti.¹⁶⁸

1987 yılında *Uyanışlar*’ın iki sahne uyarlaması yapıldı ve bir üçüncüsüne de başlandı. O yılın başında Kanada Yayın Birliği’nde çalışan John Reeves adlı bir yapımcı, *Uyanışlar*’ın bir radyo uyarlamasını yapmak için benimle temasa geçti ve çok geçmeden bana bir senaryo gönderdi. Sekiz veya dokuz oyuncu tarafından okunan ve iki saatlik bir radyo piyesini içeren senaryo, genel hatları itibarıyla kitapla aynıydı: Aileleri veya doktorlarıyla birlikte seslendirilen sekiz ya da dokuz hasta; doktorun okuduğu bir önsöz ve sonsöz (bu bölümü ben okuyacaktım). Gerçekten de, radyo piyesinin % 99’u küçük değişiklikler dışında kitabın dilini kullanıyordu ve diyalogları kitaptaki “karakterler” arasında paylaştırmıştı. Kitabı yazarken dramatik bir kurgulamayla değil, vaka hikâyeleri ve meditasyon yönünden düşünmüştüm. Yazdıklarının böyle bir kurguya uyarlanabilir olması beni şaşırtmıştı.

Ben ve diğer oyuncular kendi bölümlerimizi okurken, John’un yönetimiyle birlikte (kanımca, zaman zaman dramatik olduğu kadar müzikal bir yönetimdi bu) hasta ve doktor rollerine büründük. Devamlı hastalarımın, eski hastalarımın gerçekten yaşama döndüğüne dair esrarengiz bir hisse kapılıyordum – onları ve yaşamlarını sözcüklere dökmüştüm; ve şimdi sözcükler mucizevi bir biçimde insanlara dönüşüyordu. Hepimiz-

de acı, hüznün ve sevinç hisleri vardı: Kollarımı uzatıp onlara sarılmak istiyordum – “Merhaba Leonard! Rose!” Leonard, Rose, Lucy, Miron, Hester ve Magda, hepsi gözlerimin önünde adeta vücut bulup yaşama dönüyorlardı; hayal gerçeğe dönüşmüştü ve onlar canlı, ete kemiğe bürünmüş bir şekilde karşımdaydılar. Böylesine dokunaklı olan yalnızca bireysel performanslar değildi; oyuncular bir topluluk, bir sanatçı grubu gibi ortak bir performans sergiliyordu ve birlikte bizler *Uyanışlar*’ın karakterleri olduk, oyunu ortaklaşa oynadık, yaşadık ve yeni bir mecrada canlandırdık.

O yılın Mart ayında yayına giren John Reeves’in yapımı, Kanada’da geniş bir radyo dinleyici kitlesinin ilgisini uyandırdı – oyunu dinlerken kendilerini kaptırdıklarını, hastaları adeta tanıdıklarını, orada onların yanında olup yaşamlarını paylaştıklarını ve onların “uyanış”larına tanık olduklarını hisseden izleyicilerden yüzlerce telefon ve mektup gelmeye başladı. Bu dinleyicilerin çoğu kitabı okumamıştı; hatta çoğu “okur” olmadığını söylüyordu; onlar için gerçek gözlerinin değil kulaklarının vasıtasıyla kendilerine ulaşıyordu. Yazı yazma (belki de) “yazılı konuşma” olmasına ve okurun zihninde tekrar konuşmaya “dönüşmesine” rağmen, bu yeni konuşma ortamı, insan sesi, kelimelere bir fiziksellik, bir vücut, kitap sayfalarında olmayan bir mevcudiyet veriyordu; yine de yüksek sesle konuşmanın hiçbir yazıda olmayan bir dolaysızlığı vardır. *Uyanışlar*’ın radyo uyarlaması kelimenin gücünü ve özellikle de ağızdan çıkan kelimelerin, bir gerçeği temsil etme, ifade etme ve uyandırma gücünü ortaya koydu. Dinleyiciler, iletişim ortamı işitsel ve sözlü olmasına rağmen Leonard’ı, Rose’u ve diğerlerini “görebildiklerini” söylüyorlardı. Bu benim *Uyanışlar*’a karşı olan tutumumu değiştirdi; insanların kitabı okuyacaklarına dair umudumu sürdürdüm, fakat diğer mecraların da geçerli ve gerekli olduğunu hissetmeye başladım.¹⁶⁹

* * *

1987 yılının Eylül ayında, Chicago’daki City Lit Tiyatro Şirketi’nin sanat yönetmeni ve yazılı eserlerin sözlü sahne uyarlamaları ko-

nusunda uzmanlaşmış olan Arnold Aprill *Uyanışlar*'ın bir sahne uyarlamasını yaptı. Gördüklerime pek hazırlıklı değildim – Kanada Yayın Birliği'nin radyo yapımı gibi bunun da *Uyanışlar*'ın dramatik okuması olacağını düşünmüştüm; bunun gerçek bir sahneleme olacağını fark etmemiştim.

Radyo piyesinin dinleyicileri sık sık hastaları ve karakterleri "görebildiklerini" söylüyordu. Ama bu "hayal edebildikleri" ya da "gönül gözüyle" gördükleri anlamına geliyordu. Fakat burada karakterler gerçekten görülebiliyordu. İzleyiciler arasında belki de bir tek ben hastaların gerçekte neye benzediklerini, gerçek Leonard'ın, Rose'un ya da Lucy'nin sahnedeki uyarlamalarından epey farklı gördüklerini biliyordum. Bu farklılık beni kaygılandırdı –yalnızca ilk beş dakika boyunca –ve sonra sorun olmaktan çıktı, zira izlediklerim aslına yakın, doğru ve yaşanan olgulardaki farklılıklara rağmen gerçektir. Öyle ki Chicago'daki oyunda Miriam H.'yi canlandıran başarılı oyuncunun, iriyarı, kocaman bir kalçası ve göğüsleri olan şen şakrak, siyahi bir kadın olması bile beni etkileyebiliyordu – oysa "benim" Miriam'ım yaşını başını almış, bir parça şeklini şemalini kaybetmiş, Eşkenaz yahudisi beyaz bir kadındır. Bunların hiç önemi yoktu – bilakis Jackie Samuels tam anlamıyla mükemmel bir Miriam karakteri canlandırıyordu. Eğer yaşasaydı gerçek Miriam H.'nin izlemekten haz duyacağı, son derece yaratıcı ve *doğru* bir canlandırmaydı bu. Samuels, bir yandan *Uyanışlar*'ın metnine sıkı sıkıya bağlı kalırken, öte yandan Miriam'ı hayat dolu, coşkulu oyunu, kişisel özellikleri ve enerjisiyle tekrar yaşama döndürmüştü. O tamamen kendine ait bir Miriam uydurmuş ya da yaratmıştı; yine de bu Miriam son derece gerçektir – hem benim Miriam'ım ve hem de orijinal Miriam'dır.

Sahne uyarlamasının, radyo piyesinde olmayan bir serbestliği vardı. Bazı diyaloglar uyduruldu (diyalogların dörtte üçü ve genel kurgu kitaptan alınmış olsa da); karakterlerin ve olayların kurgulanmasında belli ölçüde yaratıcılık ve dramatik serbestlikten faydalanıldı. Bu, salt dramatik bir okumadan ziyade Arnold Aprill'in kitaba ilişkin kendi vizyonu ya da uyarlamasıydı. Elbette radyo uyarlamasına kıyasla kitaptaki metinden daha

fazla uzaklaşmıştı fakat bu gerçekten hiçbir zaman sapmayan etkileyici ve yaratıcı bir uzaklıktı.

Yalnızca bir ay sonra, bu kez Los Angeles'tan, *Uyanışlar*'ın ilk film senaryosu bana gönderildi. Filmin yapımcıları Walter Parkers ve Larry Lasker 1979 yılından beri benimle temastaydılar; ertesi yıl Mount Carmel'i ziyaret etmişler; Leonard L. ve *Uyanışlar*'da hikâyelerini yazdığım birçok hastayla tanışmışlardı. Daha birçok ziyaret gerçekleştirecekler ve yıllar boyunca konu üzerinde uzun uzun tartışılıp görüşülecekti – fakat Hollywood yavaş hareket ediyordu ve ben gerçekten bir şeyler olup olmayacağı konusunda emin olamadım. Nihayet, 1987 yılında bir film senaryosu elime ulaştı.

Steve Zaillian'ın yazdığı senaryo kitabın genel kurgusundan çok farklıydı ve tek bir hasta (Leonard L.) üzerine yoğunlaşmıştı. Bir koğuş dolusu post-ensefalitik hasta ve hastane canlı bir biçimde geri plana oturtulmuştu; tüm bu hastaların kendi bireysel “uyanış”ları vardı. Senaryonun ana teması Leonard L. ve doktoru arasındaki yakın bağı vurguluyordu (doktor bir ölçüde, ama yalnızca bir ölçüde benimle ilişkilendirilmişti!). Film ilerledikçe ve ilk başta biraz çekingen, sıradan bir akademisyen olan doktor, hastalarıyla yoğun ve insani bir ilişki içine girip geliştikçe bu bağ da güçlenmekteydi. Birçok beklenmedik gelişme yaşanmıştı –bazıları hoş, bazılarıysa üzüntücü verici– ve tümüyle gerçekdışı olmasına karşın okudukça beni duygulandıran dramatik bir son hazırlanmıştı. Senaryoya ilişkin hislerimin ne olduğundan emin değildim. Zira bir anlamda olayların nasıl geliştiğine dair çok yakın bir kurgulama hedeflenirken, diğer yandan da tümüyle yeni bir olaylar örgüsü ortaya konulmuştu. Fakat bunun gerekli olduğunu anladım ve dramatik uydurmaların çoğu hoşuma gitti (kargaşa içinde bir psikiyatri koğuşu yaratılması –Mount Carmel'de hiçbir zaman böyle bir koğuş var olmamıştı– hastanenin ve diğer doktorların yaratıcılıktan yoksun, baskıcı unsurlar olarak tanımlanması konusunda çekinçlerim olmasına rağmen). Ben açık ve olumlu bir yaklaşımla, ancak canlandırmaların, karakterlerin iç dünyalarının hayal edilip betimlenmesine tepki verebilirdim. Özellikle hoşnut ve yakın-

dan izlemekte kararlı olduğum şey ise, senaryo gereği yapılan nörolojik canlandırmalardı – sayısız ve tuhaf şekillere girebilen, ciddi boyutlardaki bir hastalığın canlandırılması; hastaların yaşam mücadelesi ve hastalıkla başa çıkma yolları; ve tabii ki, sonrasında yaşadıkları “uyanışlar”.

Bir bilirkişi olarak filmle yakından ilgilenmek durumunda olsam da, bunun “benim” filmim olduğu konusundaki düşüncelerimi bir kenara bırakmalıydım – bu benim senaryom ve filmim değildi. Gelişmeler büyük ölçüde benim kontrolüm dışındaydı. Bunu kendime itiraf etmek o kadar kolay değildi; ama yine de bu bana rahatlık ve avuntu da sağlıyordu. Tıbbi ve tarihi doğruluğu sağlama almak için tavsiyelerde bulunup görüş bildirebilecektim; filme doğru bir hareket noktası vermek için elimden geleni yapacaktım. Böylelikle film kitaptan *uzaklaşabilecek* yapımcılar ve oyuncular kendi yaratıcı çalışmalarını ortaya koyabilecekti.

Bunu izleyen Ekim ayında filmin yönetmeni Penny Marshall’la tanıştım; o da Mount Carmel’ı ziyaret etti ve hastanenin hemen yanındaki Botanik Bahçede günler boyu yürüyüşler yaparak hastalar ve film üzerine konuştuk. 1989 yılının Haziran ayında Robert De Niro’nun hastayı oynayacağını, ertesi ay ise Robin Williams’ın *beni* ya da en azından, kısmen benden esinlenerek yaratılmış, filmdeki doktor karakterini canlandıracağını duydum.

Bob, Robin, Penny ve Steve olabildiğince çok hasta görmek, Mount Carmel’in havasını hissetmek ve kavramak için can atıyorlardı. Saatler ve günler boyunca çalıştığım çeşitli hastaneleri ziyaret ederek, Parkinsonlu ve hayatta kalan az sayıdaki post-ensefalitik hastayla sohbet ettik. Yanı sıra post-ensefalitik hastaları canlandıracak oyuncular *Uyanışlar*’ın belgesel filmini de ayrıntılı olarak incelemek durumundaydı. Bu belgesel, uzun metrajlı filmin temel görsel ve imge kaynağı olacaktı. Buna ilaveten, 1969-70 yıllarında benim kaydettiğim kilometrelerce uzunlukta ki Süper 8 filmler ve ses bantları da mevcuttu. Ve son olarak, büyük salgın döneminde kaydedilmiş arşiv filmleri vardı.

Robert De Niro’nun canlandıracağı karakteri anlama konusundaki tutkusu ve en ufak ayrıntısına kadar yaptığı titiz araş-

tirmaları, oyuncular arasında bir efsane haline gelmesine neden olmuştur. Bu konuda pay sahibi olmak bir yana, bir oyuncunun konusunu araştırmasına daha önce hiç tanık olmamıştım – öyle ki bu araştırma sonunda (bir zamanlar Tom Conti'nin bana söylediği gibi), oyuncunun canlandığı karaktere *dönüşmesiyle*, onu ve iç dünyasını kendi bedeninde hissetmesiyle sonuçlanıyordu.

Londra'daki Highlands Hastanesi'nde halen hayatta olan dokuz post-ensefalitik hasta olduğunu öğrenince –ergenlik çağlarında hastaneye yatırılan ve orada neredeyse 60 yıl geçiren hastalar– Bob bu insanları ziyaret etmemizin önemli olacağını düşündü ve böylece 1989 yılının Ağustos ayında hep birlikte onları görmeye gittik. Bob, saatler boyu bu hastalarla sohbet etti ve onları kaydetti (her zaman bu tür araştırma kayıtları yapıp bunlar üzerinde uzun uzun çalışmaktan hoşlanıyordu). Onu gerçekten hastalarla birlikte ilk defa görüyordum; gözlem ve empati yapma konusundaki yeteneği beni hem etkilemiş hem de duygulandırmıştı. Hastaların yanına tedavileriyle ilgilenen bir doktor ya da fizyolojilerini inceleyen bir bilim adamı kimliğiyle değil, onlara insanca yaklaşan bir birey olarak gelmişti. Ayrıca onlara bir sanatçı, bir oyuncu gibi, kusursuz bir canlandırma yapmaya ve kusursuz bir canlandırma *olmaya* kararlı biri gibi yaklaşmıştı. Daha önce hiç karşılaşmadıkları türden bir ilginin karşısında etkilenip duygulanan hastalar da tümüyle bunun farkındaydı – ve tuhaf bir biçimde bu ilginin en iyi türden bilimsel incelemeye yakın olduğunu hissettiler. Ertesi gün hastalardan biri bana, "Sizi gerçekten gözlemliyor, bakışları ta derinlere kadar işliyor. Yaşlı Purdon Martin'den bu yana kimse bunu tam anlamıyla başaramamıştı. Martin gerçekten neler yaşadığınızı anlamaya çalışırdı – ve Bay De Niro da biraz ona benziyor. O da sizi gerçekten anlamaya çalışıyor," dedi.

New York'a geri döndüğümüzde Robin Williams da oraya varmıştı ve şimdi beni canlandıracak adamla tanışacaktım. İlk başta bu, ikimiz için de o kadar kolay değildi: Bob'un Highlands'daki hastaları nasıl titiz bir gözlemle incelediğini görmüştüm ve şimdi, aynı ayrıntılı gözleme bu kez ben tabi olmaktan korkuyordum. Fakat Robin esasen beni faaliyet halin-

deyken, bir araştırmacı ve doktor olarak kendi rolümde görmek istiyordu – ve aynı şekilde *Uyanışlar*’da birlikte çalıştığım ve yaşadığım türden hastaları da görmek istiyordu. Böylece, yanı-mıza Penny’yi de alarak on beş yıl boyunca tetkik ettiğim iki post-ensefalitik hastanın bulunduğu Little Sisters of the Poor Bakımevi’ne gittik. Burada, Robin’in de, Bob gibi kendisi için tümüyle yeni bir ortama nasıl bu kadar kolay ayak uydurabil-diğine, hastalara ne kadar açık yürekli ve rahat yaklaştığına, bu içten gelen doğal davranışlarıyla onları nasıl rahatlattığına şa-şırmıştım. Bob’dan bir insan ve oyuncu olarak epey farklı oldu-ğu açıkça ortadaydı. Robin sokulgan ve cana yakındı. Oysa Bob ağır başlı ve derin düşüncelere dalmış haliyle dikkat çekiyordu – ama yine de aynı yoğunluğu, incelikli ve özenli davranışları, tutkuyu ve ayrıntılı gözlem alışkanlığını paylaşıyorlardı.

Birkaç gün sonra bunu ortaya koyan muazzam bir şey oldu. Robin, Bob ve Penny hep birlikte benimle Bronx Eyalet Hastanesi’ne geldiler. Yaşlıların kaldığı ve en azından altı hasta-nın hep bir ağızdan bağırıp tuhaf konuşmalar yaptığı huzursuz bir koğuştaki birkaç dakika geçirmiştik. Sonra hep birlikte ora-dan uzaklaşırken Robin birdenbire patlayarak, koğuştaki az önce tanık olduğumuz kargaşayı yeniden canlandırmaya, herkesin sesini ve tarzını kusursuz bir biçimde taklit etmeye başladı. Bu inanılmaz bir şeydi: Sanki koğuştaki olan her şeyi, tüm o farklı sesleri ve konuşmaları bir arada, tümüyle anımsayacak biçim-de zihnine kaydetmişti – ve şimdi sanki o insanların kişiliğine bürünmüşçesine, bu ses ve görüntüleri yeniden üretiyordu. Bu anında kavrayış ve gözlemlediğini canlandırma gücü, “tak-lit” kelimesinin tanımlamakta çok kifayetsiz kaldığı bu yetenek, Robin’de inanılmaz boyutlarda gelişmişti. Bunun oyunculuğa yönelik araştırmalarda ilk adımı oluşturduğunu düşünmeye başlamıştım; öyle ki bu yoğun ve ayrıntılı bir duyumsama ve harekete ilişkin somut bir hayal gücü sağlıyor, sonra oyuncu bunu özümseyip analiz ediyor, kendi kişiliğiyle doldurup, de-rinleştirip, öznelleştiriyordu.¹⁷⁰

Bob, Robin ve Penny, üçü birlikte ortamın havasını tenef-füs etmek, ruhunu kavramak ve özellikle de yirmi yıl öncesinin “uyanış”larını hatırlayan hastaları ve hastabakıcıları görmek

amacıyla Mount Carmel'e birkaç kez gittiler. Hep birlikte –doktorlar, hemşireler, terapistler, sosyal görevliler– 1969 yılında Mount Carmel'de bulunan, “uyanış”lara tanık olan ve katılan herkesin bir akşam bir araya gelmesi benim için (ve herkes için) özellikle dokunaklı olmuştu. Bazılarımız hastaneden ayrılan uzun zaman olmuştu, bazılarımız birbirini yıllardır görmemişti; fakat o Eylül akşamı, ertesi sabahın ilk ışıklarına kadar sohbet edip hastalara dair anılarımızı paylaştık. Her birimizin anlattığı anılar, diğerlerinin anılarını kafasında canlandırıyordu. O yazın ne denli muazzam ve tarihi bir yaz olduğunu, yaşananların aynı ölçüde ne denli komik ve insani olduğunu bir kez daha fark ettik. O akşam kahkaha, gözyaşı ve nostalji birbirine karıştı ve birbirimizin yirmi yıl yaşlanmış yüzlerine baktıkça, aradan ne kadar uzun bir zaman geçtiğini –ve en acısı da neredeyse tüm hastalarımızın artık hayatta olmadığını– fark ettik.

Yalnızca biri dışında – yakındaki bir başka kronik bakım kliniğine gitmek üzere 1975 yılında Mount Carmel'den ayrılan ve 1973 yılındaki belgesel filmde zarif ve etkileyici bir konuşma yapan Lillian Tighe. Lillian “Uyanışlar”ın halen hayatta olan tek hastasıdır. Eylül ayında Bob, Robin, Penny ve ben onu ziyaret ettik; dayanıklılığı, esprili ve neşeli hali, kendini kimseye acıandırmayışı ve gerçekçiliği karşısında hayrete düştük. İlerleyen hastalığına ve L-DOPA'ya verdiği öngörülemeyen tepkilere rağmen, tüm neşesini, yaşam sevgisini ve cesaretini korumuştur. Aylardır kitabın ve senaryonun gerçekleriyle yaşayan Bob, Robin ve Penny, karşılarında ete kemiğe bürünmüş bir gerçeklik, berbat bir hastalıkla, neşeli, güler yüzlü, kendini aşmış bir hastanın karışımını görünce (daha önce Bob'un Highlands'da yaşadığı) şaşkınlık yaşadılar. Gerçekten de, Lillian filmin tüm çekimleri boyunca varlığıyla güçlü bir ilham kaynağı oldu, film setini birkaç kez ziyaret etti ve hatta Bob'la birlikte bir sahnede rol bile aldı.

Yapım öncesindeki titiz araştırmaya, filmin çekimlerinin sürdüğü 1989 sonbaharı ve kışında da devam edildi. Özellikle önemli bir başka şahsiyet ise hastalığa dair ilk elden bilgi sahibi olan ve L-DOPA'ya olağanüstü tepkiler veren Ed W. adında bir hastaydı. Ed parlak bir zekaya sahip, kırk yaşlarında (Bob'la ya-

şıt) ve genç yaşlarda görülen türde Parkinsondan mustarıpti. Ed çok anlaşılır ifadelerle Bob'un ve hastaları canlandıracak diğer oyuncuların filme sergilemeleri gereken birçok olguyu anlatıyor ve daha da önemlisi kendi kişiliğiyle gözler önüne seriyordu: Sandalyede otururken ya da yatakta yatarken saatler boyunca donup kalmanın ve bulunduğu yerden kımıldayamamanın nasıl bir şey olduğunu tam olarak gösterip tanımlayabiliyordu; L-DOPA ile "coşmanın" ve zaman zaman ait olmadığınız "kimyasal bir kişiliğe" bürünmenin nasıl hissettirdiğini tarif edebiliyordu. Bob Ed'le birlikte, Ed'in dairesinde ya da dışarıda yürüyüş ve geziler yaparak, zaman zaman hafta sonlarının tamamı da dahil olmak üzere uzun bir zaman geçirdi ve sürekli böyle bir hastalığın, böylesine değişken nörolojik bir halin, böyle bir yaşamın gerçekte neye benzediğini kavramaya çalıştı.¹⁷¹

Bob'un dışında, filmdeki post-ensefalitik hastaları canlandıran on beş oyuncu daha vardı; onlara Parkinsonizmin ve diğer bulguların nasıl bir şey olduğunu ve neler hissettirdiğini göstermek zorundaydım. Bunlar ilginç ve bir anlamda tıp öğrencilerimin yer aldığı sınıflarla tuhaf benzerlikler taşıyan sınıflardı – ama yine de ve tabii ki son derece farklıydı. Zira tıp öğrencileri tıbbi ve fizyolojik bilgi edinmeye, Parkinsonizmin dışarıdan bakıldığında genel tanımını anlamaya ihtiyaç duyuyorlardı. Oysa oyuncular Parkinsonizmin iç dünyasına dair somut bir tanıma ihtiyaç duyuyorlardı. Bu son derece açık, somut, eylemsel anlamda son derece kesin olmalıydı ki Parkinson hastalarını taklit edebilsinler, ve bir anlamda Parkinsonlu hastalara dönüşsünler.

Onlara Parkinson hastalarının nasıl oturduklarını gösterdim – ifadesiz bir yüz ve kımıldısız gözlerle, hiç hareket etmezsiniz; zaman zaman başları geriye doğru kaymış ya da bir yana doğru bükülmüş; ağız genelde açık kalmış ve dudaklarından salyalar akmakta (salya akması oyuncular açısından zor ve belki de filmin genel görüntüsü açısından da çirkin olabileceği için bu konuda ısrarcı olmadık). Onlara sıkça görülen distonik el ve ayak duruşlarını, titremeleri ve tikleri gösterdim. (Oyuncuların doğal bir içgüdüyle kendi aralarında "sallananlar" ve "silkinenler", titreme ve sallanmayı daha kolay yapanlar silkinme ve tikleri daha kolay yapanlar olarak ayrılmalarını şaşkınlıkla

izledim. Bu farklı taklit becerilerinin altında bazı fizyolojik eğilimler yatıp yatmadığını da ister istemez merak etmiştim.)

Oyunculara Parkinson hastalarının nasıl ayakta durduğunu ya da durmaya çalıştığını; nasıl genelde kamburu çıkmış vaziyette, bazen hızlanıp, telaşlanarak yürüdüklerini; nasıl bir anda durup, olduğu yerde donup, yürüyüşlerini sürdüremediklerini gösterdim. Onlara Parkinson hastalarının çıkardığı farklı türdeki sesleri ve gürültüleri; el yazılarını ve bu hastalara dair herşeyi gösterdim. Kendilerini küçücük alanlara sıkışmış bir şekilde yaşarken farz etmelerini ya da tutkalla oldukları yere yapışmış, hareket edemez bir haldeyken hayal etmelerini önerdim (Ed bunu açık ve canlı bir şekilde tarif ederken “bir pekmez fıçısının içinde olmak gibi” demişti).

Birlikte *kinesia paradoxa*–Parkinsonlu halden kurtularak birdenbire normale dönme alıştırmaları yaptık. Müzikle ya da örneğin bir topu yakalama gibi kendiliğinden oluşan tepkilerle Parkinsonizmin nasıl çözülebileceğine dair alıştırmalar yaptık. (Oyuncular özellikle top atma alıştırmalarını Robin’le birlikte yapmaktan büyük keyif alıyordu. Eğer kendini oyunculuğa adanmış bir beyzbolcu olabileceğini düşünmeye başlamıştık.) Katatoni ve post-ensefalitik hastaların oynadığı türden iskambil oyunları alıştırmaları yaptık: Tamamen donup kalmış vaziyette ve ellerinde oyun kâğıtlarını sıkı sıkıya tutan dört hasta, birilerinin (belki de bir hemşirenin) ilk hareketi yapmasının ardından bunun nasıl muazzam bir hareket sağanağına yol açtığını ve ilk başta felç olup tıkanmış oyunun nasıl saniyeler içinde bittiğini gösterdim (1969 yılında buna tanık olup, Süper 8 filme kaydetmiştim ve şimdi bu, filmde yer alan bir sahne olacaktı).

Bazen özel birtakım numaralar oyuncuların Parkinson belirtilerini taklit edebilmesinde büyük fayda sağlar. Aksi takdirde bunları yapabilmeleri imkânsızdır. Miriam H.’nin *dili dolanmadan ya da tek bir heceyi dahi atlamaksızın* nasıl dakikada 500 kelime konuşabildiğini anlattım – bu “normal” insanların çoğunlukla yapamayacağı bir şeydi. Fakat sahne uyarlamasında Miriam H.’yi canlandıran Jackie Samuels, Miriam’ın sözcüklerini, bir dizi kelime ya da cümleden ziyade *müzik*, müzikal cümleler, operavari aryalar, müzikal terimlerle tasavvur edilebilecek

(gerçek anlamda şarkı biçiminde söylenmese de) anlatılar, bir dizi müzikal dürtü olarak düşünüyordu (belki de mezat tellalları da benzer bir numaraya başvuruyordu).

Bu tuhaf, neredeyse Zen öğretisini andıran alıştırmalar –saatler boyu hareketsiz kalma, kafayı boşaltma ya da hızlanma– oyuncular açısından hem büyüleyici hem de korkutucuydu. Kendi benliklerinde, ürkütücü bir berraklıkla, gerçekten böyle sıkışıp kalan biri olmanın nasıl bir şey olabileceğini hissetmeye başlamışlardı.

Oyunculara artık doğrudan gösteremeyeceğim tek şey, post-ensefalitik hastaların çoğunun gençken içinde bulundukları dürtülü, tikli, “hiper” hallerdi – bu Parkinsonizm başlarına musallat olmadan önce yaşadıkları “enki” haliydi ve L-DOPA’nın getirdiği aşırı heyecan esnasında bu tür davranışları ölçüsüzce sergilemekteydiler. Bunu oyunculara göstermek için Tourette sendromundan mustarip birkaç genç hastayı film setine getirdim – zira onlara artık gösteremeyeceğim “enki”lere en yakın sendromu bu hastalar sergiliyordu. Oyunculara “enki”liği ve Tourette sendromunu tarif etmiştim fakat bu silik bir tanımlamaydı; bunların *görülmesi* gerekiyordu. Tourette hastalarından biri olan Shane F., özellikle birçok “enki”nin tipik özelliği olan “üstün hareket yeteneği” türünden, soytarılık ve düşüncenin hızlanmasıyla belirgin hareketleri ve yanı sıra bir kasırğa gibi patlak veren şakalaşma, taklit etme ve tikleri gösterdi. Tüm bunlar, oyuncularını, hiçbir sözlü tanımın ya da filmin başaramayacağı denli şaşırttı, keyif verdi ve hepsinden öte eğitici oldu.

Fakat Parkinsonizmi belki de hiçbiri, dokunaklı bir oyunla Leonard L.’yi canlandıran Robert De Niro kadar derinlemesine ve ayrıntılı kavrayamadı. Nörolojik bir sendrom canlandırılabilir miydi? Muhtemelen normal çalışan bir sinir sistemi ve fizyolojisi olan bir oyuncu; ileri düzeyde anormal bir sinir sistemine, deneyim ve davranışa sahip birinin kişiliğine “bürünebilir” miydi? Bunu başarabilmesine önayak olacak psikolojik ya da daha ziyade fizyolojik deneyime sahip olabilir miydi? Elbette bir tür öykünme ya da taklit olacaktı – fakat bu oyunculuk ve canlandırma değildir ve Bob’un çalışma düzeyinin altındadır. Daha ilk başta bizzat şöyle demişti: “Bu salt bir yöntem ya da

teknik değildir – bu *hissetmektir*. Neyin doğru olduğunu, deneyimlerin ve bilgin vasıtasıyla hissetmelisin.”

Ed W. Bob’a, bazen saatler boyu, tümüyle donup kaldığını ve oturduğu sandalyeden ya da yatağından kalkamadığını anlatmıştı. Bob da bana, bu şekilde donup kalmış olduğunu, yataktan kalkamayacak durumda olduğunu oturup, kafasında kurguladığını söylüyordu – yoğun bir biçimde, saatlerce, adeta hipnoza girmişçesine bunu düşünüyordu; bu anlarda donup kalmışlığın iç dünyasının özelliklerini hayal ediyordu. Yanı sıra Bob, Ed’in “hiçbir şeyi doğrudan yapamamanın getirdiği uğraş ve herhangi bir işi yapabilmek için küçük bölümlere ayırmaya gereksinim duyma” diye tanımladığı şeyi kafasında canlandırmak zorundaydı. En büyük ve en paradoksal çabalardan biri de, bizzat Leonard L.’nin ve diğer birçok post-ensefalitik hastanın sıkça yaşadığı *hiçliği* hayal etmektir. Bob ve ben saatlerce hastaların yaşayabileceği hiçlik ve farklı türlerdeki hiçlikler hakkında sohbet ettik (bkz. Rose R., dipnot 54); bu Bob’un son derece ciddiye aldığı bir uğraştı – bir defasında Beckett’ten şöyle bir alıntı yaptı: “Hiçbir şey hiçlikten daha gerçek değildir.”

Anlayabildiğim kadarıyla Bob’un yöntemi, Parkinsonizm hakkında öğrendiği her şeyi bir araya getirip, hiç kimseye belli etmeden yavaşça özümsemektir; özümsemediği bu imgelerin bilinçaltına yerleşmesini bekleyip, orada bunları kendi deneyimleriyle, yetenekleriyle, hayal gücüyle, hisleriyle mayalayıp, harmanlıyordu – ve neden sonra bunlar öylesine kendi karakteri ve özneliliğiyle demlenmiş, aşılansız bir halde ortaya çıkıyordu ki, artık ayrılmaz bir parçası, bir ifade biçimi haline geliyordu. (Harold Pinter için de bu geçerliydi; ister yazarın isterse oyuncunun kafasında olsun yaratma süreci çok benzeşiyordu.) Elbette bu süreç aceleye getirilmemeliydi. Bana öyle geliyordu ki, bazen çekim programının hızlı çizelgesiyle, yaratma sürecinin yavaş, telaşa gelmeyen ritmi arasında bir gerginlik yaşanıyordu. Ama yine de, kesintisiz bir çaba ve prova sayesinde (ve Bob’un günde neredeyse 24 saat bilinçli ya da bilinçsiz bir biçimde kafasının bunlarla meşgul olduğuna dair bir izlenim edinmiştim) ihtiyaç duyulan görüntüyü ve olgunlaşmış bir performansı zamanında yakalayabiliyordu.

Bir sabah, herkes diğ er binalardan birinde bir sahne çekmekle meşgulken, film setinin bir köşesinde tek başına, yüzünde bir öfke ifadesiyle duran Bob gözüme ilişt ; çok ürkütücü bir görüntüsü vardı. Birkaç saniye sonra bu, yerini bir şüphe, son derece berbat, alabildiğ ine derin, neredeyse paranoyak bir güvensizlik ifadesine bıraktı. Ve sonra bir kez daha o öfke ifadesi. Onu ilk g rd ğ imde kendini önce öfkeli ve ardından da şüpheli halleriyle kıyaslad ğ n  düşünmüştüm. Şimdi fark ediyordum ki, öfke ve şüphe ifadeleriyle *oynuyordu* ve sıradaki sahne için tek başına prova yapıyordu. Açıkçası, kimsenin onu izlemediğ ini sanıyordu. Dolayısıyla, nefesimi tutarak, parmaklarımın ucunda oradan uzaklaştım. Buna tanık olmak muazzam bir şeydi; bu t pk  bir adamın *düşündüğünü* duymaya benziyordu – fakat bu bedeniyle, deneyim ve eylem halindeyken düşünmekti. Düşünce normalde gözle görülmez, fakat Bob için bu mümkün olabilirdi. Jerome Bruner (1966)    tür temsilden bahseder: ikonik, sembolik ve canlandırma. Oyuncu *canlandırma* yoluyla temsil eder. Fakat bu çok özel, eşsiz, geli mi  ve karmaşık anlamda bir canlandırmadır. (Gielgud “Vücudumu, oyunun metnini özümseyecek bir vasıta haline getirmeyi öğrendim,” diyordu.)¹⁷²

Bir defasında Bob ve Robin, doktorun Leonard’ın vücut reflekslerini ( yle ki Parkinsonizm vakalarında bunlar ciddi boyutta hasar görmüş ya da tamamen yitirilm   olabilir) test ettiğ  bir sahneyi canland rıyorlard . Bir an için, bunların nasıl test edildiğ ini göstermek amacıyla Robin’in yerine geçtim – doktor hastanın ardında durur ve çok hafifçe, dengesini bozacak şekilde geriye doğ ru iter veya  eker (bu testte normal bir insan kendini rahatlıkla dengeleyebilir fakat Parkinsonlu ya da post-ensefalitik bir hasta bir lobut gibi geriye devrilebilir). Bob üzerinde bunu gösterirken, herhangi bir refleks reaksiyonu göstermeksizin, tamamen cansız ve pasif bir halde geriye düştü.  rkerek, onu dik pozisyona getirmek için yavaşça ittim – fakat bu kez de h kimiyetini kaybetmi  sesine  ne doğ ru devrilmeye başladı; onu bir türlü dengede tutamıyordum. Ne yapacağ m  bilmez bir haldeydim; panikle kar  ık bir  a  k n k yaşıyordum. O an onun bir oyuncu olduğ unu unutmuştum; birdenbire tüm

vücut reflekslerini yitirdiğini, aniden nörolojik bir yıkım yaşadığını düşünmeye başladım. Ve sonra hatırlayıp kendi kendime şöyle dedim: “Budalalığın lüzumu yok, yalnızca rol yapıyor.” Fakat o anı aklıma getirdiğimde bile bunun hâlâ esrarengiz olduğunu, Bob’un her nasılsa tüm bedenini reflekslerinden arındırmış olduğunu düşünüyordum. Bu noktada Bob’un oyunculuk yeteneklerinin ne kadar derin olduğunu merak etmeye başladım. Canlandırdığı karakterlerle kendini ne kadar derinlemesine özdeşleştirdiğini biliyordum. Fakat şimdi *nörolojik* olarak ne kadar derine inebileceğini merak ediyordum – acaba gerçekten de rol yaptığı esnada Parkinsonlu bir hastaya mı *dönüştüyordu*, yoksa en azından (şaşırtıcı bir kontrole) hastanın nörolojik halini birebir canlandırıyor muydu? Bu şekilde rol yapmanın, sinir sisteminde gerçekten de bir değişikliğe yol açıp açmadığını merak ediyordum.

Ertesi gün soyunma odasında, o günün çekimlerinin öncesinde Bob ile sohbet ediyordum – ve konuştuğumuz esnada sağ ayağının, sette tam da Leonard’ı canlandırdığı anlardaki gibi distonik bir duruşla içe doğru kıvrılmış olduğunu fark ettim. Bunun üzerine yorum yapınca bu kez şaşırıp, ürkme sırası Bob’a gelmişti. “Fark etmemiştim,” dedi. “Sanırım bunu kasıtsız olarak yaptım.” Bob’un zaman zaman saatler ya da günler boyunca canlandırdığı karakterin kişiliğine büründüğünü biliyordum – yemekten, adeta “Leonard”ın zihninin ve karakterinin kalıntıları hâlâ üzerine yapışıp kalmışçasına, kendine değil, Leonard’a ait yorumlarda bulunabiliyordu – fakat bunun, örneğin ayağın distonik bir biçimde içe kıvrılması gibi karakteristik bir *nörolojik* özelliğin, bilinçsiz bir biçimde uzun bir süre devam ettirilebileceğini fark etmemiştim. (Buna benzer şeyleri “enki”leri canlandıran diğer bazı oyunculara, özellikle de saatler boyunca son derece anormal ve sabit bir kafa duruşunu veya bakışı sürdürmek zorunda olan oyunculara gözlemlemiştim; bazıları set dışında bile boyunları çarpık bir biçimde dolaşıyorlardı.)

Bob’un iki tür post-ensefalitik kriz anını canlandırdığı Ocak ayında çok önemli ve heyecanın doruğa ulaştığı (nörolojik açıdan) bir hafta yaşandı – bunlardan biri istem dışı göz, diğeri ise solunum krizleriydi. Bunları, *Uyanışlar*’daki tanımla-

rı tekrar tekrar okuyarak, film ve bant kayıtlarının üzerinden defalarca geçerek ve bana neye benzediklerine ilişkin sonu gelmez sorular sorarak, büyük bir dikkatle çalışmıştı. Fakat bunların içine girip, gerçekten canlandırmaya başladığı vakit, bunu temsili aşan bir yetenek ve inandırıcılıkla ortaya koydu: soluğu kesildi, kaskatı oldu, gözleri acı çekercesine geriye yuvarlandı ve öylesine bir renge büründü ki bir an bayılacağını sandım. Ve burada bir kez daha –hepimiz şaşkınlığa uğramış ve büyülenmiş bir ifadeyle onu seyrederken– artık “rol” yapmadığını ve gerçekten de berbat bir krizin sancılarını çektiğini düşünmeye başlamıştık. Ben, “Gerçekten de istem dışı göz krizi geçiriyor,” diye düşünüp, o anda sinir sisteminin ne tür bir değişime uğramış olduğunu merak etmiştim; o anda (gerçek bir kriz anındaki gibi) kayıtların ölçüsüzce yavaşlayıp yavaşlamadığını ya da belki de sarsılan anormallikler meydana gelip gelmediğini merak ederek yarı şaka yarı ciddi bir düşünceyle, Bob’un EEG ölçümünü yapmak istemiştim. Solunum krizleri ise, en azından benim için son derece dokunaklı ve nostaljikti. Yirmi yıldan bu yana, 1969 yılının o en fırtınalı, sıkıntılı günlerinden beri bir solunum krizine tanık olmamıştım. Yeniden böyle kriz görmekten keyif almıştım – kendi kendime “Seni gidi ihtiyar seni,” dedim; tıpkı eski ve özlediğiniz bir dostu görmek gibiydi. Ve o kadar gerçekçiydi ki, yirmi yıldır düşünme fırsatı bulamadığım solunum krizleri üzerine tekrar düşünmeye sevk etti (*Lancet* dergisinde buna ilişkin kısa bir makale yayımladığımdan beri); tekrar ses kayıtlarımı araştırmaya, Turner ve Critchley’in birer klasik haline gelmiş makalelerini tekrar okumaya ve sonra da kitabın bu baskısı için bir dipnot yazmaya sevk etti. Bu noktada sular tersine akmaya başlamıştı: Ben oyunculara değil oyuncular bana nöroloji öğretiyordu – en azından sinir sistemini, alışılmadık ve yepyeni bir biçimde görmemi sağlıyorlardı.¹⁷³

Fakat benim açımdan filmde açığa çıkan birçok şey vardı – bunlar beni, örneğin salt nörolojiyi ya da yeni bir oyunculuk tarzını düşünmeye sevk etmekle kalmayıp tüm olayları, filmde canlandırıldıkları perspektiften, yeni bir bakış açısıyla görmemi sağlıyordu. Bu olaylardan biri –çok önemli bir olaydı– aklımdan çıkmıyor. Tüm “enki”ler, post-ensefalitikler bir

gece “uyanırılar” (Filmdeki anlatımdan ötürü bu olay bir geceye sıkıştırılmıştı. Gerçek hayatta bazı hastalar farklı zamanlarda, birkaç haftaya yayılmış süreçlerde kendilerine gelmişlerdi.) ve ertesi gün dinlenme odasında hepsi uyanmış bir halde toplanırlar. Bu karmaşık bir sahnedir, zira orada her biri *kendi dünyasında* uyanmış on beş hasta vardır. Bu aşamada, henüz bir topluluk halinde değildirler – her hasta, neredeyse otistik bir halde, kendi yalnızlığını yaşamaktadır. Her biri şaşkınlık içerisinde, kendilerine ait, kişisel sorunlarını ve tümüyle ayrı “uyanış”ları yaşayan, on beş yoğun benlik. Her birinin tamamen farklı ihtiyaç ve talepleri vardır. Hastabakıcılar bir hastadan diğerine koşup, aynı anda bir sürü soruya cevap vermekte; birbirinden tamamen farklı bir düzineden fazla, son derece kişisel ve sürekli bir şeyler talep eden yeni yaşamlarla ilgilenmektedir.

