

diazepoksid kadın ve erkekte libidoyu azaltabilir. Erkeklerde impotans, kadınlarda menstrüel bozukluklar yapabilir.

KAYNAKLAR

- 1- Arkonaç, O: Psikofarmakoloji ve Psikofarmakoterapi, İstanbul 1978.
- 2- Arkonaç, O: Psikiyatrik Bozukluklar ve Tedavileri, İstanbul 1986.
- 3- Benzodiazepines, A review of Research Results. 1980 N. I. Drug, Abus.
- 4- Benzodiazepines, Today and Tomorrow. R. G. Priest. U. Vienna MTP press Limited 1980.
- 5- Canay, O.: Tıbbi Farmakoloji, İstanbul 1980.
- 6- DI Palma, J.R.: Çevirenler: Akçasu, Özünler, Eşkazan: Temel Tıp Farmakolojisi, İstanbul 1986.
- 7- Greits, H., Jefferson, J.W., Spitzer, R.L.: Treatment of Mental Disorders, Newyork, 1982.
- 8- Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basis of Theurapeutics, Newyork 1980.
- 9- Hippus, Winkokur: Clinical Posycopharmacology, Amsterdam, 1983.
- 10- Kaplan, H., Freedman, A., M. Sadock, J.B.: Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, 1985.
- 11- Kayaalp, O.: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 3. Baskı, 2. Cilt Ankara, 1985.
- 12- Koyuncuoğlu, H.: Farmakoloji Dersleri, İstanbul, 1979.
- 13- Köknel, Ö.: Klinik Psikofarmakoloji, İstanbul, 1981.
- 14- Lipton, M., A., Di Mascio, A., Killam, K., F.: Psychopmology a Generation of Progress, Newyork, 1978.
- 15- Tuğlular, İ.: Psikofarmakoloji, İzmir, 1985.
- 16- Tyrer, P., J.: Drugs in Psychiatric practice, Cambridge, 1982.

ATİPİK PSİKOZ

Dr. Vedat ŞAR*

ÖZET: Bu yazıda psikotik nöbetler geçiren bir gencin öyküsü, psikiyatri kliniğinde geçirdiği süre içerisinde ele alınışı ve üç yıllık izlemenin sonucu anlatılmaktadır. Ortaya çıkan psikoterapi süreci üzerinde durulurken yatarak tedavi gören hastalarda yoğun psikoterapinin önemi vurgulanmakta, farmakoterapi-psikoterapi ilişkisi, analitik yönelimli yaklaşımın yeri ve tedavi ortamının önemine değinilmektedir.

INTENSIVE PSYCHOTHERAPY AT INPATIENT STATION

SUMMARY: The psychotrappetic management of a psychotic adolescent at inpatient station is presented. Outcome after tree years is reported. The importance of intensive psychotherapy with hospitalized patients, the use of psychoanalytical thinking and the importance of a therapeutic milieu are emphasized.

GİRİŞ

Psikoterapi ile uğraşan ruh hekiminin önemli güçlüklerinden birisi deneyimlerini bilimsel belge ve bilgiye dönüştürebilmektedir. Güvenilirliği ve geçerliliği sınanmış görüşme ölçeklerinin, önyargılardan arınmış fakat "ateorik" sınıflandırma sistemlerinin neredeyse tek bilimsel iletişim aracı durumuna geldiği günümüz psikiyatrisinde psikoterapi ile ilgili ruh hekimi kendisini "dilsiz" hissetmektedir; oysa yaşadığı klinik gerçeklikte saklanması, aktarılması gereken çok şey bulunmaktadır. Böyle düşünülerek girişilen bu yazıda, psikotik nöbetler geçiren bir gencin öyküsü, psikiyatri kliniğinde geçirdiği süre içerisinde ele alınışı ve üç yıllık izlemenin sonucu yaşandığı gibi anlatılacaktır. Tartışılabilir deşik yönleri olan bu vakanın daha çok hastanedeki psikoterapi süreci üzerinde durulacaktır.

KLİNİK ÖYKÜ

Bu delikanlının rahatsızlanması ilk kez 1982 yılı bahar aylarında, 17 yaşında bir lise öğrencisi iken olmuş. Huzursuzlanmış. Babaanne ve dedesine "annemi siz ayırdınız" diye bağırarak durduk yerde. Sonra da hiç bir şey olmamış gibi televizyon seyretmeye devam etmiş. Aynı yıl yaz sonunda ani-

