Şizofreni

monografi

Dr. Fikret Ürgüp

BAHA MATBAASI — İSTANBUL, 1964

BAHA MATBAASI — İSTANBUL, 1964

ŞİZOFRENİ

MONOGRAFİ

Dr. Fikret Ürgüp

— *MAHPEYKER'E* —

Bu monografi şizofreni dünyasında yaşayanlara ithaf edilmiştir.

"Ve açıkcasına, ruhumu, ciddî ve acılı dünyaya adadım. Ve çoğunluk, kutsal gecelerde, ağır kader yükünü bilerek, korkmadan, ölene kadar ona bağlı kalmayı, ve hiçbir muammasını küçümsememeyi vadettim.
Böylece, ona, ölümlü bir bağla bağlanıyordum."

HÖLDERLİN
(Empedokles'in Ölümü)

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 9

ŞİZOFRENİ

I — TARİFİ VE YAYGINLIĞI 15

II — TARİHÇESİ 17

Şizofreniyi anlayışta izlemeler 21

Freud'un ve klâsik psikanalistlerin şizofreniyi anlayışları . . 23

Interpersonal münasebetler nazariyesine göre şizofreniyi anlayış 24

Mültiplfaktör ve psikosomatik nazariyelerine göre anlayış. . 25

III — ŞİZOFRENİNİN ETYOLOJİ VE PATOJENİSİNDE DEĞİŞİK FAKTÖRLERİN ROLLERİ 27

Şahsiyette şizofreninin gelişmesine yer hazırlıyan psikodinamik faktörler 33

Şizofreniklerin çocukluklarında spesifik olarak şizofreniye hazırlayıcı faktörler 34

Şizofreninin psikodinamik sebepleri arasında Egzojen Travma'nın rolü 37

IV — ŞİZOFRENİNİN BAŞLAMASI, İLERLEMESİ VE SEMPTOMLARI 40

Şahsiyet bozukluğundan şizofreniye geçiş 42

Psikoza geçiş 44

Başlangıçtaki şizofreni semptomları 46

Şizofreni teşhisinde üzerinde durulacak karakteristik semptomlar 46

V — ŞİZOFRENİ TİPLERİ 56
Sempl tip 56
Katatonik tip 58
Hebefrenik tip 61
Paranoid tip 63
Şizoafektif tip 71
Psödopsikopatik tip 72
Psödonörotik tip ve sınır vakaları 74
Had, konfüzyonlu tip 78
Çocuk şizofrenisi 78

VI — ŞİZOFRENİNİN SEYRİ VE PRONOSTİĞİ . . . 81
Şizofrenik deteryorasyon. 83
Şizofreniyi teşhiste üzerinde durulacak özellikler 83

VII — AYIRICI TEŞHİS 86

VIII — ŞİZOFRENİNİN TEDAVİSİ 101
TEDAVİ TEKNİKLERİ 104
1 - Şok tedavileri 104
2 - Trankilizan ilaçlarla tedavi 109
3 - Psikoşirürji 111
4 - Şizofrenide psikoterapi 112
5 - Grup tedavisi (groupe therapy) 122
6 - Psikodrama 123
7 - Bütün tedavileri birden deneme. (total push) . . . 124
.....
Sonuç 133
Bibliografi 135

ÖNSÖZ

Eskiden "erken bunama" denen şizofreni, akıl hastanelerinde ve hastane dışında en sık rastlanan bir şahsiyet bozukluğudur. Şizofreniğin başka kimselerden farkı, hayat olaylarına yabancı kalışıdır. Bu yabancılığını yalnızlık hissiyle fark etmiş veya fark edecektir. Yabancı ve yalnız olduğunu fark eden şizofrenik, mümkün olduğu kadar başkalarından uzak kalarak kendi âleminde yaşamıya çalışır. Onun ihtiyaçlarını anlayıp, onu koruyan kimselere rastlar ve dış hayat şartları uygun giderse, şizofrenik kendi dünyasında yaşıyabilir ve hastaneye düşmediği gibi, bazan şizofreni teşhisi bile konmaz.

Henüz, ne erken bunama, ne şizofreni diye bir hastalığın lâfı edilmezken, 1849 da İngiltere'de, Hanwell hastanesinde çalışan John Conolly, sık sık rastladığı bir hastalık tablosunu tarif etmiştir: "Bazı genç kimseler, gerçek bir üzüntüleri, büyük bir dertleri olmadığı halde melânkoliye benzer bir psikolojik düşkünlük içinde oluyorlar. Hiçbir şey le ilgilenmiyor, hayata iştirak etmeden yaşıyorlar. Aptal, hissiz, isteksiz, ihtirassız; sanki bütün ümitleri kaybolmuş, yaşama güçleri tükenmiş gibi, neden olduğu anlaşılmıyan ve herkese yabancı gelen bir hal alıyorlar."

Şizofrenik şahsiyetin, ilk defa ve açık bir dille tarifi budur.

Sinsi başlıyan şizofrenide hasta, uzun zaman sebebi bilinmez bir matem içindeymiş gibi görünür. Matem, sevilen ve bağlanılan bir kimseyi kaybetmenin arkasından duyulan, ve büyük kayıba alışmaya yardım eden devamlı bir duygu halidir. Başlangıçtan beri duygusal bağlardan uzak kalmış olan şizofrenik, bağlandığı bir kimseyi kaybedişin mâtemini çekmiyordur. Ondaki psikolojik düşkünlük hali melânkoliyi hatırlatırsa da yüzünde keder ve ıstırap ifadesi yoktur. Yüz çizgilerinden bir mâna çıkarılamaz, silinmiş gibidirler, heyecanlarla ilgileri yoktur. Onların

yüzündeki bu silinmişlik ve ifadesizlik başkalarını rahatsız eder. Uyanık rüya içinde yaşar görünürler.

Ergenlik çağındaki çoğu kimseler melânkoliye benziyen bu durgunluk devresinden geçerler, kendi içlerine kapanırlar, fakat hepsi şizofrenik olmazlar. Çocukluklarında canlı, hareketli, keyifli ve arkadaş edinen tipler, ilk gençliklerinde bu durgunluk devresini yaşar ve atlatırlar. Şizofreniye hazırlanış, hastalığın başlaması, durması ve ilerlemesinde birçok faktörler rol oynar. Şizofreni dünyasında, yani kendi âlemlerinde yaşıyanların da hepsi psikotik olmaz, ve çevrelerindekileri rahatsız etmeden yaşar giderler. Onların realiteyle münasebetlerini büsbütün kaybedip psikotik olmalarını önliyen mutlu hayat şartları ortaya çıkabilir. Bunların en önemlisi ana-babadaki değişmedir, ve önceden çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını fark edip, karşılıyamamış olan ana-baba sonradan onu anlayıp, olduğu gibi kabul eder ve eksik olan şefkat ve sevgi ihtiyaçlarını telâfi ederler. Bazan da yakın akrabadan, şefkatli ve anlayışlı insanlar hastayı korur ve çok bozulmadan kendi hayatını yaşamasına yardım ederler. Öğretmenler ve okul arkadaşları da onları sevip kabul etmiş olabilir.

Bu mutlu tesadüflerin tersine; yakınlarının ölümleri, harp, fıkaralık, kanunlarla çatıştıran aksi tesadüfler, psikoza geçmeye sebep olurlar. Bir de, hasta herkes gibi olmıya özenir, bir iş tutmaya, evlenmeye, başkalarıyla kaynaşmaya kalkışırsa, bu gibi hayat tecrübeleri sonunda yalnızlık ve yabancılığını tahammül edilmez bir şekilde fark eder ve psikotik olur. Açıkca psikotik olan şizofreni hastası artık kendine mahsus sembolik duygu, düşünüş ve davranışlarını gizliyemiyordur. Onun anlaşılmaz, beklenmedik, acayip ve bazan tecavüzkâr hareketleri, başkalarının rahatını kaçırır. Böyle, kendilerinden olmıyan bir kimseye karşı toplumun tepkisi, onu kendi içinden ayırmak, yani akıl hastanesine kapatmaktır.

Şizofrenik, kendini garip ve yabancı hissederken başkalarına da garip ve yabancı görünür. Onlarla arada insan-arası bir anlaşma olamadığı için, aklı başında olanlarca, salak, aptal, bunak, meczup diye anlaşılırlar. Preşizofrenik şahsiyet bile, hayat olayları karşısında, korunmasını, çıkarına uyanı seçmesini, geleceği hesaplamasını bilemediği için, en aşağıdan salak damgasını yer. Salak, aptalın hafif derecesidir, ve zekâsı kıt demektir. Şizofreniğin zekâsı eksik gibi görünür, ama öyle değildir.

Şizofrenik başkalarının hayatına iştirâk etmediği için, insan-arası münasebetlere düzen veren zekâ ve duygu fonksiyonlarına ihtiyacı yoktur. Kullanılmıyan organlar gibi, çalıştırılmıyan psikolojik fonksiyonlar da atrofye olurlar, ve işlemez haldedirler. Bu yüzden şizofreni hastası aptal, hissiz ve bunak gibi görünür. Konuşmalarının ve davranışlarının mânaları anlaşılmaz, çünkü semboliktirler. Çevreleri için zararsız olsalar bile, ne dedikleri, ne hissettikleri, ne yapacakları anlaşılmıyan kimseleri toplum yabancı bir cisim gibi kendi içinden atar.

Gerçek hayatla çatışmadan uyanık rüyada yaşamaya izin yoktur. İçinde yaşadığımız tarih devresinde herkesin geleneklere uyarak yaşaması ve hayat şartlarına, ayak uydurması beklenmektedir. Birçok psikyatri ekolleri, gizli şizofreni vakalarını teşhis için hastaların geçmişlerinde hayata ne derece intibak etmiş oldukları üzerinde dururlar. Kişinin çevresiyle olan münasebetlerinde, okul ve iş hayatında, evliliğinde, öteki cinsle münasebetlerinde, toplumsal hayata iştirakinde, ne derece intibaksızlık varsa o derece şizofreni olması ihtimalini kabul ederler. Karışık vakaların ayırıcı teşhisinde hastanın öz geçmişinde hayata intibak şekli aydınlatıcı olmaktadır.

İntibaksız, garip ve yabancı kimselere başkaları hasta damgasını vururlar. Bunda ne hasta ne de çevresindekiler kabahatlidir. Çünkü iki tarafın birbirini anlaması zordur. Şizofrenik de kendini anlamış değildir. Hastalık başlangıcında, Fransız şairi Valery Larbaud'nun yazdığına benzer bir duygu içindedir:

"Evet bedbahtım,
Kabahat ne benim ne hayatımın."