Bu her açıdan muazzam bir sahnedir – ilk etapta, inanılmaz boyutta fiziksel bir karmaşıklık söz konusudur, zira birçok insan aynı anda hareket edip, birçok şey yapmaktadır. Yönetmen Penny Marshall birçok özel yeteneğe sahiptir. Fakat koreografi yeteneği –aynı anda yirmi farklı şey yapan yirmi ayrı insanı yönetme, adeta bir balet gibi tüm hareketlerini görüntüleme ve yönetme yeteneği– bu sahnede doruğa ulaşır; her yerde hareket ve kargaşa hâkimdir, ama yine de aynı anda, her yerde bir noktaya odaklaşma ve duygu söz konusudur. Fakat beni asıl etkileyen bu sahnenin *gerçekliği*di. Sahneyi Steve Zaillian kafasında tasarlayıp uydurmuştu, fakat bu yerinde ve doğru bir uydurmaydı. Şu ya da bu nedenden ötürü (bunun bir kısmı, sosyal bir durumun bir bütün olarak gelişmesinden ziyade kitabın oluşumuyla, benim her bir hastayı ayrı ayrı sunmamla ilgilidir), o anda gözlerimin önünde cereyan eden böylesine bir sahneyi kitapta hiç anlatmamıştım. Fakat güçlü bir dramatik duyumsamayla Steve, böyle bir sahnenin meydana gelmiş olması gerektiğini kavramış, Penny de güçlü dramatik duyumsamasıyla ona burada eşlik etmişti. Bu sahneyi yaratırken, dramatik yönden gerekli ve doğru olana dair hislerinden başka bir şeye ihtiyaç duymamışlardı. Ve haklıydılar. Son derece doğru düşünmüşlerdi – gerçekten de böyle bir sahne, böyle

birkaç sahne meydana gelmişti. *Onların* kurguladığı sahneyi görür görmez hatırlamıştım. “Kahretsin!” diye düşündüm, “başardılar – tam da böyle olmuştu. Bu gerçeği tam olarak yansıtır.”

Şubat ayına gelindiğinde, hepimiz yorulmuştuk – öncesinde aylar süren araştırma bir yana, çekimler dört aydır sürüyordu. Hepimiz ölesiye yorulmuştuk ki yaşanan bir olay herkesi canlandırıp harekete geçirdi. Günlüğüme şu notları düştüm:

Perşembe sabahı: Lillian T.’nin gelişi – *Uyanışlar*’ın hayatta kalan tek hastası. De Niro ile birlikte kendini canlandıracak bir sahnede yer almak üzere sete geldi... Çevresindeki film icabı post-ensefalitik karaktere bürünmüş oyunculara dair neler düşünecek? Ve oyuncular, bu hayatta kalan son gerçek hastaya dair neler hissedecekler? Sete girerken korkuyla karışık bir merak var –herkes belgeseldeki görüntülerinden onu tanıyor– ve birdenbire, neredeyse ürkütücü bir gerçeklik hissi – daha önce olanlar gerçektir olduğundan değil fakat onlar sahnenin, senaryonun ve kitabın *kurgulanmış* gerçekleriydi. Fakat şimdi Lillian, gerçeğin ta kendisi; Sezar’ın *Julius Ceasar* filminin setine gelmesi gibi, bir tarih kitabının sayfalarından fırlayarak gelen biri gibi sete giriyor...

Oyuncular ne denli kendilerini kaptırıp özdeşleşseler de, sonuçta yalnızca enki karakterlerinin rolüne bürünüp canlandırırlar; oysa Lillian “enki” olmak ve yaşamının geri kalan kısmını bir “enki” olarak sürdürmek zorundadır. Oyuncular rollerinden sıyrılıp kurtulabilir ama o bunu yapamaz. Bu konuda neler hissetmektedir? (Robin’in beni canlandırmasına dair ben neler hissediyorum? Onun için geçici, fakat benim hayat boyu üstlendiğim bir rol.)

Bob tekerlekli sandalyesiyle içeri girip, Leonard L.’nin donmuş, distonik duruşuna bürünürken, halihazırda donmuş bir vaziyette duran Lillian T. dikkatli ve eleştirel bir gözle onu süzer. Donup kalmış bir hasta rolüne giren Bob, gerçekten bu durumda olan ve yalnızca bir metre ötesindeki Lillian T. hakkında neler hissetmektedir? Ve gerçekten bu durumda olan Lillian T., rol yapan Bob hakkında neler düşünmektedir. Lillian az

önce bana göz kırptı ve belli belirsiz bir hareketle başparmağını, “Tamam – *başardı!* Gerçekten bunun nasıl bir şey olduğunu biliyor” anlamında kaldırdı...

Herkes Lillian’ı görmek ya da onunla sohbet etmek için sete geldi. Tüm set, derinlere dalıp kendini rolüne kaptırmış. Bu yapmacık, rol dünyasında Lillian gerçekliği göz alıyor. İnsanlar sete gelip ona dokunuyor. Kayaya dokunup, öğreniyorlar.

Geçmiş ve bugün bir araya gelmişti, model ve temsil olağanüstü bir gerçeklik hissi, bir bütünlük yaratmak için bir araya gelmişti. Filmin –ya da en azından film çekimlerinin, bu çekimlerin manevi yönden– doruğa ulaşp tamamlanmasında Lillian’ın varlığına ihtiyaç duyulmuştu. Şimdi hepimiz, çemberin tamamlandığını hissediyorduk.

- 1 Calne ve diğerleri tarafından yayımlanan, kısa ve istatistiki bilgiler içeren bir bülten Highlands'daki bazı hastalarda altı hafta boyunca denen L-DOPA tedavilerinden bahsetmekte; fakat ne bu hastalarda ne de diğerlerinde "uyanışlara" dair biyografik hikâyeler yoktur.
- 2 Beş yıl sonra, *Amerikan Tıp Birliği Dergisi*'ne yazdığım mektubu böyle bir anlayışla değerlendiren meslektaşlarımdan biri –gözlemlerimin inanılabilirlikten uzak olduğunu söylemişti– tesadüf eseri *Uyanışlar*'ın belgesel filminin gösterime sunulduğu bir panelde başkanlık görevini üstlendi. Filmde çeşitli tuhaf "yan etkileri" ve hastaların ilaca verdikleri değişken tepkileri baş döndürücü bir silsile halinde gösteren bir bölüm vardı. Ben ise bu noktada meslektaşımın verdiği tepkiyi hayretle gözlemledim. Önce büyük bir şaşkınlıkla bakışları sabitlenmiş ve sonra da ağzı açık kalmıştı; adeta bu tip şeyleri ilk defa görüyordu ve ortaya koyduğu tepki masumane, çocukça bir şaşkınlıktan farksızdı. Sonra –ya mahcubiyetinden ya da küçük düştüğünü düşünerek– kıpkırmızı kesilerek, hiddetli bir tavır ortaya koydu. "İnanılabilirlikten uzak" olarak nitelendirdiği şeyler tam da bu görüntülerdi ve şimdi bunlara kendi gözleriyle tanık olmak durumunda kalmıştı. Sonra birdenbire tuhaf, *tikli* hareketler sergileyerek, artık görmeye tahammül edemediği bu görüntülerin olduğu ekrandan sürekli gözlerini kaçırmaya başladı. Ve en nihayet, hiddetle ve kendi kendine homurdanarak, filmin ortasında hışımla oturduğu koltuktan kalkarak odadan kaçarcasına çıktı. Bu davranışı, "akıl almaz" ve "tahammül edilmez" olana karşı verilen tepkilerin ne denli zorlayıcı ve derin olduğunu göstermesi açısından sıradışı ve ibret verici bir davranış olarak nitelendirmiştim.
- 3 Luria, Martha N. adlı hastanın hikâyesini ve L-DOPA'ya altı farklı şekilde tepki verişini hayretle okuduğunu belirterek ertesi ay yine bu konuya değindi. Şöyle soruyordu: "*Neden* her seferinde farklı bir tepki söz konusu? *Neden* aynı tepkiler tekrar tekrar ortaya çıkmıyor?" – bunlar 1973 yılında cevap veremediğim sorulardı. Bu bana göre Luria'nın dehasını gösteren tipik sorulardı, zira kitabı okur okumaz *Uyanışlar*'ın en can alıcı, gizemli, meydan okuyan yönlerinden birine dikkat çekmişti –bunlar hastaların çeşitli, tekrar etmeyen ve önceden kestirelemeyen tepki türleriydi– ve bundan çok etkilenmişti; oysa benim nörolog meslektaşlarımdan büyük bir kısmı bundan ürküp "bu doğru olamaz, mümkün değil" diye iddia etmişlerdi.
- 4 Antropolojide de 1970'lerden bu yana benzer bir hareketlenme –bu alanda da yetersizlik ve mekaniklik söz konusuydu– ısrarcı bir yeni-

lik ya da yenilenme, Clifford Geertz'ın ifadesiyle "yoğun" tanımlama vardır.

- 5 Parkinson'un, Parkinson hastalığına dair çeşitli "belirtileri" gözlemlemiş ve sınıflandırmış Gaubius, Sauvages, de la Noé ve diğerleri gibi birçok "selefi" olduğu bir anlamda doğrudur. Fakat bu adamlarla Parkinson arasında derin bir fark vardı – bu farklılık belki de Parkinson'un bizzat kabul ettiğinden daha derindi. Parkinson'dan önce bu rahatsızlığı gözlemleyenler çeşitli tipik özellikleri "görüp" ayırt etmekle (birinin bir treni ya da uçağı görüp fark etmesinden pek de farklı olmayan bir şekilde) ve sonra bu özellikleri şemalarda sınıflandırıp, yerleştirmekle yetinmişlerdi (tıpkı bir kelebek avcısının ya da böcek bilimcinin bulduğu türleri renk ve şekillerine göre sınıflandırması gibi). Dolayısıyla Parkinson'un halefleri tamamen "tanı" ve "hastalıkları sınıflandırma" kaygısıyla hareket etmişlerdi – tamamıyla yüzeysel özelliklere ve bağlantılara dayalı, tanı anlamıyla bilimsellik taşımayan yarım yamalak tanı ve sınıflandırmalar: Sauvages'ın burçlara dayalı tabloları ve diğer çalışmalar bir tür sahte astronomiyi, bilinmezi kavramak için yapılan ilk girişimleri temsil eder. Doğrusunu söylemek gerekirse Parkinson'un kendi gözlemleri de "dışarıdan" yapılmıştı. Londra sokaklarında sık sık dolaşan Parkinson hastalarının tuhaf devinimlerini uzaktan tetkik ederdi. Fakat onun gözlemleri öncekilerden daha derin ve daha bağlantılıydı. Parkinson *hakiki* bir astronomu andırır ve Londrada onun astronomik gözlemlerini yaptığı alandır. Bu aşamada onun gözünden bakarak Parkinson hastalarını kuyrukluyıldızlar ya da gezegenler gibi devinim halinde olan bedenler olarak gözlemleriz. Dahası kısa bir süre sonra Parkinson bir *takımyıldız* oluşturan bazı yıldızları fark etti. Öyle ki görünürde alakasız birçok fenomen kesin ve sabit bir "bulgu topluluğu" meydana getiriyordu. Bugün Parkinson olarak adlandırdığımız bu takımyıldız ya da bulguları bu şekliyle bir "topluluk" olarak ilk kez fark eden Dr. Parkinson'du.

Bu son derece önemli bir klinik aşamaydı ve Parkinsonizm ilk tanımlanan nörolojik sendromlardan biriydi. Fakat Parkinson sadece yetenekli biri değil aynı zamanda bir dehaydı. Farkına vardığı bu tuhaf "topluluğun" sadece teşhise dayalı bir sendromdan fazlası olduğunu algıladı – öyle ki bu sendromun kendi içinde tutarlı bir mantığı ve kendine has bir düzeni vardı ve bu takımyıldız aslında bir tür *evrendi*... Bunu hissedince artık fark etmişti ki uzaktan tetkikler ne denli duyarlı olursa olsun hastalığın doğasını kavramak gerektiğinde yetersiz kalıyordu; gerçek hastalarla tanışmanın, onlarla klinik ortamında diyalog kurmanın gerekli olduğunu düşünüyordu. Bu anlayış doğrultusun-

da tamamen farklı bir tutum ve buna bağlı olarak farklı bir anlatım tarzı benimsedi. Parkinson, hastalarını artık uzaktaki bir yörüngede seyreden objeler olarak görmekten vazgeçip onları birer hasta ve dost gibi görmeye başladı; tanıya ilişkin jargonu kullanmak yerine *amaç* ve *eylem* içeren kelimeler kullandı; artık Parkinsonizmin bir “bulgular topluluğundan” ziyade tuhaf bir *davranış* ve bu dünyada varoluş biçimi olduğunu düşünmeye başladı. Bu nedenle kendinden öncekilerle kıyaslandığında Parkinson, iki farklı açıdan radikal ve devrimci biriydi: Öncelikle hakiki bir amprisizm –deneysel ve tecrübeye dayanan “gerçekleri” ve bunların birbiri arasındaki ilişkiyi inceleyen felsefi görüş ya da bilim– tesis etmesi; ikinci olarak ise bu entelektüel faaliyetin ortasında daha da radikal bir adım atarak ampirik bir duruştan varoluşçu bir duruşa geçmesidir.

- 6 “Post-ensefalitik” deyiimi, *encephalitis lethargica* atağını takiben ortaya çıkan bulguları tanımlamak ve bunun doğrudan ya da dolaylı bir sonucu olduğunu belirtmek amacıyla kullanılır. Bu tür bulguların başlangıcı gecikebilir ve ilk ataktan yıllarca sonra ortaya çıkabilir.
- 7 Dinlendikleri bir esnada Parkinsona bağlı ciddi boyutta sarsıntı geçiren birçok aktör, cerrah, makinist ve el becerisi gerektiren işlerde çalışan insan vardır. Fakat işlerine yoğunlaştıkları ya da harekete geçtikleri zaman bu sarsıntılardan eser kalmaz.
- 8 Hem Charcot hem de bizzat bazı Parkinson hastaları, hastalar suya bırakıldığı ya da yüzdüğü takdirde vücuttaki bu katılaştırmanın kayda değer ölçüde gevşeyebildiğini gözlemlemişlerdir. (ilerleyen bölümlerde bkz. Hester Y., Rolando P., Cecil M. vakaları). Aynı şey bir ölçüde diğer tür sertleşmelerde ve “kasılmalarda” –spastik kasılma, atetoz, tortikolis vs.– da söz konusudur.
- 9 Bu anlamda festinasyon 18. yüzyılda Gaubius tarafından şöyle betimlenir: “Vücudun kendi iradesiyle tam olarak harekete geçirilen kaslar, bazı hallerde istem dışı bir çabukluk ve baskılanamayan enerjiyle, zihnin kendi rızası dışında ve zihnin önünde adeta koşarcasına harekete geçer.”
- 10 Benzer kavramlar William James’in irade “sapkınlıkları” adlı çalışmasında kullanılmıştır. James’in betimlediği iki temel sapkınlık “engelliyici” irade ile “patlayıcı” iradedir; bunlardan ilki etkili olduğu zaman normal faaliyetlerin ortaya konması zor ya da imkânsız hale gelir; eğer patlayıcı irade baskınsa anormal hareketler zaptedilemez hale gelir. James bu terimleri iradenin nevrotik sapkınlıklarına ilişkin kullansa da, bu terimler iradenin Parkinson’vari sapkınlıkları olarak ifade etmemiz gereken duruma da aynı şekilde uygulanabilir: Parkinsonizm

tıpkı nevroz gibi *irade ve gayretle* ilgili bir bozukluktur ve irade yapısına ilişkin biçimsel bir benzerlik ortaya koyar.

- 11 Bu noktada, kitap boyunca tekrar tekrar farklı görünümlemlerle karşımıza çıkacak önemli bir temadan bahsetmemiz gerekli. Parkinsonizmi ani başlangıçlar ve bitişler, tuhaf hızlanmalar ve yavaşlamalar olarak gördük. Şu ana dek yaklaşımımız, kavramlarımız, kullandığımız terimler tamamen mekanik ya da ampirik türdendi: Parkinson hastalarını birer beden olarak gördük, fakat henüz birer *varlık* olarak görmedik. Eğer *Parkinson hastası olmanın nasıl bir şey olduğunu*, Parkinson hastalarının varlığına dair doğayı (Parkinsonlu birinin devinimin parametrelerinden farklı olarak) kavramamız gerekliyse, farklı ve tamamlayıcı bir yaklaşım ve terminoloji benimsemeliyiz.

"Nesnel gözlemciler" olmayı bir kenara bırakıp hastalarımızla yüz yüze gelmeliyiz; onlarla sempatik ve yaratıcı bir ortamda karşılaşmalıyız. Zira, sadece böyle bir işbirliği, katılım ve ilişki kapsamında bu hastaların *ne durumda olduklarını* öğrenme umudumuz olabilir. Bu koşullar altında bize sadece onlar Parkinson hastası olmanın nasıl bir şey olduğunu anlatıp gösterebilir.

Esasen daha da ileri gidip, hastalarımızın sergiledikleri davranışlar kadar tuhaf deneyimlere tabi olabileceklerini, çok daha fazla yardıma ihtiyaç duyacaklarını düşünüp, hassas, sabırlı ve yaratıcı bir işbirliğini ortaya koyarak formüle edilemeyecek bir şeyi formüle etmeli, iletişim kurulamayacak bir noktada onlarla iletişim kurmalıyız. Parkinsonluların gizemli, sıradan deneyimlerin ötesindeki dünyasında, onlarla birlikte keşfe çıkmalıyız; fakat bu tuhaf alandaki kazılarımız sonucu elde edeceğimiz şeyler "örnekler", veri ve "gerçekler" değil, daha ziyade izlenimler, benzetmeler, paralellikler ve metaforlar –tuhaf olanı bilindik hale getirmek, önceden düşünülemez olanı düşünülebilir kılmak için bize her ne gerekiyorsa– olacak. Bize söylenenler, keşfettiklerimiz, "benzeşme" ya da "gibi" ifadeleriyle ortaya konacak. Zira biz hastaya *kıyaslamalar* yapmasını söylüyoruz – Parkinson hastası olmayı "normal" olarak ifade ettiğimiz varolma haliyle karşılaştırmasını istiyoruz.

Tüm deneyim varsayıma dayalıdır, fakat yoğunluğu ve şekli büyük ölçüde değişkendir: Dolayısıyla bir ölçüde hastalık halinden kopabilen ya da sadece kısmen veya aralıklı olarak hastalıktan etkilenen hastalar yaşadıkları deneyimleri metaforik ifadelerle ortaya koyarken, sürekli ve tamamen hastalık tarafından kuşatılan hastalar yaşadıkları deneyimleri halüsinatif ifadelerle ortaya koyacaktır... Bu yüzden, "Satürn yerçekimi" türünden izlenime dayalı ifadeler hastalarca çok sık kulla-

nılır. Hastalardan birine (Helen K.) Parkinsonlu olmanın nasıl bir şey olduğu sorulmuştu. Helen "Devasa bir gezegende çakılıp kalmak gibi. Tonlarca ağırlıktaymışım gibi hissediyorum. Sıkışıp kaldım, hareket edemiyorum," diye yanıtladı. Kısa bir süre sonra L-DOPA verildiğinde ne hissettiği sorulduğunda ise (çok değişken, uçucu bir gaz kadar hafiflemişti) "Nokta kadar küçük bir gezegende gibiyim. Tıpkı Merkür – hayır o çok büyük, tıpkı bir asteroid kadar küçük! Yerimde duramıyorum, hiçbir ağırlığım yokmuşçasına oradan oraya bir tüy gibi uçuşuyorum. Bu bir anlamda yerçekimi meselesi – önce yerçekimi çok fazla sonra ise çok az bir çekim söz konusu. Parkinsonizm yerçekimi, L-DOPA ise bir kaldırıcı gibi. Bu ikisi arasında bir ortam bulmak zor," dedi. Bu tür kıyaslamalar yukarıdaki ifadelerin zıttı bir biçimde Tourette hastaları tarafından da kullanılmıştır (Sacks, 1981).

- 12 Hareket yitimi (akinezi) ya da ciddi boyutta yavaşlama (bradikinezi) diğer hastalık ortamlarında da aynı sıklıkta görülür – bunlar yaşamın gidişatındaki, bilincin sürekliliği dahil *her* unsuru etkiler. Bu nedenle Parkinsonizm "tamamen" hareket kaslarıyla ilgili değildir – örneğin birçok akinezi hastasında benzer bir zihin "tikanması" ya da bradifreni görülür. Burada düşünce akışı kasların hareketi kadar yavaş ve ağırdır. Bu hastalarda düşünce ve bilinç akışı L-DOPA tedavisiyle hızlanır. Sık sık bu hız büyük ölçüde artarak tam bir takifreniye dönüşür; hastanın düşünceleri ve çağrışımları neredeyse takip edilemeyecek kadar hızlanır. Yine buradaki Parkinsonizmde sadece kas hareketleri değil aynı zamanda gözle görülür bir atalet de söz konusudur: Normal bir zihnin her iki boyutuyla da algılayabildiği bir kübe ya da merdivene ait perspektif çizimlerin farklı bakış açısıyla oluşan boyutlarından ya da şekillerinden biri Parkinson hastalarınca tamamen kayıp olabilir; hasta "uyandıkça" bu kayıp boyut ya da şekil çözülmeye başlar ve sonra L-DOPA'nın süregelen etkisiyle hasta ters yönde uyarılarak sayıklamaya benzer bir halle birlikte saniyede birçok kez değişen şekiller algılamaya başlar.
- 13 Bu, klasik literatürde tanımlanmamış negatif bozukluğun özel bir şeklidir ve bu kitapta anlatılan Hester Y. buna örnek teşkil eder.
- 14 Katılaşmış, hareketsiz, görünürde adeta heykel gibi cansız duran bu tür hastaların birdenbire ortaya çıkan ve dikkat kesilmelerini sağlayan bir gayretle (boğulmakta olan bir adamın, tekerlekli sandalyesinden fırlayarak kendini dalgaların ortasına atan bir Parkinson hastası tarafından kurtarılması konuya dair ünlü olaylardan biridir) aniden normal yaşama döndükleri görülebilir. Bu tür koşullar altındaki bir hastanın Parkinsonlu haline dönüşü de genelde hastalığın kaybolması

kadar ani ve dramatiklidir: Aniden “normal” yaşama dönen, uyanmış bir hasta, göreve çağrı biter bitmez bir kukla gibi bakıcısının kollarına yığılıp kalabilir.

Dr. Gerald Stern Londra’daki Highlands Hastanesi’nde kalan ve 1950’lerin ünlü futbolcusundan esinlenerek “Puşkaş” lakabı takılan bu tür bir hastadan bahseder. Puşkaş önüne bir futbol topu atılmadıkça çoğu vakit donmuş ve hareketsiz bir halde öylece oturmaktadır; önüne atılan bir top onu anında yaşama geri döndürmekte ve ayağa zıplayarak Puşkaş’vari bir akrobatik beceriyle topla birlikte dönmeye, koşmaya ve çalımlar atmaya başlamaktadır. Bir kibrit kutusu atıldığı zaman onu ayağının ucunda yakalayıp tekrar tekrar zıplatarak bu şekilde kutuyu tek ayağının üzerinde, koğuşların olduğu koridor boyunca zıplatarak oynamaktadır. Puşkaş nadiren “normal” hareket etmemekte, sadece bu garip, süreksiz, başladığı gibi aniden ve tamamen sona eren hareketleri yapmaktadır.

Highlands Hastanesi’ndeki post-ensefalitik hastalara dair başka bir hikâye de vardır. İki erkek hasta aralarında hiçbir iletişim ya da görünürde hiçbir etkileşim olmaksızın yirmi yıl boyunca aynı odayı paylaşmıştı; her ikisi de tümüyle hareketsiz ve sessizdir. Dr. Stern bir akşam, koğuşları tetkik ederken sürekli bir sessizlik içine gömülmüş bu odadan gelen korkunç bir gürültü duyar. Yanına iki hemşire alarak odaya koşan Stern oda sakinlerinin küfürler savurarak birbirlerine yaka paça girişmiş bir halde, şiddetli bir kavganın ortasında olduklarını görür. Dr. Stern’in ifadesiyle bu “Tam anlamıyla akıl almaz bir manzaraydı ve hiç kimse bu adamların hareket edebileceğini dahi hayal etmemiştir.” Biraz güçlük de olsa adamları birbirinden ayırırlar ve kavga sona erer. Ayrıldıkları andan itibaren her ikisi de tekrar eski hareketsiz ve sessiz hallerine döner – ve son on beş yıldır da bu hallerini muhafaza etmektedirler. Odayı paylaştıkları otuz beş yıl boyunca, “yaşama döndükleri” tek an bu olaydır.

Akinezi ile hareket kaslarında görülen bu tür bir üstün eylemin birlikteliği post-ensefalitik hastaların tipik özelliğidir; Mount Carmel’in dışındaki hastalarından bir bayan, önüne üç (ya da daha fazla) portakal atılmadığı sürece hareketsiz otururdu. Portakalları görünce onları alıp havaya atarak tutmaya başlıyor –inanılmaz bir biçimde yedi portakalı birden havada çevirebiliyordu– ve yarım saat boyunca durmaksızın bunu yapmaya devam ediyor, fakat portakallardan birini düşürür ya da bir an için dikkati dağılırsa birdenbire eski hareketsiz haline dönüyordu. 1971 yılında Mount Carmel’e gelen (Maurice P.) benzer bir hastanın hareket edebileceği konusunda en ufak bir fikrim dahi yoktu

ve uzun zamandır onu “iflah olmaz bir akinezi hastası” olarak görüyordum. Fakat bir gün notlarımı yazarken yanıma gelip masamdaki en karmaşık aleti, optalmoskopu eline alıp vidalarını çözdü, inceledi, tekrar vidaladı ve akıl almaz bir şekilde benim, bir hastanın gözünü inceler vaziyetteki taklidimi yapmaya başladı. Bu kusursuz ve eksiksiz “gösteri” sadece birkaç saniye sürmüştü.

Daha yavaş ve kısmi iyileşme görülen, fakat tedaviye daha yatkın bir tür ise Parkinsonizmin uzun bir süre boyunca *kısmen* ortadan kalkmasıdır. Bu, Parkinson halinden kurtulmuş hastaları katılıma *davet eden* ilgi çekici ya da harekete geçirici durumlara verilen tepkilerdir. Bu tür tedaviye yönelik faaliyetler kitaptaki biyografiler kapsamında örneklerle açıklanmış, ayrıca sayfa 85’te ve Parkinsonlunun Uzay ve Zaman Boyutu başlıklı ekte açıkça anlatılmıştır.

15 “Uyku hastalığı” terimi Amerika’da, hem parazit taşıyan Afrika kökenli hastalığı (*trypanosomiasis*), hem de virüs taşıyan salgın *encephalitis lethargica* hastalığını belirtmek için kullanılır; oysa İngiltere’de *encephalitis lethargica* çoğunlukla “uykulu hastalık” olarak adlandırılmıştır.

16 Böylece klinik ve salgın literatüründeki en kafa karıştırıcı ve çapraşık kavram ortaya çıkmış oldu. Bu yeni ve tuhaf hastalık sendromunun İngiltere’de kol gezmeye başladığı ilk kez 1918 yılının ilk haftalarında fark edildi. Bu ilk raporlardaki heyecan aynı yılın 20 Nisan tarihli *Lancet* dergisinde ve Ulusal Kırtasiye Bürosu’nun Ekim 1918’de yayımladığı inanılmaz raporda açıkça görülüyordu. Daha önceleri –1915-16 yıllarının kışına kadar gerilere dayanan– Fransa, Avusturya, Polonya ve Romanya’da kaydedilen vakalara ilişkin raporlar da vardı fakat anlaşılan oydu ki İngiltere’nin bunlardan haberi yoktu, zira savaş döneminde bu tür bilgilerin yayılması güçtü. Ulusal Kırtasiye Bürosu raporlarına göz atıldığı vakit ortama kargaşanın hâkim olduğu; bu yeni ve tanımlanmamış hastalığa dair raporların hepsinde çok çeşitli isimler ortaya atıldığı görülebilir: botulizm, toksik oftalmopleji (göz kası felci), salgın uyuşukluk, salgın letarjik ensefalitis, akut polioensefalitis, Heine-Medin hastalığı, beyin soğancığı felci, isterik-epilepsi, akut çıldırma ve zaman zaman da “beyin bulgularıyla giden anlaşılması güç bir hastalık” yakıştırmaları yapıldı. Bu karmaşa, von Economo konuya büyük ölçüde açıklık getiren, bütünleştirici çalışmalarını ortaya koyana dek sürdü ve onun ardından bu hastalığı uygun bir biçimde adlandırdık.

Von Economo’dan on gün önce Cruchet, Fransa’da kırk “had safhada ensefalomielitis” vakası teşhis etmişti; ikisi de birbirlerinin çalışmalarından habersizdi, zira Paris ve Viyana Birinci Dünya Savaşı sırasında

düşman cephelelerde yer alıyordu ve daha sonraki yıllarda sıkça ortaya konacağı üzere hastalığa dair iletişim hastalığın yayılmasından daha yavaştı. Konunun ne denli öncelikli olduğuna dair sorular sadece hastalığı ortaya çıkaranlarca değil fakat ulusal şoven çevrelerce de ortaya atıldı; birkaç yıl boyunca Fransa'daki çevreler hastalıktan "Cruchet hastalığı", Almanya'dakiler ise "von Economo hastalığı" diye bahsetti. Doğal olarak dünyanın diğer yerlerinde ise hastalıktan *encephalitis lethargica*, salgın ensefalitis, kronik ensefalitis vs. diye bahsedildi. Gerçekten de neredeyse her nörolog bu hastalığa ayrı bir isim yakıştırmıştı. Kinnier Wilson'a göre bu "mezensefalitis", Bernard Sachs'a göre ise "bazilar ensefalitis" idi. Halk arasında ise sadece "uykulu hastalık"tı.

17 Büyük ensefalitis salgını yine dünya-çapında vuku bulan bir "grip" salgınıyla tesadüf eseri aynı döneme denk geldi – tıpkı otuz yıl önce İtalya'daki "nona" salgını öncesinde yaşanan virütik grip salgını gibi. Kesin olmasa da grip ve ensefalitis iki farklı virüsün etkilerini yansıtmış olabilir fakat grip salgınının bir anlamda ensefalitis salgınına giden yolu açtığı ve grip virüsünün ensefalitis virüsünün etkilerini güçlendirdiği ya da ona karşı olan direnci bir felaket yaratacak boyutta azalttığı görünürde mümkün ve hatta olasıdır. Dolayısıyla dünya nüfusunun yarısının grip salgınından ya da yarattığı sonuçlardan etkilendiği ve yirmi bir milyondan fazla insanın öldüğü 1918 yılının Ekim ayı ile 1919 yılının Ocak ayı arasında, ensefalitis en virütik halini aldı. Eğer uyku hastalığı esrarengiz bir biçimde "unutulma"saydı aynı büyük grip salgını (öyle ki bu, ortaçağın Kara Veba salgınından bu yana görülmüş en öldürücü salgındı) için de geçerliydi. H.L. Mencken 1956'da konuyla ilgili şunları ifade etmişti: "Salgından nadiren bahsediliyor ve görünüşe bakılırsa birçok Amerikalı bunu unutmuş. Bu hiç de şaşırtıcı değil. İnsan zihni, tıpkı güncel olduğu dönemde gizlemeye çalıştığı gibi tahammül edilmez olanı her zaman hafızasından silmeye çalışır."

18 Bu tür hastalarda görülen had safhada uykusuzluk hastalığı (agripnia), başka bulgular olmadığı hallerde bile, on dört gün içerisinde ölümcül sonuçlara yol açabiliyordu. Bu hastaların içinde bulunduğu kötü durum (uykuya ilişkin beyin mekanizması mahvolmuş durumdadır) ilk kez uykunun fizyolojik bir gereklilik olduğunu ortaya koymuştur. Bazen bu uykusuzluk durumlarına yoğun bir dürtü eşlik eder. Bu dürtü hastayı bedensel ve zihinsel bir cinnet haline sürükler ve hasta bir hafta ya da on gün içerisinde tükenip ölene dek aralıksız bir heyecan ve devinim halini sürdürür. "Manik" ve "katatonik heyecan" gibi terim-

ler kullanılsa da bu hiddetli ruh halleri daha ziyade kuduz hastalığını andırıyordu (öyle ki zaman zaman bu durumda olan hastaların kuduz olduğu sanılıyordu).

Hepsinden öte bu durum akut ergot zehirlenmelerinde görülebilen ve inanılmaz boyutta zihinsel ve bedensel baskı içeren yoğun beyinsel heyecan halini andırıyordu. Buna ilişkin olağanüstü bir olay John G. Fuller tarafından *The Day of St. Anthony's Fire* adlı eserinde aktarılmaktadır: Yanlışlıkla meydana gelen bir ergot zehirlenmesi bir Fransız köyünün tamamını kırıp geçirmişti (yedikleri ekmekler zehirliydi). Hastalananlar uyku uyuyamıyor, tüm gün ve gece boyunca hararetli konuşmalar yapıyorlar, sürekli, gürültülü bir biçimde hareket etmekten, tikler yapmaktan kendilerini alıkoyamıyorlar ve aralıksız süren bu dürtü ve enerji onları bir hafta içinde tüketip ölüme sürüklüyordu. Bu olay benim aklıma ilk anda *encephalitis lethargica*'ya bağlı hiperkinetik uykusuzluk hastalığına tutulan insanları getirdi.

- 19 Post-ensefalitik bulgulara dair bu devasa çeşitlilik –özellikle uyku, cinsellik, etkileşim, iştah gibi konularda meydana gelen benzersiz bozukluklar– doktorlar kadar fizyologları da hayrete düşürmüştü ve 1920 ve 30'larda davranışsal nörolojinin bir bilim dalı olarak tesis edilmesine önayak olmuştur. Yine de McKenzie'nin kaos olarak adlandırdığı, hızla büyüyen bu karmaşada von Economo'ya göre üç temel hastalık “çeşidi” söz konusudur: uykulu-oftalmoplejik, hiperkinetik ve miyostatik-akinetik (von Economo'nun ifadesiyle). Bu türler üç temel nöron bozukluk modelinin kapsamına girer (bunlardan ilki beyin sapının daha sonraları beyin sapındaki “uyarı-sistemleri” olarak adlandırılacak bölgelerin bozukluğundan kaynaklanır; sonuncusu ise –ki Parkinsonizm kapsamındadır– beyindeki gri madde bozukluğundan kaynaklanır; en karmaşık rahatsızlık ise –itici ve duygusal hiperkinetik Tourette sendromu– diensefalon ve hipotalamustaki bozukluklardan kaynaklanır).

Hess'in beyin kabuğu altı işlevlerine dair yaptığı önemli çalışmaları (bu çalışmalar sonrasında Nobel Ödülüne layık görüldü) ilk etapta onun *encephalitis lethargica*'ya dair alışılmadık bulguların neler olabileceğini merak etmesiyle başlar (Hess'in 1954 yılında konuya ilişkin yazdığı *Diensefalon* adlı makalenin önsözünde bu tanımlanmıştır)

- 20 Dolayısıyla post-ensefalitik hastalar konuşabildikleri zaman –ki bu, L-DOPA tedavisi görmelerine kadar geçen elli yıllık dönemde hastalığı şiddetli boyutlarda yaşayan hastalar için mümkün olmamıştı– katatonik “esrime”, “zoraki düşünme”, “düşünce tıkanıklığı”, “negativizm” gibi şizofrenik hastaların genelde yapamadığı ya da

yapmaya istekli olmadığı katatonik hallerin detaylı ve kusursuz tanımlarını bizlere aktarabilirler. Bazen de bu tanımlamaları çarpık ve esrarengiz “şizofrenik” ifadelerle aktarırlar.

- 21 Thom Gunn’ın “Hareket Hissi” adlı şiirinde ana eksenini şu dize oluşturur:

“Durgun olmayan yaşama her zaman daha yakındır.”

Bu şiir *hareket* etmeye dair temel *dürtüyle* ilgilidir. Bu hareket gizemli bir biçimde her zaman bir noktaya doğru *yönelmeyi* ifade eder. Parkinson hastası için bu geçerli değildir: O durağan olmadığı için yaşama yakın *değildir*. Aslında devinim halinde olması sayesinde hiçbir şeye yakın değildir; ve bu anlamda, yarattığı devinim gerçekte bir hareketlenmeyi ifade etmez, zira hareketten yoksun olması dinlendiğinin göstergesi değildir. Parkinsonizmin yolu bir çıkmaz yoldur; Parkinsonizmin dünyası paradoks ve açmazlardan ibarettir.

- 22 Uyku hastalığı nedeniyle tahrip olmuş karakterlerdeki değişimler üzerine kapsamlı çalışmalar yapmış saygın doktorlardan biri de G.A. Auden idi (şair W.H. Auden’in babası). Dr. Auden bu tür değişimlerin her zaman tahripkâr bir yapıya sahip olmadıklarını vurgular. Birçok meslektaş gibi bulguları “patolojikleştirmeye” çok heves duymayan Auden, hastalığın etkisi altına aldığı bazı insanların, özellikle de çocukların şaşkıncı, beklenmedik ve eşine rastlanmamış ölçüde görkemli ve derin “uyanışlar” yaşadıklarını kaydetmiştir. Hastalığın “Dionysos’vari” bir potansiyeli olduğu görüşü Auden’lerin evinde sık sık tartışılmış ve W.H. Auden’in düşünce yapısında kalıcı bir yer edinmiştir. O dönemin diğer birçok sanatçısı ve bunların arasında belki de en dikkat çekici olanı Thomas Mann, beyin faaliyetini açık ve yaratıcı düzeye taşıyan –her ne kadar şüpheli gözükse de– ilginç hastalıktan mustaripti: *Doktor Faustus* adlı eserde bahsedilen Dionysos ateşi nörosifilis enfeksiyonuna atfedilebilir; fakat olağanüstü heyecanlanmaya dair benzer bir alegori ve bunu takip eden güçten düşme ve tükenişin nedeni elbette post-ensefalitis enfeksiyonu da olabilir.

- 23 En az nörologlar ve psiko-analistler kadar saygın biri olan Smith Ely Jelliffe, uyku hastalığının ve ardından gelen sonuçların belki de en yakın gözlemcisiydi. Geriye dönüp salgına baktığı vakit onu şöyle özetlemişti: “Geçtiğimiz on yıl boyunca nöro-psikiyatride atılan devasa adımlar boyunca elde edilen tek bir gelişme dahi salgın ensefalitis çalışmalarında ortaya konan önemli bulgulara yaklaşmadı... Hastalıklara verilen tepki gruplarından hiçbirisi nöro-psikiyatrinin tüm temel kurallarında değişiklik yapabilme konusunda bu denli kapsamlı olmadı... *Tamamıyla yeni bir yöneliş zorunlu hale geldi.*” (Jelliffe, 1927)

24 Bu tür krizlerde görülen akıl almaz çeşitlilik ve bunların yoruma açık olması hikâyesine bu kitapta yer verilmeyen Lillian W. adlı başka bir hastada da açıkça görülüyordu. Lillian W. en az yüz farklı kriz türünden mustarıpti: hıçkırık ve çarpıntı nöbetleri; istem dışı göz hareketleri; burun çekme nöbetleri; terleme nöbetleri; sol omzunun kızarıp, yanması; dişlerin takırdaması; ani ve geçici tik nöbetleri; tek ayağını üç farklı pozisyonda yere vurduğu ya da alnını dört ayrı ve sabitlenmiş yere dokundurduğu, âdet haline gelmiş, sürekli tekrarlayan nöbetler; sayma nöbetleri; belli sözcüklerin birkaç kez tekrarlandığı manasız konuşma nöbetleri; korku nöbetleri; kıkırdayarak gülme nöbetleri vs., vs. Sözlü olsun ya da olmasın herhangi bir krize dair herhangi bir ima ya da dokundurma, o krizin şaşmaz bir biçimde hastada meydana gelmesine neden oluyordu.