den psikotik bir tabloya girmiş: İki gece uyumamış, ardı ardına masturbasyon yapmış, gece evin içinde soyunarak dolmuş, sabaha karşı çıplak olarak balkona çıkmış. Babasının kendisini üniversiteye kaydettirmek için gerekli belgeleri kendisinden değil de eniştesinden istemesine kızarak "babam bana güvenmiyor" demiş, daha sonra da camı yumruklayarak "bana kimse güvenmiyor" diye bağırarak Patlayacak gibi olduğunu söyleyerek tişörtünü çıkarmış. O sırada evde halası ve akrabadan yedi genç kız varmış. Giyinmesi istenince tümüyle soyunmuş ve evdekilere saldırmakla cinsel isteklerde bulunmaya başlamış. Bağırıyor, gülüyor, ağlıyor, karma karışık konuşuyormuş. Konuşuklarından anlaşılabilirdiği kadarı ile sütçünün sütünün zehirli olduğunu, erkekliğinin alındığını söylüyormuş. Kalçasını okşuyor, "güzel mi", "ben erkek miyim" diye soruyormuş. O gece soyunarak, anlamsız konuşarak geçirmiş. Nöroleptik ilaç uygulanmış, sabah uyandıığında sakinmiş. O gün neşelenmiş, saz çalmış, evdeki kızlara göbük atırmış. Diskoteğe gitmeyi önermiş. Bir süre sonra soyunup halasıyla sevişmek istemiş. İki gün sonra kentin en büyük ve kalabalık meydanında çıplak olarak koşarken polisler tarafından yakalanıp hastaneye getirilmiş. Yatığı sürede nöroleptik ilaçlar ve dört kez elektrokonvülf tedavi uygulanmış. İkinci elektrokonvülf tedaviden sonra dramatik düzelme olmuş, yirmi gün içerisinde taburcu edilmiş.

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, S.B. Sağımalcılar Devlet Hastanesi, İstanbul

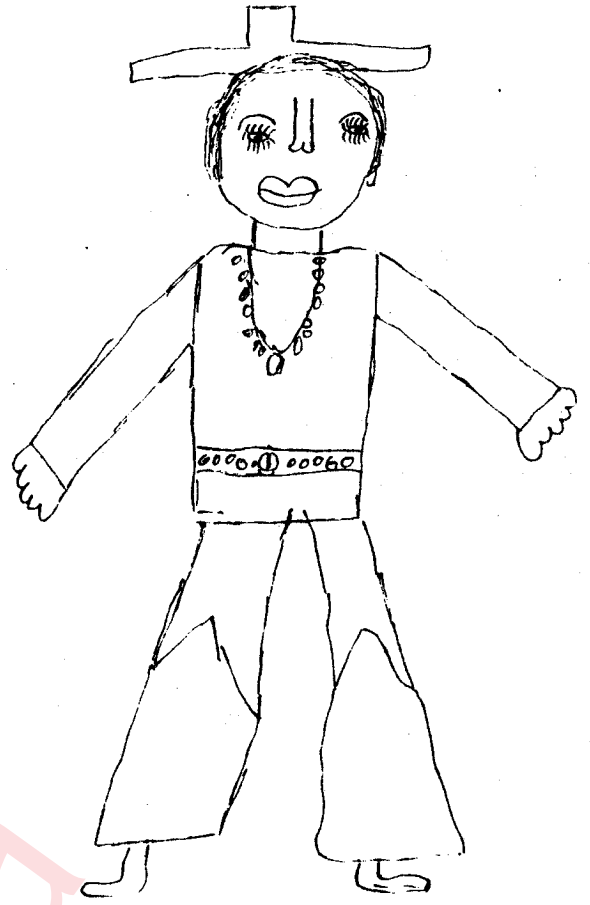
Taburcu olduktan sonra durgunlaşmaya başlamış, anti-depressif farmakoterapi uygulanmış, giderek açılmış. Taburculuğunun bir buçuk ay sonrasında üniversiteye başlaya bilecek duruma gelmiş. Derslerde aldığı notlar değişkenlik, göstermiş. Taburculuğundan üç ay sonra, 1983 yılı şubat ayı ortalarında doğum gününü kutlamak üzere büyük bir parti düzenleme düşüncesi belirmiş. 60-70 kişilik bir balo düşlüyor. Abartılmış kıyafetler giymiş o dönemde. Bir manik ek-sitasyon düşünülerek lityum verilmeye başlanmış, kısa sürede düzelmiş. 1983 yılı ağustos ayı başındaki ikinci hastane yatışına dek beş aylık süre boyunca görece iyi olmuş. Yaz tatili başladığında hareketleri yeniden denetimsizleşmiş. O sırada lityum almayı da bırakmış. Aniden katatoni benzeri bir durgunluk ortaya çıkmış. Az konuşuyor, anlamsız şeyler söylüyor, idrarını ve dışkısını ortalığa yapıyor. Aynı pozis-yonda saatlerce kalıyormuş. Sık sık masturbasyon yapıyor da penisini tutuyormuş. Organik kaynaklı bir ek-sitasyondan kuşkuylaanarak çektilen bilgisayarlı beyin tomografisinde normal bulgular elde edilmiş. İkinci kez hastaneye yatırılmış.