Şizofreni üzerindeki araştırmalar, bunun böyle olmadığını göstermiştir, fakat henüz Şizofreninin etyolojisi tam mânasıyla aydınlatılmış değildir. Son zamanlarda etyolojide psikojenik faktörlerin ön plânda geldiğini savunan ekoller çoğalmışsa da, çok sayıda, değişik faktörlerin rollerini kabul etmek daha önde gelmektedir.

Şizofrenik şahsiyetin, hastaneye kapatılmadan dışarda da yaşıyabileceğini söylemiştik. Hastaneye girmezden önce, garip, soğuk, ve yabancı görünen şizofrenikler, çeşitli bir tedavi programı olmıyan akıl hastanesinde iki üç yıl kaldıktan sonra Regresyonla daha geri çocukluğa dönerler. Üzerlerini pislerler, yemek yemesini bilmezler, lâfları anlaşılmaz,

uykuları saatsizdir, kımıldamadan oturur, cinsel âletleriyle oynar, hiç umulmazken etrafa saldırırlar ve sanki insanlıktan büsbütün ayrılmış gibidirler. Hastalığın bu şekilde ilerleyişine deteryorasyon denir ve Morel bu tabloyu tarif ederek "erken bunama" adını vermiştir (2).

Hastanede çeşitli tedavi metotları sistemli bir şekilde uygulanırsa şizofrenik deteryorasyon önlenebilir.

Geniş ölçüde araştırmalar, şizofreniklerde akıl fonksiyonlarının ihtiyarlık bunamasındaki gibi bozulmadığını meydana çıkarmıştır. Bunun klinikte rastlanan bir örneği, "katatonik stüpör" vakalarıdır. Bütün hayat fonksiyonları felce uğramış gibi olan, yemiyen, içmiyen, konuşmıyan, kımıldamıyan katatonikler, nöbet geçtikten sonra, çevrelerinde olan biteni eksiksiz hatırlarlar. Bu da, had şizofreni nöbetinde bile dikkat, idrâk ve hâfıza bozukluğu olmadığını gösterir. Şizofrenide zekâ ve duygu fonksiyonları bozulmamış; bütün psişik fonksiyonların aralarındaki münasebetin dengesi bozulmuştur. Psikopatolojik bakımdan şizofreni şahsiyetin bunaması değil, parçalanması, dağılması, ahengini kaybetmesidir. Bunun da kökü «idantifikasyon» eksikliğine, kimliğini idrâk etmemiş olmaya dayanır. Şizofrenik, ilk çocukluğundan beri, önce ana-baba sonra başkaları tarafından sevilip kabul edilmediğine inanır. Başkalarınca sevilip sayılmıyan insan kendini sevip sayamaz ve insanlar arasında yaşamasına yetecek kadar kendine güvenci yoktur. Bu durumda şahsiyet hayatta kalma (survival) iç-tepkisi ile yaşamanın bir yolunu bulur, ve her şeyle ilgisini kesip kendi dünyasını yaratır. Kendi âleminde yaşıyan şizofrenik, ihtiyaçlarını herkesin kelimeleriyle ve geleneklere uyarak anlatamaz. Regresyon ile çocukluğa dönmüştür. Yardıma muhtaç bir çocuk olarak kaldıkca, kendisinden esirgenen şefkat ve ilgiye kavuşacaktır, çünkü tam depandan olmuştur, yaşamak için başkalarının yardımına muhtaçtır. İhtiyaçlarını kendine mahsus sembollerle anlatmaktadır.

Şizofreni semptomlarını bu açıdan görerek sembollerin mânaları anlaşılabilirse, hastanın psikolojik ihtiyaçlarını anlama yolunda bir kapı açılmış olur, ve arada bir münasebet kurulmuştur. O zaman hasta, o kadar yabancı olmadığını, herkes gibi duygusal kırılmalar, haksızlığa uğramalar, ana-babasının ilgisizlikleri yüzünden kendini küçük ve değersiz gördüğünü anlamıya başlamış olur. Çünkü ona yardım etmek istiyen sabırlı ve iyi niyetli bir yabancı, kişiliğine değer vermiş ve onu olduğu

gibi kabul etmiştir. İhtiyaçları karşılanarak itimadı kazanılan şizofreni hastasında şahsiyetin bozulmamış ve verimli olabilecek tarafları üzerinde çalışılırsa, esas duygusal bozukluk değişmese bile hastanın toplum içinde yaşamasına imkân verilmiş olur. Sosyal iyileşme denen böyle bir başarıya örnek Frieda Fromm Reichmann'ın bir vakasıdır: (3) - Terapist, ağır şizofreni hastası olan Meksikalı bir genç kadında, şiir kabiliyetini sezmiş, ve hastanın itimadını kazandıktan sonra, onu teşvik ederek tanınmış bir şair olmasına yardım etmiştir.

Bu monografinin özsözünde daha çok psikodinamik anlayış üzerinde duruyoruz. Psikodinamiğin temelini Freud atmış, insan davranışının gizli veya açık psikolojik sebepleri olduğunu ispat etmiştir. Freud'den beri, psikanalitik metotla incelemeler psikodinamik bilgiler alanını gittikçe zenginleştirmiştir. Psikodinamik, insan davranışının psikolojik köklerini sistemli ve kritik bir şekilde inceliyen bir metottur ve biyoşimi, fizyoloji, histoloji gibi tıp ilminin yardımcı bir koludur.

Şizofreninin etyolojisinde psikojenik faktörlerin önemi üzerinde dururken, başka faktörlerin de rolleri olduğu inkâr edilemez. Psikojenik faktörler her vakayı aydınlatmaya yeterli olamaz. Organik, hormonal, dietetik, genetik, konstitüsyonel, metabolik, fizyolojik etyolojileri savunan ekoller vardır. Her ruh hekimi, mizacına uygun gelen etyolojiyi vakalar üzerinde isbata çalışırsa, bu karanlık alana bir ışık daha getirmiş olur.

Son yıllarda sayısı gittikce artan yayınlar, şizofreninin tedavi edilmez bir hastalık olmadığına inandırmaktadır.

Bütün hastalıklarda olduğu gibi erken teşhis, şizofreni tedavisinde başarının ilk adımıdır; ancak şizofreniyi erken teşhise yardım edecek objektif metot yoktur. Hastayı kimliğinde anlayıp hissetmek, aldatıcı görüntüler arkasında gizli olan hastalığı sezişle keşfetmek gerekir. Seziş ve hissediş de hekimde, her duyguyu hissetmeye hazırlanmış bir iç zenginliği olmasını gerektirir. Böyle bir kabiliyetin üzerine bilgi ve tecrübe eklenirse şizofreniyi erken teşhis imkânları artmış olur.

Teşhisten sonra psikanalitik metotla hastadaki psikodinamik faktörleri araştırmak, onun ihtiyaçlarını anlayıp karşılamanın en güvenilecek yoludur. Psikodinamik faktörlerin önemine, ancak her ayrı vak'adaki rollerine inandıracak materyeli çıkarmakla inanılabilir. Bunu, bir kalb hastasındaki sufle ancak kendi kulağımızla duyduğumuz zaman, ger-

çekte var olarak inanabileceğimize benzetirsek daha iyi anlaşılır. Şizofrenideki psikodinamik faktörleri açığa çıkararak hastayı onlara göre anlamak ve yardım etmek söylendiği kadar kolay değildir, ve büyük sabır ve dayanıklılık ister. Fakat, çöken bir tek şahsiyeti bile kurtarmak bütün emeklere değer.

ŞİZOFRENİ

(Shizophrenia, Dementia Preacox, Erken bunama)

I

TARİFİ VE YAYGINLIĞI

Şizofreni en sık rastlanan akıl hastalıklarından biridir. Akıl hastanelerindeki hastaların yüzde altmışının şizofrenik olduğunu gösteren istatistikler vardır (4). Şizofrenik teşhisi konmuş ve hastane dışında yaşıyan vakaların sayısı da çoktur. Crocetti ve Frankel, New York şehrinde şizofreni nisbetinin yüzbinde 57-67 arasında olduğunu ve yılda beşbin yeni vakaya rastlandığını ortaya çıkarmışlardır (5). Etyolojisi ve tedavisi henüz aydınlanmamış olan şizofreni hastalığının kronik ve prognostiği tâyin edilmesi güç bir sendrom olduğu düşünülürse, hastanelerde ve hastane dışında o kadar yüksek sayıda rastlanışı anlaşılabilir. Etyolojisi ve patojenisi üzerinde genel bir anlaşmaya varılmamış olduğu için, şizofreni teşhisinde de değişik ekollar arasında görüş ayrılıkları vardır. Önsözde işaret ettiğimiz gibi, Birleşik Amerika'da şahsiyetin cinsel, toplumsal ve başka alanlardaki ciddî intibaksızlıkları şizofreniden şüphe ettirmektedir. Öte yandan, bazı Avrupa ekollerinde şizofreni teşhisi koymak için Kraepelin'in tarif ettiği dementia praecox, yani erken bunama tablosunu esas sayarlar (6). Dementia praecox tablosu şizofreninin had seyreden ve çabuk ilerliyen bir şekli olabileceği gibi, bazan beynin organik hastalıklarında aynı ârazı gösteren sendromlara rastlanır.

Şizofreniyi yalnız organik veya sadece psikojenik açıdan inceleyen ekollerin vardıkları sonuçlar tarafsız bir araştırıcıyı tatmin etmemekte-

dir. Şimbiki halde üzerinde daha fazla durulan psikodinamik anlayışa katılanlarında, ancak bütün organik, fizyolojik, sosyal ve kültürel faktörleri inceleyip, hastalığın başlaması ve ilerlemesindeki rollerini bir yana ayırabildikten sonra, şizofrenik değişmeyi sadece psikojenik bir hastalık diye kabul etmeye hakları olur. Son yıllarda üzerinde durulan "mültidimensyonal" veya "holistik" anlayışın da ana prensipi budur. Tıp ilminin bütün şubelerindeki ilerleyişlerden faydalanarak, şahsiyeti bütünlüğü içinde tetkik ve aksaklığın nerede olduğunu araştırmak, şizofreni üzerinde çalışanlar için en verimli metottur.

Çeşitli faktörlerin şizofreni tablosunu ortya çıkarabilecekleri bilindiğine göre, şizofreniyi bir sendrom olarak değil de şizofrenik reaksiyonlar çerçevesi içinde incelemek yerinde olur.