Lillian W., çok çeşitli belirtilerin (burun çekme, istem dışı göz hareketleri, çarpıntı, sayma vs.) beklenmedik ve görünürde anlamsız bir şekilde birlikte meydana geldiği tuhaf ve "çeşitli" krizleri de yaşıyordu, gerçekten de her seferinde yeni ve tuhaf kriz kombinasyonları ortaya çıkıyordu. Bu karmaşık krizlerin düzinelercesini gözlemlemiş olmama rağmen, bunların arasında neredeyse hiçbir zaman fizyolojik ve sembolik bir birliktelik göremedim ve bir süre sonra bu tür birliktelikleri gözlemlemeye çalışmaktan vazgeçip, bunları fizyolojik kalıntıların anlamsızca yan yana gelmeleri ya da yerine göre doğaçlama ortaya çıkan fizyolojik kolaj artıkları olarak kabul ettim. Esprili ve yetenekli biri olan bayan Lillian da kendisinde görülen bu çeşitli krizleri aynı biçimde yorumluyordu: "Bunlar sadece süprüntü, tıpkı döküntü eşyalar satan, indirim yapan dükkânlardaki karmakarışık olmuş eşyalar ya da tavan arasına atılan işe yaramaz eşyalar gibi," diyordu. Fakat *bazen* bu krizlere dair çok belirgin fakat anlaşılmasız seyirler ya da güçlkle fark edilen bir birlikteliğin ya da önemli bir krizin boşuna umutlandırıan ipuçlarına da rastlanıyordu. Bu krizlerle ilgili ise hasta şunları söylüyordu: "Bu akıl almaz ve gerçeküstü bir nöbet – sanırım bize bir mesaj vermek istiyor, fakat ne olduğunu ya da nasıl bir lisan kullandığını bilmiyorum." Bu tür nöbetlere tanık olmuş bazı öğrencilerim de gerçek üstü bir izlenim edinmişti. Bir defasında içlerinden biri, "Bu tümüyle çılgın bir şey. Tıpkı Salvador Dali gibi!" demişti. İnanılmaz ölçüde yatkın bir başka öğrenci ise Lillain'ın krizlerini, esrarengiz, dünya dışı yapılara ya da müziklere (Mars Kilisele-ri ya da Arkturus gezegeninin çoksesli müziği) benzetmişti. Lillian'ın krizlerine dair yapılan yorumlarda hiçbirimiz mutabık kalmasak da hepimiz bunun tuhaf ve büyüleyici bir gösteri olduğunu düşünüyor-

duk – rüyalarındaki, tuhaf sanat eserlerindeki büyü ve gizem gibi; bu anlamda Parkinsonizmi bazen orta beyinciğe ait görece basit ve kolay anlaşılabilen bir rüya olarak aklıma getirdiğim zaman, Lillian W.'nin krizlerinin de ön beyinin uydurduğu gerçeküstü bir esrime hali olduğunu düşünüyordum.

- 25 Sık sık olağanüstü bir *varolma anı*, yaşanan kriz anında “yakalanıp” sonrasında o haliyle kalıyordu. Jelliffe (1932) bu anlamda bir kricket oyunu esnasında yüksekten gelen bir topu tutmak amacıyla aniden elini havaya kaldıran bir adamın yaşadığı ilk istem dışı göz hareketi krizini örnek verir (adam kendinden geçmiş, sağ kolu havada kalmış ve elindeki topu sımsıkı kavrar bir halde sahadan dışarı çıkarılmak zorunda kalmıştı). Sonrasında ne zaman bir göz krizi gelse aynı komik ve acayip anı aynen *tekrar yaşıyordu*: Aniden yine 1919 Temmuz'unun o inanılmaz sıcak öğleden sonrasına geri dönüyor, maçın hâlâ devam ettiğini ve arkadaşının yaptığı sıkı vuruşun sonrasında topun ona yaklaşmakta olduğunu ve HEMEN ŞİMDİ! o topu yakalaması gerektiğini hissediyordu. Benzer ve dramatik var olma anları özellikle psiko-motor türdeki epilepsi nöbetlerde görülebilir; bunlara dair detaylı raporlar ortaya koyan Penfield ve Perot “fossilleşmiş anıların” –normalde etkin olmayan ve unutulmuş fakat birdenbire canlanıp özel koşullarda tekrar faaliyete geçen anılar– beyin kabuğunda korunabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu tür olgular, anılarımızın ya da varlığımızın “anların bir derlemesi” olduğu kanısını güçlendirmektedir (bkz. dipnot 133).
- 26 Bu anormal çabukluk ve hareketlerdeki hız, sık sık bazı spor dallarında belirgin avantaj sağlayabilen tuhaf, beklenmedik ve bazen çok eğlenceli özelliklere dönüşebilir. Wilbur F. adındaki bir hastam post-ensefalitis hastalığı yaşadığı gençlik döneminde çok başarılı bir amatör boksördü. Bana o dönemlere ait gazetelerde çıkan, gücü ve yeteneğinden ziyade inanılmaz hızından ve *tuhaf* hareketlerinden bahseden eski kupürleri göstermişti – bu hareketleri boks kuralları dahilinde olmasına karşın açıklama getirilemeyecek denli tuhaftı. Bu tür hızlı ve yaratıcı “oyunvari” hareketler yapma eğilimi, hareket kaslarına bağlı garip bir yetenek olarak bazen Tourette sendromlu hastalarda da görülür (bkz. Sacks, 1981)
- 27 Parkinsonizm ve nevroz kökenleri itibarıyla zorlayıcıdır ve benzer bir *zorlayıcı yapı* her ikisinin de ortak paydasıdır. Katı, tutucu kurumlar da *dıştan gelen bir nevroz* etkisine sahip ve zorlayıcıdır. Sağlık kurumlarının baskıcı yapısı hastaların da kendilerini baskı altında ve gergin hissetmelerine neden olur. Dolayısıyla, Mount Carmel'deki baskı or-

tamının post-ensefalitik hastalardaki nevrotik ve Parkinson eğilimlerini nasıl körüklediği ibret verici bir açıklıkla görülebilir; yanı sıra Mount Carmel'in "iyi" yönlerinin –sempatik ve insani yaklaşımların– nevrotik ve Parkinson belirtilerini nasıl azalttığı da aynı berraklıkla gözlemlenebilir.

28 Mount Carmel'deki hastaların içinde bulundukları durumu İngiltere'de kalan tek post-ensefalitik toplulukla (Highlands Hastanesi'ndeki) kıyaslamamızın büyük faydaları vardır. Highlands'daki koşullar –geniş yaşam alanlarının olduğu, çevredeki insanların ve hastaların serbestçe birbirlerine gidip gelebildikleri, şefkatli ve kendini hastaların bakımına adanmış personele ve çok daha özgür ve rahat bir ortama sahip– Mount Carmel'in ilk günlerinde sağladığı koşullarla çok benzeşir. Highlands'daki hastalar, (birçoğu 1920'lerden beri oradaydı) şiddetli post-ensefalitik belirtiler göstermelerine rağmen, Mount Carmel'deki hastalardan tümüyle farklı bir görünüm ortaya koyuyorlardı. Onlar kendilerini daha hafif, daha neşeli, coşkulu ve hiper aktif hissediyorlardı. Duygusal tepkileri de daha canlı ve gayretliydi. Bu Mount Carmel'deki kendinden geçmiş, ağırlaşmış ya da yaşamdan elini eteğini çekmiş ciddi boyutlarda Parkinson rahatsızlığı yaşayan birçok hastanın sergilediği görüntülerle taban tabana zıttı. Her iki hasta grubunun da aynı hastalıktan mustarip olduğu ne denli açıksa hastalığın şekli ve evriminin iki grupta farklı olduğu da o denli açıktır.

Hastalıkların bu farklı şekillerinin patofizyolojik bir "yazgı"dan mı kaynaklandığını, yoksa farklı çevrelerin ve ortamların getirdiği bir sonuç mu olduğunu hiçbir zaman tam olarak kafamda netleştiremedim: Highlands'da alabildiğine açık ve neşeli bir ortam, Mount Carmel'de ise hüznü ve içine kapanık bir ortam söz konusuydu. Daha önceki baskılarda "farklı çevreler ve ortamların getirdiği sonuç" yorumunu kullanmayı yeğlemiştim fakat bunu destekleyen açık kanıtlar mevcut değildi. Belirtmeliyim ki, Mount Carmel'de, Highlands'daki patolojik muadillerini epey andıran, neşeli, ele avuca sığmayan, esprili hastalar da vardır. Dolayısıyla belki de çevreden ziyade "yazgı" etkili olmaktadır. En akla yatkını her ikisinin de birbirleriyle etkileşime girip etkin olmaları. Post-ensefalitik hastaların bu tuhaf ve *gülünç* özellikleri son derece özgündür ve çoğu insana sevimli gelir. Bu sayede İngiltere'de bu hastalar "enki"ler diye sevecen bir lakapla anılmaya başlanmıştır. Mount Carmel'deki "enki"lerin ilk etapta fazlasıyla göze çarpan özellikleri yoktu, zira hastaların çoğu onları ilk gördüğümde derin bir Parkinson haline gömülü vaziyetteydi. Parkinson halinin kaybolmasıyla birlikte çok daha çarpıcı görüntüler ortaya koymaya başladılar

- L-DOPA'nın devam eden uyarıcı etkisiyle ve (bazı vakalarda) daha önceki dönemlerindeki coşkulu hallerine geri dönerek.
- 29 Parkinsonizmin tedavisi için anti-kolinerjik ilaçlar ilk kez (bunlardan ilki hyoscyamine'dir [banotu bitkisinin kökünden elde edilen ve müsekkin olarak kullanılan bir tür alkaloid]) Charcot tarafından kullanılmıştır. Charcot'un siyah banotu bitkisinin özütünü tedavi amaçlı kullanması 1869'a dek gerilere uzanır - fakat bu özütler post-ensefalitik hastalarda görülen ciddi boyutlardaki akineziden ziyade sadece katılaşma ve titreme tedavisinde fayda sağlıyordu. Aynı şey cerrahi tedaviler için de geçerliydi: Kemo-palidektomi ve sonrasında talamotomi (beyin kaidesinde üçüncü karıncığa komşu bulunan gri maddenin cerrahi müdahale ile tahribi) 1930'larda uygulanmaya başlandı; katılaşma ve titreme tedavilerinde çok önemli bir yer işgal etti. Ama akinezi tedavisinde bu tip cerrahi müdahaleler fayda sağlamadı. 1950'lerde akineziyi azaltmak için apomorfin bulundu fakat bunu iğneyle zerk etmek gerekiyordu ve sağladığı geçici faydanın yanı sıra hastayı kusturuyordu. Amfetaminler de bir ölçüde akineziyi azaltıyordu fakat yüksek dozlarda kullanımını engelleyen "yan etkilere" sahipti. Bu nedenle L-DOPA'nın kullanımına dek akinezinin -post-ensefalitik Parkinsonizmin tek ve en baskın özelliği- tedavisi mümkün olmadı.
- 30 Doğanın en büyük sürprizlerinden biri (ya da belki de buna "ilahi takdir" demeliyiz), bitki âleminin, hayvanlar üzerinde ciddi etkileri olan birçok maddeyi barındırmasıdır. Buna karşın bu maddelerin bitkilere görünürde pek bir faydası yoktur. Örneğin yüksükotunun (*Digitalis*) içerdiği dijitalis glükosit, kalp sektesinin tedavisinde çok önemli bir yer tutar; çiğdem bitkisi (*Colchium*) gut hastalığının tedavisinde çok önem taşıyan bir alkaloid içerir. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Bu tür birçok "doğal ilacın" tipik özelliği insanlık tarihinin ilk dönemlerinde keşfedilmeleri geleneksel ve yerleşik tıp biliminin amaca hizmet ettiklerini kabul etmesinden çok önce bunların kocakarı ilaçlarının önemli bir bölümünü oluşturmalarıdır. Fasulyenin (özellikle de baklanın), birkaç türünün çok miktarda L-DOPA içerdiği gerçeği (yaklaşık 500 gramında 25 gram L-DOPA vardır) yakın bir geçmişte kimyasal analizler sonucu ortaya konmuştur. L-DOPA yönünden zengin olan bu tür fasulyelerin yüzyıllar boyunca Parkinson hastalarına bir kocakarı ilacı olarak şifa verdiği de ileri sürülmektedir (bu sav dikkatli bir inceleme gerektirir). Bu nedenle "L-DOPA'nın ortaya çıkışı"nı Milattan Sonra 1967 olarak kabul etsek de bu ilacın pekâlâ Milattan Önce 1967 yılından beri biliniyor olması mümkündür.

31 "Esrarengiz madde" anlayışı iki dünya görüşünün bir diğeri *mantıksızlığını ispat etme* düşüncesinin meşru bir biçimde ileri sürülmesinden kaynaklanır; bu görüş büyük bir zarafet ve güce sahiptir: Bunlardan biri amprisizm ya da pozitivizm felsefesiyle bağlantılı mozaik ya da topist görüş, diğeri ise holist ya da monist görüştür. Bunlardan ilki Aristo'cu, ikincisi ise Platon'cu metafizik görüşlerden türemiştir. Sahip olduğu güç ve sınırları ustalıklı ve tam bir kavrayışla kullanılan bu iki dünya görüşü, geçtiğimiz iki yüz yılda fizyoloji ve psikolojideki temel buluşlara zemin oluşturmıştır.

Mistisizm, benzerlikleri kimlik yerine koymakla ortaya çıkar – benzetme ve metaforları (ya da "gibi" ifadesi içeren yargıları) mutlak yargılara, yararlı bir epistemolojiyi "mutlak gerçeğe" dönüştürmek. Mistik topizm, dünyanın, temelde varolan esas bir ilişkiden ziyade, birbirleriyle, "nedensel bir bağlantı" vasıtasıyla temelde var olmayan harici bir ilişki içinde olan çok sayıda nokta, yer, zerre ya da parçadan oluştuğunu öne sürer: Bunu hem salt hem de nihai bir biçimde ortaya koyar – bu "gerçektir", "gerçeğin ta kendisidir" der ve başka bir "gerçeği" dışlar. Bu görüşü benimseyen biri, etrafındakilere en ufak bir etki yapmadan tek bir nokta ya da zerrenin etkilenebileceği olasılığını düşünebilir: Örneğin tek bir noktayı tam bir doğrulukla ve ayırt ederek bulup çıkarmak mümkündür. Bu tür bir mistisizmin tedavi ve iyileştirmeye ilişkin karşılığı *kusursuz belirginlik* kavramıdır. Bu kavram tam olarak istenen etkinin elde edilmesi ve diğer başka etkilerin meydana gelme olasılığının olmamasıyla ilgilidir. Belli bir hastalığın tedavisinde kullanılan Özgül İlacın bilinen örneklerinden biri, frenginin tedavisinde kullanılmak üzere Ehrlich'in bulduğu arsephenamine'dir. Ehrlich'in mütevazı ve gerçekçi iddiaları mutlakiyetçi arzu ve eğilimlerce anında çarpıtıldı – ve kısa bir süre içinde arsephenamine "Sihirli Mermi" diye anılmaya başlandı. Sonrasında *bu* türden mistik bir ilaç giderek daha fazla "sihirli mermiler" aranmaya adandı.

Buna karşın mistik holizm dünyanın tamamen bir örnek olduğunu, özdeş kütleli "esas madde"den ya da plazmadan oluştuğunu öne sürer. Bu tür mistik-holist fizyolojinin bilinen örneklerinden biri, Flourens'e atfedilen özdeyişlerden birinde şöyle açıklanır: "Beyin tıpkı karaciğer gibi homojendir; karaciğerin safra salgılaması gibi beyin de düşünce salgılar." Bu tür monist bir mistisizmin tedavi ve iyileştirmeye ilişkin karşılığı, her amaca uygun, her derde deva bir ilaç anlayışıdır. Beyin malzemesinin kusursuzluk timsali özünden oluşan, tamamen saf, şişelenmiş, tanrısal bir iyilik iksiri – de Quincey'nin "portatif, pembe bir şişenin mantarı altındaki coşku," diye ifade ettiği iksir.

- 32 Bkz. Ek: "Mucize" İlaçlar: Freud, William James ve Havelock Ellis.
- 33 *Varieties* dergisinden William James, insanların alkolden medet ummalarının en önemli sebeplerinden birinin mistik bir bütünlük hissi elde edip, saf ve esas mutluluk haline dönme arzusu olduğunu ileri sürer. Alkol kullanımına dair bu kısmen metafiziksel, kısmen de ilkel sığınma güdüsüne dayalı amaç "hayatın sırrını açıklayan ilaçlara" karşı duyulan aşırı rağbetin nedenlerini ortaya koyar; James yazısında, kendisinin de katıldığı bir özdeyişi alıntılar: "Alkolizmin en iyi tedavisi dindarlıktır."

Tarihe ve antropolojiye baktığımız zaman hayatın sırrını açıklayan bu ilaçlara karşı duyulan tutku evrenseldir ve eski çağlara dayanır. Tüm ırklar bu ilaçlara dair geniş bir bilgi dağarcığına sahiptir. Geçen yüzyılda, bu tür maddelerin kullanımı edebi bir uğraş (ve zaman zaman da gereksinim) ve Romantik-Yaratıcılığın bir unsuru olarak algılandı. Bu yüzyılda, özellikle son yirmi yılda ise madde kullanımı tekrar yaygınlaşıp, belirgin hale geldi. Yazar Aldous Huxley "algı kapılarını ardına kadar açmak" için mescal kullanıyor, Leary ise "uhrevi" bir ilaç diye ifade ettiği LSD'nin propagandasını yapıyordu. Burada -L-DOPA'da olduğu gibi- hakiki gereksinimlerle, mistik amaçların bir karışımı, sonsuz, metaforik bir sembolün; sınırları belli, ağızdan alınan bir ilacın yerine geçtiği görülür.

- 34 Aslında daha önceleri sezgilere dayalı, kesin olmayan konum tespitleri yapılmıştı. 1890'larda görülen çok bilindik bir vakada, tek taraflı Parkinsonizmin gelişmesiyle beyin saplarından birinde tüberküloz meydana gelmesi arasında bağıntı kurulmuştu; ayrıca orta beyindeki bazı frengi vakaları Parkinsonizmle ilişkilendirilmişti vs. Gerçekten de, Parkinsonizmin örgütlenmesine dair hem teorik hem de pratik tespitler, belirli bir hücre hasarına yol açabileceği bulgulanmadan önce yapılmıştı. Bu nedenle Parkinsonizm açısından iki tür cerrahi müdahale -arka omur köklerinin kesilmesi ve beyin kabuğunun bir kısmını keserek almak- 1910 yılından önceki dönemlerde yapılmış ve faydalı oldukları ortaya konmuştu.
- 35 Buna karşın amantadin (öncelikle A gribine karşı anti-virütik ilaç olarak kullanılmış fakat 1968 yılında şans eseri anti-Parkinson etkileri de olduğu keşfedilmişti) ya dopaminin tekrar yüklenmesini baskılayarak ya salgılanmasını arttırarak ya da her ikisini de arttırarak, beynin kendi dopamin salgısının etkin bir biçimde artmasına önayak olur. Son zamanlarda, beyindeki dopamin faaliyetini de etkin kılan muhtelif dopamin hızlandırıcılar (örneğin bromocriptin ve pergolit) üretili. Bunların L-DOPA'ya kıyasla daha özgün etkileri olduğu umul-

maktadır, zira bu tür ilaçların faaliyetleri belli reseptör bölgeleriyle sınırlı kalabilir.

Geçtiğimiz iki yılda doku nakline ilişkin ilgi çekici denemeler yapıldı – cenin halindeki beyin hücrelerini ya da ergin böbrek üstü hücrelerini, canlı “dopamin pompaları” olarak işlevlerini sürdürecekleri umuduyla doğrudan beyne nakledilmesi gibi (bkz. Ek: L-DOPA’nın Ötesinde).

36 Cotzias’ın ilk çalışmasında, biyolojik yönden aktif L-DOPA ile onun farklı kimyasal özellikler taşıyan izomeri D-DOPA’nın bir karışımı olan DL-DOPA kullanıldı. 1966-67 yıllarında bu iki izomeri birbirinden ayırtırmak zor ve aşırı maliyetli bir işti.

37 Bkz. Ek: Parkinsonlunun Uzun ve Zaman Boyutu.

38 Solunum krizleri ensefalitisin akut evrelerinde sıkça görülüyordu ve birçok önemli incelemenin konusuydu (Turner ve Critchley, 1925, 1928; Jelliffe, 1927). Fakat 1929’dan sonra nadiren gözlemlenmişti. Ben Frances D. ilk krizini yaşayana dek buna hiç tanık olmamıştım ve ilk gördüğümde şaşkınlığa uğramıştım. Acaba bu bir tür astım mıydı, yoksa akut bir kalp yetmezliği ya da bir tür nöbet miydi? Ya da isterik bir hiperventilasyon veya vücuttaki asit seviyesinin yükselmesine verilen bir tepki miydi?.. Aklımdan çeşitli olasılıklar geçiyordu, fakat hiçbirini akla yatkın değildi. Ta ki bir gün Bayan D., “Bu 1919 yılında yaşadıklarımın tamamen aynısı,” diyene dek. O zaman fark ettim ki bu gördüğüm olağanüstü bir “fossil” bulgunun yeniden doğuşuydu. Fakat 1969 yılının sonunda post-ensefalitik hastalarımızın büyük bir bölümü öyle ya da böyle bir solunum rahatsızlığı yaşıyorlardı (bkz. Sacks ve diğerleri, 1970a). Sarsılma özelliği gösteren ve fizyolojik kökenli bu garip rahatsızlıklar genellikle duygusal gereksinimlerin ve ortamların beraberinde getirdiği, Jelliffe’in ifadesiyle “solunum davranışı”nın hastalıklı bir şekliydi.

Frances D.’nin solunum krizlerinden biri *Uyanışlar*’ın belgesel filminde, bir diğeri de Robert De Niro’nun uzun metrajlı filmin çekim aşamalarındaki dramatik canlandırmasında görülebilir.

39 Döndüğümde tüm koğuşa kargaşa içindeydi – sadece Bayan D.’nin değil, herkesin başı dertteydi. Ağustos ayında hastaneden ayrıldığımda ardımda epey sakin ve sağlıklı bir koğuşa bırakmıştım. Fakat Eylül ayında geri döndüğümde korkunç bir manzarayla karşılaştım. Hastalardan bazıları titreme geçiriyordu ve Parkinson rahatsızlıkları büyük ölçüde ilerlemişti. Diğerleri adeta birer heykele dönüşmüştü ve katatonik haldeydi. Birçoğunda tikler vardı ve bazıları lafları eveleyip geveliyordu. On ikiden fazla hastanın ise istem dışı göz hareketi kriz-

leri tekrarlamaya başlamıştı. Tüm bunları görünce ilk aklıma gelen eczanede muazzam bir karışıklık olduğu ve her hastaya, yanlış dozda, yanlış ilaçların verildiği idi. Çizelgelere bakıp da ilaç tedavilerinin muntazam olduğunu görünce bu kez herkesin nezle ya da yüksek ateşten şikâyetçi olduğunu düşündüm (zira bu rahatsızlıkların bu tür hastaların patolojik bulgularını ağırlaştırdığını biliyordum). Fakat bu da söz konusu değildi.

O zaman yokluğumda geçen bir aylık sürede ne olmuştu? Tüm olanları bir mantık çerçevesine oturtmam birkaç günümü aldı. Anladığım kadarıyla, yeni bir direktörün atanmasıyla birlikte hastane yönetiminde muazzam, hatta insafsızca denilebilecek ölçüde değişiklikler olmuştu; hastaların oluşturduğu topluluklar birdenbire dağıtılmış, ziyaret saatleri kısaltılmış hiçbir yere danışılmadan ve herhangi bir uyarıya gerek duyulmadan günü birliğine hastaneden ayrılmak için hastalara verilen izinler kaldırılmıştı. Hastaların bu durum karşısındaki protestolarına ise kulak asılmamıştı – hastalar birdenbire kendilerini ilgilenmeyen konulardaki söz haklarını kaybetmişti. Yaşadıkları bu üzüntü, şok ve faydasız öfke fizyolojik bir hal alarak Parkinsonizme, krizlere ve tiklere dönüşmüştü.

Gerçekten de o sonbaharın ilerleyen günlerinde hasta topluluğu tekrar bir araya getirilip, ziyaret ve izin konusundaki ayrıcalıklarına kavuşan hastaların fizyolojik durumlarında ciddi iyileşmeler görüldü ve anlaşılabilir bir güvensizlik hissi devam etse de “L-DOPA’nın neden olduğu bu (sözde) yan etkilerin” çoğu birdenbire azaldı ya da kayboldu.

- 40 Sanırım bu tür duygular, özbenlikleri hastalık ya da diğer koşullarca garip bir biçimde değişime uğramış *tüm* hastaları etkilemektedir. Zira bu hastalar muazzam bir ontolojik baskı, özbenliklerine yapılan şiddetli ve “anlaşılması güç” bir saldırı altındadırlar.
- 41 Bu tür çığneme ve ısırma dürtüleri, dişleri birbirine sürtme ve gıcırdatma ve diğer türdeki anormal ya da anormal ölçüde süreklilik gösteren ağız hareketleri L-DOPA’nın en sık rastlanan “yan etkileri” arasındadır. Bunlar karşı konulamaz ve şiddetli; damaklara, dile ve dişlere vs. büyük ölçüde zarar verebilen hareketlerdir (Bkz. Sacks ve diğerleri, 1970d). Lokal hasarların yanı sıra, bu tür dürtüler –tıpkı diğer türdeki kaşıma, kendi kendine acı verme, gıdıklanma ve genelde “iç gıcıklanması” dürtüleri– zevk ve acıyla karışık yoğun ve zıt karakterli duygular uyandırabilir ve dolayısıyla daha da karmaşık olan hedonistik, algolagnik (karşı cinse acı verme isteği ile beliren şehvet duygusu) ve sado-mazoşistik sapkınlıkların özünü oluşturur: Bu kısırdöngü, Tou-

rette sendromlu hastalarda ve kendi kendilerine zarar veren Lesch-Nyhan sendromlu çocuklarda görülen semptomlarla benzerlik taşır.

42 Frances D.'de gözlemlediklerimizin çok daha tuhaf ve şiddetlilerini, L-DOPA'ya verdikleri tepkinin en yüksek noktasında oldukları dönemlerde zaman zaman birçok post-ensefalitik hastamızda da gözlemleyecektik. Gördüğümüz şey garip ve korkunç bir organik büyümeye benziyordu. Bu yalnızca sıradan istem dışı hareketlerin ve tahrirlerin değil, aynı zamanda tiklerin ya da yapmacık davranışların, giderek karmaşık hale gelen, değişken ve baskılayıcı türden, *dahası* alabildiğine ilkel ve hatta insanlık öncesi tuhaf hareket ve düşüncelerin uç ya da patlak vermesiydi. Yıllar önceki akut salgın sırasında Jelliffe, birçok hastada "hayvani sesler çıkarma" özelliğinden söz eder; şimdi ise, 1969 yılının yazında, hastaneye gelen ziyaretçiler bu tür sesler duyuyordu – adeta balta girmemiş ormanların derinliklerinden gelen akla hayale sığmayacak ölçüde hayvani sesler: Ziyaretçiler kuşkulu bir yüz ifadesiyle "Aman tanrım! Bu da neyin nesi? Burada deney için canlı hayvanlar mı besliyorsunuz, yoksa yukarıda vahşi hayvanların olduğu bir *hayvanat bahçesi* mi var?" diye şaşkınlıkla soruyorlardı. O dönemde bizi ziyaret eden Dr. Purdon Martin bunun "inanılmaz" bir manzara olduğundan bahsetmiş ve "Hayatımda hiç böylesine bir şeyle karşılaşmadım" demişti. Şimdi farkına varıyorum ki sadece bu tür hastalarda ve bazen de had safhada Tourette sendromu yaşayan hastalarda bu tür davranışların sarsılarak ve adeta bir lav gibi püskürerek meydana gelmesi mümkündür.

Bu tür anlaşılmasız davranışlar basit *taklitlerden* çok farklıdır; örneğin psişik ve hayvani tepkiler sonucu meydana gelebilir. Burada tanık olduğumuz şey, derinlerden gelen ve gelişimimizden ve atalarımızdan bu yana içimizde halen var olan gerçek içgüdü ve davranışlardır. Bu tür kalıntıların varlığı bizi şaşırtmamalıdır. "Kalıtım ve Atavizm" üzerine yazdığı ünlü makalesinde Darwin şöyle der:

Üst düzey bir hayvanın döllenmiş öz hücresi belki de doğadaki en muazzam maddedir... Fakat kalıtım doktrini göz önüne alınırsa bu hücre çok daha muhteşem bir madde olur. Zira gözle görülür değişimlere uğramasının yanı sıra her iki cinsiyetle ve günümüzden yüzlerce, hatta binlerce nesil geriye kadar uzanan bir zaman dilimindeki erkek ve kadın atalarımızla uyum içinde olan birtakım görünmez özelliklerle de donatıldığına inanmalıyız. Organizma birtakım bilinen ya da bilinmeyen koşullar tarafından rahatsız edildiğinde, bu özellikler tıpkı görünmez mürekkeple kâğıt üzerine yazılan bir yazı gibi, değişim geçirip ortaya çıkmak üzere hazır vaziyette beklerler.

Bu koşulların belki de en bariz örneklerine bazı post-ensefalitik has-

talarda rastlamak mümkündür. Talamusta, hipotalamusta, rinensefalonda ve üst beyin sapında bulunan çok sayıda küçük, dürtüye dayalı hasarların bazılarının bu gizil, potansiyel davranışları tetikleyebileceğini ya da serbest bırakabileceğini varsayabiliriz. Bunlar bize insan neslinin gerçekten de milyar yıl kadar geriye gittiğini gösterir. O halde bu ikinci tür bir “uyanıştır” – fakat bu seferki ciddi boyutta biyolojik değer taşır.

- 43 Bu *sadece* Bayan D.’nin değil, L-DOPA’nın hışmına uğramış, sayıları aşağı yukarı yirmi otuz kadar olan, sorumluluğum altındaki diğer Parkinson hastalarının da yaşadığı bir durumdu.
- 44 Bayan D. bu her iki açıdan da bir ölçüde şanslı sayılabilecek bir hasta. Gerek L-DOPA’ya duyduğu gereksinim ve gerekse de ilaca karşı tahammül gösteremeyişi aşırı ölçüde değil. Diğer hastalarda –bazılarının hikâyeleri kitabın ilerleyen bölümlerinde aktarılacak– hem ilaca karşı duyulan ihtiyaç ve hem de tahammülsüzlük; herhangi bir tavize, pozisyon almaya ya da tatmin edici sonuçlara meydan vermeyecek ölçüde aşırıydı. Bayan D. “L-DOPA sonrasında” sağlık durumunun devamlılığına karar verilebilecek kadar uzun bir süre tedaviden uzak kalmadı; hiç kuşku yok ki L-DOPA tedavisi diğer hastalarda (ileride bahsedilecek) ilacın içe kapanma bulgularının ardından ortaya çıkan ve bir yıldan fazla süren ciddi boyutlarda tepki ve davranış bozukluklarına yol açtı.
- 45 Müziğin bu bütünleştirici ve iyileştirici gücü, hastalığı devam ettiği sürece Parkinson hastasına sağladığı özgürlük (“Sen müziksins / müzik devam ettiği sürece” T.S. Elliot) epey önem arz eder ve her hastada görülür. Eski bir müzik öğretmeni olan Edith T., bunu olağanüstü bir kavrayışla ortaya koymuştur. Bayan T., Parkinson rahatsızlığının baş göstermesiyle “zarafetini kaybettiğini” söylemişti. Öyle ki hareketleri “tahta gibi katı ve mekanik – tıpkı bir robot ya da oyuncak bebeğinki gibi” bir hale gelmişti ve hastalık öncesindeki hareketlerinin “doğallığını” ve “müziğini” kaybetmişti. Tek bir tümceyle ifade etmek gerekirse, “müzikten mahrum edilmişti.” “Neyse ki hastalık kendi tedavisini de beraberinde getirdi,” diye de ekledi. Kaşını kaldırıp şaşkın bir ifadeyle yüzüne baktım: “Müzik” dedi, “müzikten mahrum edildiğim için, onu tekrar elde etmeliydim.” Sık sık kendini “donmuş”, tam anlamıyla hareketsiz, güçten, dürtüden, *düşünceden*, hareket kabiliyetinden yoksun bir halde bulduğunu söyledi; böyle anlarda “hareketsiz bir fotoğraf karesi”, madde ya da yaşam içermeyen donuk bir görüntü gibi hissetmekteydi. Bu hiçlik hali, bu sonsuz düş hali esnasında, *müzik ortaya çıkana dek* hareketsiz ve çaresiz kalıyordu: “Bunlar yıllar

öncesinde duyduğum akılda kalıcı şarkılar, ezgiler, beraberinde dans etmekten hoşlandığım ritmik tınılardı.”

Müziğin birdenbire içten, doğal ve hayali bir biçimde ortaya çıkmasıyla birlikte hareket ve eylem gücü, maddenin, kişilik ve gerçeklik hislerinin özüne dönmesiyle birlikte geri geliyordu; artık kendi ifade-siyle “etrafını çeviren donuk fotoğrafın çerçevesini kırıp dans edebilirdi.” İçine hapsedildiği düz ve donuk görüntüden kurtulup özgürce hareket edebilirdi: “Bu tıpkı birdenbire kendimi, kendime ait yaşam tınısını hatırlamam gibi bir şey.” Fakat aynı hızla içten gelen bu müzik kaybolmaya başlıyor, onunla birlikte tüm hareket ve gerçeklik de yok oluyordu. Ardından tekrar ve aniden Parkinsonizmin dipsiz kuyusuna yuvarlanıyordu.

Aynı ölçüde çarpıcı ve benzer bir unsur da *dokunma* gücüydü. Yardımına müziğin koşmadığı ve hastane koridorunda tamamen hareketsiz bir halde donup kaldığı zamanlarda, en basit bir insan teması kurtarıcı oluyordu. “Uyanması” için birinin ellerini eline alması ya da şöyle bir dokunması yeterliydi; yanında onunla birlikte yürüyen biri olduğu takdirde yanındakini taklit etmeden kendi tarzıyla kusursuz yürüyebiliyordu. Yanında yürüyen kişi durduğu takdirde o da duruyordu.

Bu tür olgular Parkinson hastalarında çok sık görülür ve genelde “temasa dayalı refleksler” diye tabir edilir. Bayan T.’nin bu reflekslere dair yorum ve deneyimi daha ziyade varoluşçu ve aslında “merasim” havası taşıyordu: “Tek başıma hiçbir şey yapamıyorum. Müzik ya da insanlar bana yardımcı olduğunda ise her şeyi yapabilirim. Taklit edemem ama bütünüyle paylaşabilirim. Siz “normal insanlar”, siz “enerji” dolusunuz. Sizlerle birlikteyken tüm bu enerji ve canlılığı paylaşabilirim. Uzaklaştığınız an ben yine bir hiçim,” diyordu.

Kant müzikten “hızlandırma sanatı” diye bahseder. Edith T. için bu tam anlamıyla doğrudur ve hayati önem taşır. Müzik onun çabukluğunu, yaşam ve hareket kimliğini, çoğu zaman etkin olamayan iradesini ortaya çıkarır. Bu hastalardan “uykuda” diye bahsederken kastettiğim ve ister müziğin ruhu ya da yaşayan insanlar sayesinde, isterse de beynin “enerji ve canlılık” veren kısımlarındaki kimyasal toparlanma ya da yetersizlik sayesinde olsun, hareketlenmelerini fizyolojik ve varoluşçu “uyanışlar” olarak nitelendirmemin nedeni budur.

Bana sık sık müziğin bu tür hastaları uyandırmada ne gibi bir faydası olduğu ve bu gibi zamanlarda tam olarak neler olduğu sorulmakta. Bu gibi durumlarda ritmik bir enerji olması gerekir fakat bu bir melodi-yi “içinde barındırmalıdır”. Melodinin içine pek yerleşmemiş kaba ya da ezici bir ritim hastalarda patolojik bir titreşme ya da sarsıntıya

neden olur; bu, hastayı rahatlatma yerine baskı altına alır ve dolayısıyla anti-müzikal bir etki yaratır. Ritmik ya da itici güçten yoksun, mırıldanarak söylenen bir şarkı (Bayan D. bunları “bulamaç” olarak adlandırıyordu) –ister duygusal, isterse de eylem olarak– kesinlikle onu harekete geçiremiyordu. Bu noktada Nietzsche’nin müziğin patolojisine dair tanımını aklımıza getirebiliriz: Nietzsche ilk ve öncelikli olarak “ritim duygusunun bozulmasını” göz önünde bulundurur. “Dejenere” müzik hasta eder ve zorlar, “sağlıklı” müzik ise iyileştirir ve rahatlatır. Bayan D.’nin yaşadıkları tam da bunlardı; “gürültülü” ya da “erimiş kar” diye nitelendirdiği müziğe katlanamıyor, sıkı fakat düzgün müziğe ihtiyaç duyuyordu.

O zaman sıkı ve düzgün olması kaydıyla herhangi bir müzik, Frances D.’nin doğru yönde hareket etmesini sağlayacak mıydı? Elbette bu mümkün değildi. Onu doğru biçimde etkileyen sadece *keyif aldığı* müziklerdi; sadece “ruhunu” harekete geçiren müzik, aynı zamanda vücudunu da harekete geçirme gücüne sahipti. *O sadece onu harekete geçiren müziğe tepki veriyordu.* Bu aynı anda meydana gelen, hem duygusal hem de eylem içeren bir “hareketlenme” idi ve özünde bağımsızdı (dolayısıyla pasif sallanmalar ve diğer patolojik hareketlerden ayırt edilebiliyordu).

- 46 Bu terimi ve içinde barındırdığı birçok kavramı Goffman’ın *Akıl Hastaneleri* adlı olağanüstü kitabına borçluyum.
- 47 Bayan D.’nin bazı “metotlarına” kısaca değinilebilir. Hastalıkla boğuştuğu uzun yıllar boyunca kendi eğilim ve bulgularını büyük bir titizlik ve merakla gözlemledi. Bunların üstesinden gelmek, kaçınmak ve etkilerini azaltmak için ustaca yöntemler geliştirdi. Örneğin, eğer yürüdüğü bir sırada donup kalıyorsa kendini bu durumdan kurtarıp “çözülebilmek” için çeşitli yöntemleri vardı: Eline bir miktar kâğıttan yapılma küçük toplar alıyordu ve bir tanesini yere bırakıyordu: Yerdeki bu küçük beyaz kâğıt anında bir adım atmasını “teşvik ediyor” ya da ona bu yönde bir “komut” yolluyordu. Bu sayede donma halinden kurtuluyor ve yürüyüşünü normal seyrinde sürdürüyordu. Bayan D. düzenli olarak göz kırpmasının, yüksek sesle tıklayarak çalışan bir saatin ya da yerdeki yatay çizgi veya işaretlerin vs., benzer biçimde kendisini *hızlandırmaya* yaradığını ve akıcılığı engelleyen yersiz telaşı ve yavaşlamaları önlediğini fark etmişti. Aynı şekilde okurken ya da konuşurken, telaşlı konuşmaları, kekelemeyi, kelimeleri yutmayı ya da donmayı önleyebilmesi açısından bazı kelimeleri belirli aralıklarla vurgulamayı öğrenmişti. Bu ve bunlar gibi bin bir farklı yöntemi kullanarak Bayan D. –kendi kendine, benimle, diğer hastalarla, hay-

ret ve merakları giderek artan hemşire kadrosuyla, fizyoterapistlerle, konuşma terapistleriyle vs.– benliğinin ve karşılıklı yardımlaşmanın ortaya koyduğu sonsuz olasılık ve çeşitlenmeleri araştırıp onlarla adeta oyun oynayarak üretken ve keyifli saatler geçirdi. Bu tür yöntemler yetenekli *tüm* post-ensefalitik hastalar tarafından keşfedilmiş ya da kullanılmıştır. Ben ise kütüphanedeki ciltler dolusu kitaplardan öğrendiklerimin daha fazlasını bu tür hastalardan öğrendim.

Ed W. sıradan “Parkinson” rahatsızlığı olan çok yetenekli, genç bir hastadır. Sık sık oturduğu koltukta “donup kalmakta”, “felç geçirmekte” ve yerinden doğrulamamaktadır. Aslında *hemen ve doğrudan* ayağa kalkmamaktadır. Fakat *dolaylı* da olsa ayağa kalkabilmenin yöntemlerini keşfetmiştir. Önce gözlerini hafifçe oynatmakta (ilk başta başka bir hareket yapabilmesi mümkün değildir); sonra belki boynunu bir parça kıpırdatabilmekte; daha sonra da bir ihtimal bir yanına doğru hafifçe eğilebilmektedir. Birdenbire ve adeta patlarcasına ayağa kalkabileceği bir noktaya ulaşana dek, her seferinde büyük ölçüde tekrardan keşfedip, doğaçlama yapmasını gerektiren son derece karmaşık bir dizi hareketi yapmak zorundadır. Bu uzun hareketler silsilesi olmadan söz konusu noktaya ulaşamaz; fakat ulaştınca da birdenbire *nasıl ayağa kalkabileceğini* aslında bildiğini fark eder.