Hastanede kaçık olduğunu söylüyor, kulağına gelen sesle-rin etkisiyle başkalarının anlayamadığı hareketler yaptığını belirtiyormuş. İşitsel varsanılar, düşünce akışında yavaşlama, etkilene ve büyüklük sınırları, eşcinsellik korkuları saptan-mış. Penisinden yayılan mesajların etkisiyle garip hareketler yaptığını düşünüyormuş. Çağrışım kopuklukları varmış. Al-çak sesle alaycı bir tonda konuşuyormuş. Ekopraksi, zaman zaman penisini tutma ve yere yatma görülmüş. Nöroleptik ilaç-larla dışavuran davranışlarında iyileşme olmuşsa da bu kez düşünce bozukluğu ön plana çıkmış: Atatürk, peygamber, şeytan olduğunu, kuşların kendisini mesaj verdiğini düşünü-yormuş. Giderek bu düşünceler yatışırken durgunluk ve ka-ramsarlık başlamış. Yoğun elem içerisinde imiş, saatlerce ya-takta kalıyormuş. Motor yavaşlama ortaya çıkmış, ifadesi küntleşmiş. Telkine yatkınlığı artmış, mücadeleci tutumun-dan eser kalmamış. Konuşma isteği yokmuş. Prekatatonik durum düşünülmüş. Bu durumda, ikinci yatışından bir buçuk ay sonra, doktorunun izne çıkması üzerine hastayı ben dev-raldım.

AİLE VE ÖZGEÇMİŞ

Anne ve baba yüksek eğitilmiş. Annenin küçüklüklerinde çocuklarla yeterince ilgilenmediği, babanın ise memleketin-deki işleri nedeniyle zaman zaman evden uzak kaldığı belirtiliyor. Annenin evlilik dışı ilişkileri nedeniyle hastamız 11 ya-sında iken anne baba boşanmışlar. Baba hastamızı ve ondan küçük olan kızını yanına almış, iki yıl sonra uzaktan akrabası olan bir bayanla evlenmiş. Babanın ailesinin öz anneyi, öz an-nenin de babayı çocuklara sık sık kötülediği anlaşılıyor. Anneanne hastamızın ilk rahatsızlanmasından birkaç ay önce, üvey annenin çocukluğundan beri babada gözü olduğunu, bü-yül yaparak annesini ayırp kendisinin evlendiğini söylemiş hastamıza. O da bundan çok etkilenecek hastalanmasından önceki kış aylarını babaannesinin evinde geçirmiş.

Zor bir doğumla dünyaya geldiği, küçüklüğünde sıkça hastalandığı anlatılıyor. Kızkardeşi doğduktan sonra başla-yan enürezis 10 yaşında sinnet olana dek, 6 yaşında ortaya çıkan enkoprezis ergenlik çağını dek sürmüştü. Ürkek bir çocuk olduğu, özellikle annesinden korktuğu, fakat ona karşı hırçm da olduğu, büyüdükçe hırçmlığının düşmanlık derece-sinde arttığı öne sürülüyor. 8 yaşında iken getirildiği hastane-deki dosyasında bulduğumuz, hastamızın elinden çıkmış bir resim oldukça ilginç: Her iki cinsle ilişkin öğeleri birlikte içe-riyor (Bakınız Şekil 1). Hastamızın 9 yaşında iken üç gün sü-ren ve yinelenemeyen bir de okul korkusu var. Annenin cinsellik-le ilgili konularda hastamız için problem oluşturacak davra-nışlarından söz ediliyor. Oğlunu ergenlik çağına girdiği dö-nemde çıplak olarak yıkama, sevgilileriyle ilişkilerinden söz



ŞEKİL: 1
Hastamızın 8 yaşında iken getirildiği hekime çizdiği resim

açma gibi.

PSIKOTERAPİ SURECİ

Hastayla ilk görüşmem için karşılaştığımda konuşmaya isteksiz, duygu ifadesi yoktu, ilgi düzeyi düşüktü. Bu durumda görüşmeye geçirmiş olduğu psikotik durumun fenomenolojisi-ni merkez alarak başladık. Ağır ağır, uzun uzun, apılar zinciri halinde anlattı yaşantılarını. Ben çoğunlukla sessiz kalı-yor, ilgisinin uyanık kalması ve düşünce akışının düzgünlüğünü yitirmemesi yönünde desteklemek için zaman zaman söze ka-rışırıyordum. Bir taşkınlık dönemiydi geçirdiği. İlk anda ma-nik bir ek-sitasyonu andırıyordu, ama paleolojik mantığın iz-lerini taşıyan düşünce zincirleri, "splitting" e işaret eden kimi duygular (kendini hem şeytan hem de Atatürk ya da peygamber olarak hissetme gibi) şizofreniform bir psikozu da dü-şündürüyordu. Görüşme giderek benim dinlemem ile onun anlatması biçiminden çıkarak aramızda bir etkileşime dönüştü. Etkileşimin başlaması ile hastada duygu ifadesinin ortaya çıkışı dikkati çekti. Uzun süreden beri ilkez güfümsüyordu. Etkileşimin yapısı şöyle idi: Hasta derin bir yalnızlık duygu-sunu ifade ediyordu. Bana yaklaşmaya ve beni kendisine yakınlaştırmaya ya çalışıyordu. Beni o anda kendisi hakkında hissettiklerimi açıklamaya zorlayarak beni en üst düzeye vardırdı. Sırat köprüsi üzerinde gitmek gibi bir şeydi bu. Çün-kü hastada duygu ifadesi ancak belirli bir yakınlaşma ile sağ-lanabiliyordu. Ancak bunun ölçüsünün kaçırılması ilişkiyi bir başka açıdan tahrip edilebilirdi. Bu denge korundu. Fakat gö-rüşmenin bitimi konuşulaçakların tükenmesinden çok hasta-

nin ve benim yorgunluk hissetmemizle oldu.