II

TARİHÇESİ

1851'de Morel, genç bir hastada oldukça çabuk ilerleyip bunamaya benzer deteryorasyon'la sonlanan bir hastalık tablosunu tarif ederek "démence précose" yani "erken bunama" terimini kullanmıştır (2). Daha sonraları Hecker, Hebefreni tablosunu (7), Kahlbaum, Katatoni tablosunu (8) tarif etmişlerdir.

1896'da Emil Kraepelin, "Hebefreni, katatoni ve bazı paranoia sendromlarında müşterek bir faktör bulunduğunu" müşahede ederek, bu sendromları "dementia praecox" terimi altında toplamayı teklif etmiştir (6).

1911'de Eugene Bleuler, geniş sayıda hastalar üzerindeki çalışmaları sonunda hastalık tablosunu anlatmak için "dementia praecox" yerine "schizophrenia" terimini kullanmıştır (9).

"Schizo"nun lügat mânası, parçalanma, dağılma, ayrılma'dır. "phrenia" eski Yunanca da akıl demektir. "Schizophrenia" dan anlaşılan, aklın parçalanması, dağılması, ayrılması'dır. Başka bir deyişle, akıl fonksiyonları arasındaki münasebetlerin, ayarın ve ahenkli işlemenin bozulmasıdır. "Dementia" ise aklını kaybetmek, bunamak, akıl eksikliği mânasına gelir; halk arasında çıldırma, sapıtma gibi de anlaşılır.

Demensia terimi ihtiyarlık bunaması (Dementia Senilis) için kullanılırsa yerinde olur, çünkü "De-Mentia" akıl fonksiyonlarının kaybolmaları veya azalmaları mânasına gelir ve beyindeki organik ve fizyolojik değişmelerle ilgilidir.

E. Bleuler, İsviçre'de Rheinase akıl hastahanesinde on iki yıl hastalarla gece gündüz beraber yaşıyarak şizofreni hastasındaki ârazdan mâna çıkarmıya, hastaları anlamıya çalışmıştır. Bleuler, çalışmaları sonunda, benzerlik ve yakınlıkları olan, fakat başlangıçları ve ilerleyişleri

çok değişiklik gösterebilen hastalık tablolarını "Dementia Praecox veya Schizophrenia'lar Grubu" adlı kitabında bir araya toplamış ve hastalığın, bugün de klâsik sayılan klinik tablosunu çizmiştir.

E. Bleuler'e göre, hastalığın Kraepelin'in tarif ettiği şekilde deteryorasyonla sonlanması şart değildir. Şizofreni teşhisini koyarken hastalığın ileriki seyri hakkında bir karar vermek yanlıştır. Şizofreniklerin düşünceleri, duyguları, iç-tepkileri, davranışları, heyezanları, halüsinasyonları, dikkatli ve sistematik bir şekilde incelenmelidir. Bleuler, tecrübeleri sonunda, şizofreniklerdeki hezeyanların, halüsinasyonların ve başka ârazın birer anlamı olduğunu ve incelenirse bütün bu ârazın arkasından hastanın hayat hikâyesi, ilk yaşlardaki ümitler, kırgınlıklar, korkular, ana-babayla ve kardeşlerle münasebetlerdeki aksaklıklar ortaya çıkarılabileceğini göstermiştir.

Psikozların ve nörozların etyolojileri organik olduğu kabul edilen bir devirde yaşıyan Bleuler, şizofrenideki bütün ârazın psikojenik olduğunu iddia edemiyerek hastalık ârazını iki grupa ayırmıştır. Etyolojileri bilinmediği halde organik olduklarında israr edilen âraza ilkel (primer), psikojenik olduklarına inandığı âraza tâli (seconder) âraz demiştir.

Bleuler'in şizofreni ârazını düalistik anlayışla iki kategoriye ayırışı artık kabul edilmezse de, teşhis bakımından bunun önemi kaybolmamıştır. Bleuler'in ilkel ârazının dördüne birlikte rastlanan vakalarda şizofreni teşhisi kuvvetli bir ihtimaldir.

A. İLKEL ÂRAZ

1. Düşüncelerde association (tedai) bozuklukları.

Birbirini takibeden düşüncelerin aralarındaki irtibat ve münasebet garip bir şekilde bozulmuş ve anlaşılmasını zorlaştıran bir şekilde değişiktir. Bu bozukluğun sebebi hastanın düşünürken ve konuşurken kendine mahsus ve kendisi için çok önemli olan duygulardan kurtulamayışıdır. Böyle olunca da evrensel sembol olan kelimeleri herkesin anlıyacağı mânalarda kullanmaz ve bir düşünce başka bir düşünceyi sürüklerken aralarındaki bağlanış kabul edilmiş mantık ve muhakeme kaidelerine aykırıdır. Asosyasyon bozukluklarının bir örneği "sirkonstansiyaliti" dir ve hasta anlatmak istediğini anlatırken esas olanla esaslı ol-

mıyan teferruatı birbirinden ayıramaz. Buna bir örnek : "Kazlıçeşme' de onunla karşılaştım," diyecekken, "Kazlıçeşme, bizim bahçede kazlar vardı, bir tanesi suda boğuldu." der.

Bazan da hastalar aralarında hiçbir bağlantı sezilemiyen kelimelerle konuşurlar ve bu semptoma "kelime salatası" denir.

2. **Afekt (his ediş) bozuklukları :**

Şizofrenikler çoğu zaman "flat" görünürler, yani yüz çizgilerinde, hareketlerinde hiçbir heyecan belirtisi yoktur. Öteki insanlarla ilgisini kesmiş olan hastanın hisleri, heyecanları sönmüş, yok olmuş gibidir. Araştırılırsa bunun böyle olmadığı ve hastanın başkalarının hislerine ve heyecanlarına iştirak etmediği için öyle göründüğü ortaya çıkarılabilir. Bu iştiraksizliğin bir belirtisi de "uygunsuz afekt" dir, ve hastalar gülünecek şeye ağlar, ağlanacak şeye gülerler.

3. **Otizm (Autism)**

Otizm'in mânası kendi âleminde yaşamak diye anlaşılmaktadır. 1912'de Bleuler ilk olarak bu terimi kullanmış ve otizmi kişisel bir düşünce şekli diye tarif etmiştir. Bleuler'e göre otizm, kendi iç âleminde kendine mahsus düşüncelerle yaşayıp dış dünyadan tamamiyle uzaklaşmaktır. Otizmi bilhassa çocuklarda müşahede ederek anlamak mümkündür. Çocuk psikyatri Kanner'e göre otistik çocuk ve otistik yetişkin için öteki insanlar cansız eşyalardan farklı değildirler, ve onlarla duygusal bir münasebet yoktur. Çocukların gelişmeleri sırasında olduk ça sık rastlanan otizm, onların sarsıcı gerçek hayattan bir zaman için uzaklaşarak, kendi iç âlemlerine çekilmek suretiyle kayatta kalmalarına yardım eden bir korunma mekanizması sayılabilir (10). H. S. Sullivan otizmi sübjektif düşünüş; objektif olayları sübjektif açıdan görüş ve anlayış diye tarif eder. Betz (11) otistik korunmayı, kendini tutma ve heyecanlardan çekinme suretiyle bir nevi muvazene bulmak diye tarif eder.

Şizofrenik şahsiyeti anlıyabilmek için otizmin ne olduğunu bilmek ve hissetmek lâzımdır. Otizme sekiz çeşit mâna verilmiştir (12). Âraz olarak, uyanık rüya görme ve dalga geçme diye anlatılabilirse de; şizofreniklerin hayal içinde yaşadıklarını kabul ederken, hayal içinde yaşıyan herkesin şizofrenik olmadığını hatırlamalıdır.

Şizofrenik devamlı olarak otizm içinde yaşamaktadır. Bu hale «dereistik düşünce» denir. Şuur altında gelişen asosyasyon ve sembollerin yapılarında duygusal olayların ve iç-tepkilerin rolleri büyüktür. Şuur alanına çıktıkları zaman, şahsiyet rüyalardakine benzer bir düşünce sistemi içinde yaşamaktadır.

4. Ambivalans (ambivalence)

Bleuler insan duygularının iki taraflı olduğunu ve aynı kimse için birbirinin tam aksi duygular hissedilebileceğini müşahede etmiş ve şizofreniklerde sık rastlanan bu araza «ambivalans» demiştir. Örneğin, bir insana bağlanılır ve o insan sevilirken birçok psikolojik sebepler dolayısiyle aynı kimseden nefret de edilir. Bu sebeplerin başında «dependensi» duygusu gelir ve şahsiyet bu yüzden, muhtaç olduğu kimse sanki onun kendisi olmasına engelmiş gibi hisseder. Ambivalan hislere başka bir örnek, hasta bir akrabaya acınır ve yardım edilirken, bir yandan da ondan iğrenmek ve usanç getirmektir. Ambivalan duygulara hemen herkeste rastlanabilir. Bunu, paranın bir yanında tura varken öbür yanında yazı damgası olduğuna benzetebiliriz. Şizofrenikler başkalariyla münasebete girişemedikleri için bu gibi ambivalan hislerden son derece rahatsız olurlar. Başkalarıysa, herkesle kaynaşır ve bazılarından nefret ederlerken, kendilerini suçlu hissetmezler.

B. İKİNCİ DERECEDE (SECONDARY) ÂRAZ :

1. Delüzyonlar (Hezeyanlar) :

Delüzyonlar gerçekle ilgisi olmıyan yanlış ve aldatıcı düşüncelere bağlı inançlardır. Rüyalarda olduğu gibi, displeysment (displacement) yani bir şeyin yerini bir başkasının alması ve sembolizm ile kondan seyşin (condensation) yani şahsiyeti bilhassa ilgilendiren olaylar ve kelimeler üzerinde durmak ve o konulardan ayrılmamak, gibi psikolojik mekanizmalarla gelişen hezeyanların anlaşılması güçtür fakat şahsiyetin kendine özel psikolojik ihtiyaçlarını karşıladıkları için hiçbir zaman mânasız değildirler. Örneğin, kendini küçük ve değersiz gören kimsenin herkesin onu kıskandığına ve peşine düştüklerine, düşman olduklarına inanması onun yaşıyabilmesine yardım eden bir psikolojik ihtiyacını karşılamaktadır. Bu mekanizmayla gelişen persekütori delüzyon (per-

secutory delusion)lar: "Mademki beni kıskanıyor ve düşman oluyorlar, ben küçük ve değersiz bir adam değilim" düşüncesini geliştirerek kendine bir pâye vermesini sağlarlar.