Ayağa kalktığı an yaptıklarını unutmaktadır – ayakta durabilmeye ilişkin bilgi sadece ayağa kalkma anında mevcuttur. Bu bilgi eylemin kapsamındadır. Fakat ayağa kalkmaya dair bilgi anında diğer bir bilgiyi de –nasıl yürüneceğine, dans edileceğine ya da zıplanacağına dair– beraberinde getirir. Hiçbirimiz bu hareket ve eylem bilgisini doğrudan aklımıza getirmeyiz; bu tıpkı konuştuğumuz lisan ya da dilbilgisi gibi *dolaylı* bir bilgidir. Öyle anlaşılıyor ki bu dolaylı bilgiye, programlanıp beynimize yerleştirilen hareket yeteneğine ulaşma kaybı Parkinsonizmin son derece karakteristik bir özelliğidir – ve bazen beceri gerektiren “küçük hilelerle” bunlara ulaşmak mümkündür.

Parkinsonizme dair birçok bulgu ve nitelik, özellikle de “donup kalma” bir Parkinson “dünyasında” ya da daha ziyade bir Parkinson boşluğunda veya bir anti-dünyada sıkışıp kalmaya ilişkindir (*Uyanışlar*’ın belgesel filminde Lillian T., “Boşlukta bir yerlerde donup kalıyorum” der). Bu sıkışıp kalma kısmen *ilginin* sıkışıp kalmasına, felç olmasına ya da büyülenmişçesine donup kalmasına bağlıdır – esasında bu dünyada ilgi çekebilecek doğru dürüst bir *obje* yoktur. Bunun “tedavisi” (eğer bu mümkünse) ilgiyi gerçek dünyaya tekrar yönlendirmektir (öyle ki bu dünya ilgiyi çekebilecek objelerle doludur). Bazen bir diğer kişinin donup kalmış ilgiyi çözmek, hastayı büyülenmiş halinden

ve her ne kadar boş da olsa Parkinson yoğunlaşmasından kurtarıp onun tekrardan gerçek dünyada özgürce hareket etmesini sağlamak için "Bak!", "Şuna bak!" ya da "Şuraya bak!" demesi yeterlidir. Bazen hasta bunu kendi kendine de yapabilir – korteks altı dikkat donuklaşmasını atlatmak, bu bölgedeki ilgi boşluğunu telafi etmek için zekasını ve beyin korteksini kullanabilir. Bu bilinç ve çabaya müdahaleyi gerektirir ("doğal" ve bilinçsiz bir biçimde gerçekleştirilen eylemler Parkinsonizm söz konusu olduğunda bilinçli bir müdahale olmaksızın gerçekleştirilemezler.) – özellikle de dikkatin gerçek bir obje, algı ya da görüntü üzerine yoğunlaşması. Bu *Ivan* filminde çok güzel bir biçimde gösterilmiş ve Ivan Vaughan tarafından kitabında tanımlanmıştır. Eğer bir dürtü devreye girerse Ivan birkaç mil koşabilmektedir. İlk adıma yoğunlaşma yerine (öyle ki bu ondaki donma halini arttırıyordu) dikkatini başka bir şeye yönlendirmelidir – herhangi bir şey, bir yaprak, algılanan bir obje; bir yaprağa dokunuyor ve bu adeta büyümlü bir biçimde onu donma halinden kurtarıyor. Aynı şekilde Ivan sabahları kendi iradesiyle uyanamamaktadır; fakat yatağının yanındaki duvarda bir ağaç resmi vardır. Ağaca bakar ve harekete geçmek için, dallarını kullanarak ona tırmandığını hayal eder; bu sayede yataktan çıkmayı başarır.

48 Kurumsal anlamdaki bu kötüye gidiş döneminde Bayan D. zaman zaman şöyle haykırıyordu: "Tanrım, burası bir *sanatoryum* mu (sağlık merkezi)? Bana soracak olursan burası giderek bir *tanatoryuma* (ölüm merkezi) dönüşüyor!"

49 *Uyanışlar*'ın yazım tarzı büyük ölçüde biyografilere dayalıdır – kitap L-DOPA kullanan hastaların tepkilerini gözler önüne serer. Elbette bu hastalar terk edilmiş değildi; tümü büyük bir ensefalitik hasta topluluğunun üyesiydiler ve zaman zaman bazı hastaların ortaya koyduğu tepkiler diğerlerine de tesir ediyordu.

Bu hassasiyet ve etki farklı yönlerde hareket etti. 1969 yılının bahar ve yazında ilk başta ortak bir haz ve neşe ortamı yarattı. Bu dönemde bir değil tam *elli* hastanın "uyanış"ı söz konusuydu. Elli kişi onyıllardır süren yalnızlıklarından, üzerlerine kâbus gibi çöken bir hastalıktan çıkıp, mucizevi bir biçimde dünyaya ve yaşama geri dönmüştü. Her bir hastanın çevresinde kendisi gibi *elli* tane "Uyuyan Güzel" vardı.

Aralarında hızla bir dostluk bağı gelişti – tümü aynı tünelde ya da zindanda yaşamış ve artık parlak gün ışığına kavuşmuşlardı. Birdenbire içine girdikleri bu serbest kalmışlık duygusuyla hep birlikte dans ve sohbet etmeye başladılar: *Uyanışlar*'ın belgesel filmindeki en hoş sahnelerden bazıları yeni uyanmış hastaları yaşamın tadını çıkarıp,

birlikte sohbet ve dans ederken gösterir. O ana dek bir koğuştan yana dizilmiş birer heykelden farksızken artık birbirlerinin *insan* olduğunu keşfedip bundan keyif almaya başlamışlardı. Anılarını, yaşadıkları felaketleri, şaşkınlıklarını ve yeni umutlarını birbirleriyle paylaştılar. Birbirlerinin günden güne iyiye giden sağlık durumunu ve hayatiniyetini keyifle izleyip, içlerindeki yeni bir yaşam azmini güçlendiriyorlardı. Dolayısıyla o yaz, sadece kişisel değil *ortaklaşa* bir sağlık, tuhaf bir heyecan ve paylaşılmış umudun beraberinde getirdiği mutluluk hali söz konusuydu. Bu durum hastalardan biri olan Aaron E.'nin hastaneden taburcu olmasıyla doruk noktasına ulaştı. Aaron şöyle demişti: “Belki de artık hepimiz hastaneden ayrılmayı umut edebiliriz!”

Fakat Eylül ayı geldiğinde her türden sıkıntı baş gösterdi. Bunlardan bazıları L-DOPA'nın tehlikeli ve değişken “yan etkilerine” ve hastaların heyecanlandıkları zaman dengesiz hale gelen sinir sistemlerine bağlıydı; bazıları bu dönemde hastanede meydana gelen katı değişikliklere (bkz. dipnot 39), bazıları da hiç şüphesiz hastaların basit gereksinimlerine bağlıydı. Fakat kesin olan bir şey daha vardı ki o da hastaların yaşadığı bunalımın ve “yan etkilerin” yakın koğuştan ortamında bir hastadan diğerine sıçramasıydı. O yaz her hasta bir diğerince yüreklendirildi – iyimserlik ve umut salgın bir hastalık gibi yayıldı. Ama şimdi her bir hastada görülen kötü gidişat diğerlerindeki korkuyu harekete geçirdi. Her hayal kırıklığı diğerlerinde cesaret ve umut kaybına yol açtı – bu kez korku ve çaresizlik bir salgın hastalık gibi koğuştan yayılmaya başladı. Diğer hastalardan farklı olarak bu hastalar sadece psikolojik değil aynı zamanda fiziksel yönden de son derece etki altında kalıyorlardı – Jelliffe'in sözünü ettiği “fiziksel itaat”. (Bu türden, neredeyse hipnoz durumunu andıran etki altında kalma ve taklit eğilimi hem fizyolojik hem de biyolojik açıdan saptanır; bu tüm diensefalik sendromların özelliğidir.)

Bu inişli çıkışlı hallerin, tiklerin yarattığı korku, tikleri ve değişken halleri gerçekten de hızlandırabiliyordu. Hastalar kritik dönemi atlatıp, değişken bir sürece doğru adım adım ilerlerken, psişik etkiler her zamankinden daha güçlü hale geliyordu. Mutluluk, özgürlük, iyi ilişkiler onları dengede tutuyordu; bunalım, yalnızlık, sıkıntı dengeslerini bozup onları değişken hale getiriyordu: Tüm bunlar neredeyse L-DOPA kadar etkili olmuştu. Dolayısıyla koğuşun atmosferi, havası büyük önem kazandı – karşımda birbirinden tecrit edilmiş elli hastadan ziyade tek bir canlı organizmaya benzeyen bir *topluluk* vardı.

50 “Böylece Tanrı bizi terk ettiğinde, Şeytan da yakamızı bırakır” – Sir Thomas Browne.

- 51 Tedavi ettiğim hastalar arasında L-DOPA kullandıkları iki yıl boyunca neredeyse kusursuz tepkiler veren hastalarımın (Magda B. ve Nathan G.) zannedileceği üzere Parkinson hastalığından en az etkilenmiş hastalar değil, bilakis tetkik ettiklerim arasında post-ensefalitis rahatsızlığını had safhada yaşayan hastalar olması gariptir.
- 52 Bayan B.'nin bu muazzam zaman atlamasını ve hastalığının ardından meydana gelen zaman "kaybını" kolaylıkla kabullenmesi hem ilginç hem de önemlidir. Bu, bir sonraki biyografide ele alacağımız Rose R.'nin durumu ile taban tabana zıttır. Rose R. kırk üç yılın ardından "uyandığında" kendini "idrak ve tahammül ötesi bir zaman boşluğunda buldu". Bu, uyum sağlamanın mümkün olmadığı "dayanılmaz ve çözümü imkânsız bir çağ aşımıydı." İki hastanın ortaya koydukları tepkiler arasında neden böylesine bir fark vardı? Sanırım bu (kitabın önsözünde ele alındığı üzere) "negatif" ve "pozitif" varoluş bozuklukları arasındaki mutlak zıtlığı yansıtmaktadır. Faaliyetsizlik, varolamama, hiçlik ve koşulsuzluk halleri yaşayan Magda B., kanımca Rose R. gibi hayal kırıklığına uğrayıp, eziyet çekmemiştii; o hayatın okyanusunda yol alamayan, uykudaki bir tekne gibiydi. Varolma ve eylem unsurlarına kavuşunca bunları keyifle kabullendi ve bu lütuf karşısında minnettar oldu; fakat "uyanış"ından önceki dönemde bunların eksikliğini de aynı sükûnetle kabullenmişti (ve eğer L-DOPA etkisini kaybetmiş olsaydı, olasılıkla hareketsizlik ve varolamama durumlarına geri dönmesini de aynı metanetle karşılardı). Fakat bir kez hayata ve umuda kavuşunca onu tekrar kaybetmeyi göze alamama ihtimali de söz konusudur.
- 53 Bu dokunma tikinin tümüyle "psikojenik" olduğunu ya da bunu koşulların *meydana getirdiğini* ileri sürmüyorum. Benzer dokunma tiklerini, dürtülerle hareket eden ve Bayan B.'nin durumunda olmayan birkaç post-ensefalitik hastada da gözlemlemiştim. Fakat hafif ya da gizli bir tik eğiliminin Bayan B.'nin heyecanlanmaları sonucu ortaya çıktığına ve çevredeki koşullarla şekillendiğine inanıyorum. Böylece bu tikler onun duygularının bir yansıması ya da ifadesi haline geldi.
- 54 Sık sık Bayan R.'ye aklından neler geçtiğini soruyordum. Bana "Hiçbir şey. Sadece hiçbir şey" diye cevap veriyordu.
- "Fakat nasıl oluyor da hiçbir şey düşünmuyorsun?"
- "Nasıl olduğunu bildikten sonra çok kolay."
- "Hiçbir şey düşünmemeyi tam olarak *nasıl* beceriyorsun?"
- "Bunun bir yolu sürekli ve tekrar tekrar aynı şeyi düşünmek. Örneğin 2=2=2=2 gibi; ya da ben neysem oyum, neysem oyum, neysem oyum... Beden duruşumda da aynı şey geçerli. Beden duruşum sürekli ken-

di kendine doğru yöneliyor. Ne yaparsam yapayım, ne düşünürsem düşüneyim bu yönelme giderek daha da derinleşiyor... Sonra bir de haritalar var.”

“Haritalar mı? Ne demek istiyorsun?”

“Yaptığım her şey kendi kendinin haritası ya da bir parçası. Her parça bütüne doğru yöneliyor... Önce zihnimde bir düşünce beliriyor ve sonra o düşüncenin içinde bir şey görüyorum, örneğin ufukta bir nokta gibi. Bu nokta giderek yaklaşıyor ve ne olduğunu seçebiliyorum – bu en başta zihnimde yer alan düşünceden başka bir şey değil. Sonra bir başka nokta beliriyor ve sonra bir başkası, ve bir diğeri ve bu böyle sürüp gidiyor... Ya da bir harita düşünüyorum; sonra o haritanın haritasını ve sonra o haritanın haritasının haritasını. Her harita bir öncekinin küçük ama kusursuz bir kopyası... Dünyanın içinde bir başka dünya, onun içinde başka bir dünya ve bir başkası daha... Bir kez başladı mı bu kısırdöngüyü durdurmak imkânsız hale geliyor. Tıpkı aynaların ya da yankıların arasında sıkışıp kalmak gibi. Ya da hiç durmayacakmış gibi dönen bir dönme dolapta olmak gibi.”

Bayan R. bazen bana, kendini zihninde beliren bir dörtgenin kenarlarını kırpıp onu yedi notalık bir dizinden oluşan ve sonsuza dek tekrarlayan bir Verdi ariasına dönüştürmek zorunda hissettiğinden bahsediyordu. “*Tum-ti-tum-ti-tum-ti-tum*” diye saatlerce ya da günlerce devam eden zoraki bir zihin devri-daimi. Diğer zamanlarda ise üç boyutlu, birbiriyle kesişen çizgilerden oluşan sonsuz bir tünelde, zoraki bir zihin yolculuğuna çıkıyordu. Tünelin ucu ona doğru hızla gelmesine rağmen hiçbir zaman oraya ulaşamıyordu.

“Hiçbir şey düşünmemeye ilişkin başka yöntemlerin var mı Rosie?”

“Tabii! Noktalar ve haritalar *pozitif* hiçlikler fakat *negatif* hiçlikler de var.”

“Onlar neye benziyor?”

“Bunu anlatmak imkânsız, zira onlar bir var bir yok. Zihnimde bir düşünce beliriyor ve birdenbire kayboluyor – tıpkı çerçevesinde kaybolan bir resim gibi. Veya zihnimde bir şey canlandırmaya çalışıyorum fakat görüntü anında çözülüyor. Belli bir fikri aklımda tutamıyorum; ve sonra *ana* fikir yok oluyor; ve sonra o ana fikrin ana fikri; ve iki üç adım sonra zihnim tamamen boşalıyor – *tüm* düşüncelerim kayboluyor ya da siliniyor.”

- 55 Bu durum, Jelliffe örnek verdiği vakalarla kıyaslanabilir: Yaşadığı krizler esnasında “acı” içinde feryat eden fakat yaşadığı korkunun sebebini ortaya koyamayan bir hasta ya da yaşadığı her krizin bir “felaket” olduğunu hisseden hasta (bkz. Jelliffe, 1932, sayfa 36-42). Aynı

ifade, özellikle çok karmaşık göz krizlerine atfen sık sık Lillian W. tarafından da kullanılıyordu. Zaman zaman Lillian bunları “akıl almaz, olağanüstü olgular” olarak tanımlıyordu. Her hafta göz krizleri yaşasa da, her kriz esnasında değişmez bir ifadeyle, “Bu yaşadığım en kötü kriz. Diğerleri sadece kötüydü – oysa *bu* tam bir felaket,” diyordu. İtiraz edip “Fakat Bayan W., geçen hafta da aynı şeyi söylemişsiniz,” diye uyardığımda ise “Biliyorum. Yanılmışım. Bu gerçekten de bir felaket,” diyordu. Yaşadığı krizlere –kırk yıldan uzun bir süre boyunca hemen her Çarşamba kriz gelmesine rağmen– bir nebze bile alışmamıştı.

56 Jelliffe bakışların ve dikkatin sabitlendiği istem dışı göz krizlerine ve ayrıca tekrarlayan “yerleşik” düşünce krizlerine dair birçok örnek verir. Bayan R. bu dönemde yaşadığı krizler esnasında başına musallat olan “çılgın” düşüncelerin doğasından hiçbir zaman emin olamadı. Bu düşüncelerin tekrarladığı göz önüne alınırsa, bunların akla yatkın olmayan, cinsel ya da düşmanca tavırlardan kaynaklanan düşünceler olduğu akla gelebilir. Jelliffe, yaşadıkları krizler esnasında “müstehcen şeyler” düşünmeye zorlanan bazı hastaları ve yaşadığı krizler sırasında zihninden “hiç umursamadığı konulara ilişkin fikirler” geçen bir hastayı örnek verir (Bkz. Jelliffe, 1932, sayfa 37-39). Miriam H., ne zaman göz krizleri yaşasa zihninden birtakım hayali erotik hatıralara dair düşünceler geçmektedir.

57 Benzer bir olguya Sam G. adında bir başka hastada da rastladım ve aklımdan benzer düşünceler geçti. Fakat ne yazık ki bu hastanın hikâyesine (1976 baskısının ön kapağında yüzü yer almasına rağmen) *Uyanışlar*’ın orijinal baskısında yer vermedim. Sam hem bir araba hastası hem de yarış pilotuydu. Özellikle yarışçı olması olağanüstü hızlı tepkilerini ve “uçarı” hareketlerini açıklıyordu. Şiddetli bir Parkinson rahatsızlığına yakalanınca, 1930’larda araba yarışlarını bırakmak zorunda kaldı. Onun açısından “uyanış” tıpkı Rose R.’de olduğu gibi nostaljik bir özellik taşıyordu. Özellikle, L-DOPA sayesinde “gevşer gevşemez” araba resimleri çizmeye başladı. Sürekli ve büyük bir hızla resimler çiziyordu ve bu çizimler onda bir *saplantı* haline gelmişti; eğer çizmesi için ona yeterli kâğıt vermezsek bu kez duvarlara, peçetelere, yatak çarşaflarına çiziyordu. Çizdiği arabalar detaylı, gerçeğine tıpatıp benzer arabalardı ve tuhaf bir çekicilikleri vardı. Çizim yapmadığı zamanlar, 1920’lerde araba yarışlarına katıldığı “eski günlere” dair konuşuyor ya da yazıyordu – bu konuşma ve yazılar da aynı güçlü, ayrıntılı ve pırıltılı detayları yansıtıyordu. “Eski günlerine” dair çizim ve konuşmalar yapıp, yazılar yazarken kendini tamamen kaptırıyor ve bunlar *adeta o anda yaşanıyormuşçasına* hareket ediyordu; onun açısın-

dan 1930 öncesindeki günlerin, şu anda yaşadıklarından çok daha gerçek olduğu aşikâr; tam anlamıyla “yönlendirilmiş” olmasına rağmen tıpkı Rose R. gibi o da geçmişi yaşıyordu (veya kafasında yeniden canlandırıyor). 1969 yılında olduğunu, yaşlandığını, hastalığını ve bir hastanede yaşadığını *biliyordu* fakat kendisini 1920’lerdeki genç araba yarışçısı haliyle hatırlıyor ve öyle hissediyordu. (Ayrıca bkz. Sacks ve Kohl, 1970a.)

- 58 Rose R. 1969 yılında, L-DOPA tedavisiyle birlikte gerçekten de “uyanınca”, son derece heyecanlı ve hareketli günler yaşamaya başladı, fakat bir açıdan bu garipti. Müzisyen George Gershwin ve onun çağdaşlarından sanki hâlâ hayattalarmış ya da 1920’lerin ortasında yaşanan olaylardan, daha yeni yaşanmış gibi bahsediyordu. Modası geçmiş tavırları vardı ve konuşmalarında o dönemlere ait terimler kullanıyordu; sanki “1920’lerin son moda kıyafetlerini giyinip, o dönemin moda sayfalarından fırlamış” ve kendini birdenbire günümüzde bulmuş biri izlenimini veriyordu. Mekan oryantasyonunu kaybetmiş olabileceğinden şüphelendik. Ona birtakım sorular sordum; bana kısa ve tüylerimi diken diken eden bir cevap verdi: “Size Pearl Harbor’un ya da Kennedy suikastının tarihini söyleyebilirim,” dedi. “Hepsi kafamda kayıtlı – fakat hiçbirisi gerçekmiş gibi gözüküyor. 1969 yılında olduğumuzu ve 64 yaşında olduğumu *biliyorum* – fakat 1926 yılındaymışız ve ben de 21 yaşındaymışım gibi *hissediyorum*. Geçtiğimiz kırk üç yıl boyunca ben sadece bir seyirciydim.” (Yaşlarına kıyasla çok daha genç görünen, hisseden ve davranan, kişilikleri, kişisel gelişim süreçleri ve varoluşları, diğer fiziksel ve zihinsel gelişimleriyle adeta aynı dönemde sekteye uğrayan birçok başka hasta vardı.)

Not (1990): Edelman –sürekli bir “tekrar sınıflandırmaya” tabi gördüğü– bilinç ve hafızanın normal ve sürekli bir biçimde nasıl “güncelleştirildiğini” ve bu güncelleştirmenin ilk etapta serbest, akıcı ve düzgün hareketlere nasıl bağlı olduğunu tarif eder. Bu açıdan beynin derin yapılarında bulunan gri çekirdekler önem taşır – Edelman bunları “ardışık organlar” diye adlandırır. Rose R. ve hareketsizleşen, gri çekirdekler hasara uğramış diğer tüm hastalarımızdaki “güncelleme” eksikliği bu bakış açısıyla çarpıcı bir uyum gösterir.

- 59 Bu bölümde yazılanlar konuşma patoloğumuz Bayan Marjorie Kohl’un notlarına dayanmaktadır. Ben Ağustos ayı boyunca hastanede değildim.

60 Bkz. Ek Bölüm: Uyanışların Elektriksel Esasları.

- 61 İlerleyen kilo kaybının Parkinson hastalarındaki en tehlikeli ve genelde ölümcül bulgulardan biri olduğu gayet iyi bilinmektedir (ve bizzat

Parkinson tarafından da ifade edilmiştir). Bazı hastalarda bu durum gıda tüketmekte zorlanmaya bağlıdır. Bazı post-ensefalitik hastalarda ise, normal hatta oburcasına bir yemek tüketimine rağmen had safhada kilo kaybı görülebilir. Bu da olası bir merkezi kaşeksi belirtisidir ki bu durumda hastalar deyim yerindeyse kendi metabolizmalarının fırınlarında eriyip gitmektedirler. Bunun tersi ise –esrarengiz bir biçimde şişmanlama ve kilo alma– bu hastaların bir kısmında görülebilir. Birkaç vakada, birdenbire baş gösteren bir kaşeksi ya da bunun tersi, L-DOPA kullanımıyla birlikte gelişmiştir ve ilacın merkezi etkisini yansıtmaktadır. Bay O’nun yaşadığı kaşeksinin L-DOPA nedeniyle tetiklenip tetiklenmediği kesinlik kazanmamıştır.

- 62 Bu tuhaf tutukluk hallerinin bir kısmı, L-DOPA tedavisinden sonra tekrar meydana gelmeye başladı. Bunların arasında epey dramatik olanlardan biri aklımdan çıkmıyor. Bir gün post-ensefalitik hastalarımın kaldığı ve ayrıca bir banyo odasının bulunduğu beşinci katta büyük bir su baskını meydana geldi. Banyo odasına girdiğimizde Hester Y.’nin koltukaltlarına kadar yükselmiş suyun içerisinde hareketsiz durduğunu gördük. Omuzuna dokunduğumda yerinden sekerek “Tanrım! Neler oluyor?” dedi.

“Sen söyle,” dedim.

“Küveti yeni doldurmaya başlamıştım. Su yaklaşık beş santim kadar yükselmişti. Sonra tek hatırladığım bana dokunduğun ve ardından da bu su baskınını gördüm,” diye cevap verdi.

Konuşmamızı sürdürdükçe gerçek ortaya çıktı; algılanabilir, ontolojik bir anda donup kalmıştı. Su baskınının meydana geldiği bir saatten daha fazla bir süre boyunca ona göre küvette henüz beş santim su varken hareketsiz kalmıştı.

Saçlarını tararken meydana gelen benzer bir tutukluk hali *Uyanışlar*’ın belgesel filminde yer alır. Filmde birdenbire tüm hareketleriyle birlikte donup kalır... Birkaç dakika sonra seyirci huzursuzlanıp, film projektörünün takılıp takılmadığını anlamak için etrafına bakınmaya başlar. Fakat aslında takılıp kalan ve onu iki dakika boyunca bir “film karesi”ne sıkıştıran şey *Hester*’in kendi projektörüdür.

- 63 Hester’i ilk gördüğüm andaki “müthiş hayret duygusu”ndan bahsederken bu ifadeyi kesinlikle hiçbir abartıya kaçmadan ortaya koydum. Üzerinden yedi yıl geçmiş olmasına rağmen, karşımdaki olgunun sonsuz doğasını ve özelliklerini gördüğümde nasıl afalladığımı ve hayret duygusuna kapıldığımı hâlâ çok net bir biçimde hatırlıyorum... İnsanlar sonsuz ıstıraplardan, acılardan, arzu ve mutluluklardan bahsederken, bunları herhangi bir paradoks hissi olmaksızın doğal bir biçimde

ortaya koyar: Bunların sonsuzluğu, ruhun sonsuzluğu ölçütündedir. Yani bunları soyut ve metafiziksel anlamda tasavvur eder. Peki ya *Parkinsonizm* – bu farklı bir kategoride de yer almıyor muydu? Bu basit ve mekanik bir işlev bozukluğu –yalnızca bir kusur ya da aşırılık– değil miydi? Bu bozukluk aslında sınırları belli, uygun bir ölçek üzerinde, birimler ya da bölümler halinde ölçülen ve tıpkı bakkalın tereyağını tartması gibi tartılabilen, elle tutulur, somut bir şey değil miydi?

Bana öğretilen, okuduklarım ve düşüncelerim bunlardı. Ve sonra Hester’i görünce birdenbire bu düşünce yapımda bir uyumsuzluk olduğunu anladım. Bu bir bakış açısından, bir çerçeve ya da çıkış noktasından, derin ve şaşırtıcı boyutlarda farklı bir diğer bakış açısı, çerçeve ya da çıkış noktasına doğru atlamaktı. Hester’i gördüğümde birdenbire fark ettim ki, Parkinsonizmin sınırlı, tartılabilir ve rakamlara vurulabilir doğası sadece saçmalıktı. O anda anladım ki Parkinsonizm hiçbir açıdan sonu belli olan artış ya da azalışlara tabi olmazdı. Parkinsonizm bir eğilimdi – alt ya da üst sınırları veya sonu belli birimleri yoktu; öyle ki rakamlara vurulamazdı; daha ilk belirdiği, sancılarını ilk ortaya koyduğu andan itibaren, sonsuz sayıda küçük artışlarla başlayıp giderek daha sonsuz bir şiddet derecesine doğru ilerleyebilirdi. Ve deyim yerindeyse “en küçük parçası”, bütününe bölünmez doğasına sahipti. Yanı sıra böyle bir kavramın varlığını göz önünde bulundurarak bu hastalığın mantık ölçütünde değerlendirilemez, ölçülemez ve orantılanamaz olduğunu akla getirmemiz gerekir. Bu tür düşünceler kaygı verici anlamlar taşır. Eğer Parkinsonizm *kendi içinde* ölçülemez ise, ona tam anlamıyla çare olacak, onu ortadan kaldıracak (sınırlı ya da geçici önlemlerden daha fazlasını ortaya koyarak) bir karşıt önlem bulmak da hiçbir zaman mümkün olamaz. Aklımdan çıkarmaya çalıştığım bu tehlikeli düşünce, ilk kez 1966 yılında Hester’i görünce kafama yerleşti. Daha sonra 1967 yılında L-DOPA’nın hastalar üzerindeki olağanüstü etkilerini ve en doğru dozaja rağmen “yan etkilerin” ortaya çıktığını okuduğum zaman bu düşünceye tekrar kapıldım.

Dolayısıyla Parkinsonizmin (ya da migrenin, acının veya zevkin) ilk sancıları ya da başlangıcı, rahatsızlığın bütününe önceden ortaya koyar ve ilk andan itibaren bütününe özelliklerini içinde barındırır – *bu* potansiyel açıdan sonsuz bir genişlemenin başlangıcıdır. (Aynı zamanda yetenekli bir romancı olan bir migren hastasına, bir zamanlar, krizlerin özellikle nasıl başladığını ve neler yaşadığını sorduğumda şöyle bir yanıt vermişti: “Sadece tek bir belirtiyiyle başlamıyor. Bir bütün olarak başlıyor. İlk başta, tüm nöbeti çok hafif hissediyorsunuz... Bu tıpkı ufuktaki küçük ve bilindik bir noktanın gözünüze ilişmesi ve ardın-

dan yavaş yavaş o noktanın büyüdüğünü görmeyiz ya da uçaktayken, ineceğiniz alanı uzaktan göz ucuyla görüp, sonra bulutların arasından alçalmaya başladıkça bu alanın görüntüsünün giderek büyüüp netleşmesi gibi bir şey.” Ardından şunu ekledi: “Migren önce uzakta bir hayal gibi belirip ardından kocaman ve korkunç bir hal alır. Fakat bu sadece nicel bir değişimdir – zira rahatsızlık hissi en başından itibaren mevcuttur.”)

(1990 baskısına ilave not): Bu dipnotun orijinal baskısında, sonsuz sayı ve serilere dayanarak Parkinsonizmin sınırsızlığını açıklamaya çalışmıştım. Parkinsonizmin, L-DOPA’nın ve beyin işlevinin sayısız farklı özellikleri yanında şimdi görüyorum ki, bunlar 1960’larda ortaya konmamış ve özellikle kaos ve doğrusal olmayan teorilere bağlı birtakım modellemelere gereksinim duymaktadır (Bkz. Ek: Kaos ve Uyanışlar).

64 “... kendi konuşmasında yer alan bazı kelimelerin çekimine kapılmış, zihni aynı yörüngenin etrafında yavaşça dönüp duruyordu.” James Joyce, “Bir Karşılaşma.”

65 Yıllar süren, neredeyse tümüyle hareketsiz bir dönemin ardından, ondaki bu ani hareketlenme ve “normale dönüş” buna tanık olanlar açısından muazzam ve neredeyse “imkânsız” bir olaydı – dolayısıyla hem ben hem de hastane kadrosu büyük bir şaşkınlık yaşamış ve bunu “bir mucize” diye değerlendirmiştik. Hester’i ilk kez 1966 yılında gördüğümde hayretler içerisinde kalmıştım ve hem fiziksel hem de zihinsel olarak bir sekteye uğradığını fark etmiştim; fakat bu 1969 yılında onu, tüm hareket seyrini kusursuz bir şekilde, bütünüyle muhafaza edip rahatlıkla ve akıcı bir biçimde hareket ettiğini ve konuştuğunu gördüğüm anda yaşadığım şokla kıyaslanamaz. Bu konu üzerinde düşünüp taşındıkça, yaşadığım şok duygusu derinleşti. Ta ki Parkinsonizmin, eylemin, varoluşun ve zamanın doğasına dair neredeyse tüm düşüncelerimin gözden geçirilmesi gerektiğini fark edene dek...

Zira eğer *normal* bir insan kısa süreliğine de olsa “eylemsiz kalırsa”, tekrardan eyleme geçmek istediğinde yani önceki eylem seyrine geri dönmek istediğinde, ciddi ve tuhaf güçlüklerle karşılaşır. Dolayısıyla eğer bacağımızı kırırsak ya da bacak kasımızı yırtarsak (ve bacağımız alçıya alındığında bu kuşatma nedeniyle hareketsizlik daha da artacaktır) anatomik olarak iyileşsek dahi *işlevsel açıdan sakat* olduğumuzu fark edeceğiz: Dolayısıyla böyle bir deneyimden sonra (ya da daha doğrusunu söylemek gerekirse normal yaşam ve eylemdeki böyle bir boşluğun ardından) eylemsiz kalan bacağımızın nasıl kullanıldığını “unuttuğumuzu” fark ederiz. Böylece bu kullanımı tekrar öğrenmeye (ya da tekrar keşfetmeye) yönelik haftalar ya da aylar alabilecek bir

sürece girmek zorunda kalırız. Gerçekten de eğer kolumuz ya da bacağımız belli bir süre ciddi biçimde eylemsiz kalırsa, onun varlık hissini tümüyle kaybedebiliriz. Bu tür gözlemler Leibniz'in şu sözlerini doğrular niteliktedir: Hareket etmeyen, varolmaz. Bundan anlaşılmaktadır ki eylemdeki bir eksiklik ya da boşluk, varoluştaki bir eksiklik ya da boşluğa neden olur – bizler dürtülerin, vücudun duyumsal ve eylemsel organları arasındaki bilgilerin sürekli akışına son derece bağımlıyız. *Faal olmalıyız, aksi takdirde varolamayız. Eylem ve gerçeklik aynı şeylerdir...*

Peki o zaman yıllar boyu tümüyle hareketsiz ve (olasılıkla) eylemsiz kalan Hester nasıl olup da kaşla göz arasında ayağa kalkıp yürüyebilmiştir? Benim ilk başta düşündüğüm gibi onun bu hareketsiz döneminde aslında eylemsiz olmadığını varsayabiliriz; fakat bu hipotezi birkaç açıdan çürütmek mümkün – had safhada durgunluğuna dair kendi klinik gözlemler, bu durgunluk esnasında yaşadıklarına dair kendi anlattıkları ve yine bu durgunluk dönemlerinde kaslarının elektriksel faaliyetlerini kaydetme girişimleri sırasında görülen elektriksel tepkisizlik; tüm bu gözlemler onun bu sekte dönemlerinde gerçekten ve tümüyle eylemsiz olduğunu ortaya koyar. Fakat yaşadığı durgunluğun *özel bir devamlılığı olmadığı* da açıkça görülüyordu. Bu dönemlerde Hester için “zaman akıp gitmiyordu”; Hester böyle zamanlarda (eğer mantık ve anlam paradoksu gözardı edilirse) aynı anda hem eylemsiz, hem na-mevcut ve hem de zaman kavramından kopuk bir haldeydi... Yalnızca, bana ilk başta hayal ürünü gibi görünen bu tür yaklaşımlar sayesinde Hester'in, “ontolojik açıdan normal” ve belli bir sürede hareket seyrini kaybedebilecek ya da “unutacak”, sonra bu kayıp seyri tekrar “hatırlayıp” öğrenebilmek için belki de daha uzun bir zamana ihtiyaç duyacak bir insanın aksine, yıllar süren hareketsizliğin ardından normal faaliyetine tekrardan nasıl kavuştuğunu idrak edebiliyordum. Normalin aksine, Hester'in ontolojik ve varoluş akışı adeta birdenbire bir “şalter gibi kapatılabiliyor”, bu arada, bir hareket seyri kaybı olmaksızın ve ardından bunları tekrar öğrenmeye ihtiyaç duymaksızın aynı hızla “şalter açılabilirdi” – zira onun açısından zaman akıp gitmemişti.

- 66 L-DOPA tedavisi öncesi gördüğüm en *engelli* hasta olan Bayan Y., tedavi sonrasında gördüğüm en *hızlanmış* hasta haline geldi. O reaksiyon zamanı açısından, bildiğim tüm Olimpiyat atletlerini geride bırakabilirdi; eğer düello yapıyor olsaydı, Batı'daki en hızlı silahşörleri alt edebilirdi. Böyle bir hız, çeviklik ve hareket çabukluğu sadece patolojik durumlarda meydana gelebilir. Hepsinden öte de Gilles de la To-

urette sendromlu (çoklu tik) hastalarda, bazı hiperkinetik çocuklarda ve "cinnet" derecesindeki hiperkinetik katatoni hallerinde görülür. Bu tür hastalarda hareketler (Bleuler'in ifadesine göre) "...çoğunlukla büyük bir kuvvet ve şiddetle ortaya konur ve neredeyse her seferinde gereksiz kas gruplarının kullanımı söz kousudur... Tüm eylemler amacı aşan bir güç ve enerjiyle meydana gelir." Ve elbette bazı ilaçların kullanımı da bu güç ve enerjiyi açığa çıkarır. (İlaç kullanımından kaynaklanan yavaşlama ve hızlanma konusu H.G. Wells tarafından eğlenceli ve kehanet içeren bir hikâyede ele alınmıştır. "Yeni Hızlandırıcı" geçtiğimiz yüzyılın sonunda kaleme alınmıştır.)

Bu tür bir hasta ne denli hızlandığının (ya da yavaşladığının) kesinlikle farkında değildir. Öğrencilerime Hester ile top oynamalarını söylediğimde, öğrenciler onun sadece atışlarını yakalayamamakla kalmayıp, avuçları hâlâ açık bir haldeyken Hester'den geri gelen sert topun hışmına da uğruyorlar ve bir mermi gibi gelen top hızla onlara çarpıyordu. Öğrencilerime dönüp "Ne kadar hızlı olduğunu gördünüz mü? Onu sakın hafife almayın ve hazırlıklı olun" diye uyarmak zorunda kalıyordum. Fakat hazırlıksız yakalanıyorlardı. Zira onların en iyi reaksiyon zamanı saniyenin yaklaşık sekizde biriyken Hester'inki sadece otuzda biriydi. Bu durumda da Hester'e dönüp "Yavaşlamalısın! Ona kadar say ve *ardından* topu geri at" demek zorunda kalıyordum. Bunun üzerine topu hiç gecikmeden uçurucasına geri savuruyordu. "Sana ona kadar saymanı söylemiştim" dediğimde sözcükleri yutarcasına hızlı bir konuşmayla "Ama ona kadar saydım" diye cevap veriyordu. Bu tür hızlanmış dönemlerinde Hester, bir saniyeden kısa bir sürede içinden ona (ya da yirmiye veya otuza) kadar sayıyor, *fakat bunu bu denli hızlı yaptığının farkına dahi varmıyordu*. (Bunun tersi bir durumda aynı ölçüde şaşırtıcıdır ve Miron V. adındaki bir başka hastada açıkça gözlemlenmiştir – bkz. dipnot 83).

- 67 Hester'in tikleri görece basit tiklerdi. Fakat diğer hastalar düşük seviyeli anlamsız hareketlerden ve kasılmalardan en detaylı türdeki tik ve dürtülere kadar uzanan çok çeşitli istem dışı hareketler ve dürtüler sergilemişlerdir. Güçlü bir içsel zorlamayla birlikte meydana gelen ve ardından da kısa bir rahatlama yaşanan tiklerin arasında dudak şapırdatma, öpme, emme, üfleme, zoraki burun çekme, güçlkle soluma, nefes nefese kalma, ani kaşınma ve dokunma, omuz silkme, kafa sallama, yüz buruşturma, kaş çatma, gözlerini dikerek bakma, selamlama ve vurma, zoraki tekmeleme, zıplama ve ayağını yere vurma, parmak şıklatma, karmaşık solunum ve hırıldama, havlama, haykırma ve çığlık atma türünden zoraki ses çıkarma tikleri sayılabilir. Kısa ve tam

oluşmamış seslerden karmaşık çıgıklar atmaya kadar varan sesli tikler de meydana gelmektedir.

68 Dolayısıyla bir düzinesi birden aynı anda harekete geçen Hester'in tiklerini seyrederken (ya da "dinlerken"), herhangi bir uyum ya da senfonik sestten ziyade birçok alakasız ezgi ve melodinin birbirinden bağımsız olarak ortaya çıktığı çoksesli bir kakafoni dinlediğiniz izlenimine kapılırdınız.

69 Benzer "tarz"da tikler ve bunların "kullanım"ı Tourette Sendromlu hastalarda da gözlemlenebilir. Bu hastaların bir kısmının küçük, aralıksız devam eden, "titreşen" tikleri vardır – diğerlerinde ise şiddetli, sarsan ve kıvrandıran "makro-tikler" mevcuttur; bazıları tiklerinin anlamsız olduğunu düşünür. Diğerleri ise anlam yüklemeyi (ve belki de detaylandırmayı) tercih eder. Nörologlar bu noktada "basit" tiklere karşı "karmaşık" tiklerden bahseder. Fakat bir bölünmeden çok en alt düzeydeki istem dışı hareketlerden ve seğirmelerden başlayıp, en detaylı ve tuhaf türden dürtü ve davranışlara kadar uzanan geniş bir yelpaze olduğu açıktır (bkz. Sacks, 1982a).