Ertesi görüşme bu yorgunluğun izlerini taşıyordu. Hem hasta hem de ben daha beçiminde seyretti. Görüşme daha çok bilgi alıp verme biçiminde seyretti. Hastanın durgunluktan çıkmakta olduğu dikkati çekiyordu. Bu arada, geçirmiş olduğu psikotik durum patlamasında tetik çeken olayı anlattı: Hastamız bir tatil kasabasında akrabası olan yedi genç kızla birlikte kalıyordu. Köyün delikanlılarıyla aralarında çıkan bir sürtüşmede kendini kötü bir durumda bulmuştu: Onlarla dövüşmeyi istemiş, fakat korkmuş, donup kalmıştı. "Oysa erkek dediğin biraz kabadayı olmalıydı. Onun gibi kadınsı, hassas olmamalıydı. Ne yazık ki o öyle yetişmemişti. O annesi tarafından dövülüp babası tarafından sevilmiş bir çocuktur. Ters olsaydı o da öteki erkekler gibi olabilirdi".

Üçüncü ve dördüncü görüşmeler hastanın benimle özdeşleşmeye başladığını gösteriyordu: Psikiyatrist olmaya karar vermişti. Sonraki görüşmede lise yıllarındaki sevgililerinden, onlarla istediği yakınlığı kuramayışından söz ediyordu. Bu arada durgunluktan tümüyle sıyrılmıştı, hastane çevresinde koşuyor, saz çalıyor. Apatinin yerini öfori almıştı.

Benimle tanışalı on gün olmuştu. Bir sorun ortaya çıkmıştı. Çalışacağım servis değişecekti. Bir nöbet akşamında bu durumu anlattım. İsterse kendisini de gideceğim servise nakledebileceğimizi, tedavisinin orada yine benimle sürebileceğini belirttim. Benden ayrılmak istemediğini söyledi. Bu konuşmadan yarım saat sonra servis hemşiresi tarafından çağırıldım. Hastamız panik halinde idi, ağlıyordu. Yüzü gözü karışmıştı. Olan şuydu: Televizyonda Hacı Bektaş Veli hakkında bir program vardı. Programda bir ara Allah Allah sesleri duyulmuştu. Hastamız bu sesleri duyduğu an kendisini "Allah'ın sevgili kulu" sanmış, çok korkmuştu. Allah'ın sevgili kulu; Tercüme edersek: Doktorun sevgili hastası! Öyle ya, hiç bir hastayı beraberimde götürmüyör, yalnız onu yanına alıyordum. Bu durum onu niçin sarsmıştı, psikoza sokacak kadar? Şu nedenle: Benimle tedaviye başladıktan sonra aramızda derin bir yakınlık hissetmeye başlamıştı. Ancak o benliği zayıf bir insandı, bütünlüğü pamuk ipliğine bağlıydı. Bir başkasına bu denli yakınlık duyması (ki iletişimsiz ve yalnız dünyüsında buna o denli gereksinimi vardı), giderek ondan şiddetle etkilendiğini, ona ayrılmayacak biçimde bağlandığını hissetmesi hastamızda kendi benliğini yitirme korkusunu yaratmıştı. Yerimin stabil olmadığı duygusunu veren en küçük bir mesaj da, ayrıca terkedilme, ayrılma, reddedilme korkularını alevlendiriyordu.

Ertesi günkü görüşmemiz durgun, verimsiz geçti ve araya hafta sonu tatil girdi. Hafta sonu boyunca hastamız ağır bunaltılar içerisinde olmuş ve yeniden psikotik belirtiler göstermeye başlamıştır. Eliyle dur işareti yapıyor "yeşil kırmızı dur geç" diyor, kendi kendine "sen ve ben, sen ve ben" diye konuşuyor, üç adım ileri iki adım geri yürüyor, durup kalıyor, anlaşılmasız şeyler söylüyordu. Görüştüğümüzde, huzursuzlanmasından hemen önce masturbasyon yaptığını, kendi spermelerini yuttuğunu, tadının şekerli olduğunu, şeker gereksinimi olduğunu belirtiyordu. Bu yüzden huzursuz olduğunu ileri sürüyordu. Çok sonraları yaptığımız bir görüşmede öğrendiğime göre aslında şöyle bir fantazisi de olmuştu o masturbasyon sırasında: Kendisi bütün bedeniyle bir penise dönüşmüş, bedeni olmayan bir kadın cinsel organından içeri girmiş, rahim boşluğuna dek ulaşmıştı. Düşürdüğü pek çok şey yanısıra bu bir kaybolma fantazisi de olabilirdi ve benimle ilişkisinde bireyselliğini yitirisini, aramızdaki sınırın kalkışını, benimle birleşmesini, benim tarafından yutulmasını simgeliyordu. Görüşmede sıkıntısını azaltmaya çalışırken birden ağlamaya başladı, sonra durdu, yüzüne uzun uzun baktı ve etkileyici bir çift söz sarfetti: "Seni seviyorum".