2. Halüsinasyonlar (Halucination)

Dışardan gelen bir tenbihe bağlı olmıyan ve bu yüzden başka bir kimsenin şahit olamıyacağı, işitme, görme ve başka duyu organlarının persepsiyon'larıdırlar. Çoğu zaman delüzyonları destekliyerek kuvvetlendirir, şahsiyetin bir ihtiyacını karşılarlar. Örneğin, herkesin ona düşman olduğuna inanan hasta, küfür, hakaret ve tehdit eden sesler duyar. Hastanın duyduğu sesler kendi hakkında düşündükleri olabileceği gibi, şuur altındaki iç güdüleri de ifade edebilirler. Sessiz, kendi içinden konuşma gibiirler.

3. Mannerizm'ler (Mannerism)

Yersiz ve mânasız görünen ve aynı şekilde durmadan tekrarlanan yüz buruşturmaları, kol ve bacak hareketlerine mannerizm denir. Araştırılırsa bütün bu stereotip hareketlerin şahsiyet için sembolik bir mânaları olduğu ortaya çıkarılabilir.

4. Kasılardaki katatonik değişmeler.

Katatoni, tonusün yani kasılardaki gerginliğin azalması, gevşeme demektir. Şizofreniklerin duruşları, oturuşları, hareketleri, sanki kasıları donmuş, mumlaşmış ve gevşemiş gibi bir görünüştedir. Hastanın kolunu veya bacağını en rahatsız bir vaziyete soksanız, öylece kalır. Bu âraza «flexibility cerea», yani balmumu yumuşaklığı denir, ve bu da kendi iradesini hiç kullanmıyarak teslim oluş, daha doğrusu başkalarının dünyasına iştirak etmeyiştir.

★

Şizofreniyi anlayışta ilerlemeler :

Önceleri ilkel ârazın organik olabileceğini kabul eder görünen Bleuler, sonraları şizofreni'de psikojenik faktörlerin birinci plânda rolleri olduğuna inanmış ve ilk olarak şizofreniklerde psikoterapiyi denemiştir. Tecrübelerine dayanarak, hasta ile hastabakıcı, hastayla hekim ara-

sında sağlam ve güvenilir bir insan arası münasebetinin kurulmasının tedavi bakımından son derece önemli olduğu üzerinde ısrar etmiştir.

1897'de Zurich'te psikyatri profesörü olan Eugene Bleuler'le onun asistanı Carl Jung, o sırada Zurich'te çalışan Sigmond Freud'la tanışmışlardır. Bleuler, Freud'in mesajını anlamış ve onun rüyalarda ve psikonörozlardaki önemi üzerinde durduğu "sembolizasyon" mekanizmasının şizofreninin anlaşılmasına da yarayabileceğini ileri sürmüştür.

> — Burada kısaca üzerinde durmadan geçemiyeceğimiz bir olay, Freud'un psikanaliz'le getirdiği mesajdır. Freud, neden olduğu, nerden çıktığı bilinmez sanılan insan davranışının aydınlatılabilen sebepleri ve kökleri olduğunu ortaya çıkarmıştır. Einstein ve Darwin'in matematik ve antropolojide ispat ettikleri gibi, birbirine bağlanamıyan fenomenlerin aralarında sıkı bir bağlılık ve devamlılık olduğunu psikoloji alanında ispat etmiştir. Bleuler bu anlayışla şizofreniklerdeki psikojenik faktörlerin önemi üzerinde ısrar etmiştir ve uyanık hayatla rüyalar, çocukluk çağı ile olgunluk, normal davranışla patolojik davranış arasındaki, birinden ötekine geçişlerin nasıl olduğunu aramıya çalışarak bugünkü şizofreni anlayışının ve psikoterapisinin temelini atmıştır. —

Öte yandan Amerikalı psikiyatr Adolph Meyer, Bleuler'den daha önce, şizofrenide psikodinamik faktörlerin ön plânda rolleri olduğunu ileri sürmüştür (13).

Adolph Meyer'e göre, şizofreni ârazı başka hastalıklar gibi bir sendrom diye anlaşılmayıp, hastanın geçmişteki hayat tecrübelerine bağlanabilen bir cins intibaksızlık şeklidir. A. Meyer, "şizofrenik reaksiyon, hayattaki zorluklarla karşılaşıldığı zaman faydalı ve sonuçlu bir davranış yerine faydasız ve sakat çarelere baş vurmaktır" der. A. Meyer'in düşünceleri şimdi Amerika'da gözde olan anlayışın tohumları sayılabilirler.

Carl Jung, sonradan Freud'in talebesi olmuş, ve psikanalitik metotla şizofreniyi anlamıya çalışmıştır. Galton'un kelime asosyasyonları testini tekâmül ettirmiş ve aldığı neticelere dayanarak şizofreninin etyolojisinde psikojenik faktörlerin ön plândaki rolleri üzerinde israr etmiştir (14). Bu testte hastanın beklemediği ve hazırlıksız bulunduğu kelimelere verdiği cevaplardan şahsiyetin duygusal problemleri hakkında

bir fikir edinilebileceğini göstermiştir. Böylelikle hastaların sembolik ve gizli bir şekilde ifade ettikleri konuların anlaşılmasına bir kapı daha açılmıştır. Beklenmiyen kelimenin yarattığı şaşkınlık, cevap vermek istemeyiş, cevapta gecikme, verilen cevap; psikolojik bakımdan incelenirlerse hepsinden bir mâna çıkarılabilir.

Freud'un ve klâsik psikanalistlerin şizofreniyi anlayışları.

Psikanalistlere göre şizofreni, narsisistik bir şekilde gerçek hayattan çekilme ve ilk çocukluk çağlarına gerilemedir. Psikojenik veya somatik faktörlerin şiddetli tesirleri «EGO» yu zayıf düşürmüş ve şahsiyet «İD» in yani ilkel içtepkilerin esiri olmuş, ileri derecede regresyona uğramıştır. «Super Ego» unutulmuş veya bir tarafa itilmiştir. Psikanalistlere göre, şizofrenik şahsiyette transfereans olamaz, yani başka bir kimseyi ana-babasının yerine alamaz ve bu yüzden psikanalitik tedavi imkânı yoktur. Bunu «objekt releyşinşip bozukluğu», yani hastanın kendisiyle çevresini birbirinden ayıramaması diye izah edebiliriz. Bütün zorluklara rağmen, şizofrenide psikoterapi ile iyi sonuçlar alındığı gösteren çok sayıda yazılar çıkmaktadır.

Yeni araştırmalar, şizofreninin patojenisinde regresyonun rolü olmadığını ileri sürmekte ve şahsiyet tekâmülünün gerilemesi için ilkin tekamülünü bitirmiş olması gerekeceğini, oysa şizofreniklerin hayat tecrübeleri onların çocukluk çağından öteye geçmelerine imkân vermemiş olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Federn'e göre, Şizofrenikler, çocukluk Ego'larında duraklamışlardır (15). Bellak'ta şizofreniklerde regresyon, yani gerileme değil de tekâmül duraklaması olduğuna ve müspet bir şekilde «idantifiye» olabilecekleri, kalıbına girecekleri kimselerin yardımlarıyla onları gerçek hayata döndürmek mümkün olduğuna, ve hastanın yeniden yetiştirilebileceğine inanmaktadır (5. S, 58).

Federn'e göre şahsiyetin ilk yaşlardaki kendini his ve idrak ediş tonları kaybolmamıştır, ve bazı hallerde aynı çağa dönülür, meselâ insan kendini meme emen ve korkan bir çocuk gibi hisseder. (Rüyalarda, psikozlarda ve hypnosis'te Ego'nun eskidenki hallerine dönüşü buna örneklerdir). Çocukluk Egolarından kurtulamıyan şahsiyetler analarına son derece bağlı kalmışlardır. Analarıyla sembiyoz halinde yaşar gibidirler. İhtiyaçlarının giderilmesi, hayatta kalacaklarına güvençleri ana-

larının varlığına bağlıdır. Anaları ölürse veya sembolik olarak onu kaybederlerse şizofrenik olurlar. (İleri yaşlarda başlıyan şizofreni vakalarında bu psikodinamik faktör ortaya çıkarılabilir).

Freud ekolü ve klâsik psikanalistler şizofreniklerde Super-Ego'nun, yani vicdan kontrolünün kaybolduğunu iddia ederler. Rosen ve Wexler (16, 17) bu inancın tam tersine, şizofreniklerde arkaik, yani iptidaî ve suçlandıran Super-Ego (kötü anne) figürünün kendi içlerine alındığını ve bu cinsten Super-Ego'nun şahsiyeti suçlandırarak, yalnız bırakmakla ve sonunda ölümle tehdit ettiğini yazarlar.

Rosen, terapistin kuvvetli (omnipotent) bir rolü olmasında israr eder; yardım eden bir Super-Ego olmasını ister.

Wexler, hastanın ilkel ve arkaik Super-Ego'sunun yerine geçerek hastayı suçluluk duygusundan kurtarıp, olduğu gibi kabul etmeyi tavsiye eder.

Şizofreninin psikanalitik anlayışla tedavisi üzerindeki çalışmalar, hastanın geçmişindeki hayat tecrübelerinin ve başkalarıyla münasebetlerindeki aksaklıkların hastalığın ortaya çıkmasına önemli bir rol oynadıklarını göstermektedir.

(Şizofreninin psikoterapisinden bahsederken bu alandaki psikodinamik bulgular üzerinde ayrıca durulacaktır.)

Interpersonal münasebetler nazariyesine göre şizofreniyi anlayış.

Interpersonal rileyşınşips (insan arası münasebetler) ekolünün kurucusu Harry Stack Sullivan ile Frieda Fromm Reichmann, şizofreninin psikoterapisi üzerinde geniş ölçüde çalışmışlar ve ilgi çekici sonuçlar elde etmişlerdir.

Sullivan ekolüne göre, şizofrenide şuur altı materyeli uyanık hayata karışmış ve hastanın başkalarıyla münasebetlerini ileri derecede bozmuştur. Şizofreni, rüyanın uyanık hayata karışmasıdır. Şizofrenik rüyada yaşar gibidir. Bu anlayış delüzyonların mekanizmasını aydınlatır, substitusyon ve kondansyasion'un rüyalarda olduğu gibi, şizofrenik düşünceler ve duygulardaki rolü üzerinde durur. Şizofrenik başka bir dünyada yaşar gibi olduğu için öteki insanlarla münasebetleri ileri derecede bozulmuştur.