70 *Mümkün olan en basit uyarıcının* –küçük bir ışık hüzmesi ya da enerji biriminin– bu durağan halleri dağıtıyor olması bize bu hallerin tümüyle *ataletsiz* olduğunu gösterir; mutlak durağanlıktan normal, akıcı devinime *anlık* bir atlama olabileceği gerçeği de bunu ayrıca ortaya koyar. Bu olağandışı hallerin mutlak devinimsizliği, evresel dönüşümlere olan yatkınlıklarıyla bir araya geldiklerinde atomlardan ve elektronik yörüngelerden oluştuğu varsayılan "durağan haller" ve birimsel "atlamalarla" bir benzerlik ortaya gösterirler; aslında bu tür bir mikro-olgunun büyük ölçekteki bir modeliyle karşı karşıya olduğumuzu ortaya koyarlar – deyim yerindeyse bunlar "makro-birimsel hallerdir." Bu tür ataletsiz haller, yoğun bir atalet, değişime karşı direnç, zaman ve mekânda şiddetli sapsmalar yaşanan pozitif Parkinson rahatsızlıklarıyla taban tabana zıttır (ve bu iki olgu birbirini tamamlar niteliktedir); zira bu rahatsızlıklar galaktik olguların minyatür modelleridir ve dolayısıyla bunlar "mikro-izafiyet halleridir."

Bu tür yaklaşımlar iki yıl önce şu yargıya varmama neden oldu: "Elimizdeki veriler sadece klasik nörolojinin yetersizliğini ortaya koymakla kalmayıp, birimsel-izafi türden yeni bir nörofizyolojinin, çağdaş fiziğin kavramlarıyla uyumlu şeklini de gösterir" (Sacks, 1972). Daha da ileri gideceğim. Denebilir ki, bu tür benzerlikler akla yatkın veya faydalı olsa da, atomlarla galaksiler ne denli uzaksa, ele aldığımız olgu da "günlük" yaşamdan alabildiğine uzaktır. Fakat bana kalırsa bu yargı ne ilginç ne de doğrudur. Kanımca bilinen biyolojik olguların

büyük çoğunluğu –tutkularımızın gücü ve biçimlerinden tutun da, böceklerdeki duraklama ve sıçrama faaliyetlerine kadar– izafi ve birimsel türden analizlere eşit düzeyde açıktır; izafiyet ve birimselliğin fizikteki keşfinden çok önce biyologlar tarafından “keşfedilmemiş” olması beni bir ölçüde şaşırtıyor.

71 “Bu haller, *tüm* düşünce ve davranışı etkileyebilecekleri göz önünde bulundurularak tamamen görsel terimlerle tanımlanabilir. Hareketsiz bir resmin gerçek ya da devamlı bir perspektifi yoktur. Resim daha ziyade tamamen yassı, girintili çıkıntılı şekillerden ya da bir dizi kâğıthelva inceliğinde düzlemlerden ibaret görünür. Kavisli şekillerde devamlılık kaybolur ve birbirinden farklı, devamsız kademelerden oluşmuş gibi gözükür: Örneğin daire bir çokgen gibi gözükür. Boşluk, katılık ve uzatma hisleri yoktur. Objeler sadece yan yana dizilmiş yüzeyler gibi görünür. Hareket hissi ya da olasılığı yoktur. Süreç, etki ya da alan hissi de yoktur. Bu kristalit dünyada duygu ya da enerji yoğunlaşması yoktur. Hiçbir çekim ya da ilgi hissi yoktur. Bu değişmez, donuk, öylece duran bir haldir. Hasta, bu kaba saba durgun görüntülerden sonra muazzam çeşitlilikte mikroskobik görüş ya da çok küçük görme halüsinasyonlarına kapılabilir. Bu halüsinasyonlarda örneğin, yatak örtüsü üzerinde gördükleri bir toz tanesi tüm görsel alanlarını doldurur ve keskin kenarlı yüzeylerden oluşan bir mozaik gibi görünür. Bu aşamadan sonra hasta, artık tanıdık şekillere hiç benzemeyen kafes ve örgü şekilleri görmeye başlar. Ta ki en sonunda hastanın tüm duyumsamaları bu kafes şekilleri içerisinde tek bir noktayı algılamaya başlayana kadar bu böyle sürer. Bu nokta sonsuz sayıda, eşmerkezli, merkezde yoğun kenarlara doğru silikleşen halelerden ibarettir...” (Sacks, 1972).

72 Hastalar devinimsel görüşten çıktıkça, titreme daha da hızlanır ve birdenbire saniyede yaklaşık on altı kareye kadar ulaşır –“titreme füzyon sıklığı” diye adlandırılan olgu– normal hareket hissi ve devamlılık yeniden tesis edilir.

73 Eğer konuya ilişkin Hester’in anlattıklarını doğru kabul edersek (eğer hastalarımızı dinlemezsek, hiçbir şey öğrenemeyiz), zamanı ve “anların” doğasını algılamaya dair yeni bir hipotez ortaya koymak zorunda kalırız. Bunların en basiti sanırım “an”ları ontolojik olaylar olarak algılamak (yani *bizim* “dünyevi-anlarımız” olarak) ve bir defada birkaç tanesini birden “özümsemiğimizi” varsaymaktır (tıpkı hareket halindeki bir balinanın her defasında bir karides sürüsünü yutması gibi) ya da belirli bir zaman diliminde, bu anların küçük bir miktarını “istifleyip” herhangi bir durumda, düzgün bir sırayla her defasında

birer birer harekete geçip, gerçek hale geldikleri bir iç projektöre bunları “yerleştirmektedir”. Normalde, bu süreç doğru ve kolay bir biçimde çalışır; fakat belirli koşullarda ontolojik anlarımız yanlış sırayla yerleştirilebilir ve böylece kronolojik açıdan “geçmiş” ya da “gelecek”te yer alması gereken anlar normalde olmaları gereken evrelerden saparak, son derece ikna edici bir biçimde (fakat uygunsuz olarak) bize “şu an” olarak görünürler. Sinir sistemindeki hatalı ya da yanlış “zaman tanımlamaları”na ilişkin, daha yaygın fakat yine de esrarengiz deneyimler olan *déja vu* (bunu daha önce görmüştüm), *jamais vu* (asla görmedim), *presque vu* (görür gibi oldum) vs. gibi olgulara dair bir araya gelmiş hipotezler, Efron tarafından ortaya konmuştur. Bunlar devinimsel görüşle ilişkilendirilmezler, fakat yoğun ve sıra dışı sinirsel tahriklerin yaşandığı hallerde meydana gelme eğilimi gösterirler (Martha N. ve Gertie C.’nin yaşadığı benzersiz vakalarda olduğu gibi). Zamana dair, bu kitapta anlatılan diğer tuhaflıklarla birlikte tüm bu *zaman atlama* halleri, soyutla gerçeğin, kronolojikle ontolojinin, bizim zaman kavramımız ve algılamamız açısından ne denli birbirlerinden uzak olduklarını ortaya koyar.

- 74 Post-ensefalitik hastaları “dizginleme” ve kontrol etmeye dair bu tür stratejilerden birkaçı *Bazal Ganglia ve Beden Duruşu* adlı olağanüstü eserinde Purdon Martin tarafından örneklerle açıklanmıştır. Teorik ve pratik yönden detaylı bir tedavi yöntemi, A.R. Luria’nın yazdığı *İnsan Çelişkilerinin Doğası* başlığını taşıyan ilk kitabının son bölümünde (“Davranışların Kontrolü”) anlatılmıştır. Bu bölümde Luria şöyle der: “... sağlıklı bir beyin kabuğu, Parkinson hastasının dıştan gelen bir uyarıcıyı kullanmasına ve beyin kabuğu altından kaynaklanan istem dışı hareketlere karşı telafi edici bir faaliyet oluşturmaya olanak sağlar... Doğrudan irade gücüyle başarmanın mümkün olmadığı şey, eylem diğer bir karmaşık sisteme dahil olduğunda mümkün hale gelir.”
- 75 Dürtüler, içgüdüler ve aşırı bir iştahla birlikte kendini gösteren bu karmaşık rahatsızlık, ağır Gilles de la Tourette sendromlu vakaları akla getirmektedir (bu tür vakalarda yüksek sesle küfür etme, müstehcen saplantılar, güçlü bir cinsellik içgüdüğü, kendi kendine zarar verip yaralama, iştah, aşırı bir hareket enerjisi ve çoklu tikler bir arada görülebilir).
- 76 Spitz, yetim çocuklardaki insan muhtaciyetinin etkileri üzerine unutulmaz tanımlamalar yapmıştır. Meksika’daki bir yetimhanede, çocuklara ihtiyaç duydukları her türlü bakım verilmiş ve sağlıklı bir ortam sağlanmıştı. Fakat hiç *insan* sevgisi, alakası ve sıcaklığı gösterilmemişti. Bu çocukların neredeyse tümü üç yaşına gelmeden yaşamlarını

yitirdiler. Çok küçük, çok yaşlı, çok hasta ve bakıma muhtaç insanlar üzerindeki bu tür çalışma ve benzer gözlemler, insan ilgisinin ve bakımının hayati bir önem taşıdığını ve bu ilginin yetersiz ve var olmadığı durumlarda insanoğlunun hızla çürüyüp gittiğini, daha hassas ve korunmasız bir hale geldiğini ortaya koymuştur; bu bağlamdaki ölümler her şeyden önce varoluşçu bir ölümdür. Bu, yaşama arzusunun ölüp gitmesidir – ve dolayısıyla fiziksel bir ölüme davetiye çıkarır. “Kederden ölme” konusu, C.M. Parker’in *Matem* adlı kitabının ikinci bölümünde (“Kırık Kalp”) kapsamlı bir biçimde ele alınmıştır.

77 Bu dönemde Bayan H.’nin sadece rakamlara (ya da her türden “hesaplama”lara) dair olağanüstü *becerisi* değil, aynı zamanda, ara sıra görülen, tuhaf ve önü alınmaz *istek ve dürtüleri* de olduğu ortaya çıktı. Böyle zamanlarda Miriam attığı adımları, kitap sayfalarında kaç kelime olduğunu ya da kitabın özetini içeren kapak yazılarında geçen “e” harflerini sayma zorunluluğu hissediyordu. Bazen pencereden dışarı bakarken, geçen arabaların plakalarını içinden “kaydediyordu” ve sonra bu plakalardaki numaraları çeşitli işlemlere tabi tutuyordu – örneğin karesini alma, küp kökünü bulma, çeşitli benzer sayılarla kıyaslama gibi. (Bunları yaparken de kusursuz hafızası ona yardımcı oluyordu – her plakayı, her sayfada saydığı kelime sayısını, kütüphanedeki her kitap özetinin içinde geçen “e” harfi sayısını.)

Bazen tüm bir cümleyi söylüyor, yazıyor ya da tersten okuyordu; bazen koğuştaki kalan diğer hastaların kapladığı hacmi kübik inç biriminden tahmin etmeye çalışıyordu; bazen de yüzlerini geometrik rakamların toplamalarına “bölüyordu”. Bunları yaparken de Luria’nın “Bellekçi”sininkine” benzer bir görsel izlenim ve hafıza ona yardımcı oluyordu; insanları bu şekilde “matematikselleştirirken” onları insandan ziyade çözülecek birer “problem” olarak algılıyordu. Bir taraftan bu dürtülerin tuhaf olduğunu düşünüyor, diğer taraftan da onları karşı konulmaz buluyordu ve “çözülmesi gereken muammalar” olmalarından ötürü önemli olduklarına inanıyordu. Bu his yaptığı tüm “tuhaflikların” temel nedeni ya da mantıklı bir açıklamasıydı.

Değişik görüntü ve konumları –kendi ifadesiyle– “simetrik hale getirme” onun için çok “önemliydi”: Ya, örneğin masa örtüsü üzerindeki objelerin tekrardan düzenlenip, yerleştirilmesi gibi gerçek bir durum söz konusuydu (bu bazen diğer insanların sandığı gibi basit bir simetri değil, sadece onun farkında olduğu “gizli” ya da esrarengiz bir simetridi) ya da genelde çok daha hızlı, neredeyse anlık ve görsel izlenimi sayesinde gerçekliğe dönüşen “zihinsel” bir durum söz konusuydu.

“Aritmetikmani”, yani sayma ve hesaplama dürtüsü, salgının ilk dö-

nemlerinde sık sık görülmüştü ve Gilles de la Tourette sendromunun da önde gelen bulgularından biri olarak görülüyordu. Sonraları Miriam'da, diğer post-ensefalitik hastalarım da ve gözetimim altındaki birkaç Touretteli hastada görülen bu aritmetikmanın, düzen ve karışıklığa dair daha köklü bir dürtünün *yüzeyi* olduğunu düşündüm: düzenleme, bozma ve tekrardan düzenleme *gereksinimi*; düzenleme, bozma ve yeniden düzenlemeye dair *derin düşünce*. Aritmetikmani, aritmetik bir düzenle ilgiliydi; diğer işlemler ise mantıksal bir düzenle ilgiliydi; "simetrikleştirme" ise uzaysal bir düzenle ilgiliydi ve bu böylece sürüp gidiyordu. Bu anlamda, ilk anda çok tuhaf ve özgün bir dürtü gibi görünen şey, tuhaf bir abartı ya da eğilimi olsa da aslında *evrensel* bir zihinsel ihtiyaç gibi görünmelidir (bu tür gariplik ve eğilimler Tourette sendromu ve otizmin de özellikleri arasındadır).

Miriam'ın aritmetik ve entelektüel "nöbetleriyle" EEG (Elektroenselelografi) verileri arasında şaşırtıcı bir korelasyon ortaya çıkardım. Bir gün EEG kayıtlarını alırken, yüzden 7 rakamını art arda, seri halde çıkarmasını istedim – beyin dalgalarındaki etkilerini görmek amacıyla hastalara sık sık bu tür görevler verilir (bkz. Ek: Uyanışların Elektiriksel Esasları).

Bunu ondan ister istemez yoğun ve neredeyse şiddetli bir konsantrasyon ifadesi takındı; aynı anda EEG kayıt kalemlerinden sert bir ses geldi. Bu yaklaşık yirmi saniye sürdü ve Bayan H. yüzünde bir gülümsemeyle bana bakarak "Bitirdim" dedi.

Kuşkuyla "Bitti mi?" diye sordum. "Sonuç nedir?"

"Sonuca ulaştım" diye yanıtladı, "eksi altı yüz" – on dört işlem sonrasında böyle bir sayıya ulaşmak "anlamsızdı"; görünen oydu ki "simetrik" sayıda işlem yaparak "simetrik" bir sonuca ulaşmıştı. Dolayısıyla 100'den 7'leri çıkarmaya başlayıp, yüz işlem sonrasında "güzel, yuvarlak bir sayıya" yani eksi 600'e ulaşmıştı. Çıkarma işlemini nasıl yaptığını sorduğumda cevapların gün gibi ortada olduğunu ve bir tür zihinsel karatahtanın üzerinde "*göründüğünü*" söyledi. EEG kayıtlarına baktığımda, çıkarma işlemlerini yaptığı sırada kalemlerin çıkardığı sesleri duyduğum anlarda her iki oksipital alanda (art kafadaki görsel alan) oluşan *diken formasyonlarını* gördüm; bunları saydığımda ulaştığım sayı ise tam olarak yüzdü. Dolayısıyla, her zihinsel işlem EEG'deki bir çubuk formasyonuna denk geliyordu – bunlar nöbetler esnasında görülen türden diken formasyonlarıydı. Bu nedenle (görünen oydu ki) aritmetik dürtüleri aynı zamanda aritmetik "*sarsılmalar*", "*epilepsiler*" ya da "nöbetler" olabilirdi. Yüz işlemi içeren bu kendine özgü nöbet, sadece yirmi saniye sürmüştü.

- 78 L-DOPA'nın post-ensefalitik hastalarda gösterdiği en sevindirici etkilere biri de, cehennem azabı çektiren bu göz krizlerinin bir süreliğine son bulmasıydı (hastalarımızın yaklaşık dörtte birinde bu etki meydana geldi; bkz. Sacks ve Kohl, 1970b).
- 79 Bayan H. ve Bayan D. bu dönemde birbirlerinden nefret etseler de birbirlerinden uzak kaldıklarında mutsuz oluyorlardı, zira günlerinin büyük bir bölümünü karşılıklı oturup krizler yaşayarak geçiriyorlardı.
- 80 Rüyalarındaki değişimler, Parkinson hastalarında olduğu gibi, post-ensefalitik sendromlar ortaya koyan hastalarda da genelde L-DOPA'ya verilen tepkilerin ilk işaretidir. Rüyalar tipik bir berraklığa kavuşmakta (birçok hasta rüyalarının aniden ısı ısı ve renkli bir hale geldiğini ifade etmekte), duygusal yanı yoğunlaşmakta (erotik rüyalar ve kâbuslar görme eğiliminin artmasıyla birlikte) ve tüm gece boyunca sürme eğilimi göstermektedir. Bazen öylesine "gerçeğe yakın" rüyalar görülmektedir ki, hastalar uyandıktan sonra bunları unutamamakta ya da akıllarından çıkaramamaktadır. Dinine bağlı Katolik bir hasta, babasıyla enstest bir ilişkiye girdiğine dair gördüğü akılda kalıcı rüyalar nedeniyle dehşete düşmüştü. Kızgın bir ifadeyle "Hayatımda daha önce hiç bu tür rüyalar görmemiştim," diye yakınmıştı hastayı bunların sadece bir rüya olduğuna ve onun bunlardan kendini sorumlu tutmasına ya da suçlu hissetmesine gerek olmadığına dair teskin etmek zorunda kalmıştık. Eğer teskin edilmeseydi, bu tür rüyaların onda bir psikoza yol açabileceğini aklıma getirmeden edemiyordum. Bu türden aşırı rüyalara –hem görsel hem de duyumsal yönden akılda kalıcı ve bilinç dışı psişik içeriğe sahip; halüsinasyon benzeri rüyalar– ateşli hastalıklarda ve afyon türevleri, amfetamin, kokain ve halüsinatif ilaçların kullanımında; migren ve benzeri nöbetler esnasında (ya da başlangıcında); diğer organik heyecanlanmalarda ve bazen de psikoz başlangıçlarında sıkça rastlanır.
- Çizim tarzı –rüya görme ve hayalde canlandırmada olduğu gibi– hastaların L-DOPA'ya verdikleri tepkiler ortaya çıktıkça ciddi boyutlarda değişime uğrayabilir. Kendisinden bir ağaç çizmesini istediğiniz bir Parkinson hastası küçük, cılız, gelişmemiş, üzerinde yaprakları olmayan çıplak bir kış ağacı çizme eğilimi gösterir. L-DOPA'nın verdiği canlılıkla hasta "ısındıkça" çizdiği ağaç da güçlü, canlı, yaprakları olan bir resme dönüşür. Eğer L-DOPA'dan ötürü aşırı heyecanlanıp, ilacın etkisi altına girerse, ağaç, dallarında çiçekler açmış, dallanıp budaklanmış ve yeni yapraklara kavuşmuş, bir parça arabesk süsler, biblolar ve buklelerle donatılmış bir hale gelir ve ağacın ilk çizildiği hali bu barok detayın altında kaybolup gidene dek bu böyle devam eder. Profesyonel seramik sanatçısı olan Irmgard H. adında bir hastanın, L-DOPA kullan-

madan önceki çizimleri basit ve pastoral figürlerden oluşuyordu –ağaçların etrafında dans eden çocuklar vs. L-DOPA’nın verdiği canlılıkla bu masum çizimlerin yerini boğa güreşleri, horoz dövüşleri, gladyatörler ve boksörler alıyordu– kendisi bu süreçte gayet sakindi; ilacın vermiş olduğu bu yeni agresif tavır sanatına yansiyordu. Daha sonrasında, çizdiği figürler, saplantılı ve tekrar eden motifler ve labirentlerle son derece biçimsel, karmakarışık bir hale dönüşüyor ve Louis Wain’in kristal kedilerini andırana dek bu böylece sürüp gidiyordu. Bu tür çizimlere, Tourette sendromlu hastalarda da sıkça rastlanmaktadır – temel form ve düşünceler, vahşi ve süslerle dolu bir ormanın ve amfetamin gibi uyuşturucuların önyak olduğu sözde bir “hızlı-sanat” içinde kaybolmaktadır. Önce hayal gücü harekete geçmekte, ardından aşırı ve sonsuz ölçüde dürtülenmektedir.

- 81 Bu anlamda Miron V., 1918’de yaşadığı, klinik belirtiler ortaya koymayan ve *encephalitis lethargica* olarak varsayılabilir bir krizle, post-ensefalitik bir sendrom olduğu kuşku götürmez bir rahatsızlığın ortaya çıkması arasında neredeyse otuz yıllık bir süreç geçirdi. Bundan daha da uzun “kuluçka dönemleri” meydana gelebilir: Örneğin Hyman H. adında bir başka hasta 1917 yılında şiddetli uyku hastalığına dair belirtiler ortaya koymuş, sonrasında tamamen iyileşmiş, fakat 1962 yılında post-ensefalitik sendroma yakalanmıştı.
- 82 Bu tür “hastaneye ilk defa yatanların yaşadığı psikozlar” özellikle Mount Carmel gibi ölümcül hastaların bulunduğu hastanelere yatırılmaya pek de istekli olmayan hastalarda sıkça görülmektedir. Bu tür psikozları düzinelerce hastada gözlemledim.
- 83 Her ne kadar yukarıda Bay V.’nin sık sık, kesintisiz on beş saat boyunca tümüyle hareketsiz bir biçimde oturduğunu belirtmiş olsam da bu tam olarak doğru değil. Bazen sabahları buzlu camı olan bir kapıya yansıyan silüetini görüyordum. Görünürde hareketsiz sağ eli dizinden birkaç santim uzaklıkta duruyordu. Sonra günün ortasına doğru onu gördüğümde elini bu kez burnuna doğru giderken yarı yolda “donmuş” bir halde buluyordum. Birkaç saat sonra ise eli ya gözlüklerinin ya da burnunun üzerinde “donmuş” bir halde görülüyordu. Önceleri bunların anlamsız akinetik duruşlar olduğunu düşündüm. Ancak çok sonraları, hasta L-DOPA tedavisiyle uyanıp hız kazandığı vakit neredeyse inanması güç gerçek ortaya çıktı. Tuhaf bir biçimde “donmuş” duruşlarını hatırlayıp ona bunlardan söz açtım.
- Şaşkınlıkla, “Donmuş duruşlar da neyin nesi?” diye sordu. “Yalnızca burnumu siliyordum!”
- “Fakat Miron bu imkânsız. Donmuş duruşlar olarak gördüğüm şeyle-

rin elinin burnuna doğru hareket etmesi mi olduğunu söylüyorsun?" "Elbette. Başka ne olabilirler ki?" diye cevap verdi.

"Fakat Miron, bu duruşların arasında saatlerce fark var," diye itiraz ettim. "Bana burnunu silmenin altı saat sürdüğünü mü anlatmaya çalışıyorsun?"

"Kulağa çılgınca ve aynı zamanda korkutucu geliyor," dedi. "Bana göre bunlar sadece bir saniye süren normal hareketler. Bana burnumu silmenin bir saniye değil *saatler* aldığını mı söylüyorsun?"

Ona ne cevap vereceğimi bilemedim; ben de en az onun kadar şaşkındım. Gerçekten de bu, kulağa son derece tuhaf geliyordu. Fakat elimde, Miron'un kapıya yansıyan hareketsiz silüetinin sayısız fotoğrafı vardı. Bunların aynı gün içerisinde çekilmiş olan otuz tanesini bir araya getirip, sinema fotoğrafı boyutunda küçülterek, projektörde saniyede on altı kare hızında oynattım. Şimdi, inanılmaz bir biçimde "olanaksız"ın gerçek olduğunu görüyordum; fotoğrafçılıktaki zaman atlatma tekniğini kullanarak, art arda birbirini takip eden "duruşların" gerçekten de sürekli bir faaliyet oluşturduklarını gördüm. Miron gerçekten de sadece burnunu siliyor, *fakat bunu normalden on bin kez daha yavaş yapıyordu*. Bu inanılmaz ölçülerde yavaş hareketler ona göre normaldi. Bunun aksine, Hester'in hareketleri ve konuşması ise akıl almaz derecede, göz ya da kulağın takip edemeyeceği ölçüde hızlıydı. Bunların saniyenin binde biri uzunluğundaki hızlandırılmış şekillerini gösterebilmek için yüksek-hızda sinematografi ya da "bant germe" teknikleri kullanmak gerekiyordu.

84 Eğer L-DOPA'nın ortaya koyduğu etkileşimden kaynaklanan en yaygın *ikinci derece* sorunlar ağız hareketleri ve ağız tahribatıysa, şimdiye dek görülen en ciddi sorunlar da herhalde düşme ve buna bağlı kırıklar olmalıdır. Öyle ki, 1969 yılında Mount Carmel'de yaklaşık seksen hastaya (ki bunların yaklaşık yarısı post-ensefalitik, geri kalan yarısı ise sıradan Parkinson hastalarıydı) L-DOPA tedavisi uygulandı. Bu hastaların üçte birinden fazlası (bazıları birkaç yerinden olmak üzere) düşerek bir yerlerini kırdılar (başka yerlerde yaşanan benzer durumlarda da yaklaşık aynı rakamlar kaydedilmiştir).

85 Mount Carmel'i 1982 yılında ziyaret eden Lawrence Weschler, Gertie C. ile yaptığı aşağıdaki sohbeti kaydetti:

Weschler: "Kendine geldiğinde neler hissettiğini hatırlıyor musun?"

Gertie: "Elbette."

Weschler: "Nasıl bir şeydi?"

Gertie: "Birdenbire konuşmaya başladım."

Weschler: "Ağızından çıkan ilk kelimeleri hatırlıyor musun?"

Gertie: "Evet hatırlıyorum."

Weschler: "Neydi bunlar?"

Gertie: "Aaaa! Konuşuyorum!"

86 Belki de bu döneme ait anıların Gertie C.'nin *bilinçaltına* yerleşmiş olabileceği akla gelebilir. Zira bunlar son derece ürkütücü ve travmatik anılar olduğundan hasta bunları *baskılamış* ve bilincinden uzak tutmuştur (bu tür sahte amneziler ya da anıların baskılanması ürkütücü olayların ardından sıkça meydana gelebilir – tabii bu olayların korkunç psikozlar içerdiğini belirtmek lazım). Yaşanan olaylarda bir ölçüde psikoz unsuru bulunuyor olması mümkündür, fakat yaşananlara bütünüyle bakıldığında bana öyle geliyor ki Bayan C.'nin –öyle ki ne bir psikoz ne de gizli bir amnezi yaşamıştı– geçen üç hafta içerisinde olanlara dair hiçbir şey hatırlamamasının nedeni; bunların psikozdan ziyade bilinç kaybı, coşma ve halüsinasyon unsurları içermesidir.

87 Aaron E. ve bir sonraki hasta (George W.) post-ensefalitik rahatsızlıktan değil sıradan Parkinsondan mustarıptiler – Aaron'un hastalığı hastaneye yatırılmasını gerekli kılacak kadar şiddetli, George'unki ise hastane dışında, bağımlı kalmadan yaşamını sürdürebilecek kadar hafifti. Bu iki hasta, kitapta hikâyelerini aktardığım diğer hastalardan epey farklı olsa da, L-DOPA'nın "sıradan" Parkinson hastalarında da ortaya koyduğu ciddi ve karmaşık etkileri ve hatta (Aaron vakasında) tümüyle sonuca götüren etkilerini göstermek amacıyla bu hastaların hikâyelerini kitaba eklemek gerektiğini düşündüm.

88 Hayattaki değişiklikler, güçlü duygular Parkinsonizmin daha da kötüye gitmesinin yanında *hızlanmasına* da yol açabilir (en azından yatkın hastalar için bu geçerlidir; bkz. dipnot 115). Bay E.'yi tetkik edip, hikâyesini dinlediğim zaman hemen Edward J. adında bir hastayı anımsadım. Bay J. 21 yaşından beri bir devlet dairesinde çalışmaktaydı ve (belki de farkında olmadan) işine aşırı bağlıydı. 55 yaşına geldiğinde (çalıştığı yerdeki zorunlu emeklilik yaşı gereği) emekliliğe ayrılmak zorunda kalması onda büyük bir üzüntü yarattı. Hüzünlü bir biçimde, son kez ofisinden ayrılırken sağ kolunu sallayamadığını ve yürürken sağ bacağını sürümek zorunda kaldığını fark etti. İlk anda felç olduğunu düşündü. Fakat başvurduğu nörolog felç değil, sağ tarafında Parkinson rahatsızlığı olduğunu söyledi. Bay J., "Fakat bu imkânsız!" diye feryat etti. "Nasıl Parkinson rahatsızlığım olur? Daha geçen hafta sonu oğlumla tenis oynuyordum!"

Nörolog şaşırdı fakat söylediklerini aynen tekrarladı, "İyi ama, şu anda Parkinson hastasısınız" ve talamotomi ameliyatı için (60'ların başında kısmi Parkinson için genelde tercih edilen tedavi yöntemi

buydu) sinir cerrahı Irving Cooper'a danışmasını önerdi. Dr. Cooper ameliyat önerisini teyit etti ve çok yoğun olmasından ötürü ameliyat için iki ay sonrasına gün verdi. Ameliyattan bir gün önce, Bay J. koşar adım doktorun ofisine girdi, kolunu salladı, hoplayıp zıpladı ve doktora "Parkinson'um artık geçti!" dedi.

Dr. Cooper ise, "Saçma, yarın ameliyat listemdesin," dedi.

Bay J. de "Muayene edin ve kendiniz görüp karar verin," dedi.

Dr. Cooper Bay J.'yi muayene etti (Bay J.'nin hikâyesini bizzat Dr. Cooper da doğrulamıştır) ve Parkinson rahatsızlığına dair en ufak bir belirti göremeyip onu ertesi günkü ameliyat listesinden çıkardı.

Sonrasında Bay J. üç yıl boyunca sağlıklı bir yaşam sürdü, yarı zamanlı olarak bir işte çalışmaya başladı ve hafta sonları oğluyla tenis oynamayı sürdürdü. Ta ki 1965 yılında sarsıcı bir trajedi gerçekleşene kadar: O yılın sonbaharındaki karartma günlerinin birinde, karısı eve dönerken kendisine arabayla çarpıp kaçan bir sürücü tarafından öldürüldü. Bay J. karısının ölümünü kolaylıkla kabullense de ertesi sabah uyandığında tükürük salgılamaya başladığını, her iki kolunda da titremeler meydana geldiğini ve Parkinson rahatsızlığının nüksettiğini gördü - ve bir ay sonra bu haldeyken Mount Carmel'e yatırıldı. Onu tetkik ettiğimde son derece bunalımlı bir haldeydi ve vücudunun her iki tarafında da Parkinson rahatsızlığı vardı. Bunun üzerine hemen anti-depresan ilaçlar vermeye başladım. Zaman içerisinde, ilacın etkisiyle ve gördüğü destekle yaşadığı depresyondan kurtuldu ve yanı sıra Parkinson rahatsızlığı da bir ölçüde hafifledi, fakat üç yıl önce olduğu gibi tümüyle ortadan kalkmadı. (Daha sonrasında, 1969 yılında, L-DOPA tedavisine başlattım.)

Bu, gizli (ya da klinik belirtiler göstermeyen) Parkinsonizmi olduğu varsayılabilir bir hastaya dair gördüğüm en çarpıcı vakaydı. Bu hasta kendini birdenbire ilk defasında tamamen iyileşip daha sonra nükseden ve büyük bir duygusal sarsıntı nedeniyle meydana gelen klinik bir Parkinsonizmin içinde buldu. Bu tür vakalar zaman zaman her nöroloğun rastlayabileceği türdendir ve PET taramanın 1980'lerin ortasında icat edilip kullanılmasına kadar geçen sürede bir muamma olarak kalmıştır. Bu tarama yöntemi orta beyindeki ve bazal gangliadaki dopamin seviyelerini doğrudan görüntüleyebilmektedir. Ortaya konan gözlemlere göre beyindeki dopamin seviyesi herhangi bir klinik bulgu olmaksızın % 30 ila 50 arasında azalabilmektedir; fakat bu seviye daha da, örneğin normal seviyenin % 20'sinin altına düşerse anında Parkinson belirtileri meydana gelir. Bay J. olasılıkla böyle bir sınır seviyedeydi ve beyindeki dopamin seviyesi belirgin (fakat

henüz kritik olmayan) ölçüde düşmüş, yaşadığı üzüntü de bu seviyeyi "sınırın altına itip" halihazırda azalmış dopamin seviyesini kritik noktayı geçecek denli tüketmişti.

- 89 Kore (kelime anlamı itibarıyla "dans") L-DOPA'nın gelişinden önce pek nadiren rastlanan bir olguydu ve genelde kalıtsal bir hastalık olan Huntington kore'sında ve zaman zaman da romatizmal ateş (Aziz Vitus dansı) sırasında meydana gelmekteydi. Artık kore son derece yaygın zira L-DOPA tedavisi uygulanan hemen her Parkinson hastası er ya da geç bu tür hareketleri ortaya koymakta – öyle ki bazı nörologlar koredan "anti-Parkinsonizm" diye bahsetmiştir. Bu tür hastalarda Parkinson ve korenin birbirine dönüşmesini gözlemlemek kesinlikle çok çarpıcı ve ikna edicidir: Parkinson katılaşmasının o yoğun sertliği ve geriliminin, korenin (anti-Parkinson) yumuşaklığına ve akıcılığına dönüşmesi; *kas distonisine bağlı şekil bozukluğu* olan hastalarda özellikle dikkat çekici olan, ağır, yavaş, yuvarlanarak dalgalanan bir distoni kütesinin, bir şampanya köpüğü gibi pırıltılı ve rafine bir kore serpintisine dönüşmesidir... Kore bir tür fizyolojik konfetidir, kütesiz ve etkisizmişçesine bir izlenim verir; kore hareketleri "kendiliğinden" oluşur ve ne kasti bir çaba ne de tikleri meydana getiren sarsılma gerilimine ihtiyaç duymaz; kore, herhangi bir efor ya da uyarı olmaksızın adeta direncin ve hatta ataletin hiç varolmadığı bir biçimde birdenbire "oluverir". Tahmini ya da istatistiki olarak ele alınıp belli bir zamanda oluşabilme olasılığı olan belli sayıda kore hesaplanabilir; fakat korenin hareketlerini *ayrı ayrı* ele alıp, bir sonraki hareketin ne zaman ve nerede oluşabileceğini söylemek imkânsızdır. Böyle bir deneyimin zaten faydası da yoktur: Bir süre sonra farkına varılacaktır ki kore hareketlerinin *doğasını* ayrı ayrı tahmin etmek mümkün değildir – tıpkı kaynayan bir sıvının içinde nerede ve ne zaman hava kabarcığı oluşacağını ya da radyoaktif bir maddedeki atomların nerede ve nasıl bölüneceğinin veya yalnızca olasılık terimleriyle ifade edilip nicelliği ölçülebilecek diğer *özünde birimsel olguların* tahmini yapılamayacağı gibi korenin da nerede ve ne zaman oluşacağını söyleyebilmek imkânsızdır. Nörolojide izafi ve birimsel modellemelere ihtiyaç olduğundan daha önce bahsetmiştik. Biyolojik "makro-birimsel" olguyu bulmak için bu kez 132 ve 133. sayfalarda ele alınan tuhaf durağan haller türünden "uzak" örneklerle ihtiyacımız yok. Koreyi şampanya köpüğü gibi bir akışkan olarak, Parkinsonizmi ya da distoniyi ise son derece yapay ve kısıtlı hareket eden dalgalar olarak görürsek ve hepsinden öte bunların birbirlerine dönüşümlerini gözlemlersek; bir tür çifte görüntünün, iki temel modelin birbirleriyle olan zıtlıklarını ve birbirlerini tamamlam-

lamalarını gözlemlemenin –ayrık ile süreklinin, birimsel ile izafinin- keyfine varırız.

90 Bkz. dipnot 87.

91 George W.'nun yanı sıra diğer birçok hasta, son derece hassas ve sürekli- liliği şüpheli olan denge hallerini ve sürekli küçülen dayanak notaları- nı ya da üzerinde durdukları düzlemi ifade etmek için bu tür imgesel benzetmeler yapar. Bu tür hastalar normal oldukları *sürece* tümüyle normal görünseler de, gerçek sağlık ya da istikrarın rahat ve geniş zeminini kaybetmiş, *değişen dengelerin* ve istikrarsızlığın bıçak sırtında yürümeye başlamışlardır: onlar sağlığın “esnekliğini”, dayanıklılığını, *bükülgenliğini* kaybetmiş ve artık özünde *kırılgan*, Goldstein’in ifadesiyle “katı-değişmez bir hal”in içine girmiştir. Bu tür hastaların –ki bu da bizzat hastaların sık sık ifade ettikleri imgesel bir benzetmedir– artık yumuşak eğim ve meyillerin olduğu bir dünyada, güvenli ve bildik dünyevi bir enlemde varolmadıklarını fakat bir tür kâbus dünyasına, sivri yamaçların ve uçurumların, sivri uçların ve keskin kenarların olduğu (hiç abartmasız) *ürkütücü* bir uydu dünyaya aktarıldıklarını hissedersiniz... Kökende var olan denge ve kontrol unsurlarının eksikliği yönünden patolojik, hastalıklı halin, mekanik durumlarla ne denli benzeştiğini tekrar tekrar gördük. Dolayısıyla dengesi değişken hastaların *ürkütücü*, sivrilmiş, bıçak sırtı halleri Newton’un tasarladığı dünyayı çağrıştırır ve bu dünyayla tamamen aynı özellikleri, olanaksızlıkları, tuhaf ve çetin koşulları paylaşır. Şöyle yazar Newton: “... sonsuz bir Boşluktaki tüm Zerreciklerin kesin bir biçimde birbirleriyle dengede olduklarını varsaymak sadece bir değil, sonsuz sayıda İğneyi ... uçlarında dimdik duracak şekilde dengede tutmak kadar zordur... Bu doğruluğu şüpheli bir İlkedir.” (Newton’un Bentley’e yazdığı ikinci mektup.)

Bu dağlık, denge ve sürekliliği şüpheli, üzerinde güvenli bir denge ve değişmezlik noktası bulunmayan düzlemde, L-DOPA’nın tutuşturduğu Parkinson hastaları kaçınılmaz olarak şiddetli çarpma ve düşmele- re maruz kalacaklardır. Heyecan verici zirveler ve *ürkütücü* uçurum- lar (hastaların dengesiz hallerine dair metaforik sezgileri) tehlike al- tındaki bu tür hastaların kafasında yer eder ve bu hastalar sezgilerini çok canlı ve güçlü ifadelerle etrafındakilere aktarır. Örneğin Lucy K.: “Bana bakın, bana bakın! Bir kuş gibi uçabiliyorum!” ve Margaret A.: “Harika bir uçma ve havada süzülme hissi”; fakat bu havada süzülme hallerine tarifi mümkün olmayan yoğun kaygılar eşlik eder – örne- ğin, neşe dolu hallerinin üzerine gelecekteki bir kaygının gölgesi düş- şen Rose R. şöyle feryat ediyordu: “Bu böyle sürmeyecek. Berbat şeyler

- olacak!" Fakat hiçbir hasta bu durumu Frances D. kadar akılda kalıcı ve canlı ifadelerle betimleyememiştir: "Dikey bir yükselişe geçmiştim. L-DOPA ile artan bir yükselişe geçerek, ulaşılması imkânsız bir yüksekliğe çıkmıştım. Milyonlarca mil yüksekliğindeki bir kulenin tepesine çıkmış gibi hissediyordum ... Ve sonra... Yere *çakıldım* ve bununla kalmayıp, milyonlarca mil yerin altına gömüldüm."
- 92 Cecil M. Mount Carmel'de kalan hastalardan biri *değil*, Londra'daki bir klinikte ayakta tedavi edilen bir hastaydı. Dolayısıyla onun "durumu" onyıllardan bu yana Mount Carmel'de "uykuda" olan ciddi boyutlardaki hastalardan son derece farklıydı; öte yandan, belli ölçüdeki hastalıklarına rağmen, kapsamlı, bağımsız ve temelde normal yaşamlarını sürdürebilen dünyadaki binlerce post-ensefalitik hastayla ortak yanları vardı.
- 93 Gözleri kafesin demir parmaklıkları arasında gezinmekten öylesine yorulmuştu ki artık başka hiçbir şeye bakacak hali kalmamıştı. Ona göre adeta binlerce demir parmaklık vardı. Ve bu binlerce demir parmaklığın ardında hiçbir dünya yoktu.
- 94 Bu tür haller güzelavrat otu, LSD gibi uyuşturucuların etkisi altındayken, psikozlarda ve özellikle migren nöbetleri esnasında da meydana gelebilir: Bkz: *Migren* adlı kitabımın 3. Bölümü.
- 95 Bay L. bu mektupların hiçbirini gerçekten postalamadı. Kendinden, ironiyle karışık bir biçimde Parkinsonlu Herzog (geçmiş çağlarda Almanya ve Avusturya'da soylulara verilen bir unvan) diye bahsediyordu.
- 96 Hastanenin orijinal ismi gerçekten de "Mount Carmel Sakatlar ve Ölmek Üzere Olan Hastalar İçin Bakımevi" idi. Bu kasvetli, hüznü verici ismini değiştirmiş olmasına rağmen hastane bazı orijinal özelliklerini yitirmedi.
- 97 Cinselliğin bu şekilde baskılanması akıl hastanelerinde ve bakımevlerinde gerçekten de sık rastlanan bir durumdur ve Leonard L. kadar aşırıya kaçmayan hastalarda bile ciddi yansımalarla yol açabilir. Maurice P. ve Ed M. adında iki hasta 1971 yılında aynı hafta hastaneye kabul edilmişti. Henüz kırklı yaşlarında olan bu hastaların ikisini de karıları yakın geçmişte boşamıştı. Yaşadıkları felaketlerin ezici baskısı altında bunalan bu adamlar –tıpkı Miron V. gibi– hastaneye yatar yatmaz psikoza girdiler. Her ikisi de L-DOPA tedavisi gördü ve yaşadıkları o görülmeye değer, olağanüstü "uyanış"ın ardından "sıkıntılarla" boğuşmaya başladılar. Fakat bu noktada hikâyeleri birbirinden tamamen farklı bir seyir izlemeye başladı. Ed, olgun bir tavırla durumunu kabullenerek ve nevroza girmeyerek yaşadığı boşanmanın

etkilerinden kolaycasıyıldı; bu sayede özgür hisseden ve L-DOPA sayesinde tekrar hareketliliğine ve canlılığına kavuşan Ed, hastanenin dışında, mutlu bir cinsel yaşam sürdürebileceği bir partner buldu; ardından da hastaneden biriyle mutlu bir evlilik yaptı. Sevgiyi, meşgul olabileceği bir işi (çizime yeteneği olduğunu fark etti ve kısa bir süre sonra hastanenin ressamı oldu) ve *kendini* bulan Ed, yaşamını rahatça sürdürebilecek çözümler sayesinde, şiddetli post-ensefalitik hastalığına rağmen bu olumlu seyri sekiz yıldır sürdürmekte. Öte yandan, çekici ve eli yüzü düzgün biri olmasına rağmen Maurice mutsuzluk yaşamaya devam etti. Boşanmasının ardından eski karısıyla yaşadığı sorunları devam etti ilişkileri saplantılı ve eziyetli bir biçimde süregeldi. Her ikisi de ne bir işe ne de bir arkadaş çevresine sahip oldular. Yaşam alanı ve özgürlükleri iyice daralıp kısıtlanan Maurice, kendi kendine adeta tecavüz edercesine şiddetli bir mastürbasyon cinneti içine hapsedilip kalmıştır. Böyle dönemlerde tıpkı Leonard L. gibi "Uzaklaştırın şu L-DOPA'yı. Bu şekilde eziyet çekmektense hemen ölürüm daha iyi," diye yakınmaktadır.