Sonraki görüşmede hastamız "kendimi sen sanıyorum" diyor, benim hareketlerimi, sözlerimi ekolali ve ekopraksi biçiminde yineliyor, görüşme sırasında çalışma masamın arka-

sında duran sandalyeme oturmak istiyordu. Sonraki görüşmelerde aramızdaki sınırı vurguladım, bana yönelik sevgi hissini cinsellik dışı bileşenlerini ön plana çıkarmaya çabaladım, almakta olduğu nöroleptik ilacın dozunu yükselttim. Bir hafta içerisinde giderek psikozdan çıktığı görüldü.

Bir başka değişiklik de hastamızın annesine yönelik davranışlarında oluyordu. Ziyaret saatlerinde daha uzak oturuyorlar, kucaklaşmıyorlardı. Hastamızın annesinin yanından ayrılmayı, başka şeylerle ilgilendiği bile oluyordu. Tam bu sıralar anne etkileşime katıldı: Oğluya her yıl olduğu gibi bu yıl da birlikte tatile çıkmak istiyordu. Ancak bu gidişle buna olanak yoktu. Bu yıl tatile yalnız başına çıkacağını oğluna nasıl söyleyecekti? Durumu olduğu gibi bildirmesini önerip yalnız başına tatile çıkmasının en doğal hakkı olduğunu ilertince öfkeyle karşılaşıyordum: "Ama ana yüreği öyle demiyor, o zaman ben oğluma ihanet etmiş gibi hissediyorum kendimi". Ardından anne çiziktirmekte olduğum şekillere işaret ederek "bakıyorum psikiyatristler de böyle şeyler çiziyor, kimbilir ne anlama geliyordu, şaka, şaka" diyor ve gülerken uzaklaşıyordu.

Hastamız regresif döneminde çıktuktan sonra ilginç bir çocukluk anısını hatırlamıştı. Olayın kendisi kaç yaşında iken yaşandığını bilemiyordu. Aslında gerçekten yaşanmış mıydı o da belli değildi ama kafasını çok meşgul ediyordu. Şöyleydi: Hastamız bir gece uyandığında bir ses duydu: "Git temizlen yanma gel". Bu sesi babasının kine benzetir. Çağrılan kişi ev halkından bir genç kız olan B'dir. Hastamız aynı zamanda B'ye içten içe aşiktir. Hastamız o gece babasının B' ile yattığını düşünür, için için ağlar.

Üçüncü haftaya girmiştik ve bu kez hastamız o sıralar servisimizde çalışmakta olan intern doktor bayan A'ya aşık olmuştu. Aradan geçen günler içerisinde bu tutum genişledi, hastamız artıkhemşirelere de ayırım gözetmeksizin ilan-ı aşk ediyordu. Bu tutuma kızdığımı, sevgi gibi değerli bir şeyi hiç ayırım gözetmeksizin ifade ettiğini, hiç tanımadığı insanlara ilan-ı aşk ettiğini, insanlarla arasındaki sınırları hiçe saydığını söylediğimde konuşmamı sessizce dinleyen hastamızın yanıtı şu oldu: "Beni affedecek misiniz?".

Niçin bu soruyu sormuştu? Ortada hiç bir "suç" mu vardı ki "affetmekten" söz ediyordu? Baştan beri olanlar düşünüldüğünde mozaik şu biçimde biraraya getirilebilirdi: Hastamız önce bana sevgisini sunmuştu. Ben aramızdaki sınırı vurgular ve sevgisinin (eş) cinsel bileşenini geri plana atarken onun sevgisini genel olarak reddetmiş duruma düşmüştüm. O da sevgisini başkalarına dağıtmıştı, ama hep kadınlara. Şimdi buna da hayır diyordum. Aynı etkileşimin başma bir düzeydeki yorumu da şu olabilirdi: Intern doktor bayan A'yı hastamız aynı zamanda bir anne fi gurü olarak yaşıyordu. Onu çocukluk sevgilisi (aslında annesi?) B'ye benzettiğini söylüyordu. Onunla cinsel yanaşıma girmesi anneye yanaşıması anlamını taşıyordu. Ben ise doktor, bir bakıma baba, belki Allah ya da özetle kuralları koyan otorite olarak bunu durdurmuş, enses-ti yasaklamış, onu bu "suç" a karşı uyarmıştım. Böylelikle ödipal üçgen yeniden yaşanmıştı. Bir başka yorum da şu olabilirdi: Eşcinsel olmadığını göstermek istemişti bana, çünkü sevgisinin (eş) cinsel bileşenini pek hoş karşılamamıştım (geri plana itmiştim). Her halde bu açıklamaların hepsi bir-dengeçerli idi.