Interpersonal nazariyenin felsefesini kuran Martin Bueber'dir (19). Bueber, "*(Thou)* yani *(Sen)* olmayınca *(I)* yani *(Ben)* de olamaz", der.

Şizofrenik hastanın başkalarıyla münasebetleri çok bozuk olduğu için sanki başkaları yok gibidirler. Başkaları olmayınca Ben'i yahut Ego'su da çevreden ayrılmış kendi başına bir varlık değildir. Başka bir deyişle, Ego'nun sınırları ayrılmamıştır. Bueber'e göre, hayat Ben'in Sen'le ve çevresiyle münasebetlerinin zaman ve mekân içinde değişmeleridir. Şizofrenide bütün bu münasebetler bozuk olduğu için şizofrenik hastanın hayatında zaman ve mekânın rolü yoktur. Klinik müşahedelerde hastaların yaşsız ve nerde olduklarını fark etmedikleri hissedilir. Şizofreni hastası başkaları gibi bir insan olmak çabasında başarısız kalmıştır.

Interpersonal münasebetler ekolüne göre, psikoterapide hekimin hastayla bir insan münasebeti kurması ve ona sıhhatlı bir insanla yakınlık hissettirmesi, hastaya yeni ve müspet bir hayat tecrübesi yaşatması, yıkılan benliğin yeniden kurulmasına yardım eder. Herhangi bir kişi, hasta veya sağlam başka bir kimseyle münasebete girerken kendini ondan farklı görmemesi ve karşısındakini, duyguları, hasretleri ve başkalarına ihtiyacı olan bir varlık olarak kabul etmesi gerekir. Ancak böyle oldukça karşısındakinin sözlerinden ve davranışlarından bir mâna çıkarabilir.

Mültiplfaktör ve psikosomatik nazariyelerine göre anlayış.

Buna Holistik anlayış da denmektedir. Son on yıldır birçok araştırıcılar şizofreninin spesifik bir hastalık olmayıp, etyolojisinde çeşitli faktörlerin rolü olabileceğini kabul etmektedirler.

Tıp alanındaki bütün teşhislerde olduğu gibi psikyatride, bütün ihtimalleri gözden geçirip inceleyerek erken bir teşhise varmak ve tedaviden netice almak, o teşhisin doğruluğunu gösterir. Şizofrenide sadece organik veya psikojenik, hormonal, bünyevi, genetik, toksik, enzimatik, sinaptik, organizmik faktörlerin rolleri olabileceğini kabul eden birçok yazarlar, kendi iddialarında sebat ederek hastalığın etyolojisini dar sınırlar içinde aydınlatmıya çalışmaktadırlar. Değişik ekollerin arasında bu bakımdan devamlı bir çekişme vardır.

Bellak'ın yazdığı gibi (20), bugünkü tıbbın bütün imkânlarından faydalanarak hastalığın seyrini ve tedavi yollarını araştırmıya yarıyacak bir anlayışı kabul etmek yerinde olur. «Mültiplfaktör» teorisi bu ihtiyacı karşılar gibidir. Bellak'ın deyişiyle: «Şizofreni, tek bir hastalık değil de psikiyatrik bir sendromdur.» Ego'nun ileri derecede bozuklu-

ğuyla sonlanan birçok durumlarda şizofrenideki âraza rastlanabilir. Psikojenik faktörler yanında, enfeksiyonlar, arteryoskleroz, enzimatik, toksik, trömatik, konstitüsyonal ve genetik faktörler de Ego'nun bozulmasında ayrı ayrı rol oynarlar. İnkâr edilemiyecek somatik bir faktör bulunan vakalarda bile şizofreni tablosunun ortaya çıkması için psikolojik bakımından hastalığın gelişmesine elverişli bir zemin hazırlanmıştır. Organik ve fizyolojik bozuklukların herkeste şizofrenik değişmeye sebep olmadığına göre konstitüsyonal bir faktörü kabul etmek de yerinde olur. Erken yaşta başlıyan ve çabuk ilerliyen vakalarda psikojenik etyolojinin yanında bazı somatik faktörlerin önemli rolleri vardır.

Bellak şizofreni tablosunun ortaya çıkmasında rol oynıyan faktörleri dört sınıfa ayırmaktadır:

1. Organizmadaki predispozisyon.
2. Sosyal ve psikolojik predispozisyon.
3. Psikolojik bakımdan kamçılayıcı ve tahrik edici faktörler.
4. Organik bakımdan kamçılayıcı ve tahrik edici faktörler (20).

III

ŞİZOFRENİN ETYOLOJİ VE PATOJENİSİNDE DEĞİŞİK FAKTÖRLERİN ROLLERİ :

A. GENETİK FAKTÖRLER :

Kallmann geniş ölçüdeki araştırmalarına dayanarak, geçmişlerinde şizofreni bulunan ailelerde şizofreniye daha sık rastlandığını ileri sürmüştür. (21)

Kallmann'ın istatistiklerine göre genel olarak şizofreniye % 0,85, şizofrenik ana babadan doğan çocuklarda ise % 16,4 nisbetinde rastlanmaktadır. Bunun gibi, monozigotik ikizlerin birinde şizofreni çıkarsa ötekisinde şizofreni ihtimali % 85,8 dir.

Kallmann'a göre şizofrenide spesifik ve resesif bir predispozisyon faktörü vardır. Kallmann'ın istatistiklerinin eksik tarafı şizofreninin ortaya çıkmasında büyük rolleri olduğu görülen özel hayat şartlarının ve aile içindeki karşılıklı psikolojik tesirlerin üzerinde durulmamış olmasıdır. Meselâ, birbirlerinden çok uzak yerlerde yaşıyan ikizlerin ikisinin de bir zaman sonra şizofrenik oldukları tesbit edilmiş, fakat çocukluk hayatlarındaki başka başka duygusal tecrübeler psikodinamik bakımdan incelenmemiştir.

Antropolojik faktörler üzerinde durarak şizofreni hastalığına özel bir beden yapısı olduğunu ileri süren yazarlar varsa da çoğu vakalarda bu özelliğe rastlanmadığı görülmektedir.

B. NÖROPATOLOJİK FAKTÖRLER :

Wolf ve Cowen, (22) Lobotomy materyeli üzerinde geniş ölçüde çalışmaları ve şizofreninin histopatolojisi üzerinde yazılanları incelemeleri sonucu, dementia praecox teşhisi konmuş vakaların çoğunda beyin

örgüsünde spesifik bir değişikliğe rastlanmadığını yazarlar. Literatürde çıkmış olan, ganglion hücrelerindeki değişiklikler, axonlar'ın ve myelin zarlarının kaybolması, oligodendroglia'ların şişmesi, microglia'ların artması gibi bulumlara psikotik olmıyan vakaların otopsilerinde de rastlanmaktadır, ve bu değişiklikler şizofreni için spesifik sayılamazlar.

Şimdiki halde, şizofrenide ve etyolojisi aydınlanmamış psikozlarda organik bir bozukluk olduğu tamamiyle inkâr edilemezse de, histolojik bulumlar bunu ispat etmiye yeterli değildir.

C. NÖROFİZYOLOJİK FAKTÖRLER :

Şizofreni vakalarında neokorteksle limbik korteks ve diensefalik nahiye arasındaki münasebetlerin incelenmesi ilginç sonuçlar vermiştir. Orta beyinde heyecanlar ve duygularla ilgili örgüler olduğunu düşündüren tecrübeler yapılmıştır. Mc Lean (23) tecrübe hayvanlarında, orta beyindeki nüveleri elektrotlarla tahrik ederek veya ameliyatla çıkararak neo-pallidum ve Limbik korteks'te şizofizyoloji ile ilgili mıntakalar bulunduğu inancına varmıştır. Tecrübe hayvanlarında Limbik Korteks'in tahrişi ile katatoniye benzer sendromlar görülmüştür.

Heath ile arkadaşları (24) şizofreniklerde septal nahiyeye elektrodlar koyarak hebefreni ve katatoni vakalarında salâh elde etmişlerdir. Fakat vakalarının az sayıda oluşu elde ettikleri sonuçlardan genel bir kaide çıkarmaya yeterli değildir. Üstelik yazarlar da başka faktörlerin rolü olabileceğini kabul etmektedirler. Diensefalon ve korpus striatum'un fizyolojileri üzerindeki tecrübelerden de spesifik bir sonuç çıkarılamamıştır.

D. FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE BAŞKA PATOLOJİK ARAŞTIRMALAR :

Şizofreni vakalarında beyin enzimleri, E E G, beyin-omur ilik suyu, göz, sempatik - parasempatik sistem, kan dolaşımı, kan kimyası, karaciğer fonksiyonları, karbonhidrat metabolizması, iç ifrazlar, toksik maddeler, genel metabolizma değişiklikleri üzerinde geniş ölçüde çalışmaları gösteren bir literatür vardır.

Son yıllardaki objektif araştırmalardan çıkarılan neticeler bir araya toplanırsa;

1 — Biokemikal araştırmalar daha eskiden de ileri sürülen karbonhidrat metabolizması bozukluğu olduğunu göstermektedir.

2 — Radio-aktif maddelerle yapılan tecrübeler şizofrenideki tiroit bozukluğunu yeniden aydınlatmıştır.

3 — Adrenal steroit'lerinin üzerinde yapılan tecrübeler şizofreninin etyolojisini aydınlatma bakımından birbirinin aksi neticeler vermiştir.

4 — Elektro-ensefalografik araştırmalar da şizofreniklerde normal kimselerden daha sık olarak anomalilere rastlandığını göstermektedir.

5 — Beyin enzimleri ve otonomik sinir sistemi üzerindeki çalışmalar henüz sonlanmış değildir.

6 — LSD-25 ile sunî psikozlar ortaya getirilmesi ve serotonin'in rolü üzerindeki araştırmalar, şizofreninin etyolojisini aydınlatmak ümidini vermektedirler.

Bütün bu sonuçlar şizofreniyi aydınlatma bakımından önemli iseler de, spesifik bir etyolojiyi destekliyecek derecede kuvvetli ve değişmez bir karakterde değildirler.

E. PSİKODİNAMİK FAKTÖRLER :

Şizofreninin etyolojisinde irsiyet, iç ifraz bozukluğu, nörofizyolojik değişiklikler ve başka patolojik bulumların rolleri büsbütün inkâr edilemezse de bu alanlardaki araştırmalardan spesifik bir sonuç çıkarılamaz.