98 Kitabın Ekinde yer alan "Mucize" İlaçlar başlıklı bölümde alıntılanmış Freud'un kokaine ilişkin ifade ettiği görüşlerle kıyaslayınız.

99 Bay L.'nin otobiyografisi olağanüstü bir belgedir ve türünün tek örneğidir. Yazım tarzı ve içeriği Bay L.'nin yaşadığı zıtlıkları ve çatışmaları açıkça ortaya koyar. Biyografisinin büyük bölümünde, olağanüstü bir mizah, tarafsızlık anlayışı, bilgileri doğru ve kusursuz aktarmak amacıyla tutkulu bir yaklaşımı vardır. Yaşamının ilk yıllarına, hastalığının gelişimine ve buna karşı tepkilerine, paylaştıkları hastane ortamındaki kader arkadaşlarına, L-DOPA'ya verdiği tepkilere, ilaca, bana ve diğerlerine karşı hissettiklerine dair çarpıcı ve dokunaklı tanımlamalar kullanmıştır. Yanı sıra, zaman zaman ortaya çıkan ve onu etkisine alan birçok cinsel fantezi, fıkra, hayali anı vs. biyografinin genel gidişatıyla harmanlanmıştır; bunların bir kısmında etobur ve yamyamvari fanteziler, arzularını tatmin etmek amacıyla kafasında beliren çiğ et düşünceleriyle özdeşleşmiştir.

100 Bayan L.'nin tavrı hastalarımızın yakınları arasında sıkça sergilenen bir tavidir. Bu hastaların hareketliliklerine ve bağımsızlıklarına kavuşmasını bazı hasta yakınları hoş karşılamıyordu ve zaman zaman pasif ya da aktif ifadelerle bu duruma itiraz ediyorlardı. Bu hasta yakınlarının bir kısmı yaşamlarını ailedeki bu hastaların hastalıkları üzerine inşa etmişlerdi ve –en azından bilinçsiz olarak– hastalığı güçlü kılmak ve hastaların kendilerine olan bağımlılığını devam ettirmek için ellerinden geleni yapıyorlardı. Hastalığın sosyal ve ailevi

etkenlerle güçlü kılınması, nevrotik ve şizofrenik yapıdaki ailelerde ve elbette sıkça migrenli ailelerde görülebilir.

101 Leonard L. aslında yıllardır, hatta L-DOPA kullanmaya başlamadan çok daha öncesinde (1969 yılına dek bunları kabullenip bana bahsetme konusunda pek istekli olmasa da) halüsinasyonlar görüyordu. Özellikle “Western” tarzındaki görüntülerden ve filmlerden hoşlanan Leonard L., *sadece ve sadece ona bakıp halüsinasyon görmek amacıyla* odasındaki asılı suran eski Vahşi Batı kasabası resmini ta 1955 yılında yaptırmıştı. Her gün öğle yemeğinin ardından halüsinatif bir matine için tabloyu “canlandırmak” onda âdet haline gelmişti. Sadece L-DOPA onu çıldırttığı zamanlarda bu kronik (ve komik) ve halim selim halüsinasyonlar kendi iradesi ve hayali kontrolünden çıkıyor, açıkça psişik bir karaktere bürünüyordu.

Halüsinasyon görenler doğal olarak ve genelde gördükleri “hayaller”, duydukları “sesler” vs. konusunda son derece ketumdurlar zira kaçık ya da deli olarak nitelendirilmekten korkarlar; bu, Mount Carmel’deki post-ensefalitik hastalardan oluşan geniş topluluk için de aynen geçerliydi. Elbette dahası, bu hastalar iletişim kurma konusunda son derece büyük fiziksel engellerle karşı karşıyaydılar. Bu hastaların bana güven duyması en mahrem deneyimlerini ve hislerini benimle paylaşmaları yıllar aldı; dolayısıyla ancak *şimdi* (1974 yılına gelindiğinde), birbirimizi neredeyse on yıldan beri tanıyan insanlar olarak, kendimi çifte gözlem yapmak durumunda hissettim; ilk olarak, had safhada hasta ve en uzun sürelerden bu yana hastaneye kapatılmış hastaların en azından üçte biri ve olasılıkla çoğunluğu “kronik halüsinasyon hastalarıdır”; ikinci olarak ise birçok vakada hastalar ya da gördükleri halüsinasyonlardan bahsederken “şizofrenik” terimini kullanmak hatalı olacaktır. Özünde bunu ifade etmemin nedenleri şunlardır: hastaların çoğunun halüsinasyonları, şizofrenik halüsinasyonların çelişkili, çoğu zaman paranoyak ve genelde kontrolsüz doğasından yoksundur; bunlar bilakis normal yaşamda görülen sahnelere, bu patolojik hastaların yıllardır kopuk kaldığı (hastalık, sağlık kurumlarına kapatılma, yalnızlık vs. nedeniyle) o sağlıklı gerçeklik haline çok benzer. Şizofrenik halüsinasyonların işlevi (ve şekli) genelde, *gerçekliğin inkârıyla* ilgilidir; oysa Mount Carmel’de görülen zararsız halüsinasyonların işlevi (ve şekli) *gerçeklik yaratmak*, kaderleri nedeniyle zalimce, onlara çok görülen dolu dolu ve mutlu bir yaşamı hayal etmekle ilgilidir. Bu yüzden ben bu halüsinasyonları, söz konusu hastaların sağlıklı olduklarına dair bir belirti ve dolu dolu yaşama arzularının süregelenliği –özgürlüklerinin tadını çıkardıkları tek yer

olan bir hayal ve halüsinasyon dünyasında olsa da– olarak görürüm. Bu dünyada yaşamın tüm zenginliğini ve heyecanını dolu dolu yaşarlar. Onlar *hayatta kalmak* için halüsinasyon görürler – tıpkı had safhada duyumsal, eylemsel ya da sosyal yalnızlığa itilen insanlar gibi; ve bu nedenle, ne zaman böyle bir hastanın kendine kapsamlı ve zararsız halüsinatif bir “yaşam” kurduğunu öğrensem, yaşamın özünü yakalayan tüm yaratıcı girişimlerde olduğu gibi bunu da sonuna dek desteklerim.

- 102 O dönemde, bu hastaların L-DOPA’ya verdikleri tepkileri saptayan ve farmakolojik olmayan önemli unsurlar arasında –ve özellikle, muazzam bir gelişim devresinin ardından ortaya koydukları “yan etkilerin” şekli ve şiddeti göz önüne alındığında– kendilerini içinde buldukları baskıcı ve yasaklayıcı hastane ortamının önemli bir rol oynadığını düşünüyordum ve halen de aynı kanıdayım. Hastane yönetimi özellikle hastalar arasında cinselliğin herhangi bir şekilde ortaya konmasını hoş karşılamıyor, çoğu kez buna karşı mantıksız ve zalimce bir şiddet uygulamasına girişiyordu. Kanımca Leonard L., Rolando P., Frank G. ve diğer birçok hasta, L-DOPA’nın tetiklediği cinsellik içgüdüleriyle, buna ilişkin yaşadıkları hüsrana veya hastane yaşamının getirdiği koşullar ve politikalar sonucu verilen cezaların bir araya gelmesi sonucu, zaman zaman bunalımlı ya da paranoyak psikozlara giriyorlardı. Bay L.’nin önerdiği gibi, eğer hastalara cinsel rahatlatma sağlayacak bir yöntem ortaya konabilseydi ya da buna izin verilseydi, L-DOPA’nın kötü etkileri –belki de– azalabilirdi.

Bay L.’nin cinsel dürtülerine ve bunların ahlaki açıdan yaşattığı geri tepmelere eklenen bir diğer etmen de, hiç şüphesiz annesiyle arasındaki fazlasıyla yakın ilişkiydi. Bir anlamda oğluyla karşılıklı büyük bir sevgi bağı olan annesi Bay L.’nin bu yeni düşüncelerine içerleyip onu kıskanmıştı. Şaşkınlık ve öfkeyle karışık “Bunlar çok saçma,” diyordu. “Onun gibi yetişkin bir adam! Oysa eskiden *ne kadar güzel düşünceleri vardı* – hiç seks hakkında konuşmaz, kızlara bakmaz, bu konulara dair aklından hiçbir şey geçirmezdi... Ben yaşamımı Leonard uğruna feda ettim: sürekli düşündüğü kişi ben olmalıyım; fakat şimdi aklındaki tek şey o kızlar!” Bay L.’nin baskılanmış cinsel içgüdüleri iki defasında enstest özellikler gösterdi ve annesine yöneldi. Bu yaklaşım, karışık duygular içerisindeki annesinde büyük öfke uyandırır da kadının içini gıcıklandırmaktan geri de kalmadı. Bir defasında bana açılan annesi oğluyla yaşadığı bir olayı şöyle aktardı: “Leonard bugün beni *muncıklamaya* kalktı; iğrenç tekliflerde bulundu. *Söylenebilecek en kötü şeyi söyledi* – Tanrı onu korusun”. Annesi

bunları bana anlatırken de bir taraftan yüzü kızarmış bir halde kıkır kıkır gülüyordu.

103 Der Sommer war sehr gross

Wer jetzt kein Haus hat, baut sich keines mehr.

104 *Gözden Geçirilmiş İtiraf*lar adlı eserinde de Quincey “iletişimsizliğin neden olduğu sıkıntılar” yüzünden ne denli ıstırap çektiğini anlatır. Bu sıkıntılar hiç şüphesiz hepimizce bilinir; fakat çektikleri ıstırap sadece yoğun değil, aynı zamanda, iletişim kurarak aktarılamayacak kadar tuhaf olan hastalarda en acı verici düzeye ulaşır. İletişimde yaşanan bu tür sıkıntılar, hastanın sorunlarının ve yaşadığı deneyimlerin sıra dışılığı ve tuhaflığından kaynaklanabilir; fakat daha büyük olmasa da aynı düzeyde sıkıntılar bizzat doktorlar tarafından yaratılabilir. Bu tür doktorlar hastalarını dinlemeyi ve onlara kendileriyle eşit bir birey gibi davranmayı reddeden ve –ya alışkanlıkların getirdiği zorlamalar ya da affedilmesi daha güç bir hataya düşüp mesleklerinin getirdiği bir mesafe ve üstünlük hissine kapılmalarından ötürü– hastalarıyla aralarında gerçek iletişimi olumsuz etkileyecek bir yaklaşım ve lisanı benimsemeye eğilimli doktorlardır. Bu nedenle hastalar, kendilerinde, okulda ya da mahkemedeymiş gibi bir tedirginlik hissi uyandıracak birtakım sorgulamalara ve tetkiklere maruz kalabilirler –örneğin “Ne rahatsızlığın var... Şuran mı ağrıyor... Buran mı ağrıyor?” türünden, sorulma biçimlerinden ötürü kategorik olarak evet, hayır, şöyle, böyle türünden yanıtlar talep eden soru türleri. Bu tür bir yaklaşım yeni bir şeyler öğrenme ve karşımızdaki insanın nasıl olduğuna dair kafamızda görüntü ya da görüntüler oluşturma olasılığını en baştan engeller. En temel sorular –“Nasılsın?” ve “Neler hissediyorsun?”– yalnızca benzerlik ve paralellik kurarak, ima ederek, “gibi” ifadeleriyle ve benzetmeler, imgeler, modeller, metaforlar yani akılda *bir şeyler uyandıran* cevaplarla yanıtlanabilir. Doktor hastasıyla sürekli hareket eden, onunla birlikte araştıran bir dost olmadıkça, onlarla birlikte açık, tam ve mecazi bir dili keşfedip iletişimsizliği kıramadıkça, iletişimsizliğin dünyasına nüfuz etmek mümkün olmaz. *Birlikte*, doktorlarla hastalar arasındaki, insanları birbirinden ayıran uçurumlara köprüler gerecek lisanları yaratmalıdırlar.

Böyle bir yaklaşım ne “öznel” ne de “nesnel”dir; bu (Rosentock Huessy’nin ifadesiyle) “*yörüngesel*”dir. Yani doktor, hastayı ne kendisiyle alakası olmayan bir nesne gibi görmeli, ne de kendisine dair özdeşleştirmelere ve yansımalara maruz bırakmalı; karşısındaki insanın duygularını anlayıp, onunla kendini özdeşleştirerek hastayla birlikte hareket etmeli, onun deneyimlerini, hislerini ve düşüncelerini, ve

davranışlarını şekillendiren iç dünyasını *paylaşmalıdır*. Kendi hissiyatını kaybetmeden, hastasının nasıl hissettiğini sezinlemelidir (ya da hayalinde canlandırmalıdır); iki hareket noktasını eşzamanlı olarak ifade etmeli ve hastasının da aynı yaklaşımı benimsemesine olanak tanımalıdır.

105 Şunu açıklığa kavuşturmalıyım ki, amacım iki tür klinik yaklaşımı birbirinden ayırt etmek ve birinin diğerine olan üstünlüğünü savunmaktan ziyade birbirlerinin tamamlayıcısı olduklarını göstermektir. Doktorlar olarak biz iki tür sorunla yüz yüzeyiz. Bu sorunların her biri kendi yaklaşımını ve lisanını gerektirir: bunlardan biri *kimlik*, diğeri ise *idrak* sorunudur. Bu anlamda *kimlik*, esasen doğada meşru olan bir kavramdır– aynı terim (“vaka”) tıpta ve hukukta kullanılır. Biz doktorlar, herhangi bir “vaka”yla karşılaştığımızda, tanı ortaya koyacak bir karara varabilmek için “kanıt” ararız. Bu kanıt farklı şekillerde karşımıza çıkabilir – rahatsızlığın zeminini oluşturan *bulgular*; belirli bozukluklara özgü olduğu kabul edilen *işaretler*; şüphelerimizi teyit etmek veya çürütmek için yaptığımız *testler*. Elzem olan verileri bir araya getirdiğimiz zaman şunu deriz: “Bu şu ve şuna ilişkin bir vakadır.” ve “Gerekli tedavi şu ve şudur.” Vaka (dava) “ele alınmış” ve artık “bir kenara kaldırıp konmaya” ya da “kapanmaya” hazır hale gelmiştir. Bu tüzel süreçteki tek kaygımız, tanıya ilişkin ölçütlerin tedavisi ve bu ölçütlerle uyuşan verilerin araştırılmasıdır. Bu aşamada ne “idrak” kavramı ne de hastanın “bakımı” konunun kapsamındadır: teşhise dayalı tıp, kuralların ve tekniklerin ezbere uygulanmasıyla tümüyle icra edilebilir ve bir doktor kadar bir bilgisayar da bunun üstesinden gelebilir.

Bu tarz mekanik ve teknolojik tıp uygulamaları, ahlaki olarak doğal ve epistemolojik yönden de geçerli ve güvenilirdir – bu, sürekli ilerleme kaydeden ve sayısız yaşam kurtarmış bir yaklaşımdır. Bu, sadece mekanik ve teknolojik olmayan yaklaşımları, klinik diyalogu ve varoluşçu bir yaklaşımı hesaba katmadığı zaman güvenilirliğini ve geçerliliğini yitirir. “Vakalar” soyuttur; hastalar insandır. İstirap çeken, kafası karışmış ve korku içindeki insanlar. Bu hastaların sağlıklı bir tanı ve tedaviye ihtiyaçları vardır, fakat aynı zamanda anlayış ve bakıma da gereksinim duyarlar; insan ilişkisine ve herhangi bir teknolojinin sağlayamayacağı varoluşçu yaklaşımlara muhtaçtırlar. Dolayısıyla izleyeceğimiz ana tema ve ortaya koyacağımız savunma her iki yaklaşımın da *birbirlerini tamamlayıcı* olmalarına ilişkindir – teknolojik olanın, insani unsurlardan yoksun kalmadan gelişmesi: Buber’in deyişiyle, “Bizleri insanlığımızdan çıkarmadan önce bizim

teknolojiyi insanileştirmemiz.” Doktor hastasıyla düzgün bir ilişki kurduğu sürece böyle bir tamamlayıcılık mevcut olmak durumundadır – bu ilişki ne duygusal ve ne de mekanik değil, daha ziyade derinlemesine bir *itinaya*, akıl ve ilginin ayrılmaz bütünlüğüne dayanan bir ilişkidir. Örneğin Leibniz, birçok meziyetinin yanı sıra gelmiş geçmiş en önemli hukukçulardan biriydi; yasaları ve mekanizmaları tamamen ikinci derecede önemli kavramalar olarak görüp, hukuk ve yargıyı temelde ahlaki ve varoluşçu terimlerle açıklamıştı. Eğer itina gösterirsek, ve hastalarımıza akıllıca itina gösterirsek, geri kalan her şey yerli yerine oturacaktır.

106 *Felsefi Araştırmalar* bir anlamda tümüyle, *gösterge (işaret) lisanı* (bu lisan, “Her kelimenin bir anlamı vardır. Anlam kelimeyle bağlantılıdır. Kelimenin anlamına denk gelen nesneyi temsil eder.”) ile *zihinde canlandırma lisanını* birbirinden ayırt etmekle ilgilenir. Burada Wittgenstein son derece derinlemesine bir berraklıkla *gösterge lisanının* (ya da aritmetiğin) gerçek dünyayı tanımlamakta her zaman yetersiz kaldığını, kullanımının soyut ve “gerçek olmayan”la nasıl sınırlı olduğunu gösterir.

107 Leibniz’e ait bu alıntılar ve yorumlar *Metafizik Üzerine Söylem* ve *Arnauld ile Yazışmalar* adlı çalışmalarında yer alır. Bu eserler 1680’lerde yazılmış olsa da, Locke, Hume ve Kant’ın ölümünün ardından ancak 1840 yılında yayımlanmıştır.

108 Hastalıklar esnasında yaşadığımız kısıtlanmışlık, çevremiz, umutlarımız ve korkularımız, duyduklarımız ya da inandıklarımız, doktorumuz, *onun* davranışları, hepsi tek bir resim ya da tiyatro sahnesi gibi bütünleşmiş haldedir. Örneğin Donne hasta yatağındaiken şöyle yazmıştır: “Doktorun, hastalığı gözlemlerken ortaya koyduğu gayretle ben de onu gözlemliyorum; onun korktuğunu görüp ben de korkuyorum: ona yetişip geçiyorum ve benim korkum onunkini aşıyor. O yavaşladığı için ben daha hızlı gitmeye başlıyorum; o korkusunu gizlediği için ben daha çok korkuyorum ve benim bunu görmemi istemedikçe ben daha iyi görmeye başlıyorum... Korkumun yaratacağı etkiyi bozabileceğini ve mesleğini icra etmesine engel olabileceğini biliyor.”

109 Burada söz edilebilecek birkaç istisna arasında Meige ve Feindel’in 1902 tarihli *Tikler* adlı kitabının giriş bölümündeki “Bir Tikçinin İtirafı” başlıklı şaşırtıcı ve zekâ dolu hikâye ve Jelliffe’in konuyla ilgili yayımladığı iki kitabındaki, psikoanalitik yaklaşımlar içeren, post-ensefalitik sendromlara dair ustalıkla yazdığı vaka hikâyeleri sayılabilir (Jelliffe 1927; Jelliffe 1932). Bu tür biyografik vaka hikâyelerinin

son dönemdeki en güzel örneklerini A.R. Luria (*Bir Bellekçinin Zihni ve Dünyası Paramparça Olmuş Adam*) tarafından yazılmıştır. Yaşadığımız teknoloji çağında, vaka hikâyeleri "bilimsellikten uzak" ya da "sadece tanıma dayalı" türünden nitelendirmelerle sık sık küçümsenmiştir. Buna karşın son yirmi yılda, özellikle de Luria'nın eserleri ve verdiği örnekler sayesinde, anlatıma dayalı tarz, vazgeçilmez bir bilimsel enstrüman olarak tekrar ele alınmaya başlanmıştır – bu anlamda Luria "Romantik Bilim"den ve "Somut olana ulaşmada" bilimin rolünden bahseder. Artık vaka hikâyelerine hak ettikleri itibar verilmekte, bunlar yalnızca hastalığa dair hikâyeler ("patografiler") olarak değil, insanların ve yaşamın hikâyeleri olarak görülmektedir (Bkz. Luria, 1977; Sacks, 1987, Sacks, 1990a). Benzer bir yeniden değerlendirme de, Stephen Jay Gould'un yazılarının sağladığı ivmeyle, paleontoloji ve biyolojideki karmaşık, tekrar etmesi mümkün olmayan, eşsiz olayları tanımlamada kullanılan tarihsel tanımlama için söz konusudur (özellikle bkz. Gould, 1989).

110 Sir Thomas Grandgrind. Cebinde her zaman bir cetvel, bir terazi ve çarpım tablosu bulundurarak insan doğasının herhangi bir kısmını tartmaya ve ölçmeye size sonucun tam olarak neye denk geldiğini söylemeye hazırdır. Bu sadece rakamlardan ve basit aritmetikten oluşan bir meseledir.

111 Bu Conrad'vari ifadenin kullanımı (ben o ifadeyi kullanırken Conrad zihnimde bilinçli olarak yer almıyor olsa da) bir *çifte* yaklaşımın, tam olarak çözemediğim karmaşık bir duygunun somut bir örneğidir. Örneğin, Hester Y.'nin birdenbire yaşadığı uyanışın beni ve etrafındaki herkesi "şaşkınlık ve hayrete" düşürdüğünü ve onun bu uyanışını "tıpkı bir mucize"ye benzettiğimizi; Ida T.'nin "Harika, harika!.. bu ilaç bir Mucize!" ve Maria G.'nin ailesinin, "Bu Cennetten gelme bir Mucize... o artık tümüyle yeni biri," ifadelerini burada tekrar kaydetmek isterim. Öte yandan, hastaların yaşadıkları uyanışların "karanlık" yüzünü de burada tekrar hatırlatmak isterim. Frances D.'nin (L-DOPA'ya "Hell-DOPA" demişti) "çok derinlerde ve çok eski geçmişleri olan benliğine ait kısımlarla, bilinçaltındaki ve bilinçaltının tarifi mümkün olmayan fizyolojik derinliklerindeki korkunç yaratıklarla... tarih ve insanlık öncesi ortamlarla..." yüz yüze gelmesi; ve Lillian W. gibi kalender, halim selim bir hastanın bile anarşik, tuhaf, grotesk haller sergilemesi, sadece ahlaksız değil, aynı zamanda akıl almaz diye nitelendirilebilecek denli gerçeküstü, garip krizler ve semptomlar yaşaması, beni daha önce bilimsel tanımlamalarda hiç yer vermediğim terimleri kullanmaya zorladı.

Yanı sıra, tüm bunlar, önceki dünya görüşlerimin çok silik, yüzeysel ve genelinde fazlasıyla "akla yatkın" –sadece gerçekliğin yüzeyinde gezinme– olup olmadığını da merak etmeme neden oldu; Doğanın vahşi karmaşıklığını, varoluşun son derece önemli etmenlerini –bilincin ve dünyanın yüzeyi altındaki etkileri, gücün ötesindeki güçleri, derinliğin altında, dünyanın ve evrenin sonsuz derinliklerine dek uzayıp giden derinlikleri– inkar ediyor olabilir miydim? Yüzeyde Apollon'vari bir ışık ve sükûnet vardı; her şey "akla yatkındı ve birbiriyle bağdaşıyordu"; aşağıda ise kimbilir ne yeraltı dünyaları, ne diyarlar saklıydı. Hastalarımın ortaya koyduğu olağanüstü olgular görünmeyene, kuşkulanılmayana ve insanın neredeyse sürekli değişen derinliklerine dair ipuçları veriyordu. Freud'un sözünü ettiği en alt seviyenin de altındaki sayısız "İlkel Benlikler" – ya da belki de tıpkı varoluşun başından beri evrende yer alan ilkel enerji gibi tek ve büyük bir "İlkel Benlik". Ne "iyi" ne de "kötü", ne "ahlaklı" ne de "ahlaksız", ne "akla yatkın" ne de "akıl dışı", ne "düzenli" ne de "dağınık" (tüm bunlar birbiri içine geçmedikçe) olan, "İlkel Benliklerin" en derini; görünen o ki bu sonsuz beceriye sahip, yaratıcı güç Doğanın ruhundan, *var olma* dürtüsünden (ve öz varlığın süregelip, gelişmesinden), Spinoza ve Leibniz'in aynı ifadeleri kullanarak sözünü ettiği hep yaşayan, hep mücadele edip kendi kendini yaratan *doğal güçten* başka bir şey değildi.

Dolayısıyla, "Varoluşun karanlık kalbine" götürülmekten bahsettiğimde çok az insanın anlayabileceği, alçakça, şeytani ya da ahlaki yönden çürümüş bir kavramı değil; yükseklik, derinlik, dipsizlik, eşyanın-doğasındaki gizem, dünyadaki olguların ışık saçan ruhu gibi kavramları kastetmekteyim.

- 112 Sahte Parkinson hastaları (örnekse korteks hastalığından ötürü Parkinson benzeri görüntüler sergileyen hastalar – yaşlı hastalarda sıkça rastlanan bir durumdur) hemen hemen hiçbir uyanış belirtisi ortaya koymazlar. 1969 yılında bu konuya dikkat çektim (Bkz. Sacks, 1969) ve dolayısıyla L-DOPA ile yapılan tedavi denemelerinin, bu tür hastaları gerçek Parkinson hastalarından ayırt etme yönünde faydalı olabileceğini öne sürdüm.

Parkinson hastalığının kökeninde yatan sebepler L-DOPA'ya karşı verilen tepkilerin boyutlarını tayin etme açısından önem taşımaz: Dolayısıyla manganez ya da karbonmonoksit zehirlenmesi ile bağlantılı toksik Parkinson hastalığı L-DOPA tedavisine olumlu tepki verebilir. L-DOPA ile tedavi edildikleri vakit durumlarında iyileşme gözlemlenen hastalarımın üç tanesi had safhada frengi ile bağlantılı sifilitik

Parkinson (Wilson'un "sifilitik mezensefalitis" olarak ortaya koyduğu hastalık) hastasıydı.

- 113 Az sayıda hasta L-DOPA tedavisini takiben uyanış gösteremeyebilir ve hatta bununla kalmayıp daha derin boyutta bir hastalığa sürüklenebilir; dahası aynı hasta farklı zamanlarda birbirinden çok farklı tepkiler gösterebilir. Örneğin, bu kitapta anlatılan Mount Carmel Hastanesi'ndeki post-ensefalitik hastalardan biri L-DOPA tedavisi üzerine ilk başta komaya girmiş fakat bir yıl sonra L-DOPA verildiği vakit inanılmaz bir uyanış sergilemişti. İlk kez 1969 yılının Nisan ayında L-DOPA tedavisi uygulanan Seymour L. adında bir diğer hasta ise ciddi boyutta fakat kısa süren bir uyanış göstermişti; tedaviden bir ay sonra solunum krizlerini, boyun ve gövdenin sağa sola hamle edercesine hareketlenmelerini, halüsinasyon ve tikleri beraberinde getiren bu uyanış, söz konusu hastada ilaca devam edilmemesini gerekli kıldı; yirmi ay sonra çok küçük dozda (100 mg.) L-DOPA verilince feci bir tepki gösterip birdenbire ve büyük bir hızla kötüye giden Parkinson ve katelepsi haline, ardından da komaya girdi; fakat 1972 yılının Ekim ayında üçüncü kez L-DOPA tedavisi uygulanınca ilaca olumlu cevap vermekle kalmayıp bu mükemmel tepkisini kitabın yazıldığı döneme kadar muhafaza etti (Ekim 1974). Benzer düzende gelişen tepki zincirine başka hastalarda da rastladım. Örneğin, yine 1974 yazının başlarında L-DOPA tedavisi uygulanmaya başlanan Gertie C. adındaki hasta neredeyse dört yıllık bir boşluğu takiben devamlılık gösteren mutlu ve sakin bir tepkiyle beraber konuşma yeteneğinde de gösterdiği gelişmeyi sürdürüegelidi.

L-DOPA'nın gözden geçirilmiş, yeni uygulamalarına verilen bu tür beklenmeyecek kadar güzel ve olumlu tepkilerin, bazı basit fizyolojik açıklamaları ya da birtakım psikofizyolojik "içselleştirme"lerin ciddi boyutlardaki etkilerinin sonucu olup olmadığı konusunda kesin bir yargıya varamıyorum (kitabın konuya ilişkin bölümünde açıklandığı gibi).

- 114 Bu tür "geniş çaplı" bir uyanış 1969'da süregelen nöroanatomi kavramlarıyla kıyaslandığında gerçekten de anlaşılmazdı. Bu kavramlar "eylem"in, "algılanan"ın, "tesir altında kalan"ın ve "kavranan"ın beynin ayrı ve birbirleriyle iletişim içerisinde olmayan bölümlerinde yer aldığını ortaya koyuyordu. Fakat geçtiğimiz yirmi yılda anatomi devrim yaratılmıştır. Bunlardan en kayda değer olanı da Walle Nauta'nın ortaya koyduğu kavramdır. Nauta'ya göre beyin işlevinin tüm o birbirinden ayrı olduğu farz edilen bölümleri çok yoğun bir biçimde birbirleriyle bağlantılıdır ve sürekli bir iletişim içerisinde;

- sadece böyle bir yeni nöroanatomi anlayışı sayesinde eylem, duyumsal, tesir altında kalan ve kavranan'ın birlikte hareket edebildiğini hatta etmesi gerektiğini anlayabiliriz (bkz. Nauta, 1989; Sacks, 1989).
- 115 Sağlık ve hastalık arasındaki bu karşıtlık L-DOPA kullanımı olmadıği durumlarda dahi çok belirgindir. Eğer biri hastalanır, yoğun bitkinlik hisseder, şok ya da depresyona girerse, pratikte Parkinson hastalığının birdenbire ortaya çıkabileceğini –öncesinde belirgin olmayan, gizil ya da potansiyel bir durumdan– ve sağlığın kötüye gitmesiyle birlikte kontrolü ele geçirip ilerleyişini tekrar tekrar gözlemleyebiliriz; sonra aynı şekilde bünyenin gücüne ve sağlığına tekrar kavuşmasıyla birlikte hastalığın tekrar eskisi gibi belirsiz, gizil durumuna dönüştüğünü gözlemleyebiliriz. Düşüp kalçasını kırmazdan bir gün önce “yaşam dolu” bir haldeyken, iki yıl önce tetkik etme şansı bulduğum yaşlı bir bayan hastam vardı. Bu hanımefendide Parkinson hastalığına dair en ufak bir belirti bile yoktu (ya da fark edilebilir bir belirti); ertesi gün onu tetkik ettiğimde ağrıları vardı fakat –daha da önemlisi– tam anlamıyla çökmüş, adeta “bitmiş” ve sanki ölüm çok yakınındaymış gibi bir ruh ve beden hali içerisindeydi. Sanki hayatıyeti ve can damarları kurutulmuştu; bu yarı ölü görüntüsü yetmezmiş gibi şimdi bir de ağır Parkinson rahatsızlığı vardı; üç gün sonra tekrar “kendine” geldi – hayat doluydu ve artık Parkinson rahatsızlığından eser kalmamıştı. Şu ana kadar bu mükemmel sıhhatini korudu ve bir daha herhangi bir Parkinson belirtisi sergilemedi. Yine de kuşkum yok ki o rahatsızlık *orada bir yerlerde* (potansiyel, eğilimli, gizil, uykuda) ve eğer sağlığı, gerçek benliği yaralanır ya da kaybolursa yine ön plana çıkacak.
- 116 Bu tür uyanışlar sözde “mantıklı aralıklar”la kıyaslanabilir. Böyle dönemlerde –beyinde varolan ciddi boyutta işlevsel ya da yapısal rahatsızlıklara rağmen– hasta birdenbire ve tamamen eski benliğine ve sağlığına kavuşur. Toksik, hummalı ya da ateşli diğer tür bilinç kayıplarının en ileri safhasında bunu tekrar tekrar gözlemleyebiliriz; bazen adını söyleyerek hastanın kendine gelmesi ya da hatırlaması sağlanabilir, sonra bir an için ya da birkaç dakikalığına gerçekten de kendine gelir ve ardından tekrar bilinç kaybı başlar. Beynin ciddi boyutta yapısal ve işlevsel kaybının her türünün çok açık bir biçimde görüldüğü ileri düzeyde yaşlılığa bağlı bunama ya da yaşlılık öncesi bunama (örneğin Alzheimer hastalığı) yaşayan hastalarda kayıp benliklerine ilişkin anlık ama akılda kalıcı görüntüler –birdenbire ve dokunaklı bir biçimde– gözlemlenebilir. (Esasında ileri düzeyde anormal EEG kayıtları olan bu hastalarda “mantıklı aralıklar” olarak adlandırılan

bu geçici ümit anlarında, EEG kayıtlarında ani ve çok kısa süren normal kayıtlar görülür.

Yine anlatılan ve benim de bizzat tanık olduğum üzere hastalığı iyice kötüye gitmiş, "yitik", ebefrenik şizofrenik hastalarda, hastalığın, trajedinin, yoksunluğun ani "ayıltıcı" etkileri gözlemlenebilir: Onyıllar boyunca otomatikleşmiş sahte, yapmacık davranışlar ve dürtülerden oluşan bir davranış karmaşası içinde adeta "kişiliklerine ayrılmış" bu tür hastalar; karşı konulmaz, ezici bir gerçeklikle yüz yüze geldikleri zaman bir anlığına da olsa *toparlayıp* kendilerine gelebilirler.

Fakat bu kadar uzak örnekler aramamıza gerek yok. Hepimiz geçmişte ciddi boyutta bir altüst olma ve kargaşa içinde olduğumuz dönemlerde ani toparlanmalar yaşamışızdır: sarhoşken ani ayılmalar ve –özellikle de yaşlandıkça– geçmişimize ya da çocukluğumuza dair olayların aniden zihnimizde tekrar canlanması. Bu anımsamalar o denli canlıdır ki adeta o döneme ya da ana tamamen bir dönüş yaşanır. Tüm bunlar özbenliğimizin, tarzımızın, *büründüğümüz kişiliğin* sonsuz ölçüde karmaşık ve kendine özgü varlığı içinde yaşayageldiğini ortaya koyar; bu herhangi bir sisteme ait değil kendi içinde tarif edilmesi gereken tüm bir organizasyona ilişkin bir meseledir. Kısacası tarz, insanın varoluşundaki en derin olgudur. Henry James'in ölümcül, ateşler içinde kıvrandıran zatürreeye bağlı bilinç kaybı yaşadığı bir dönemde kaleme aldığı ve bir zamanlar benim de elime geçen mektuplar, konuya ilişkin olağanüstü bir örnek sunmaktadır; bu mektuplar bilinç kaybının çok aşikar kanıtlarını ortaya koyar fakat *üslupları* açısından su götürmez bir biçimde Henry James'i, hatta onun "geç dönemlerini" yansıtır.

Birçok nöropsikolog özellikle de Lashley, hayatlarını Engram'ı (canlının karşılaştığı etkili uyarıların sinir sisteminde bıraktığı kabul edilen iz, herhangi bir olayın sinir sisteminde bıraktığı psikik etki veya izlenim) bulmaya adanmıştır: Lashley'in bu konudaki çalışmaları dikkate değerdir ve kişisel yeteneklerin ve anıların, beyindeki ciddi boyutta ve farklı türde hasarlara rağmen varlıklarını sürdürebildiğini kesin olarak ortaya koymuştur. Bu tür deneysel gözlemler tıpkı titiz ve ayrıntılı düşünülmüş klinik gözlemler gibi (özellikle de Luria'nın *Dünyası Paramparça Olmuş Adam* eserinde ortaya koyduğu ve açıkladığı çalışmaları) *büründüğümüz kişiliğin* klasik anlamda "belirli bir konumla sınırlandırılmayacağını", varolan herhangi bir "merkez", "sistem", "nexus" ve benzeri olgularla aynı kefeye konamayacağını, sadece tüm organizmanın karmaşık bütünlüğü, sürekli değişim gösteren yapısı içinde dünyayla olan gel-gitli ilişkisiyle eşdeğer tutulabileceğini

gösterir. Bu gözlemler daha ziyade insanın ontolojik örgütlenmesinin, tüm varlığının –tüm o çeşitliliği, titreşen pırıltısı, sürekli yer değiştirerek birbirini izleyen seyriyle (Hume’un “algı yığınları”, Proust’un “anların derlemesi”)– tarihi, biçimsel ve yaratıcı devamlılığıyla, hayat boyu süren senfonik ya da şiirsel bütünlüğüyle tutarlı ve süreklilik arz eden bir varlık olduğunu ortaya koyar.

Not (1990) Beyindeki sürekli yer değiştiren “geniş çaplı şablonlaşmaları” ve güncel algılamaların durmaksızın geçmiş şablonlarla ilişkilendirilmesini yansıtmaya açısından bilince ilişkin böylesine dinamik, biyolojik kavramlar yakın geçmişte Gerald Edelman’ın büyük gayretleri sonucu açıklığa kavuşmuştur.

117 Tüm hastalar içgüdülerine ve önsezilerine dayanarak bazı metaforları tekrar tekrar kullanırlar. Bu nedenle hayatın inişlerine ve çıkışlarına ilişkin her hastanın doğal ve otomatikleşmiş bir biçimde hissettiği evrensel imgeler mevcuttur: sağlık, mutluluk ve güzel görünüm hayatın çıkışta olduğu dönemlere, hastalığın derinliklerine batıp, ıstırap çekmek ise inişte olduğu dönemlere ait imgelerdir. Fakat bu tehlikeli bir kargaşayı da beraberinde getirebilir: delilik, açgözlülük ve patolojik heyecan duymaya ilişkin aldatıcı çıkışlar ve “sahte zirveler” de mevcuttur; bunlar sağlığın gerçek yükseliş dönemlerinden epey farklı olsa da, aradaki fark ayırt edilemeyip bu dönemleri “telafi edici” sanılabilir. Bir diğer evrensel metafor ise ıstık ve karanlıkla ilgilidir: Hastalığın karanlığından ve yarattığı belirsizlikten çıkılıp sağlığın berrak ışığına kavuşulur. Fakat hastalığa dair de parlak ve sahte ışıklar mevcuttur.

118 Bu kısmen mekanik, kısmen de cehennem azabı çektiren tıkanmışlık duygusu ya da mantıksız ve çıldırtıcı, hiçbir yere gitmeyen bir gidişat, Parkinson hastalığı ve nevrozun tipik özellikleridir. Bunlar hiçbir yerde D.H. Lawrence’ın son şiirleri ve mektuplarında olduğu kadar güzel ifade edilememiştir.