Ve diğer servise göç etme günü gelmişti. O gün annesi de geldi, yalnız başma tatile çıkacağını oğluna açıklamak için, oğün beklenmedik (aynı zaman da beklendik) bir şey oldu, hastamız benimle gelmekten vazgeçti. Eski serviste kalmaya karar vermişti. Ne oluyordu? Acaba yine yakınlık korkusu galip gelmeye mi başlamıştı, yoksa annenin etkileşime katılmasımı rol oynamıştı? Açıkçası hastamız iki cami arasında beynamaz kalmıştı. Bir yanda benimle gelmek ve belirsiz bir tedavi süresine katlanmak, öte yanda benden kopmak, bir bakıma annesi ile ya da anne figürü olan internsdoktor bayan

A ile kalmak. Sanki annesi ile babası boşanırken olan sahne yeniden oynanıyordu: Baba ile gitmek ya da anne ile kalmak. Bu durumda annenin yardımını açıkça istedim, o da isteğime uygun olarak oğluya konuştu ve hastamızı benimle gitmeye ikna etti.

Ancak yeni servise gelmemizle birlikte yeni bir dönem başlamıştı. Bu kez hastamızın ağzını bıçak açmıyordu, bütün gün esniyor, sürekli yatıyordu. Konuşma çabalarını verimli olmuyordu. Sonunda nedenini söyle açıkladı: Buraya gelmekle sevgilisi intern doktor A'yı taretmiş gibi hissediyordu kendini. "Eğer onunla evlensem sanki babamdan B'nin (çocuklukta babasıyla ortak sevgilisi) intikamını almış olacaktım" diyordu. Bu arada anne tatile çıkmış ve fiilen uzaklaşmıştı.

Antidepressif ilaç tedavisine başladı. İlaç tedavisinin dördüncü gününde, ilacın etkisinin çıkması için gerekli süreden çok önce hastamızın hareketlendiği, öforikleştiği görüldü. Önceleri bilinçli olarak hareket ediyor, "deliliği oynuyor" gibiydi. Fakat giderek gerçek bir psikozla kaymıştı. Bu kez içinde olduğu psikotik durum önceliklerden oldukça farklıydı. Artık çekingen değildi. Bana öfke kusuyor, aramızda sınır tanımyordu. Elimden kitabını kapıyor, benimlealey ediyor, sen diye hitabediyor, herkesin içinde "seni seviyorum" diye bağırıyordu. Odasına gittiğimde boynuma sarılıyor, "seni öpebilir miyim", "merak etme dudaklarından öpmeyeceğim", "korkuyor musun", "kadın gibi oturma" diyebağırıyor, ardından ellerinden tutup "beni döv" diye ısrar ediyor, ellerimi suratına çarpıyordu. Arkasından susup "bir çocuğumuz oldu" diyor, ismi olarak kendisininkini söylüyordu. Bu tutumuna aktif olarsengel olan bir yaklaşım ve nöroleptik dozunun yükseltilmesi ile hastamızın bir hafta içerisinde yine psikozdan çıktığı görülmüyordu.

Geriyeye dönüp bakıldığında bir şey dikkati çekiyordu. Dış dünyanın varlığını unutmıştı neredeyse. Tedavinin başında iken acele ediyordu, her şey için çok geç olabileceğinden korkuyordu. O zaman önünde uzun bir zaman bulunduğunu vurgulamış, paniğini azaltmaya çalışmışım. Oysa şimdi zamanı unutan o olmuştu. Ancak dış dünyanın, yani taburculuğun gündeme gelmesiyle yeniden psikozla karşılaştık. Yine deliliği oynar yanı sıra şu olmuştu: "Evet bilinçli yapıyorum, çünkü doktor gerek var". Bu kez ayrılma sorunu ile karşılaşıyorduk.

Yeniden nöroleptik ilaç dozu yükseltile hastanın yine bir hafta içerisinde psikozdan çıktığı görüldü. Artık iyileşmesini beklediğimi, uzun bir süre diren hastanede olduğunu, şu ana dek tedavi yararlı oldu ise bunun sonucunu görmemiz gerektiğini, iyileşme olmadığı takdirde tedavinin başarılı olmadığı anlamının çıkacağını belirttim. Özünde şunu demiş oluyordum: "Benim için iyileşeceksin". Çünkü tedavinin başarısızlığı benim başarısızlığımı olacaktı. Mesaj etkisini gösterdi. Hastamız taburcu olma kararı aldı. İki hafta daha hastanede kaldığı halde psikotik belirti göstermedi. Durgundu, donuktu ama taburculuğu tolere etti.