Son on, onbeş yıldır şizofreni başka bir açıdan tetkik edilmiş ve hastalarla münasebete girişilerek, eskiden bunama denilen ve anlaşılmaz sayılan ârazın arkasındaki psikodinamik faktörler aydınlığa çıkarılmıştır. Psikodinamik araştırmalara şimdiki halde tıp ilmindeki yardımcı bilgi kolları, meselâ fizyoloji ve biyoşimi kadar önem verilmektedir. Psikodinamik, insan davranışının ve onun sebeplerinin sistematik bir şekilde araştırılmasıdır. Nörofizyoloji beyin korteks'inin ruh veya akıl denen fonksiyonlarını aydınlatmıya yeterli değildir. Çünkü bu fonksi-

yonlar açıkça müşahede edilemez ve ölçülemezler. Sandor Rado'nun dediği gibi, beyin fonksiyonlarının bir kısmı açıklanır, bir kısmı şahsiyet için de gizlidir ve buna «Unconscious» veya «şuur altı» diyoruz (75). Psikodinamik, psikanalitik metottan faydalanarak insan davranışının iki yüzünü de aydınlatmıya çalışma demektir. Bu bilgi kolunun amacı zaman zaman değişmektedir ve şimdiki halde insan davranışının ne için öyle olduğunu değil de nasıl öyle olduğunu araştırmaktadır.

Ruh hekimleri psikodinamik anlayışın gerçekliğine ancak hastaları üzerindeki müşahedeleri ile inanabilirler. Vakalar üzerindeki psikodinamik buluşlar, yani hastaların söylediklerinden çıkarılan mânalar, çok basit ve inanılmaz gibi görünen heyecan ve duygu sarsıntılarının insan davranışındaki önemli rolünü açıklarlar. Şizofreniklerin geçmişteki hayatları incelenirse, çocukluk çağından beri inanılmaz ve beklenmedik ruh yaralarının ve acı tecrübelerin sonraki hayatları üzerinde ne derecede tesiri olduğu anlaşılabilir. Şizofrenideki psikodinamiği anlıyabilmek için hastaların hayat hikâyesini eksiksiz bir şekilde bilmek lâzımdır.

Örnekler teorilerden çok daha anlatıcı oldukları için İsviçreli Psikanalist Sechehaye'in başarı ile tedavi ettiği bir şizofreni vakasının hikâyesi, psikodinamik faktörlerin rolünü göstermek bakımından ilgi çekicidir (26).

"Tedaviye alındığı zaman Renée 18 yaşında bir kızdır. Güzel ve bilgili bir Fransız kadını olan annesi kendinden genç ve zeki bir iş adamıyla evlenmiş ve evlendikten hemen sonra kadının gebe kalması yeni evlilerin Japonya'ya gitmek plânlarına engel olarak canlarını sıkmıştır. Renée'nin doğumu da güç olur. Fakat çocuk sıhhatlı ve güzeldir. Annesinden başka herkes onu güzel bulur. Ana çocuğa meme vermez. Dikkatli bir insan olduğu halde çocuğun sütüne fazla su katar, ve bebek şişeyi almıyarak katılırcasına ağlama nöbetlerine tutulur. Büyük annesi gelip de işleri üzerine almasa çocuk açlıktan ölecektir. Renée on aylık iken büyük anne ayrılmak zorunda kalır. Anayla baba çocuğu yeniden ihmal ederler. — Ağlamanı kesmezsen aç bırakacağız, derler. Babası, annesinin kendi malı olduğunu ve onu alıp gideceğini söyler. — Canım isterse döverim, canım isterse yerim anneni, der. Renée 14 aylıkken babası onun gözü önünde çok sevdiği tavşanını tabancayla öldürür. O sıralarda çocuk yemez, içmez, ateşli bir hastalığa tutulur. Menenjit derler.

Renée 18 aylıkken ikinci çocuk dünyaya gelir. Anne yeni doğana bağlanır. Renée büsbütün açıkta kalır ve o sıralarda herkesin üzerine tükürmiye başlar. Babası şakayı sevdiği için arasıra çocuğun eteklerini kaldırır ve onunla alay eder. Renée iki yaşında iken hizmetçi kızlardan biri: — Senin bir yerini kesmişler, der. Bu lâftan sonra Renée babasından nefret etmiye başlar ve acayipleşir. Önöne gelen bahçeye girip, annesine, anayı aradığını söylemektedir. Renée beş yaşına geldiği ve iki çocuk daha doğduğu zaman, ailede huzursuzluk ve geçimsizlik artmıştır. Annesi, başını alıp gideceğini söyler ve Renée ağlama nöbetlerine tutulur. O zaman babası, ona arap bir ana bulacağını, arap karısının onu ısıracağını söyler. Babası sık sık ümitsizliğe kapılmaktadır ve Renée'ye "Kendimizi öldüreceğiz. Yaşamıya değmez, değil mi?" der. Çocuk her şeyden korkmıya başlar. Bir aralık bir treni yoldan çıkarmayı tasarlar. O tren babasının bindiği trendir. Renée içine kapalı bir çocuk olmuştur. Okulda zorluk çekmiye başlar. Yedi yaşında iken babası bütün paraları alarak sevgilisiyle kaçar. Ailenin yükü Renée'nin üzerine kalmıştır. Bu sırada dinî heyecanlara kapılır, hayaller görür. On yaşına geldiği zaman annesi onun istenmedik bir çocuk olduğunu, kazara doğduğunu söyler. Üstelik: — sen homoseksüel olacaksın, der. Çocuk annesine karşı da karışık hisler duymıya başlar. Hem sevmiye ve sevilmiye ihtiyacı vardır, hem de anasından nefret eder. Öte yandan, hem yaşamak hem de ölmek istemektedir. Okulda kendi içine çekilmiş, huzursuz ve gariptir. Sanki başka bir dünyada yaşar gibidir. Dersin ortasında: — cennetin anahtarları kimde? gibi sualler sormaktadır. Acayip şekiller çizmekte ve onlara «Sistem» demektedir. Öğretmenleri çocuğu birkaç psikyatra gösterirler ve Renée «katatonik şizofreni» teşhisiyle hastaneye yatırılır."

Renée'nin hastalığının bu kısa anamnezi şizofreniklerin hayat hikâyelerinde inanılmaz derecede acıklı, yıkıcı olaylara rastlanabileceğini göstermektedir. Her şizofreni vakasında başka başka psikodinamik faktörlere rastlanabilirse de; Renée vakasındaki psikodinamik çoğu şizofreni hastalarında rastlanan duygu fırtınalarıyla eştir, diyebiliriz. Edebiyat alanında ne kadar yeni buluşlar ve okuyanı sarsan insan davranışlarına rastlansa da, psikanalitik metotla farkına varılan ve açıklanan gerçek hayattaki terslikler ve aksaklıklar bütün hayal meyvalarından daha inanılmaz derecede insan davranışındaki insafsızlığı ve dolayısiyle zayıflığı göstermektedir. Psikodinamik faktörlerin insan hayatına isti-

kamet veren rollerine ancak vakaları inceliyerek ve tecrübeyle inanılır. Renée vakasındaki psikodinamik faktörleri kısaca incelemek bu hususta bir fikir verir. Çocuk, ihtiyaçlarının tatmini ve güveninin sağlanması için anasıyla babasına muhtaçtır. Renée doğduğu zaman anasıyla babası bir çocuğun sorumluluğunu üzerlerine almıya hazır değildirler. Denkli olmıyan bu evlenmeden karı koca başka başka şeyler beklemektedirler. Çocuğun doğumu onları şaşırtmış ve seyahat filân gibi ufak tefek plânlarına engel de olmuştur. Anayla baba bu istenmedik çocuğu ihmal etmiş, korkutmuş, hattâ kendi psikolojik çıkmazları hesabına harcamışlardır. Baba şefkatsiz ve ilgisiz, zeki fakat ruhsuz bir psikopattır. Arasıra depresyon nöbetleri olur ve küçük çocuğu onlara iştirak ettirir. Ana, kendine güvenci olmadığı için çocuğa hiç bir şekilde destek olamaz, ve ne sevgi, ne şefkat hattâ gıda bile veremez. Çocuk, kendini yersiz ve lüzumsuz, başkaları tarafından kabul edilmemiş hisseder. Çocuğun ilk hayat tecrübesinde, en yakınları tarafından kabul edilmemek, atılmak, hor görülmek gibi kırıcı psikolojik olaylar vardır. Bu tecrübeler de kendine ve dünyaya emniyetin tam aksi duygular yaratırlar. Çevrenin, yani başkalarının en yakın temsilcisi anadır. Ana onu kabul etmediğine göre kendisi çok berbat, suçlu ve kabahatli bir mahlûk olsa gerektir. Çevresindekiler bu yüzden ona düşmandırlar. Kendisi kötü olduğu gibi eksik olan bir yanı da var. Babası onu Kastre etmiş, Penis'ini kesmiş. Baba onları yüz üstü bırakınca kendisine muhtaç olan anasını hem seviyor, hem de bu karşılıklı bağlanmakdan dolayı ondan nefret ediyor. Nefret hissi kendinde yaşamak hakkı görmesine engel oluyor. Kendindeki nefret ve anasının ondan nefreti birbirini artırarak çocuk başka ölçülerle, başka bir âlemde yaşamaktan başka çare bulamıyor, hayatta kalmak için. Otistik dünyasına çekiliyor. Sistemler yaratıyor. Annesi, homoseksüel olacaksın demiş. Babası eteğini kaldırıp alay etmiş. Çocuk kendi cinsini idrak edemiyor. Kötü, suçlu, sevilmiyen, ne olduğu bellisiz bir yaratık olduğuna göre, hayatta kalmak için başka bir âlem yaratması gerek. Çevresindekilere karşı nefreti ve düşmanlık hisleri çok artınca kötülük etmekten kendini korumak için katatonik oluyor, buz kesiliyor.— Terapist hastanın psikolojik ihtiyaçlarını anlamış ve sembolik olarak (meselâ meme yerine elma yedirerek) karşılamış ve dönmüş olduğu ilk çocukluktan kendi yaşındaki bir genç kız çağına kadar yeniden yetiştirmiştir (26).

Şahsiyette şizofreninin gelişmesine yer hazırlıyan psikodinamik faktörler.