O insanlar ki oturur makinelerde
dönen tekerleklerin arasında, yüceltilmiş tekerleklerin
otururlar devinmeyen hareketin gri sisleri arasında
hareketsiz bir gidişat
varolmayan bir varlık

...giden ama hiç dolaşmayan, sabit ama devinen
öylesine bir cehennem ki gerçek, gri ve korkunç
Dante hiç görmemiştir böylesine gri bir cehennem ...

119 “Sıkıntıların” baş göstermesinin öncesinde her zaman huzurlu bir dönem yaşanmaz. Örneğin Hester Y.’nin durumu bir gün aniden, herhangi bir belirti ortaya koymaksızın “ciddileşti” (dipnot 65). Dahası *ilk andan itibaren* yaşadığı her şeyde bir aşırılık söz konusuydu – son derece dürtülenmiş, coşmuş bir hali vardı ve hareketleri neredeyse aynı anda hem baskılanıyor hem de süreklilik gösteriyordu. Hester’in, post-ensefalitik rahatsızlığı özellikle şiddetli ve ya hep ya hiç tarzındaydı – fakat benzer patlayıcı tepkiler bazen “sıradan” Parkinson hastalarında dahi görülebiliyordu. 1986 yılında L-DOPA vermeye başladığım Bert E. adında bir şizofrenik bu türden bir hastaydı. İlacın dozunu azar azar arttırdıkça hafif ve doza bağlı bir hareketlilik gösterdi; fakat sonra, birdenbire sadece küçük bir artışın (% 5) ardından durumu “ciddileşti” ve bir saat içerisinde normalin üstünde, çarpıcı, neredeyse çılgınlık derecesinde bir zihin ve beden hareketliliği sergiledi. Pazar sabahı “her zamanki” durumunu sergiledi –katılaşma ve titremede biraz azalma olsa da neredeyse tümüyle sessizdi ve yataktan kalkabilmek için yardıma ihtiyacı vardı– fakat, gün ortasında birdenbire (hemşirelerin ifadesiyle) “galeyana geldi”: Oturduğu koltuktan fırlayarak, koridor boyunca koşmaya, gölge boksu yapmaya ve ardında da hiç durmaksızın konuşmaya başladı. Tüm konuşmaları çeşitli spor dallarına ve oyunlara dairdi (futbol, beyzbol, matematik oyunları vs.). İlk başta normal bir “uyanış” ya da “gevşeme” gibi görünen durumu, bir iki gün içerisinde açıkça hastalıklı özellikler göstermeye başladı. Bu aşamada L-DOPA’nın dozunu çok küçük bir miktarda (% 5) düşürdüm; fakat bu hiperaktif halini yatıştıracağına, şiddetli, titreyen ve neredeyse onu acz içinde bırakan Parkinsonlu haline anında geri döndürdü. Açıkça görülüyordu ki, durumu ciddileşip kritik noktaya geldiğinde, Bert’in tepkileri halihazırda basit, doğrusal bir doz/tepki eşitliğinden uzaklaşarak, karmaşık, doğrusal olmayan, ani ve önceden kestirilemeyen bir mecraya girdi.

120 Böylesine genel bir yargı birtakım ilaveler ve nitelendirmeler gerektirir. Sıradan Parkinson rahatsızlığı olan hastalar –ki bunlar halihazırdaki Parkinson hastalarının büyük bir çoğunluğunu oluştururlar– uzun bir dönem pürüzsüz bir tepki ortaya koymayı ve meydana gelebilecek “yan etkilerin” olabildiğince hafif olmasını umabilirler; oysa post-ensefalitik Parkinsonizm rahatsızlığı olan hastalar, erken ve şiddetli oluşan olumsuz tepkiler ortaya koymaya çok daha eğilimli görünürler. Fakat bu tür “kaidelerin” önemli istisnaları vardı: “Başlangıçtaki durumu” ne denli olumlu olursa olsun, *hiçbir* Parkinson hastasının uzun bir süre olumlu tepkiler vereceği *garanti* değildir;

buna karşın, Magda B. ve hikâyeleri bu kitapta aktarılmayan diğer hastalar gibi ciddi boyutta post-ensefalitik rahatsızlığı olan hastalar, L-DOPA'ya çok olumlu tepkiler vererek ve bunu *sürdürerek* hem kendilerini hem de etraflarındakileri şaşkınlığa uğratabilir. Bireysel tepkilerin hesaba kitaba gelmez doğası (ki genelde kullanılan istatistiksel sunumlardan ötürü gizli kalırlar), tepkileri belirleyen etmenlerin nasıl sayısız ve karmaşık olduklarını, bunların ne kadarının gizli kaldığını ve görünmedikleri için güçlü ve zayıf yönlerinin bilinmediğini gösterir.

Fakat, neredeyse değişmez bir biçimde, L-DOPA kullandıkları vakit felakete sürüklenen bir hasta grubu vardır: Bunlar hastalıklarına ilaveten ya da ardından bunama yaşayan hastalardır; yalnızca L-DOPA'ya değil, her türden gerginlik ve sıkıntıya karşı son derece savunmasızdırlar. Rachel I'nın hikâyesi, bu tür hastalara L-DOPA verilmesinin ardından ortaya çıkan kendine özgü tehlikelere örnek teşkil eder.

121 Bu hastalardan biri olan ve şu anda Mount Carmel'de bulunan Lillian T., New York'taki büyük bir nöroloji hastanesine, "yan etkilerin tedavisi amacıyla" dokuzuncu kez yatırıldığında –başını şiddetli bir biçimde sağa sola sallıyordu– doktoruna şöyle dedi: "Bunlar başımın yaptığı hareketler. Başım ne kadar 'yan etkiyse' bunlar da o kadar 'yan etki'. Başımı kesmediğiniz sürece bunlar da kesilmeyecek."

122 Uyanışın tipik özelliği mükemmel bir tatmin duygusu ve organizmanın ihtiyaçlarının tümüyle giderilmesidir. Böyle bir dönemde hasta şöyle der (tıpkı Leonard'ın ifadeleri gibi): "İhtiyacım olan şeye sahibim, daha fazlasına ihtiyacım yok. Bu kadarı *yeter*. Her şey yolunda." O bunları söylerken biz de onun bir kurt gibi aç olan hücrelerinin de aynı şeyleri söylediğini hayal ederiz. İyi olmak, "yeterlilik" – tatmin, hoşnutluk, doyum, teskin olma gibi duyguları ifade eder. Bir ilaçtan hastaya "Ne kadar?" verilmeli sorusuna verilecek tek bir doğru yanıt vardır: "Yeterince!"

Fakat ne yazık ki bu mutluluk ve "yeterlilik" hali hiçbir zaman sürüp gitmez. Bir süre sonra "yeterlilik" kaybolur ve ardından *artık* doğru doz diye bir kavram kalmaz: "Yeterliliğin" yerini "yetersizlik" ve "aşırılık" alır ve artık hastayı "dengelemek" mümkün olmaz. Hiçbir şey, sinsice meydana gelen bu denge kaybı, tedavinin sağladığı rahatlığın ve sağlığın giderek yıpranması kadar üzücü değildir; yine de görünen o ki, L-DOPA verilen her hastada kaçınılmaz olarak bu gelişmeler yaşanır. Gönül ister ki bu gelişmeler yok sayılsın ve hastaya "doğru" dozun ve "doğru" tepkinin sadece geçici olarak ya da tesadüfen

kaybolduğu ve dozda ustaca yapılacak ayarlamalar ve “titrasyon”la doğru doz ve tepkinin tekrar bulunabileceği temin edilebilir. Bunu yapmak, yalan söylemek ya da en azından hastayı –karşılanamayacak bir beklenti içine girmesine neden olarak– aldatmak demektir.

Kimyada çok basit ve düz bir uygulama olan “titrasyon”da –belirli bir tepki elde etmek için bir maddeyi belirli miktarda verme– yaşanan sorun, er ya da geç L-DOPA’nın (veya davranışı değiştirmek amacıyla tasarlanmış herhangi bir ilacın) sürekli uygulanmasının getirdiği bir sorun haline gelir. Tüm hastalarımızda görülen tepki dizisini –L-DOPA tedavisi gören herhangi bir hastada görülen tepki dizisi– bir kez daha gözden geçirelim. Öncelikle, basit, sağlam ve faydalı bir tepki görürüz – ilaçtan çok miktarda verilen hasta *daha iyi olur*; bir süre için görünen odur ki, bu yeni gelişme sabit bir L-DOPA dozu ile sürdürülebilir: Dolayısıyla *bu aşamada*, “titrasyon” kavramı, dozla tepki arasındaki basit oransal dengeleme ya da orantılama görünürde çok makul bir biçimde elde edilmiş olur. Fakat *sonra* değişmez bir biçimde, “yeni sorunlar” ortaya çıkar ve bunların genel seyri şu şekilde gelişir: İlk önce, hastalar L-DOPA’nın etkilerine karşı giderek daha duyarlı, bazen de had safhada duyarlı (tıpkı ilk başta 5.000 mg.’lık doza ihtiyaç duyup ardından bu dozun yüzde birine bile tepki veren Leonard L. vakasındaki gibi) hale gelir. İkinci olarak, L-DOPA’ya verilen tepkilerde nitel değişiklikler görürüz. Öyle ki başta basit ve anlaşılır olan tepkiler artık giderek karmaşık, değişken, dengesiz ve yanıltıcı hale gelir – hatta, *tahmin edilmesi imkânsız* hale gelebilirler (öyle ki belli bir noktada, dozdaki çok küçük değişimler, büyüklüğü ya da türü *hesaplanamaz* tepkiler oluşturur) – bu ferromanyetik maddelerin ısıtılmasındaki “Curie noktası”na benzer türde, makro-birimsel bir durumdur. Böyle zamanlarda doğru ya da uygun bir L-DOPA dozu üzerinde ortak bir karara varamayız (Frances D. vakasında bunu açıkça görebiliriz) – artık doğru ya da “yeterli” doz diye bir şey yoktur – tedavi penceresi kapanmıştır. Artık tam anlamıyla her iki taraftan da elimiz kolumuz bağlıdır – kesin olarak doğru yapabileceğimiz hiçbir şey yoktur ve ne yaparsak yapalım yanlış olacaktır. O halde bu aşamada, artık orta karar bir tepki de söz konusu değildir; artık L-DOPA’da yapılacak titrasyonlar hastayı etkilemez; dozla tepki arasında bir eşitlik kalmamıştır; uyarı ile tepki arasındaki orantısal ilişki yok olmuştur.

- 123 Bu bağlamda, Gowers’ın aktardığı bir epilepsi vakası ilgi çekicidir. Söz konusu epilepsi hastası, yaşadığı epilepsiye bağlı sarsılmalar ve bilinç kaybının hemen öncesinde, ani ve kendine özgü bir *yanlışlık*

hissine kapılmaktadır (nöbet öncesinde görüp tanık olduğu her şey birdenbire ona –ahlaki açıdan– *yanlış* gelmektedir).

124 Bu nitelikte, ilgi çekici ve belki de başlıca biçimsel bir model Cantor'un sonsuz diziler ve sonsuz ötesi tam sayılar kavramlarında görülebilir. Sıradan tümevarım matematiğinin kuralları bunlara uygulanamaz zira bu tür sonsuzların "en küçük parçası" bütününe eşittir ve onların sonlu (yani bu dünyaya dair) özelliklerini ifade eder. Belki de hepimiz sonsuz sayıda haritanın bu türden refleksif (dönüslü) bir özelliğe sahip olabileceğini düşünmüşüzdür: haritanın haritasını içeren bir harita ve onu içeren bir haritanın haritasının haritası vs. Gerçekten de, tam da bu türden bitmez tükenmez bir refleksif durum içerisine hapsedilmiş hisseden birkaç hastam özellikle bu tarz imgelerden bahsetmiştir (Örneğin bkz. Rose R., dipnot 54).

125 "Yetersizlik" hissi; "daha fazlası!" için can atma; "daha da fazlasını!" talep etme; elbette hiçbirimiz bu hislere yabancı değiliz! Patolojik eğilim kavramıyla bağımlılık ve günah arasında varolan biçimsel benzerliği ister istemez fark ederiz. Bu benzerlik kavramı ne kafamızdan atabileceğimiz ne de onsuz yapabileceğimiz bir fikirdir.

126 Bu tür tehlikeler ve ikilemler sadece L-DOPA kullanımına özgü değildir. *Tüm* beyin uyarıcılarının, teskin edici ilaçların, davranış bozuklukları üzerinde özgün etkileri olduğu varsayılan *tüm* ilaçların uzun süreli kullanımında bu tehlike ve ikilemler öyle ya da böyle meydana gelir. Belki de buna en yakın örnek yoğun bir uyku ve uyuşukluk hali sergileyen ve çok şiddetli vakalarda günde neredeyse yirmi dört saat uyuyarak yaşamlarını uyumakla geçiren narkoleptik hastaların tedavisinde kullanılan uyarıcılardır (amfetaminler); bu tür hastalar amfetamin kullanımıyla mükemmel bir şekilde uyandırılıp, haftalar ya da aylar boyunca normal yaşamlarını sürdürebilirler; fakat er ya da geç –tıpkı L-DOPA tedavisi gören hastalarda olduğu gibi– amfetaminlerin zayıflayan ve yayılan etkilerini, psikoz başlangıçlarını ve diğer "yan etkilerini" yaşamakla kalmayıp, eski uyku hastalıkları da nükseder. Benzer hususlar nevrasteni ve nevrotik depresyon tedavilerinde kullanılan amfetamin, kokain ya da diğer benzeri uyarıcılar için de geçerlidir.

Özellikle benzer tepki modelleri duygusal ve eylemsel heyecan hallerinin tedavisinde uzun süre kullanılan yatıştırıcılarda da meydana gelir. Dolayısıyla phenothiazide ya da butyrophenone türünden yatıştırıcılar nevroz ve psikozların *kısa vadeli* tedavilerinde çoğunlukla mükemmel bir etki gösterir ve hastayı huzura erdirir. Fakat *ardından* büyük bir olasılıkla ilacın yol açtığı Parkinsonizm, diskinezi ve diğer

“yan etkiler” meydana gelmekle kalmayıp, ilk baştaki nevroz hali nükseder. Bu tür etkiler özellikle Gilles de la Tourette ya da çoklu-tik sendromlarının (beyindeki aşırı dopamin salgısıyla meydana gelen bir rahatsızlık) tedavisinde kullanılan haloperidolun (anti-DOPA diye de adlandırılır) yarattığı muazzam etkilerle de yakından alakalıdır.

Bu tür hastaların neredeyse tümünün tikleri ilk başta “mucizevi” bir biçimde azalır ya da kaybolur; fakat er ya da geç çoğu, baştaki tiklerinin yeniden ortaya çıkmasıyla birlikte bir dizi “sıkıntı”yla karşılaşır –Parkinsonizm, duyarsızlık ve benzeri “yan etkiler”-, aralarında en şanslı ve en dayanıklı olanlar –tıpkı L-DOPA tedavisi gören hastalar gibi– sonunda az çok kabul görebilecek bir “uzlaşma” ya da *yaşam tarzı* elde eder.

- 127 Hastalanma, düşüşe geçme, bozulma vs. süreci, tuhaf ve ürkütücü bir güce ve şekle sahip ve her zaman dairesel bir süreç olarak hayal edilmiştir. Tiksindirici süreç ve eğilimler klasik olarak günah ve günaha yatkınlıkla özdeşleştirilir – Galen’in kısırdöngüsü: Dante’nin “Cehennem” betimlemesi. Fakat en iyi betimleme, hastanın hissettiği betimleme, helezona, sarmala, girdaba dairdir – hızlanan ve kötüye giden bir sarmalın yörüngesine doğru giderek artan bir hızla ve karşı konulmaz bir biçimde sürüklenmek. Bu hastalar derinlere doğru sürüklenirken girdabın yarattığı bir şiddet, ölümcül bir çekim söz konusudur.
- 128 Bir kez elde edildikten sonra tekrar erişilemeyen tek bir mükemmel ana dair bu örnek, alkol, afyon, uyarıcılar ve “bağımlılık” yaratan diğer maddeler göz önüne alındığında çok aşına bir örnektir. De Quincey şöyle yazar: “...hareket her zaman bir yay biçimindedir; bağımlı giderek tırmanan bir zirveye ya da doruğa doğru yükselir ve aynı adımlarla buradan aşağıya doğru inerek düşüşe geçer. Yukarı doğru hareket ederken ulaşılan ve bir kez oraya varıldı mı bir daha erişilemeyen bir tepe noktası vardır.”
- 129 Bu ve önceki tanımlamalarda, tepkinin bu safhasındaki tüm dürtülerin ortak noktası olan genel eğilimin (“aşırılık”) ne olduğunu vurgulamıştım. Bu tarz bir tanım, dürtüleri vücudun belli yerleriyle sınırlandırarak ya holist ya da topist terimlerle tanımlayan klasik nörolojidekinden farklıdır; eğer kendimizi bu terimlerle ifade edecek olursak, L-DOPA’ya ilişkin aşağıdaki maddelerden bahsediyoruz demektir: her dürtünün boyutunda bir artış, dürtünün beynin diğer bölgelerine yayılması ve “yeni” dürtülerin ortaya çıkarak, beyin sayısız dürtülerle *yanıp tutuşana* dek sürekli çoğalması. Hem holist hem

de topist yaklaşımları olan Pavlov, dürtülerin genişleyerek yayılmasını kısmen homojen bir beyin iletkenindeki elektrik yüklenmesinin merkezkaç kuvvetiyle yayılmasına ("ışın yayılması"), kısmen de anatomik ya da işlevsel açıdan birbirine komşu sistemlerin ardışık bir biçimde uyarılmasına ("zincirleme-reaksiyon") yorar.

Işıma betimlemeleriyle bağlaşıklık (Sherrington'un parlayıp sönen sayısız ışıklara, Pavlov'un ise sınırları kaybolan parlak ışık halkalarına dair betimlemesi) bir başka betimleme de bir yerden diğerine sıçrayan büyük yangınlara benzetilenlerdir: Sonunda tümüyle alevler sarana dek, beyin parlak ateşlerle yanar; varoluşun buz gibi soğuk evinde yakılan ateş evi önce ısıtır, ardından da tümüyle sarar.

(1990 baskısına ek): Bu ısıyıp, yayılan süreçte, giderek daha çok beyin işlevi, (Edelman'ın ifadesiyle) "sinir hücresi grubu" harekete geçer ya da "uyarılır"; bu süreç bir kez başladı mı, kalıcı bir değişiklik meydana gelebilir ve bu sinir hücresi grupları duyarlı hale gelir ya da tutuşur – öyle ki, L-DOPA tedavisi durdurulup yeniden başlatılsa dahi, ilerdeki L-DOPA denemelerinde bunlar anında tekrar faaliyete geçer. Görünen o ki, beyin bu "yan etkileri" *öğrenir* ve yeni (ve hastalıklı) bir repertuarın parçaları olarak özümser.

L-DOPA'ya verilen tepkiler giderek daha karmaşık bir hal alır ve bunlar bir anlamda her hastanın kendisine özgü bireysel tepkileri olur. Her yeni heyecan dalgası yeni tepkileri tutuşturur ve ardından bunlar özümşenip dürtünün bir parçası haline gelir. Gerçekten de buna benzer bir şey, krize yatkın hastalarda, L-DOPA tedavisi öncesinde meydana gelmişti: Bu tür krizler yeni özelliklere bürünerek ve her tekrarlayışlarında giderek daha karmaşık hale gelerek *evrim* geçiriyorlardı.

- 130 Pavlov, "aşırı" baskıya maruz bırakılan deney hayvanlarında da benzer türde tepkiler tanımlamıştır. Bir süre sonra bu hayvanların tepkileri azalmakta ya da tersine dönmekte ve hayvanlar "paradoksal" ya da "ultra-paradoksal" bir evreye girmektedir. Pavlov bu tür vakalarda "aşırı dürtülenmenin bir sonucu olan sınır ötesi baskılamadan" söz eder ve bu baskılamanın koruyucu türde bir baskılama olduğunu ileri sürer. Hastaların üzerinde çalışan Goldstein, benzer bir olgudan bahseder ve bunları temel biyolojik tepkiler olarak görür; Goldstein burada zirveye çıkan bir "dürtü süreci"nden bahseder. Bu zirveden sonra, tepkiler tersine döner ya da "dengelenir". Tekli sinir hücreleri düzeyinde, devamlı yoğun bir uyarılmaya verilen tepkinin her zaman iki evreli olduğunu ve sinir hücrelerinin daha fazla baskıya nasıl uyum sağladığını ya da direndiğini görürüz.

- 131 1970 yılının yazında Cotzias ve diğerleri, farklı klinik durumlar için ilaç dozunda önerilen değişimleri içeren bir çizelge yayımladılar. Eğer akinetik haller meydana geliyorsa L-DOPA'nın dozu % 10 arttırılmalıydı; eğer bunlar *hâlâ* meydana geliyorsa doz bir % 10 daha arttırılmalıydı. Kanımca bu tür öneriler, hastaların tedavisini yanlış yönlendirebilecek denli tehlikelidir; dahası somut bir teorik zeminden de yoksundurlar. Adil olmak adına şunu ilave edebilirim ki, artık Cotzias ve diğer birçok nörolog; bu tür sabit listeleri, çizelgeleri ve göz kararı hesaplamaları bir kenara bırakıp, tüm tepkilerin *bireysel* doğasını ve gerçek karmaşıklıklarını tam anlamıyla idrak ederek her hasta için farklı doğruların geçerli olduğunu kabul etmeye hazırdırlar.
- 132 Bu son derece patolojik haller, bizleri bu tür hastaların "iç dünyalarına" dair alabildiğine garip ama yine de olası imgelere doğru yönlendirir. Bu tür imgelerin hayal gücü kuvvetli hastalarda kendiliğinden ortaya çıktığını vurgulamalıyım. Dolayısıyla davranışın "şekli" aşırılıklara indirgendiği zaman, "ortası" neredeyse sıfırlanmış bir *kum saatinin* şeklini alır; eğer konuyu daha soyut ifade edecek olursak, her yeri hiperbolik ve negatif eğrilere sahip, sonsuz ama yine de kapalı bir ontolojik uzay boşluğunun şeklini alır. Dahası bu boşluk, bir Möbius şeridi gibi kendi içine doğru kavislendiğinden, *çıkış yolu* yoktur. Böyle bir imgelem dahi bazı hastalar tarafından ifade edilebilir: Örneğin Leonard L., hapsedilmişliğinden ötürü işkence çekerken, kendini şişeye sıkışıp kalmış bir sineğe benzetmişti. Göreceli bir "ontolojik boşluğa" dair bu tür imgeler, ayrıntılı ve biçimsel örneklerle açıklanmadığı takdirde kafa karıştırıcı önermelerden öteye gidemezler.
- 133 Deney hayvanlarında ve manik-depresif hastalarda görülen benzer salınımlardan bahseden Pavlov, "inişli çıkışlı baskılamaların ardından meydana gelen heyecan dalgaları"ndan söz eder. Benzer şekilde birçok hasta içlerinden akıp giden dalgalardan ya da fırtınalı denizlerdeki bir tekne gibi sağa sola savrulduklarından bahseder. Basit, yükselip alçalan dalga kavramını bir kenara koyup, bunun yerine dalga dalga yükselen ve yükseldikçe daha da sarplaşan, sonsuz bir yükseklik potansiyeline sahip kasırğa gibi dürtüleri hayalimizde canlandırabildiğimiz takdirde, dalgalanmaya ilişkin bu imgeler tamamen akla yatkın görünmektedir. Neyse ki bu tür dalgalar, dünyamızdaki denizlerde meydana gelmez; bunlar daha ziyade olağanüstü türden bir gücün ve boşluğun yansımalarıdır; bunlar yalnız ve yalnız, doğrusal olmayan ve hayalimizde canlandırmak için çok çaba sarf etmemiz gereken bir boşlukta meydana gelir.
- 134 Bu parlayarak köpüren hezeyan halleri ve bunları çağrıştıracı

kinematik görüş ve “duraklamalar” düşüncesi (bkz. Hester Y.) bizi, hayal etmesi kavisli boşluklar kavramından daha zor ve tuhaf bir “iç dünya” kavramına doğru yönlendirir; kinematik olgu bize, genişleme olmadan ardışıklığın, zaman olmadan anların, geçiş olmadan değişimin olduğu boyutsuz bir “uzay”ı gösterir: Kısacası kuantum mekaniğinin dünyasını.

135 Elbette, L-DOPA’dan “mucize ilaç” diye bahsetmeye en çok eğilim gösterenlerin, bu “sihirli” maddenin nasıl kullanılması gerektiğine dair karmaşık çizelgeleri, formülleri ve kuralları yayımlamaya da en çok eğilim gösterenler olması tesadüf değildir. Bu tür mistik ve mekanik bir tutum, sadece hastayı tehlikeye atmakla kalmayıp, aynı zamanda, Doğaya karşı uygunsuz yaklaşımlarından ötürü son derece gayri bilimseldir – bu yaklaşım, alçakgönüllülükle Doğayı anlamaya çalışmak yerine, onun emredilmek ve *hükmedilmek* üzere var olduğuna dair kibirli yaklaşımdır.

136 L-DOPA’nın bellek kaybını onarıcı gücü en olağanüstü etkileri arasındadır ve “uyanış”ın doğasını en açık şekilde bunlar ifade ederler. L-DOPA sayesinde canlanan hatıraların *nitelikleri* son derece özgün ve öğreticidir. Bu etkiler, canlanan anıların belli belirsiz akışı ya da bilinçli öğrenilmiş “gerçeklerin” su yüzüne çıkmasından ziyade, *kişinin geçmişinden kaynaklanan önemli anların* birdenbire, kendiliğinden oluşan “istem dışı” bir iradeyle hatırlanmasıdır. Anıların bu şekilde canlanması öylesine berrak, somut, ani ve güçlüdür ki, kelimenin tam anlamıyla bunlar yeniden yaşanır ve mevcudiyet kazanır. Özbenliğin ve dünyanın, hayal ile etkinin tümüyle, birbirinden ayrılmaz bir bütün olarak kaynaştığı bu yaşayan anıların karakteri, mekanik ya da “ezberlenmiş” hafızadan (“bilgi” ya da “veri” terimlerinin bilgisayarlara dair kullanımına atfen literatürdeki anlamı) tümüyle farklıdır. Kişisel anıların böyle birdenbire, yeniden canlanması, tekrar tekrar gösterilen belgesel filmlerin artık ilgi çekmeyen “cansız” özelliğinden çok farklı olarak, geçmişimizin son derece dokunaklı bir biçimde yeniden yaşanması, “kayıp” kimliğimizi, unutulmuş geçmişimizle olan devamlılığımızı sağladığımız hayati anımsamaların canlanmasıdır (hipnoz altındaki biri ya da bir sanatçının kine benzer bir biçimde). Yeniden zihinde canlanan bu anların niteliği, yaşanan deneyimin niteliğini ortaya koyar ve bize (Proust’un sürekli ortaya koymak için uğraş verdiği gibi) anılarımızın, kendimizin, varlığımızın tümüyle *anların bir derlemesinden* oluştuğunu hatırlatır:

“Kişiliğin, tamamen anların bir derlemesinden oluşması, hiç şüphesiz büyük bir zaafıdır; aynı zamanda büyük bir güçtür; bu hafızaya bağlı-

dır ve herhangi bir ana dair belleğimiz, o andan itibaren olan her şeyi hatırlamaz; belleğimizde canlanan bu anın durağan bir akışı vardır ve içinde şekillenen kişiliği barındırır” (Proust, *Yakalanan Zaman*).

137 Birbirlerine kesinlikle aykırı olmasalar da *dramatik* (ya da “organik”) birlikteliklerin oluşumu, *mantıksal* (ya da mekanik) birlikteliklerin oluşumundan son derece farklıdır. Örneğin köpeklerin kendileriyle “arkadaşlık edilmesinden hoşlandıklarını” ya da buna “ihtiyaç” duyduklarını gözlemleyebiliriz ve (eğer köpeğimiz varsa) bu sosyalleşmenin gerekli ve temel bir özellik olduğunu ve bunun bir “refleks”, “dürtü”, “uyarım”, “güdü” vs meselesine indirgenemeyeceğini hissediyoruz. Fakat Descartes meseleyi tam olarak bu açıdan ele almıştır – bu yüzden Sherrington, Descartes’ın yazılarından, hayatında hiç köpeği olmadığı ya da bir köpekle arkadaşlık kurmadığının anlaşıldığı yorumunu yapar; Kartezyen fizyoloji de o zamandan beri köpeksiz, arkadaşsız, cansız bir bilim olagelmıştır.

138 Aşırılığa ve bölünmeye eğilim birbirinden epey farklıdır (birbirlerine etki etse de); bunlar hastalıklarda görülen iki temel eğilimi temsil eder. Belli bir baskı ve gerilim sınırının ötesinde zorlanan tüm organizmaların benzer davranış bölünmelerini (ya da Pavlov’un ifadesiyle “üst düzey sinirsel faaliyetlerdeki kırılma”yı) gözlemleyebiliriz; bu sınır, bölünmenin meydana geldiği *düzye* gibi son derece değişkendir. Örneğin Martha N., L-DOPA tedavisinin öncesinde bile yüksek düzey “molar” bölünme (isterik ayrışma) eğilimi göstermişti; Maria G. ise L-DOPA tedavisi öncesinde sınırlı da olsa açıkça görülen bir “moleküler” bölünme (şizofrenik parçalanma) eğilimi ortaya koydu; Hester Y.’nin son derece dengeli bir “ego”su ya da kişiliği vardı, fakat L-DOPA verildiği vakit *daha alt* bir düzeyde (tikler) bölünmeler yaşadı. Herhangi birinin, Hester Y.’de görülen düzeyde heyecan ve baskıya tahammül edip, şu ya da bu düzeyde bölünme sergilememesi bana göre olanaksız gibi görünüyor.

139 Uzlaşma, “uyanış”ın *pırlıltısından*, onun birdenbire, kendiliğinden oluşan “mucizevi” niteliğinden yoksundur. Kolayca ve zahmetsiz bir biçimde, kendiliğinden oluşmaz. Sonsuz bir çaba, cesaret ve sorunla birlikte *kazanılır*. Bazal gangliadaki lokal bir değişikliği yansıtmaz ve belirli bir yerle sınırlanmış bir süreç olarak görülmez: en geniş anlamıyla, kişiliğin ve sorunları aşmak için ortaya konan çabaların elde ettiği kazanımlardır. Bu şekilde, çabalayarak ve zorlukla elde edilen kazanımlar güvencededir ve etkisini uzun süre sürdürür – “uyanış”ın kolayca elde edilmiş “ışıl”ının aksine. Öyle ki bu ışıltı geldiği gibi kolayca ve hızla gider... L-DOPA’nın sağladığı ilk uyanışın özünde

masumiyet ve mutluluk vardır – tıpkı normal olmayan bir biçimde ilk çocukluk yıllarına dönmek gibi: Bu anlamda, yaşı ne olursa olsun “uyanana”, William James’in sözünü ettiği “bir kez doğmuşlar”ı anımsatır. Sıkıntı, çetin bir sınav, onunla yüzleşmek zorunda kalanları zorlayıp, meydan okuyan, ruhun karanlık bir gecesidir. Onunla yüzleşenlerin bir kısmı, tutunamayıp, hayatta kalmayı başaramazlar; diğerleri ise ona katlanır ve yarattığı ıstırapın yükü altında ezilir. Kurtulanlar –“uzlaşanlar”– (James’in ifadesiyle) “hayatın acı suyundan, bir daha tadını unutamayacak denli çok içmişlerdir ve onlara bahşedilen hayat yerin iki kat altındaki bir evrendedir.” O halde bunlar “iki kez doğmuşlardır”. Fizyolojik ve sosyal yönden yaşadıkları acı uzlaşmazlık sonrasında, nihayet gerçek bir bütünlük, derin ve kalıcı bir uzlaşma elde ederler.

- 140 Nekahet-uzlaşma dönemindeki bu mücadele veren, kırılğan hastaların uyku, dinlenme ya da sağlıklarına kavuşma ihtiyacı, kanımca fiziksel terimler kadar metafiziksel terimlerle de yorumlanmalıdır. Uyku sırasında ihtiyacımız olan temel kuvveti elde eder, dünyayla ve varlığımızın amacıyla bütünleşiriz. Sir Thomas Browne bunu şiirsel bir dille detaylandırır: “... ideallerimizin sinesine yatmış uyurken, üç farklı dünyadaki varlığımızın ve yaşamımızın keyfini süreriz...” Lawrence ise sağlığa yeniden kavuşma ve hayat bulmaya dair harika bir imgelemle bunu şöyle ifade eder:

Ve eğer bu gece ruhum huzur bulacaksa uykuda
her şeyden bihaber, kayıtsızlığın derinliklerine dalıp,
ertesi sabah yeni açmış bir çiçek gibi uyanarak
o vakit, tekrar Tanrıya kavuşmuş ve yeniden yaratılmış olacağım.

Freud ise bunu cinsellik içgüdüsüne dair teoriyle analiz eder: “Uyku, gerek cinsel içgüdü, gerekse de egoya dair nesnelerin tümüyle terk edilip, egonun içine hapsedildiği bir durumdur. Bu, uyku sayesinde sağlığımızı yeniden kavuşmamıza ışık tutmuyor mu?.. Uyku esnasında, temel cinsel içgüdü dağılımı tekrar üretilir. Bu, cinsel içgüdülerle egonun ilgi merkezinin, kendi kendine yeten öz benliğin içinde, bir arada ve ayırt edilemez biçimde yerleşik olduğu mutlak bir narsizim halidir.” Ve bunu hepimiz yaşarız. Fizyologlar hiçbir zaman, tüm canlılarda görülen uyku gereksinimini, salt fiziksel terimlerle açıklayamamışlardır.

- 141 Bunun çarpıcı bir örneğine, Aaron E.’yi tetkik ederken rastladım. O dönemde evine dönmüştü ve görünürde epey normal bir hali vardı.

Fakat periyodik sağlık yoklamaları için bana geliyordu. Bu ziyaretlerden birinde, daha önce hiç sergilemediği şiddetli kore, yüz buruşturma ve tikli hallerini görünce korkuya kapıldım. Onu rahatsız eden herhangi bir şey olup olmadığını sorduğumda, hastaneye bir taksiyle geldiğini ve taksimetrenin sürekli tıklama sesi çıkardığından bahsederek "Tıklama sesleri hâlâ kulağımda ve bu benim de tiklere kapılmama neden oluyor!" dedi. Bunu duyar duymaz, taksiyi hemen yolladım ve Bay E.'ye başka bir taksi bulacağımıza ve yol masrafını bizim karşılayacağımıza dair söz verdim. Tüm bunları ayarlamamın üzerinden otuz saniye geçmişti ki Bay E.'nin kore, yüz buruşturma ve tikli halleri kayboldu.

142 Örneğin, Highlands Hastanesi'nde, Parkinson hastaları için bir kavisin, aı oluşturan bir yükselti ya da köşeden çok daha farklı olduğunun açıkça farkındaydılar ve burada hastaların gezinti yaptığı yerlerin şekli çoğunlukla ovaldı. Yaşam ortamına ilişkin bu türden bir kolaylık, hastanın yürüyüşüne büyük katkıda bulunur. Öte yandan bu öylesine büyük bir kolaylık sağlar ki bu sefer de *hastalar kendilerini yürümekten alıkoyamaz olurlar*. Buna karşın her şeyin yumuşak kavislerden ziyade, sivri ve köşeli olduğu Mount Carmel'de Parkinson hastaları basamaklardan kolaylıkla inip çıkabilir, fakat virajlı ve kalabalık koridorlarda yn değiştirmek zorunda kaldıkları vakit tıkanıp kalabilirler. Dolayısıyla, köşeli ve yumuşak hatların, basamak ve dnemelerin her birinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları vardır. Parkinson bulgularının çelişkili doğasının bir sonucu olarak Parkinson hastaları çelişkili ve düzensiz bir çevreye gereksinim duyar; fakat bu onları, Alis Harikalar Diyarında'ki Alis'in, Aynalar Dünyasında karşılaştığı türden her nevi mantıksal ve ontolojik paradokslarla karşı karşıya bırakır.

143 Bu tür hastalardan biri (daha önce dipnot 121'den bahsedilen, kafa sallayan hasta), yıllarca hastane dışında ve muazzam güçlüklerle boğuşarak bağımsız bir yaşam sürdürmeyi başarmıştır – bunlar, kararsız ya da bu konuda beceriye sahip olmayan hastaları anında çökertecek türden güçlüklerdir. Bu hasta –Lillian T.– uzun bir zamandan beri g bela harekete geçebildiğini, durabildiğini ya da yn değiştirebildiğini fark etmişti; öyle ki bir kez hareket etmeye başladı mı, kontrolünü yitiriyordu. Bu yüzden her hareketini önceden, büyük bir titizlikle tasarlaması gerekmektedir. Örneğin, hiçbir zaman oturduğu koltuktan *doğruca* kalkıp sadece birkaç adım uzaklıktaki divana geçemiyordu. Bu geçiş esnasında Bayan T. anında "donup kalıyor" ve yarım saat hatta belki de bir saat o halde kalıyordu. Bu nedenle iki ey-

lem biçiminden birini tercih etmek durumunda kalıyordu: bunlardan her ikisinde de, ayağa kalkıyor, hareket açısını tam olarak ayarlıyor ve “Şimdi!” diye bağırıyordu. Bunun üzerine önü alınmaz bir koşuya başlıyor ve ne durabiliyor ne de yön değiştirebiliyordu. Eğer oturma odasıyla mutfak arasındaki ikili kapı açıksa, bu kapıdan geçip mutfağa doğru seğirtiyor, fırının arkasından dolanıp mutfağın öte yanına geçiyor ve oradan da tekrar ikili kapıya doğru yönelip –sekiz rakamı biçiminde muazzam bir kavis çizerek– hedefine, yani yatağına varana dek koşuyordu. Fakat eğer ikili kapı sıkı sıkıya kapalıysa, bir bilardo oyuncusu gibi açısını hesaplıyor ve sonra büyük bir güçle kapıya doğru yüklenip, çarpmanın şiddetiyle geri sıçrayarak dik bir açıyla yatağına düşüyordu. Bayan T.’nin dairesi (ve bir ölçüde zihni) Houston Texas’taki Apollo fırlatma rampalarının kontrol odasını andırıyordu: tüm rota ve yörüngeler önceden hesaplanmış ve birbiriyle kıyaslanmış, olasılık planları ve “başarısızlık durumunda alınacak önlemler” önceden hazırlanmıştı. Kısacası, Bayan T.’nin yaşamının büyük bir bölümü, bilinçli korunma ve ayrıntılı hesaplamalara dayalıydı – fakat varlığını sürdürebilmesinin tek yolu da buydu. Tahmin edilebileceği üzere, bu denli ayrıntılı olmayan türden korunma ve hesaplamalar, tümüyle otomatikleşip hastanın içgüdülerinin bir parçası haline gelebilir ve bilinçli bir dikkate gerek kalmaksızın uygulanabilir.

Bu konunun tamamı, A.R. Luria’nın *İnsan Uyuşmazlığının Doğası* adlı eserinin son bölümünde derinlemesine ele alınmıştır. Luria bu bölümde, birbiriyle bağlantılı bir içerikle, “davranış algoritmaları”nın tasarlanıp, kullanılmasındaki gereklilikten söz eder – suni davranış uzuvları, hastalığın baltaladığı rahatlık, doğallık ve sezgilerle, kendinden emin bir biçimde yapılan hareketlerin yerine devreye konan, hesaplanmış, fakat son derece değerli davranış/hareket biçimleri. Bu tür “algoritmalar” elbette sunidir ve hepsinden öte *sunî hesaplamalara* dayanır; fakat bunlar güçleri ve ince hesaplama yetenekleri ciddi boyutlarda hasara uğramış hastaların önü alınmaz eğilimlerini *bir ölçüde* kontroledebilmelerinin neredeyse tek yoludur.

- 144 Matematikte de benzer bir uyanıştan söz eden, Leibniz ve Goethe’nin öğrencisi, şair ve matematikçi James Joseph Sylvester, matematiksel düşüncenin gerçek, rahat ve *canlı* niteliklerini, unutulmaz terimlerle betimler:

“Matematik, küstahça bir anlayışa indirgenmiş, iki kapak arasına sıkıştırılarak ciltlenmiş bir kitap değildir ve içeriğini iyice anlamak için sabır gerektirmez; sunduğu hazinelere uzun bir sürede sahip olunacak bir maden değildir, zira o hazineler sadece sınırlı sayıda maden

damarını dolduracak kadar azdır; arka arkaya hasat yapıldığı vakit verimliliği azalacak bir toprak değildir; kapladığı alanın haritası çıkarılıp, hatları belirlenebilecek bir kıta ya da okyanus da değildir: Matematik, tutkularına dar gelen o alanlar kadar sınırsızdır; olanakları, gökbilimcilerin baktıkça daha çoğunu gördüğü gezegenler kadar sonsuzdur: Her zerrede, maddedeki her atomda, her yaprakta, tomurcukta ve hücrede saklı olan ve yeni türde bitki ve hayvan varlığıyla dolup taşmaya her zaman hazır bilinç ve yaşam gibi matematiği de, saptanmış sınırlara hapsedmek ya da sürekli geçerliliği olan bir tanıma indirgemek mümkün değildir.” (Kurucuları Anma gününde John Hopkins Üniversitesi’nde verilen söylevden, 1877)

145 Bu hastaların birkaçı, yanlış bir “şizofrenik” tanısıyla onyıllar boyunca kaldıkları devlet hastanelerinden ve psikiyatri kliniklerinden başka yerlere nakledildiler. Hiç şüphe yok ki, dünyanın her yerinde, katatoni, zihin tıkanması, krizler vs. yaşayan binlerce post-ensefalitik hastanın başına da aynı şeyler gelmiştir. Belki de “görünüş itibarıyla şizofrenik” olsalar da bu hastalar şizofrenik değildi (bkz. dipnot 20).