SONUÇ

Bu yazının ağırlık noktasını oluşturmadığından hastane sonrası dönemin ayrıntılarına girilmeyecek, yalnız üç yıllık izlemenin sonucu bildirilecektir.

Hastaneden çıktıtan sonra hastamız toplam olarak üç ay daha düşük dozda nöroleptik ilaç (trifluperazin 5mg/gün) kullandı. Daha sonra ilaçkesildi. Bu süre içerisinde haftada bir kez bireysel görüşmelere geldi, ardından 6 ay süre ile yine benim yürüttüğüm grup psikoterapi toplantılarına katıldı. Sonraki iki yıl yalnız durumu izleme amacıyla bir kaç aylık aralarla görüştük. 1986 yılı sonlarından bu yana ilişkimiz kalmadı.

Durumu izlediğim süre içerisinde (üç yıl) biriyeniden üniversiteye başlama sırasında diğeri de bir kız arkadaş ilişkisi sırasında ortaya çıkan, birer hafta kadar süren (ilk 6 aylık izleme sırasında), kendiliğinden yatışan iki anksiyeteli dönem dışında bir daha psikotik nöbet geçirmedi, ilaç kullanması gerekmedi, hastane yatışı olmadı, elektrokonvülf tedavi de görmedi.

TARTIŞMA

Bu yazıyla vurgulanmak istenen konu geleneksel olarak psikoterapiye daha yatkın oldukları kabul edilmiş ve psikanalizin de özellikle ilgi alanını oluşturagelmış olan nörotik hastalardan çok, psikotik kişilerin psikoterapisidir (2). Daha çok hastane koşullarında, yatarak tedavi gören servis hastası olarak ruh hekimlerinin karşısına çıkan bu tür ağır rahatsızlıklarda gerek olanaksızlıklar (zaman, mekan, örgütlenme, bilgi, eğitim yetersizlikleri) gerekse somatik tedavilerin çeşitli nedenlerle giderek kazandıkları baskınlıktan ötürü psikoterapi konusu çoğunlukla ihmale uğramaktadır. Bu rahatsızlıklarda klinik tablonun ağırlığı ve hastane koşullarında olmanın getirdiği kını olanaklar ve kısıtlılıklara bağlı olarak, genelde psikoterapi için geçerli olan bazı noktalar özel bir önem kazanmaktadır:

1) Farmakoterapi psikoterapiye engel ya da alternatif değildir, aksine kaçınılmaz olarak psikoterapiye birlikte uygulanması gerekmektedir. Ancak ilaçlar hastanın ilişki kurma ve iletişimde bulunma yetilerini ve isteğini ortadan kaldıracak düzende kullanılmamalıdır. Psikopatolojinin aynı zamanda bir iletişim kanalı olduğu unutulmamalıdır. Öte yandan, farmakoterapinin sunduğu olanakların psikoterapi sürecini olumlu yönde etkilemede kullanılabileceği gerçeği gözardı edilmemelidir.

2) Psikotik hastanın psikoterapisinde içgörü kazandırmak değil, ilişki kurmak önem taşır. Hekimin ilişkiyi kurmak ve sürdürmek, hastaya yönelik tepkilerini düzenleyebilmek, hastanın karşı tepkilerinin anlamını kavrayabilmek, özetle ne yaptığını bilmek için psikanalitik bilgi ve deneyime (4) sahip olması yararlıdır. Hasta ile arasında olanların anlayamayan hekimin boşa zaman geçirdiğini düşünüp haklı bir kaygıyla yüksek doz ilaç ya da elektrokonvülf tedavi gibi daha masif etkili önlemlere, hastaya kendini ifade etme ve iletişim kurma şansını hiç tanımadan, erken dönemde başvurması kaçınılmazdır. Ancak bu kişilerarası ilişki alanı üzerinde yapılan değerlendirmelerin "yorum" zannıyla bir "enformasyon" biçiminde hastaya aktarılmaya çalışmasının analitik yaklaşım la bir ilişki yoktur. Hekimin bu tür tepkilerinin entegrasyondan yoksun, transferansların da açıkça parçalanmış olduğu psikotik bir dünyada doğru anlaşılması olanaksızdır.

3) Hekim ile hastanın yoğun bir psikoterapötik ilişki kurabilmeleri için uygun bir ortamın bulunması gerekir. Pek çok psikiyatri kliniğinin yoksun bir ortamın bulunması gerekir. Pek çok psikiyatri kliniğinin yoksun bulunduğu böyle bir ortamın olağan bir hastane servisinininkinden farklı olacağı doğaldır. Bu ortamın oluşumunda fiziksel koşulların sağlanması elbette ki bir anlayıştır: Hekimin hastayla ilişkisinin görüşme saatlerine katı bir biçimde hapsolmaması için günün yeterli bir bölümünü serviste geçirmesinden başlayarak ideal olarak "therapeutic community" anlayışına (5,6) dek varan bir ekip çalışması ve hastayı hastane hiyerarşinin en alt basamağı ve bir "obje" olmaktan çok bir "partner" olarak gören bir tutum ile demokratik tartışma ortamı böyle bir anlayışın vazgeçilmez öğeleridir. Bu noktada psikiyatri, içinde bulunduğu toplumun kültürünün ve sosyal/ekonomik özelliklerinin etkisine açıktır.