Silvano Arieti "Interpriteyşın of Şizofrenia" (27) adlı kitabında, şizofreniye hazırlayıcı psikodinamik faktörleri incelerken: "Şizofreni, çocuklukta başlıyan ve sonraki hayatta yeniden hissedilen son derece kuvvetli bir anxiety'ye karşı şahsiyetin spesifik reaksiyonudur" diye yazar. Şizofrenikteki psikodinamik faktörlerin rolünü şahsiyetin bu özel reaksyonu ayrıca ortaya çıkarmaktadır.

İnterpersonal münasebetler açısından incelenirse, çocukluk çağının uzayışı insan soyuna mahsus bir haldir. Çocuk bir yaşına kadar, uyku, beslenme, ısıtılma gibi hayatî ihtiyaçlarının tatmini için anasına muhtaçtır. Bir yaşından sonra başka bir ihtiyacı, kendini emniyette hissetmek ihtiyacı başlar. Bu ihtiyaç yüzünden insan yavrusu başka hayvan yavruları gibi anasından ayrılıp başına buyruk olamaz, ve bir yaşından sonra da anasına muhtaç ve bağlı kalır. Bu bağlılık uzun zaman sürüp gidecektir. Emniyetsizlik hissi insan soyuna mahsus bir anxiety, sebebi anlaşılmıyan bir korku yaratır. Çocuğun kendini emniyette hissetmesi büyüklerin anladığı mânada emniyet değildir. Bu his kendini idrak etmek, kendi imajını yaratmakla ilgilidir. Kendi imajının gelişmesi için çocuğun sevgiye, bakıma ve bilhassa başkaları tarafından kabul edilmiye ihtiyacı vardır. Kendisinin istenildiği, kabul edildiği hissi içine yerleşirse kendinde yaşamıya hak görür ve emniyet hissi gelişir. Kendini sevmiyen ve saymıyanın başkalarını sevmesi ve sayması beklenemiyeceği için başkalarıyla münasebete girişmenin başlıca şartı kişinin kendini sevmesi ve kabul etmesidir.

H. S. Sullivan'a göre, çocuğun kendini emniyette hissetmesi, başkalarının onu kabul edip etmemesine bağlıdır. İlk yaşlarda başkaları, anayla baba demektir. Ana ile baba onu kabul eder, ve severek korurlarsa, çocuğun kendine güvenci ve yaşama emniyeti gelişebilir. Kendini idrak etmesi yani "Ego imaj" ın gelişmesi için çocuğun erkek veya kız olarak kendi hüviyetini idrak etmesi gerekir. Çocuğun hüviyeti etrafındakilerin, yani ana babasının hüviyetlerine kalıplanacaktır. Onlar iyi iseler, çocuk iyi insan kalıbını benimsiyecek, kötü iseler kötülüğün suçluluğunu yüklenecektir. Ego-imaj gelişirken bir yandan da Bodi-İmaj gelişmektedir. Bu suretle çocuğun kendini idrak ediş şekli tamamiyle çevresinin tesiri altındadır. Çocuk yaşamak için muhtaç olduğu kişilere uymak ve benzemek zorundadır. Onların kendisine karşı dav-

ranışlarını bir hayat formülü gibi kendi içine alır (internalize eder). Ana baba figürleri kötü veya iyi olduklarına göre çocuk da kötü veya iyi bir insan olduğu hislerine kapılır.

Kötü bir identifikasyon yapan çocuk herkesi düşman hisseder ve o da herkese düşmandır. Bu hislerin geri tepilmesi (represyon) sebebi anlaşılmıyan bir korkuya, (anxiety) ye sebep olur. Anxiety de ayrıca represyon'u arttırır. Başka bir deyişle, çocuk kendi kötülüğünün tesirlerinden hem kendisi hem başkaları hesabına ileri derecede korkarak bu hisleri unutmak zorundadır.

Çocuk kendisi ve anasının kötü imajlarını unutmıya ve şuur altına itmiye çalışarak, ilk yaşlardaki hayat tecrübesini sanki sadece mutluluk-muş gibi hatırlar. Bu "Ego" nun hayatta kalabilmesini destekliyen bir korunma mekanizması sayılabilir, ve ingilizcede bu şekilde şahsiyeti koruyucu fakat gerçek olmıyan çocukluk hâtıralarına "skrin memori" yani gerçek hayattaki olayları perdeliyen hâtıralar denmektedir.

Anxiety içinde yaşıyan bir çocukta sonraları başkalarıyle münasebetlerine imkân verecek karakter özellikleri gelişmiye ve yerleşmiye başlar. Meselâ, çocuk, ne olursa olsun sevilmek ve kabul edilmek ihtiyacında olduğu için anasıyla babasının bütün isteklerine ve direktiflerine boyun eğerse, uysal bir şahsiyet sahibi olur. Kimi zaman çocuk ancak ağlamak ve tepinmekle ihtiyaçlarının karşılandığını sezer ve hırslı, çevresindekileri rahatsız eden "agresif" karakter gelişir. Acı veren, yıkıcı duygusal tecrübeler tekrarlanırsa, ilgisiz ve yabancı kalmanın en iyi çare olduğunu sezen çocuk da "Detaşe", soğuk ve ilgisiz şahsiyet tipi gelişecektir.

Bazan bütün bu karakterlerin birbirine karıştığı nörotik şahsiyet tipi gelişir, (Karen Horney) (28) ve şahsiyetin ilerideki münasebetlerinde bütün bu davranış özellikleri ortaya çıkarılabilir. İleriki hayatta rastlanacak, "presipiteyting" yani, kamçılayıcı faktörlerin de şahsiyetin karakter değişmesi ve reaksiyonlarında önemli rolleri olacaktır.

Şizofreniklerin çocukluklarında spesifik olarak şizofreniye hazırlayıcı faktörler.

Çocuklukta ananın rolü büyüktür. Bunun yanında ana ile babanın birleşik olarak çocuk üzerindeki tesirleri daha da önemlidir. Silvano Arieti, geniş sayıda vakalar üzerindeki incelemelerinde şizofreniklerin ailelerinde en fazla aşağıdaki tiplerden birleşmelere rastlamıştır (27).

Evde saygı gören, sert, acı sözlü, hırçın anayla, ona bağlı zayıf ve çocuğa destek olamıyan baba, genç şahsiyetin normal gelişmesine engel olan bir birleşme tipidir. Daha az sayıda da olsa bunun tam aksi birleşmelere de rastlanmaktadır. Otoriter ve kuvvetli bir baba, zayıf anayı kendine esir ederek onun çocuğa yeter derecede şefkat göstermesine engel olur. Çoğu zaman babanın ölümü veya ayrılmasıyla çocuk, büsbütün hırçınlaşan ananın elinde kalmaktadır. Böyle durumlarda çocuğun, anxiety'si arttıkça, zaten anxiety içinde olan annenin anxiety'si de büsbütün artar, ve anayla çocuk arasındaki münasebet büsbütün kötüye gider.

Hayat tecrübeleri heyecan ve duygu bakımından fazla yüklü olan çocuk, Ego'nun korunma mekanizmalarından hiçbirinden faydalanamaz ve erken yaşta şizofrenik olabilir. Bazan da çocuk, anasından nefretinin farkındadır. Bu hissinin farkında oluş aynı zamanda anadan ayrılmak demektir. Bu ayrılmanın korku ve endişesi yüzünden şahsiyet (regresyon) la ilk çocukluk çağına döner. Ancak regresyon ile ana sevgisini tekrar elde edecek ve anaya bağlı olarak yaşıyacaktır. Gerçekte veya sembolik olarak anadan ayrılış tehlikesi veya duygusu daha şiddetli bir anxiety'ye sebep olur ve regresyon da daha gerilere dönerek şizofrenik reaksiyon ortaya çıkar.

Şizofrenik olmadan önce şahsiyet, şizo-adaptasyon içinde yaşamıştır. Bu da kendi içine çekilen çocuğun durumuna benzetilebilir. Çocukluktan ayrılmamış ve anasıyla sembiyoz halinde yaşıyordur.

Çocuk anasının kendisini ihmal ettiğini, yani kötü ana figürünü farkedince, ondan nefret hislerinin başkaları tarafından da farkedildiklerini ve bu yüzde suçlandırılacağını hisseder. Bazan da düşüncelerini başkalarının okuduğunu sanar. Kötü anayı idrâk eden çocuk, kendini daha da fena bir mahlûk gibi görür. Ana ve babanın davranışlarında istikrar olmazsa, çocukda daha karışık ve birbirinin aksi, ambivalant duygular gelişirler.

Şahsiyetin şizofreniye hazırlanmasında, ananın, babanın ve anayla baba birleşiğinin çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını karşılıyamadığı kabul edilmekteyken, aynı ailedeki bütün çocukların şizofrenik olmadıkları üzerinde durulacak bir konudur.

Bunda, değişik faktörlerin rolleri olabilir. Çocuk doğmazdan önce veya doğum sırasında anayla baba doğumu istememişlerse;

karı koca arasında geçimsizlik varsa; evlilik hayatını ve sorumluluklarını benimsememişlerse; paraca sıkıntıları varsa; harp ve kıtlık gibi kötü şartlar içindeyseler; karı-kocadan birisi başka bir kimseye âşık olmuş ve bağlanmışsa; ikisinden biri herhangi bir sebeple psikojenik veya organik bir hastalık geçiriyorsa; o aralık doğan çocuğun yeter derecede şefkat görmesi ve ihtiyaçlarının karşılanarak korunması aksıyabilir. Şizofreniklerin bu gibi çeşitli kötü şartlar olmadığı devrelerde dünyaya gelen kardeşleri şizofrenik olmıyabilirler. Ana babanın karakterleri yanında, başka faktörler de şizofreniye zemin hazırlarlar.

Arieti'ye göre şizofrenik değişme iki yaşında başlar. İki yaşındaki çocuk, geleceği önceden sezmek, üniversel semboller olan kelimelerin mânalarını öğrenmek, kendi durumunu ve rolünü idrak etmek gibi problemlerle karşılaşmıştır. Preşizofrenik çocuğun hayat tecrübesi kötü olmuştur, sevgi ve şefkat görmemiştir ve başkalarından iyilik ve onu kabul edeceklerini bekliyemez. Hayattan beklediği sadece fenalık ve anlaşılmaz bir korku (anksaiti) dır. İnsanlara güvenmesini öğretecek hayat tecrübesi olmamıştır. Başkalarıyla karşılaştığı zaman kendine ve onlara fenalık gelmesini önlemek için uzak, soğuk ve yabancı kalır. İlgisiz ve duygusuzdur. Başkalarına yanaşmaz ve hiçbir şey yapmaz. Kimseye bağlanmak, kimseyle alış verişe girmek istemiyordur. Aslında insan sıcaklığına ve insanlara bağlanmıya büyük ihtiyacı vardır, fakat yeniden kırılmaktan ve daha korkunç duygulara (kin, nefret gibi) kapılmaktan çekindiği için silik, soluk ve duygudan uzak kalarak yaşar.