146 Bkz. Ek Bölüm: Parkinsonlunun Uzun ve Zaman Boyutu.

147 Harold Pinter’a göre bu *Alaska’ya Benzer Bir Yer*’di.

148 Buradaki gözlemlerim, altmışlı yılların ortasından beri Purdon Martin’in çalışmalarında yakından takip edilen Highlands Hastanesindeki on bir hastadan onunda, hareket kaslarının işlevine dair (zeka işlevinde bununla kıyaslanabilecek herhangi bir hasar olmaksızın) benzer, son derece özgün hasarlar tespit eden Calne ve Lees’in (1988) yaptığı gözlemlerle uyumludur.

Calne ve Lees, yetmişli yaşlarına girdikçe post-ensefalitik hastaların büyük bir çoğunluğunu etkileyen bu gecikmiş, yaşla ilintili hareket kısı hasarlarının çeşitli olası nedenlerini tartışır: hastalığın akut evrelerinde oluşan kollateral sinir sonlanmalarının bazılarının ölmesi; hastalıktan etkilenen sinir hücrelerinin “yaşam süreleri”nin azalması ya da yaşla ilintili olarak bozulan dopaminerjik sinir hücrelerinin etkilerinin, ensefalitisin yol açtığı kendine özgü hasarların üzerine eklenmesi.

Sıradan Parkinson hastalığında (ve belki de diğer bozulmaya yatkın hastalıklarda) görülen, ilerleyen sinir hücresi bozulmalarında olduğu gibi bu tür yaşla ilintili değişimlerin de, süper oksit gibi serbest kalan kimyasal kök maddelerin yığılmasından ileri gelebileceği ve belki de anti-oksidanların kullanımıyla bunun yavaşlatılabileceği ya da önüne geçilebileceği varsayılmıştır (bkz. Ek Bölüm: L-DOPA’nın Ötesinde).

149 1986 yılında, buna ilişkin “Donmuş Bağımlılar” adında, yapımcılığını

PBS'deki "Nova" dizisinin üstlendiği ve Langston'un sunduğu güçlü bir belgesel çekildi.

- 150 Hastalarımda gözlemlediğim birdenbire hızla meydana gelen "uyanışları" ve ardından kontrol edilmesi zor "yan etkilerin" ve aniden başlayıp sona eren tepkilerin bazen birkaç gün içerisinde –tümü son derece düşük dozda L-DOPA'ya tepki olarak– ortaya çıkışını açıklamıştım (Sacks ve diğerleri, 1970c). Bu gözlemler meslektaşlarım arasında kuşkuyla karşılanmıştı (bkz. *Amerikan Tıp Birliği Dergisi*'nde yer alan makaleme tepki olarak yazılan mektuplar). Ancak sonraları bizim deneyimlerimizin epey farklı olduğunun farkına vardım – öyle ki bu meslektaşlarım bu tür tepkilere daha önce hiç tanık olmamıştı ve dolayısıyla bunların gerçekten meydana gelebileceğine inanmıyor, akıllarından dahi geçirmiyorlardı.
- 151 Langston'un kayıtlarıyla *Uyanışlar*'ın belgesel filmi, San Francisco'da bulunan Amerikan Nöroloji Akademisi'ndeki bir toplantıda birlikte gösterime girdiği zaman hastalarımız arasındaki benzerlik dramatik bir biçimde ortaya çıktı.
- 152 Langston'la bu konuyu tartıştıktan sonra, geriye dönüp 1950'lerde, aralarında bazılarının anti-depresan olarak MAO inhibitörü verilmiş olan post-ensefalitik hastalarımıza baktım ve bunun, söz konusu hastalardaki hastalık sürecini yavaşlatmış olabileceğini düşündüm.
- 153 Eğer Parkinson hastalarını yeterince ayrıntılı ve dikkatli bir gözlemle incelersek –örneğin yazı yazarlarken– gerçekten de ölçülerin farklılaştığını, fakat bunların *ani, hesaplanamaz sıçramalardan* oluştuğunu görebiliriz: Örneğin birkaç saniye içerisinde, bu türden düzinelerce "sıçrama" görülebilir – dolayısıyla, aslında gözlemlediğimiz sürekli *çarpıklaşan* bir ölçü değil, fakat çok daha tuhaf, aniden *seğirten* ölçülerdir; bunlar düzgün geometrik ya da topolojik dönüşümler değil, daha ziyade ani cebirsel ya da istatistiksel dönüşümlerdir.
- 154 Uzaya ya da boşluğa dair bu tür yanılsamaları Parkinson hastaları sıkça yaşar – bir asır öncesinde bu gayet açık bir biçimde idrak edilmişti. Örneğin *Fizyoloji Üzerine Ders Kitabı* adlı çalışmasının 1883 basısında Michael Foster şöyle yazar:
Basal ganglia rahatsızlığının bir sonucu olarak buna benzer zoraki hareketler yaşayan insanlar, bu hareketlere çoğu zaman görsel ve diğer duyumların eşlik ettiğinden ve görünürde neden olduğundan bahsederler; dolayısıyla birdenbire öne doğru sendelediklerinde, yürüdükleri zeminin, görünürde ayaklarının altından aşağı doğru kaymasının buna neden olduğunu ifade ederler.
- 155 Ayrıca bkz. dipnot 45 ve 47.

- 156 Burada anlatılan çalışma, Thomas J. Watson Araştırma Merkezi, IBM ve Rutgers Üniversitesi'nde görev yapan Dr. Ralph Siegel ile birlikte üstlenilmiştir. Bu çalışmanın daha kapsamlı bir versiyonu ileride yayımlanacaktır.
- 157 Gerçekten de, köken itibarıyla öngörülemeyen, "kaotik" davranışa ilişkin üzerinde çalışılmış ilk resmi örnek, hava durumu tahminiyle ilgiliydi – fakat dönemin matematikçilerinin çoğu, Lorenz'in bu konudaki öncü çalışmalarından habersizdi (bkz. Gleick, 1987, sayfa 11-31).
- 158 Günlük konuşma lisanında, "kaos" teriminin sayısız anlamı vardır, fakat bilimsel anlamdaki kullanımı kendine özgü ve kesindir. Bu anlamda kaos, bir sistemin davranışıyla –biyolojik, matematiksel ya da fiziksel– ve söz konusu sistemin, başlangıçtaki halinin uğradığı küçük (hatta çok çok küçük) değişimlere aşırı duyarlı olmasıyla ilgilidir. Bu tür bir sisteme örnek olarak, çok hızlı akan bir akıntının üzerinde batmadan yüzen bir yaprağı verebiliriz – burada, yaprağın ilk baştaki konumunda meydana gelecek bir değişiklik (küçük bir esintiyle), söz konusu yaprağın nihai yörüngesinde dramatik değişikliklere yol açacaktır. Bu tür sistemler çok hızlı bir şekilde öngörülemez hale gelir ve giderek kaosun öngörülmez derinliklerine doğru hareket eder. (Buna karşın bir saatin sarkacı, sabittir ve kaotik değildir; sarkacın salınımındaki küçük bir sapma hızla kaybolur.) Klasik mekanikte, bir sistemin belirli bir zamandaki durumu yeterli kesinlikle bilinirse, bu sistemin gelecekteki davranışı şaşmaz bir doğruluk ve kesinlikle öngörülebilir; fakat eğer sistem kaotikse, bu öngörü mümkün olmaz.
- 159 Fakat, 1970'lerde Zeaman (1976), Woodstock ve Davis'in (1978) yazdıkları yarı-popüler yazılarda bahsedilen "felaket teorisi" de ilgimi çekmişti. İlginçtir ki, yakın geçmişteki bir makalesinde, Richard Hardie, felaket teorisi kurgulanmadan önce yayımlanan *Uyanışlar*'daki tanımlarının ne kadarının, ileri sürdüğü topolojik formülasyonların anlamlarını içerdiği konusunda yorumda bulunur (Hardie, 1990, sayfa 579-580).
- 160 Bu bulgular yalnızca kısa süreli iniş çıkışlarla ilgilidir fakat uzun vadeli iniş çıkışlar da söz konusudur. Ed W. iki yıldan uzun bir süre boyunca, tam olarak aynı dozdaki L-DOPA (Sinemet formunda) programını sürdürmesine rağmen, ilaca verdiği tepkiler değişkendi ve sadece saat başı değil fakat günlük, haftalık, aylık olarak da iniş çıkışlar meydana geliyordu. Bazen bir iki hafta, hatta bir ay boyunca genel vücut fonksiyonları mükemmel çalışıyordu; diğer zamanlarda tüm gün ve bazen tüm hafta boyunca bu fonksiyonlar çok alt ve hastalıklı

bir düzeyde seyrediyordu. Bu zaman zarfında detaylı çizelgeler tutarak, bu ölçüsüz iniş çıkışlarla ruh hali, günlük gıda tüketimi, faaliyet, stres, bağırsak faaliyeti, uykunun derinliği ve uzunluğu vs arasında ilişki kurmaya çalıştı. Bazen gerçekten de bunlarla iniş çıkışlar arasında gayet net ilişkiler ortaya çıkardığı oldu – özellikle de uykuyla ilgili ki yeterince uzun uyuması önemliydi. Fakat genelde bir ilişki ortaya koyamadığından bazı iniş çıkışların “kendiliğinden, hiçbir neden yokken oluştuğunu” ve sıradan terimlerle açıklanamadıklarını kabullenmek zorundaydı.

Bu tür uzun vadeli iniş çıkışlar ve dönemselliklere, migren ve epilepsi gibi meydana gelme süreçleri tuhaf ve açıklanması güç rahatsızlıklarda sıkça rastlanır. Tetkik ettiğim migren hastalarını her zaman bir çizelge tutmaya teşvik ederim. Bu sayede çarpıcı (ve bazen hiç beklenmedik) bağlantılar bulunabilir. Yine de bazen en ayrıntılı araştırma bile gelen atakların ya da kümeli atakların nedenlerini ortaya koyamaz; görünen odur ki bunlar durup dururken ortaya çıkar. Olumsuz yaşam koşullarına ya da bu koşulları tetikleyen unsurlara rağmen bazen atakların meydana gelmediği uzun ve sağlıklı dönemler yaşanabilir; diğer dönemlerdeyse bu ataklar ya “kendiliğinden” ya da normalde hiç önemsenmeyecek türden ıvır zıvır olaylara verilen tepkiler sonucu meydana gelir. Genelde bunlar, nöbet başlangıçlarındaki ya da “eşiğindeki” değişimlerle açıklanmaya çalışılsa da bu tür yaklaşımların yeterli olduğu açık değildir. Birçok zaman ölçeğine kıyaslandığında, dönemsellik, kaotik sistemlerin bir özelliğidir ve sistemin kaotik olduğuna dair güçlü bir göstergedir.

Ed W. uzun süreli kötü dönemleri yaşadığı esnada, çok kısa ve beklenmedik anlarda normal hissettiğini ve uzun süreli iyi dönemleri yaşadığı esnada ise yine çok kısa süreli ve beklenmedik anlarda hastalıklı hissettiğini gözlemlemişti – bazen sağlığın, hastalığının içinde “yerleşik” olduğunu hissediyordu; ve aynı şekilde sağlığın içinde de hastalık yerleşikti. Şiddetli migren halleri sırasında da benzer normal haller yerleşik olabilir – ve yakın geçmişte Podvoll’un vurguladığı gibi en derin psikoz hallerinde bile zihnin açık olduğu haller görülebilir. Tüm bunların değişken yapıda oluşumlar ve dinamik bozukluklar olduğunu göz önünde bulundurmadıkça bu tür halleri, bu tür yerleşiklikleri açıklamak zorlaşır.

- 161 Burada ilk anda göze çarpan ve ölçülüp grafiğe yerleştirilen dönemselliklerin dışında “gözden kaçan” sayısız dönemsellik de vardır. Dolayısıyla, eğer birileri Ed W.’nin yanında kalırsa, tepkilerinin saatte birçok kez değişeceği açıktır – odanın bir ucundan diğerine yürürken

de tepkileri ciddi boyutta değişebilir. Konuşurken cümlesinin ortasında aniden “kopup” birkaç saniye sonra kendine gelebilir. Saniyelerden aylara kadar uzanan geniş bir zaman ölçeğinde veri elde etmek durumundayız (ve bunu yapmayı ümit ediyoruz).

162 Bu tür nicel bir verinin halihazırda mevcut olması epey mümkündür – zira post-ensefalitik hastalarımda 1969 yılında gözlemlediğim “açık/kapalı” ve “inişli çıkışlı” tepkiler, 1974 yılına gelindiğinde genelde tüm Parkinson hastalarında gözlemleniyordu (sadece bu tepkiler bazı post-ensefalitik hastalarda yıllar içinde değil birkaç günlük bir süreçte meydana geliyordu). Bu dönemden beri, Fahn’ın (1974), Mardsen ve Parkes’in (1976) ilk makalelerinden, Richard Hardie’nin çalışmalarına (Hardie, 1984; Hardie, Lees ve Stern, 1984; Hardie, 1990) kadar literatürde birçok nicel gözlem ve tanımlama yer alır; fakat bunlar söz konusu olguya *dinamik* açıdan ziyade salt *fizyolojik* açıdan bakmıştır (L-DOPA’nın değişen plazma düzeylerini yansıtmaya, dopamin algılayıcılarının duyarlılığını değiştirme vs.) ve bu nedenle gözlemlerini, temelde yatan kaotik bir süreci ortaya çıkaracak evre-uzay türünden grafikler ve Poincaré kesitlemesi açısından değerlendirmezler.

163 Parkinsonizm –ve özellikle post-ensefalitik rahatsızlıklarda görülen çok daha karmaşık ve çeşitli sendromlar– dönemsellikleri birbirinden farklı olan çok çeşitli fenomenlere sahiptir: bunlardan ilki ve en önemlisi olan ve Gowers’ın bir asırdan fazla bir zaman önce yaptığı ilk ölçümünden bu yana (4-7 Hz.’lik bir menzil içerisinde) ayrıntılı bir biçimde gözlemlenen Parkinson *titremeleridir*. Post-ensefalitik hastalar, sayıları dakikada 300’e varan hızlı tikler sergileyebilir. Biraz daha uzun bir zaman ölçeğinde, dönemselliği 1 ila 20 saniye arasında değişen palilali, manasız kelime ve cümle tekrarları, karmaşık tik ve stereotipi döngüleri görürüz. 24 saatte bir ve gündüz oluşan türden çeşitli krizlerin (Rolando P.’de olduğu gibi), ve daha da uzun bir zaman ölçeğindeki istem dışı göz hareketleri ve diğer krizlerin 3 ila 50 gün arasında değişen dönemselliklerde meydana geldiğini görürüz. Prensipte tüm bunlar, titiz ve nicel bir araştırmaya tabi tutulabilir – yakın geçmişte Beuter ve diğerleri (yayımlanmamıştır) Parkinson titremesine ilişkin böyle bir çalışma yapmışlar ve bu titremelerdeki salınımların gerçekten de kaotik bir dinamiğe işaret ettiğini ortaya koymuşlardır.

Kaosun bir diğer unsuru da kesirli (fraksiyonel) boyutların meydana gelmesidir (ya da “fraktallerin”; bkz. Mandelbrot, 1977 ve 1982). Kraus ve diğerleri (1987) yakın bir geçmişte, parmak tıklatan Parkinson hastalarının görünürde fraksiyonel bir boyutları olduğunu ortaya

koymuştur; post-ensefalitik hastaların da, zoraki ya da hezeyanlı "haritaların içindeki haritalar" (dipnot 54) hayallerinin, sürekli genişleyen fakat sürekli tekrarlayan kalıpların ve aynı türde diğer imge ve benzerliklerin, sözde halüsinatif bir biçimde, kendi süregelen düşünce süreçlerinin içinde buna benzer fraksiyonel özellikler yanıstıp yansıtmadığını merak etmeliyiz.

164 Özellikle şeker hastalarındakine özgü bazı diğer fizyolojik sistemlerdeki uzun vadeli iniş çıkışlara dair bazı çalışmalar yapılmıştır. Glass ve Mackey, "Bazı durumlarda, insülin tedavisine yönelik çizelgeler oluşturmak zor olabilir... [ve] yemek yeme ve eksersiz programlarıyla birleştirilmiş dönemsel insülin tedavisi ise, kan şekerini normal seviyelerde tutma açısından etkisizdir," diye yazar ve şu sonuca varırlar: "Bu tür hastalarda, glikoz kontrol sisteminin dinamiklerini kavrayan bir yaklaşıma dayalı insülin tedavi protokolleri geliştirmek gerekli olacaktır" (Glass ve Mackey, 1988).

165 Bazen bu imgelemi, topolojik ifadelerle ortaya koyarım: "Davranışın 'şekli'... 'ortası' neredeyse sıfırlanmış bir kum saatinin şeklini alır... dahası bu boşluk, bir Möbius şeridi gibi kendi içine doğru kavislendiğinden, çıkış yolu yoktur" (dipnot 132). Bazen de hayali bir "yeryüzü şeklinde" ifade ederim: "Bu tür hastaların ... artık yumuşak eğim ve meyillerin olduğu bir dünyada var olmadıklarını ... fakat, sivri uçların ve keskin kenarların olduğu ürkütücü bir uydu dünyaya aktarıldıklarını hissedersiniz" (dipnot 91). Bu "bıçak sırtındaki" dünyayı, Newton'un uçlarında dimdik durmaya çalışan sayısız iğne imgelemiyle kıyaslamıştım. Bu, kaosa dair mükemmel örnek teşkil eden bir imgelem olabilirdi.

166 1972 yılında "Büyük Uyanış" başlıklı makalemde şöyle yazmıştım: "Dinamik bir varlığın (ya da hastalığın) özellikleri... görecelidir... bunlar, uzayı deforme eden eğimlerin, yerçekimi güçlerinin yerini alan Parkinson ya da diğer "ontolojik" güçlerin var olduğu karmaşık yapıda, farklı niteliklerde bir devamlılığa dair özelliklerdir." O dönemde, karanlıkta el yordamıyla, sezgisel olarak hissettiklerimi ifade edecek bir imge, bir metafor arıyordum. Şimdi düşünüyorum da, o zaman "göreceli" olarak ifade ettiğim şey aslında geçici yapıda, bir atraktörün varlığıyla tanımlanan ve sınırlanan bir yörüngeye ilişkin bir düşünceydi – fakat o dönemde böyle bir kavramdan haberdar değildim.

167 Dört yıl önce –tamamen aynı konu ve aynı hasta üzerine yazılmış– bana gönderilen bir başka oyunla Pinter'ın oyununu kıyaslamadan edemiyorum. O oyunun metni de bir mektup eşliğinde bana ulaşmıştı ve yazar mektubunda, konunun kendisinde "saplantı" haline

geldiğinden ve “iki yıldan bu yana gece gündüz” bunun üzerinde düşündüğünden bahsediyordu. Bu yazarın yazdığı oyun genel anlamı ve gerçekliği itibarıyla benim yazdıklarımına daha yakın olmasına rağmen bende güçlü bir gerçeğe aykırılık hissi yarattı. Dahası, yazarın “saplantılarının” fazla göze battığını ve oyunun her sayfasına müdahale ettiğini düşünüyordum. Oyun yazarın *kendisini* yansıtıyordu – ama gerçeği yansıtmıyordu. Ve Rose R.’nin oyunu görüp, karakteri kendisiyle kıyasladığını ve “Hayır, hayır. Bu tümüyle yanlış, gerçeğin bununla alakası yok” diyebileceğini düşündükçe üzüliyordum.

- 168 *Alaska’ya Benzer Bir Yer* birçok ülkede ve birçok dilde sahnelendi (fakat halen İşaret Dilinde sahnelenmemiştir). Londra’daki en son sahneleşiminde (1989), doktor rolünü bizzat Pinter üstlendi.
- 169 Bu noktada, oyuncu ve yapımcı olan Carmel Ross ile birlikte, *Uyanışlar*’dan bölümler seçerek sesli bir kayıt yapılması amacıyla bunları yüksek sesle okudum ve temsil edip oynadım. Daha önce hiç yüksek sesle okuma yapmamış ve kaydedilmiş sesleri pek dinlemediğim – fakat şimdi, birdenbire, bunun doğru ve vazgeçilmez olduğunu düşünmeye başlamıştım.
- 170 Çok geçmeden kendimle ilgili olarak bunun farkına varacaktım. İlk buluşmamızın ardından, Robin, benim hal ve tavırlarımı, duruşumu, yürüyüşümü, konuşmamı, bugüne dek farkında olmadan yaptığım her türden jest ve mimiğin “aynısını yapmaya” başladı. İlk başta kendimi bu canlı ayna karşısında seyretmek esrarengiz ve huzur bozucuydu. Karşılıklı sohbet ederken duruşlarımız, ritmimiz, el kol hareketlerimiz aynıydı: Adeta birdenbire karşımda bir ikiz kardeşimi bulmuştum. Fakat sonra, bu son derece belirgin taklit, bir oyuncunun beni çok daha derin ve öznelleştirilmiş bir ifadeyle canlandırmasına önayak oldu – ya da daha ziyade bu, en az bana dair gözlemleri kadar yaratıcılığı ve hislerinin de ortaya çıkardığı yarısı ben yarısı Robin olan bir canlandırmaydı; ve sonunda ortaya çıkan yeni karakter ne Robin ne de ben değil, kendi yaşamı ve kişiliği olan biriydi.
- 171 Dramatik bir temsilin gerçeğe –hastalarımın klinik gerçekliğine– kıyasla nasıl bir şey olduğu sorusu olmadık zamanlarda bile aklıma gelir. Bir zamanlar kuzenim Carmel Ross ile birlikte *Kanatlar* adlı oyunu görmeye gitmiştik (bu oyundaki karakterlerden biri bir afazi hastasını canlandırıyordu). Oyuncunun performansı beni hayal kırıklığına uğratmıştı ve kuzenime şöyle dedim: “Fakat afazinin bununla ilgisi yok – bu gerçek değil.” O da şu yanıtı verdi: “Şu ‘gerçek’ten bahsetmeyi keser misin artık! Bir an için bir nörolog olduğunu unutamaz mı-

sın? Bunu muhteşem, *duygusal anlamda* gerçek bir performans olarak takdir edemez misin?" Fakat bu beni ikna etmemişti.

Bir başka sefer de yine Carmel ile birlikte, *Bu Kimin Hayatı?* adlı bir oyunda, her iki kol ve bacağı da felçli bir adamı canlandıran Tom Conti'yi izlemeye gittik. Her şey bir yana, bu gerçeğe çok yakın ve klinik olarak da gerçek bir performans olarak bana çarpıcı geldi. Daha sonra Tom Conti ile bu konuda uzun uzun sohbet ettik: Kol ve bacakları felçli hastalar arasında nasıl yüzlerce saat geçirdiğini, günler boyu, saatlerce nasıl kendini felçli olarak hayal ettiğini ve en azından, boynundan aşağısı felçli biri olsaydı örneğin yüzüne düşen saçlarını nasıl geriye atabileceğini hayal ettiğini anlattığı zaman büyülenmiştim. Bana "Sen bir araştırmacısın. Fakat oyunculuk da araştırmacılıktır. Biz iç dünyaları araştırırız. Biz canlandıracağımız karakterlere *bürünerek* araştırırız," demişti.

Bir başka seferinde de, *Tikli Ray* adında, Tourette hastası bir bateristle ilgili vaka hikâyemden esinlenerek Peter Barnes'ın sahnelediği *Baterist* adlı kısa oyunu izlemiştim. Oyunu izlemeye Tourette hastası bir arkadaşım ile gittim. Daha sonra öğrendiğime göre, "baterist"i oynayan oyuncu, kuliste beklerken seyircilerin arasında *gerçek* bir Tourette hastası olduğunu duyunca irkilmiş ve "Acaba tüm bunlar ona nasıl görünecek? İnandırıcı bulacak mı? Ahlaki anlamda bunun uygun olduğunu mu düşünecek, yoksa kendi hastalığının zalim bir sömürüsü olarak mı görecek" diye aklından geçirmiş. Fakat Tourette hastası arkadaşım oyundan ve oyuncunun performansından çok etkilenmiş ve keyif almıştı.

172 Birkaç yıl önce, o dönemde *Rain Man* filmi için araştırma yapan Dustin Hoffman beni ziyarete geldi. Hastanedeki otistik hastalarımın birini ziyaret etmiştik ve ardından dışarıdaki Botanik Bahçede gezinmeye başladık. Filmin yönetmeniyle çene çalıyordum, Dustin ise birkaç metre ardımızda tek başına yürüyordu. Birdenbire hastamın sesini duyduğumu sandım. Çok ürkmüştüm ve arkama döndüğümde Dustin'in kendi kendine düşündüğünü, fakat bedeniyle, canlandırarak, az önce gördüğü genç otistik adamı düşündüğünü gördüm.

173 Hem bir tiyatro yönetmeni, hem de nöroloji eğitimi görmüş bir doktor olan Jonathan Miller, sık sık hastalarla oyuncularını kıyaslayarak, her ikisinin de -tıbbi anlamda resmi bir "bilgi" olarak değil, daha ziyade sezgisel, kişisel bir bilgiye "aşına" olma anlamında- dolaylı ve bilinçaltında nöroloji bilgisine sahip olduğundan bahseder.

Kaynakça

- Anonim. 1974. Editorial: 'Medical Literature,' *British Clinical Journal* 2:3.
- Auden, G. A. 1922. 'Encephalitis Lethargica and Mental Deficiency,' *British Medical Journal* 1:165.
- Briggs, John; ve Peat, David F. 1989. *Turbulent Mirror*. New York: Harper & Row.
- Bruner, Jerome. 1966. *Toward a Theory of Instruction*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bruner, Jerome. 1986. *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (Özellikle bkz., Bölüm 2, 'Two Modes of Thought.')
- Calne, Donald. 1970. *Parkinsonism: Physiology, Pharmacology, and Treatment*. London: E. Arnold.
- Calne, D. B.; ve Lees, A. J. 1988. 'Late Progression of Post-Encephalitic Parkinson's Syndrome,' *Canadian Journal of Neurological Science* 15(2):135-138.
- Calne, D. B.; Stern, G.; Laurence, D. R. M.; Sharkey, J.; ve Armitage, J. 1969. 'L-DOPA in Post-Encephalitic Parkinsonism,' *Lancet* 1:744.
- Charcot, Jean-Marie. 1880. *De la Paralyse Agitante: Leçons sur les Maladies du Systeme Nerveux*. Paris: Adrian Delahaye, pp. 439-467.
- Clough, C. G.; Plaitakis, A.; ve Yahr, M. D. 1983. 'Oculogyric Crises and Parkinsonism: A Case of Recent Onset,' *Archives of Neurology* 40 (1):36-37.
- Cotzias, G. C.; Van Woert, M. H.; ve Schiffer, L. M. 1967. 'Aromatic Amino Acids and Medication of Parkinsonism,' *New England Journal of Medicine* 276:374-379.
- Crosby, Alfred W. 1990. *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cruchet, R. 1927. 'The Relation of Paralysis Agitans to the Parkinsonian Syndrome of Epidemic Encephalitis,' *Lancet* 1:264.
- Culliton, Barbara J. 1990. 'Emerging Viruses, Emerging Threat,' *Science*, 19 January, 279-280.
- Dorros, Sidney. 1989. *Parkinson's: A Patient's View*. Cabin John, Md.: Seven Locks Press.

- Duvoisin, Roger C. 1978. *Parkinson's Disease: A Guide for Patient and Family*. New York: Raven Press.
- Edelman, Gerald. 1990. *The Remembered Present: A Biological Theory of Consciousness*. New York: Basic Books.
- Fahn, S. 1974. ' "On-off" Phenomenon with Levodopa Therapy in Parkinsonism,' *Neurology* 24:431-441.
- Fine, Edward J.; Soria, Emilio D.; ve Paroski, Margaret W. 1990. Tremor Studies in 1886 through 1889.' *Archives of Neurology* vol. 47, no. 3:337-340.
- Fuller, John G. 1969. *The Day of St. Anthony's Fire*. London: Hutchinson.
- His Majesty's Stationery Office. 1918. 'Report of an Enquiry into an Obscure Disease, Encephalitis Lethargica.' London.
- Gaubius, H. D. 1758. *Institutiones Pathologiae Medicinalis*. Leiden: S. N. J. Luchtmans.
- Geertz, Clifford. 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Glass, Leon; ve Mackey, Michael C. 1988. *From Chaos to Clocks: The Rhythms of Life*. Princeton: Princeton University Press.
- Gleick, James. 1987. *Chaos*. New York: Viking.
- Goffman, Erving. 1961. *Asylums*. Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- Gould, Stephen Jay. 1989. *Wonderful Life: The Burgess Shale and the Nature of History*. New York: W. W. Norton.
- Gowers, W. R. 1893. *A Manual of Diseases of the Nervous System*. Philadelphia: Blakiston (2nd ed.). Özellikle bkz. cilt II, pp. 636-657.
- Greenough, A. and Davis, J. A. 1983. 'Encephalitis Lethargica: Mystery of the Past or Undiagnosed Disease of the Present?,' *Lancet* I(8330):922-923.
- Hall, Arthur J. 1924. *Epidemic Encephalitis*. Bristol: Wright & Sons.
- Hardie, R. J. 1984. 'On-off Fluctuations in Parkinson's Disease: A Clinical and Neuropharmacological Study.' M.D. Tezi, Cambridge University.
- Hardie, Richard J. 1990. 'Levodopa-related Motor Fluctuations,' in *Parkinson's Disease*, hazırlayan G. Stern. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hardie, R. J.; Lees, A. J. ve Stern, G. M. 1984. 'On-off Fluctuations in Parkinson's Disease: A Clinical and Neuropharmacological Study,' *Brain* 107:487-506.
- Hess, Walter Rudolf. 1954. *Diencephalon*. New York: Grune & Stratton.
- Howard, R. S. ve Lees, A. J. 1987. 'Encephalitis Lethargica: A Report of Four Recent Cases,' *Brain* 110 (1):19-33.
- Jelliffe, Smith Ely. 1927. *Post-Encephalitic Respiratory Disorders*. Washington, D.C.: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Jelliffe, Smith Ely. 1932. *Psychopathology of Forced Movements and the Oculogyric Crises of Lethargic Encephalitis*. Washington, D.C.: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Johnson, J. ve Lucey, P. A. 1988. 'Late Progression of Post-Encephalitic Parkinson's Syndrome,' *Canadian Journal of Neurological Sciences* 15(2): 135-138.

- Kraus, P. H.; Bittner, H. R.; Klotz, P.; ve Przuntek, H. 1987. 'Investigation of Agonistic/Antagonistic Movement in Parkinson's Disease from an Ergodic Point of View,' *Temporal Disorders in Human Oscillatory Systems* içinde, hazırlayanlar L. Rensing et al. New York: Springer Verlag.
- Langston, J. William. 1989. 'Current Theories on the Cause of Parkinson's Disease,' *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* özel eki: 13-17.
- Langston, J. William; ve Irwin, Ian. 1986. 'MPTP: Current Concepts and Controversies,' *Clinical Neuropharmacology*, 9(6): 485-507. New York: Raven Press.
- Laplane, D.; Levasseur, M.; Pillon, B.; Dubois, B.; Baulac, M.; Mazoyer, B.; Tran Dinh, S.; Sette, G.; Danze, F.; ve Baron, J. C. 1989. 'Obsessive-Compulsive and Other Behavioural Changes with Bilateral Basal Ganglia Lesions,' *Brain* 112:699-725.
- Luria, A. R. [1932] 1976. *The Nature of Human Conflicts*. Yeniden basım. New York: Liveright.
- Luria, A. R. [1968] 1987. *The Mind of a Mnemonist*. Yeniden basım. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Luria, A. R. [1972] 1987. *The Man with a Shattered World*. Yeniden basım. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Luria, A. R. 1977. *The Making of Mind*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mandelbrot, B. B. 1977. *Fractals: Form, Chance and Dimension*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Mandelbrot, B. B. 1982. *The Fractal Geometry of Nature*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Marsden, C. D. ve Parkes, J. D. 1976. 'On-off' Effects in Patients with Parkinson's Disease on Chronic Levodopa Therapy,' *Lancet* 1:292-296.
- Martin, James Purdon. 1967. *The Basal Ganglia and Posture*. London: Pitman Medical Publishing.
- McKenzie, Ivy. 1927. 'Discussion on Epidemic Encephalitis,' *British Medical Journal* ii:632-634.
- Meige, Henry; ve Feindel, E. 1902. *Les Tics et Leur Traitement*. Paris: Masson.
- Mitsuyama, Y.; Fukunaga, H.; ve Takayama, S. 1983. 'Parkinson's Disease of Post-Encephalitic Type Following General Paresis - An Autopsied Case,' *Folia. Psychiatry and Neurology (Japonya)* 37 (1):85-93.
- Nauta, W. J. H. 1989. 'Reciprocal Links of the Corpus Striatum with the Cerebral Cortex and Limbic System: A Common Substrate for Movement and Thoughts?' *Neurology and Psychiatry: A Meeting of Minds* içinde, hazırlayan J. Mueller. Basel: Karger.
- Onuaguluchi, Gilbert. 1964. *Parkinsonism*. London: Butterworth.
- Parkes, C. M. 1972. *Bereavement*. London: Tavistock; ve New York: International Universities Press.
- Parkinson, James. 1817. *An Essay on the Shaking Palsy*. London: Sherwood, Neely & Jones.

- Penfield, W. ve Perot, P. 1963. 'The Brain's Record of Visual and Auditory Experience: A Final Summary and Discussion,' *Brain* 86:595-696.
- Podvoll, Edward M. 1990. *The Seduction of Madness*. New York: HarperCollins.
- Prigogine, Ilya. 1980. *From Being to Becoming*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Rail, D.; Scholtz, C.; ve Swash, M. 1981. 'Post-encephalitic Parkinsonism: Current Experience,' *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 44(8):670-676.
- Sacks, O. 1969. 'L-DOPA for Progressive Supranuclear Palsy,' *Lancet* II: 591-592.
- Sacks, Oliver W. 1970. *Migraine: Evolution of a Common Disorder*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Sacks, O. W.; and Kohl, M. 1970a. 'Incontinent Nostalgia Induced by L-DOPA,' *Lancet* I:1394-1395.
- Sacks, O. W.; ve Kohl, M. 1970b. 'L-DOPA and Oculogyric Crises,' *Lancet* II:215-216.
- Sacks, O. W.; Kohl, M.; Schwartz, W.; ve Messeloff, C. 1970a. 'Side-Effects of L-DOPA in Post-Encephalitic Parkinsonism,' *Lancet* I:1006.
- Sacks, O. W.; Messeloff, C.; Schwartz, W.; Goldfarb, A.; ve Kohl, M. 1970b. 'Effects of L-DOPA in Patients with Dementia,' *Lancet* I:1231-1232.
- Sacks, O. W.; Messeloff, C. R.; ve Schwartz, W. 1970c. 'Long-term Effects of Levodopa in Severely Disabled Patients,' *Journal of the American Medical Association* 213:2270.
- Sacks, O. W.; Ross, S. J.; de Paola, D. P.; ve Kohl, M. 1970d. 'Abnormal Mouth-Movements and Oral Damage Associated with L-DOPA Treatment,' *Annals of Dentistry* 29:130-144.
- Sacks, O. W. 1971. 'Parkinsonism - A So-Called New Disease,' *British Medical Journal* 4:111-113.
- Sacks, O. W. 1972. The Great Awakening,' *The Listener*, 26 October.
- Sacks, O. W.; Kohl, M. S.; Messeloff, C. R.; ve Schwartz, W. F. 1972. 'Effects of Levodopa in Parkinsonian Patients with Dementia,' *Neurology* 22:516-519.
- Sacks, O. W. 1975. 'The Nature of Consciousness,' *Harper's*, December.
- Sacks, O. W. ve Carolan, P. C. 1979. 'EEG Findings in Post-Encephalitic and Tourette Patients,' *Proceedings of Annual Meeting*, New York: Metropolitan EEG Society.
- Sacks, O. W. 1981. 'Witty Ticky Ray,' *London Review of Books*, 19 March.
- Sacks, O. W. 1982a. 'Acquired Tourettism in Adult Life,' in *Gilles de la Tourette Syndrome*, hazırlayanlar A. J. Friedhoff ve T. N. Chase. New York: Raven Press.
- Sacks, O. W. 1982b. 'Awakenings Revisited,' *Advanced Medicine* 18 içinde, hazırlayan M. Sarnier. London: Pitman Books.
- Sacks, O. W. 1983. 'The Origin of Awakenings,' *British Medical Journal* 287:1968-1969.

- Sacks, Oliver. 1985. *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*. New York: Summit Books.
- Sacks, Oliver. 1986. 'Clinical Tales,' *Use and Abuse of Literary Concepts in Medicine*, Literature and Medicine 5 içinde, hazırlayan J. T. Banks. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sacks, Oliver. 1987. A. R. Luria, *The Man with a Shattered World* için Önsöz. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Sacks, Oliver. 1989. 'Neuropsychiatry and Tourette's,' *Neurology and Psychiatry: A Meeting of Minds* içinde, hazırlayan J. Mueller. Basel: S. Karger.
- Sacks, Oliver. 1990a. 'Luria and Romantic Science,' *Contemporary Neuropsychology and the Legacy of Luria* içinde, hazırlayan E. Goldberg. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Sacks, Oliver. 1990b. 'Post-Encephalitic Syndromes,' *Parkinson's Disease* içinde, hazırlayan G. Stern. London: Chapman and Hall.
- Shenker, Israel. 1969. 'Drug Brings Parkinson Victims Back into Life.' *New York Times*, August 26.
- Spitz, R. A. 1946. 'Anaclitic Depression,' *Psychoanal. Study Child* 2:313-342.
- Tilney, Frederick; ve Howe, Hubert S. 1920. *Epidemic Encephalitis*. New York: Paul B. Hoeber.
- Todes, Cecil. 1990. *The Shadow Over My Brain: My Struggle with Parkinson's Disease*. Gloucestershire: Windrush.
- Trétiakoff, C. 1919. 'Contribution a l'étude de l'anatomie du locus niger,' Thèse de Paris. (1921) *Rev. Neurol.* 592.
- Turner, W. A.; ve Critchley, M. 1925. 'Respiratory Disorders in Epidemic Encephalitis,' *Brain* 48:72-104.
- Turner, W. A.; ve Critchley, M. 1928. "The Prognosis and Late Results of Postencephalitic Respiratory Disorders,' *Journal of Neurology and Neuropathology* 8:191.
- Vaughan, Ivan. 1986. *Ivan: Living with Parkinson's Disease*. London: Macmillan.
- Vogt, C.; ve Vogt, O. 1920. 'Lehre der Erkrankungen des striären Systems,' *Journal für Psychologie und Neurologie* 265:43-57.
- von Economo, C 1918. *Die Encephalitis Lethargica*. Wien.
- von Economo, Constantin. 1931. *Encephalitis Lethargica: Its Sequelae and Treatment* Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, S. A. K. 1940. 'Paralysis Agitans,' *Neurology* içinde, hazırlayan Ninian Bruce. London: Arnold.
- Wimmer, August. *Chronic Epidemic Encephalitis*. London: Heinemann.
- Winfree, Arthur T. 1980. *The Geometry of Biological Time*. New York: Springer Verlag.
- Woodcock, A. ve Davis, M. 1978. *Catastrophe Theory*. London: Pelican.
- Zeeman, E. C. 1976. 'Catastrophe Theory,' *Scientific American* 232: 65-83.

Uyanışlar, 1920'lerde dünyanın çeşitli yerlerinde görülen “uyku hastalığı” salgınının kurbanı yirmi hastanın ve kırk yıl sonra, Doktor Sacks'ın gözetiminde aldıkları “mucize ilaç” L-DOPA sayesinde inanılmaz bir şekilde “uyanmalarının” hikâyesi. Etkileyici, cesaret dolu, hatta trajik uyanışlar bunlar.

1973'te yayımlanan *Uyanışlar*, daha sonra bir belgesele, radyo ve sahne oyunlarına ve başarılı bir filme konu oldu. Oliver Sacks bu kitapta “uyanışlar”ın uyarlanma serüvenini de anlatıyor.

W.H. Auden'in “bir başyapıt”olarak nitelendirdiği *Uyanışlar*, Dorris Lessing'in dediği gibi “nasıl bir bıçak sırtında yaşadığımızı anlamanızı sağlıyor.”

ISBN 978-975-08-0667-0



9 789750 806674