Deskriptif açıdan sizoaffektif bozukluk (1), dinamik yaklaşımla Erikson (3) anlamında "kimlik konfüzyonu" tanımları yakıştırdığımız bu vaka kanımca psikotik hastalarla serviste

yoğun psikoterapi uygulamasını da bu üç ilkenin önemini dengeli bir biçimde yansıtmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition III-Revised. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
- 2- Benedetti, G. :Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. 2. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, 1980.

- 3- Erikson, E. H. :Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Suhrkamp Taschenbücher Wissenschaft, Frankfurt, 1973.
- 4- Fromm-Reichmann, F. :Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press, Chicago, 1950.
- 5- Jones, M. :Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Verlag Hans Huber, Bern, 1976.
- 6- Ploeger, A. :Die Therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Theorie und Praxis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.

SERVİSTE YOĞUN PSİKOTERAPİ

Dr. S. Hakan SAYITA*

ÖZET: Bu yazıda, atipik psikoz kavramı gözden geçirilmektedir. DSM-III/R (1987) e göre, Psikiyatrik Bozuklukların Sınıflandırılmasında, herhangi bir özgün mental bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan psikotik semptomları olan olgular için ek bir kategori vardır. Bu kategori "Başka bir yerde Tasnif Edilmemiş Psikotik Bozukluklar"dır. Atipik Psikoz, bu konunun başlığı altında incelenir.

SUMMARY: In this paper, the concept of atypical psychosis is reviewed. In the Classification of Psychiatric Disorders according to DSM-III/R (1987), there is a residual category for cases which there are psychotic symptoms that do not meet the diagnostic criteria for any specific mental disorders. This category is "Psychotic Disorders Not Elsewhere Classified". Atypical Psychosis is examined under the heading of this subject.

GİRİŞ

Atipik psikoz; hezeyanlar, varsanılar, çağrışımların gevşemesi, bariz bir şekilde mantık dışına düşen düşünce veya ileri derecede dağılmış bir davranış veya katatonik bir davranış semptomlarının çizdiği ve herhangi bir özgün akıl bozukluğu tanı ölçütlerine sığmayan vakalar için düşünülmüş bir alt sınıftır.

Halen geçerli olan psikiyatrik bozuklukların son sınıflandırılmasına (DSM-III/R) (1987) göre, psikozlar şu tanı başlıkları altında incelenmektedir:

I- ORGANİK KÖKENLİ PSİKOZLAR

II- İŞLEVSEL PSİKOZLAR: Üç grupta incelenir:

1- Şizofrenik bozukluklar

- a) Katatonik tip
- b) Dağılmış (desorganize) tip
- c) Paranoid tip
- d) Ayırdedilmeyen tip
- e) Tortu tip

2- Hezeyanlı bozukluk (Paranoid bozukluk)

- a) Erotomanik tip
- b) Büyüklük tipi
- c) Kıskaç tip
- d) Somatik tip
- e) Perseküsyon tipi
- f) Belirtilmemiş tip

3- Başka bir yerde sınıflandırılmamış psikotik bozukluklar

- a) Kısa tepkisel psikoz
- b) Şizofreniform psikoz
- c) Şizoaffektif bozukluk
 - İki uçlu tip
 - Depressif tip
- d) Aktarılmış psikotik bozukluk
- e) Diğer bir şekilde belirtilmemiş psikotik bozukluk (Atipik psikoz) (1,2)

Atipik psikoz tanısı konması gereken durumlar şunlardır:

1- Alışılmamış görünümdeki psikozlar, örneğin; fonksiyon bozukluğu ile birlikte olmayan monoseptomatik beden şeması bozukluğu deliri, tek bozukluk olarak kalıcı işitsel varsanılar, menstrüel sıklusa eşlik eden geçici psikotik epizodlar.

2- Organik mental bozukluk, şizofreniform bozukluk, paranoid bozukluk veya affektif bozukluk ölçütlerine uymayan postpartum psikozlar.

3- Süresinin iki haftadan kısa olmasının dışında herhangi bir yerde sınıflanabilecek psikozlar, örneğin; presipitan psikolojik yüklenme ve zorlanma etkeni olmaksızın, sadece üç gün süren bir şizofreniform bozukluk semptomatolojisi.

4- Özgün tanı konabilmesi için yeterli bilgi olmayan psikoz vakalarında daha çok bilgi elde edilinceye kadar tanı konulması ertelenir.

5- Özgün bir tanıyı olanaksız kılan karmaşık klinik görünümü psikozlar. Özgün mental bir bozukluğun ölçütlerine uymayan psikotik semptomlar karşısında takınılacak tutum şöyle olmalıdır: (Şema-1)

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Asistanı