Zaman, zaman uysal, hırçın veya soğuk davranan çocuk bu davranışların hiçbirinin fayda etmediğini fark eder ve Arieti'nin "fırtınalı şahsiyet" dediği şahsiyet tipi gelişir.

Şizoit karakter erken yaşta şizofrenik olmayı önler ve bir çeşit korunma mekanizması sayılabilir. Şizoit şahsiyet, hislerini, heyecanlarını, represyon'la unutarak, ve insan münasebetlerinden kaçınarak kendi âleminde yalnız yaşıyabilmektedir. Başkalarını insan heyecanları ve duyguları olan kimseler gibi değil de herhangi birer eşya gibi görür. Onları depersonalize eder, yani herhangi bir cinsten birer şahsiyet değildirler. Bu görüş ve anlayışta kaldıkça, şizoit olarak hayata intibak eder. Eğer şizofrenik olacaksa, ötekilerini depersonalize edemez, ve tam tersine onun için cansız eşyalar kişilik kazanmıya başlarlar.

Fırtınalı şahsiyetin davranışları her zaman değişik olduğu için bütün insan münasebetlerinden kırılmış olarak ayrılır. Bu gibi insanarası tecrübeleri şizofreninin başlamasında kamçılayıcı bir rol oynarlar. Fırtınalı şahsiyette obsesyon, fobia, unutma gibi Ego'yu koruyucu nörotik korunma mekanizmaları gelişmemiştir ve şahsiyetin dağılma tehlikesi fazladır. Sarsıcı bir olay karşısında Ego derhal iflâs edebilir ve şahsiyet realiteyle münasebetini temamiyle kaybeder.

Şizofreninin Psikodinamik sebepleri arasında Egzojen Travma'nın rolü:

Mayo kliniğinde 27 şizofrenik ve onların ana babalarıyla 90 kişi üzerinde karşılaştırıcı psikoterapi yapılarak elde edilen materyel, realitede insanın tasavvur edemiyeceği olayların bulunabileceğini göstermektedir (29).

"Karşılaştırıcı psikoterapi", hastayla ve anası babasıyla çalışan psikyatrların, psikologların, elde ettikleri materyeli karşılaştırarak gerçekte ne geçmiş olduğunu anlamaya çalışmalarıdır. Bu araştırmadaki vakaların çoğunda, çocuğun anayla babanın davranışlarında rol oynıyan korunma mekanizmalarını taklit ettiği görülmektedir. İnkâr (denaial) ve başkalarını suçlandırma (projeksiyon) mekanizmalarının tesiriyle realiteden uzaklaşmış olan ana-babanın çocukları da realiteye yabancı kalmaktadırlar. Bazı vakalarda an-babanın "hostilite" lerini, yani çevrelerine karşı hissettikleri nefret ve düşmanlığı çocuklarına aşılıyarak, bir çeşit projete ederek çocuğun psikotik olduğu, ve bu yüzden kendilerinin psikozdan kurtuldukları ortaya çıkarılmıştır.

1. **Ana - Babanın Travmatik davranışları:**

a. Çocuğun kendi Ego'sunu çevresinden ayırabilmesine engel olmak.

Çocuğu çevreden tamamiyle uzaklaştırıp, başkalarıyla karşılaştırmıyarak, yahut da onu devamlı bir baskı altında tutarak şahsiyetinin gelişmesini baltalamak.

b. Kapalı bir şekilde fizik veya psikolojik tecavüzler :

(Hırpalama, dayak, öldürür gibi olmak, hadım etmekle tehdit, in-

sestüöz cinsel tecavüzler). Böyle davranışlar kendi hayatlarından memnun olmıyarak hınçlarını çocuktan alıp onu ezmek gibi anlaşılabilir.

Vaka : "Bob adındaki hasta altı yaşındayken, babasıyla amcası sille tokat döğüşürler. Babası çocuğa saldırıp, hıncını çocuktan alır. Bob kendini kaybederek bayılır. Sekiz yaşında iken çiftlikte domuzları hadım ediyorlardır. Uşaklardan biri, Bob'u yakalar, pantalonunu çözer, bıçağını çıkarır, penisini kesecek gibi olur, şaka diye".

c. Kendilerindeki "aggresivity" veya nefret ve düşmanlığı çocuğun üzerine yüklemek (Projection).

Örneğin, Renée'nin babası, "Biz yaşamak istemiyoruz, değil mi?" derken, kendine karşı olan nefretini, Renée'yle paylaşmak istemiştir.

d. Çocuğa deli olacağını telkin etmek.

Kendileri bedbaht oldukları için belki delilikte bir kaçış kapısı vardır, diye düşünürken, çocuğun sorumluğunu kendi üzerinden atış.

2. Defansların gelişmesi :

Hayatta kalmak için ana-babasına muhtaç olan çocuk, onlardaki hostilite'yi benimser. Böylece artan anxiety duygusu ve ruh gerginliğini gidermek için, ana-babasının korunma mekanizmalarına baş vurur. Bunlar, projeksion, inkâr, ve yalan söylemektir. Ana-babası hakkındaki duygu ve düşüncelerini kabul edemiyen çocuk, bu dayanılmaz hisleri başkalarının üzerine yükler. Bütün çocuklarda bu projeksion mekanizmasına rastlanır.

Muvazeneleri yerinde olan ana-baba onları realiteyle karşılaştırarak yanlış anlayışlarını düzeltirler. Kendi problemlerini halletmemiş olan ana-baba ise, sade realiteyi perdelemekle kalmayıp, üstelik kendi düşünceleri ve davranışlarından çocuğu suçlandırırlar. Böylelikle çocuktaki projeksion mekanizması gerileyecek yerde büsbütün gelişir ve suçluluğu ana-babasının üzerine veya onların yerine aldığı kimselerin üzerine yüklemiye alışır. Bu gibi ailelerde agresiv, yani tahrip edici iç tepkilerini ve duyguları kimse üzerine almaz, birbirlerinin üzerine aktarırlar.

Öfke, nefret hislerinin dayanılmaz bir şiddetle yüklediği korkunç

realiteden başkalarını suçlandırmazdan önce, onu inkâr (dinayal) edebilmek lâzımdır. Dinayal mekanizması ile ancak çocuğun en yakınlarına karşı hissettiği kabul edilmez kötü duyguların tesirleri hafifleşmiş olur. O zaman bu duygular başkalarının üzerine yüklenilebilirler. Yoksa, kendindeki nefret ve hırsı fark edip kabullenen bir kimse, bu duyguları başkasının üzerine aktardıkça kendini daha da fazla suçlu hisseder. Ancak onları inkâr ediyorsa, onlardan başkalarını suçlandırır ve kendisi temize çıkar.

Ana-babanın kendilerindeki hostilite'yi inkâr etmeleri, onlardaki bu davranış ve hissediş şeklini sezen çocuğun realite ölçülerini büsbütün bozar, ve o da realiteyi inkâra başlar ve böylelikle ana-babasına karşı nefretini şuur alanından itmiş, represyon'a uğratmış olur.

3. Hostil ana-babayla idantifikasyon (Onlar gibi oluş)

Bu psikodinamik olayın anlaşılabilmesi için Ferenczi'nin ağır histeria vakalarında ortaya çıkardığı introjeksiyon mekanizmasını örnek alabiliriz. Ağır histeri vakalarında hasta kendisine cinsel tecavüzde bulunan ana-babanın sorumluğunu kendi üzerine almaktadır. Yani kendisi öteki cinsten olan ana veya babaya karşı cinsel bir ilgi duyar gibidir. İnsestüöz davranışların hâtırası gerçekle ilgisiz ve sadece hayal meyvası olabilir, fakat hasta üzerindeki psikolojik etkisi aynıdır. Böyle bir identifikasyon'da tecavüz eden kişi dış realiteden ayrılmış "intra-psişik" olmuştur. Şizofrenik olacak çocuk, ana-babanın kötü davranışları ve hostil duygularını kendine mal ederek daha korkunç bir realiteyi inkâr etmiş olur. Yani onlar değil de kendisi kötüdür ve ihmal edilmeyi hak etmiştir. Böyle yaşamak zorundadır.

4. Şizofrenideki ilk delüzyonların yapısında ekzojen travmanın rolü.

Represyon mekanizması zayıfladığı zaman hastanın ana-babasına karşı nefreti şuur alanına geçmek üzeredir. Buna tahammül edemiyen hasta kendindeki bu cinsten duyguları çevresindeki kimselerin üzerine yükliyerek onları suçlandırmıya başlar. Bilindiği gibi delüzyonlar displasment ve kondansasyon mekanizmalarıyla realiteyi inkâr edebilmeye yararlar.

IV

ŞİZOFRENİNİN BAŞLAMASI, İLERLEMESİ VE SEMPTOMLARI

Şizofrenik değişmeden psikoz haline geçişe hayatın her çağında rastlanabilirse de en fazla ilk gençlikte açık bir şekilde şizofreni ârazı ortaya çıkar. İlk çocukluktaki psikodinamik faktörler şizofreniye hazırlayıcı şahsiyet değişmelerine sebep olurlarsa da psikoz haline geçişte sonraki hayat tecrübelerinin önemli rolleri vardır. İyi tesadüfler presizofrenik şahsiyeti psikozdan kurtardığı gibi, aksi hayat olayları psikoz haline geçmede kamçılayıcı bir rol oynarlar. Fakat, şizofreninin başlamasında sarsıcı olayların kamçılayıcı bir rol oynadıkları her ekol tarafından kabul edilmemiştir. Bilhassa birçok Avrupa ekolleri, gerçek dementia praecox tablosunun ortaya çıkmasında dış olayların hiçbir etkisi olmadığını savunurlar. Tarafsız bir görüşle şizofrenik reaksiyonları iki gruba ayırmak yerinde olur. Hiçbir dış olaya ve kamçılayıcı bir faktöre bağlanamıyan şizofreni vakalarına andogen veya idyopatik; geçmişinde ve başlamasındaki psikodinamik faktörler ortaya çıkarılan vakalara psikojenik denebilir.

Preşizofrenik şahsiyetin psikotik olmasında rol oynıyan kamçılayıcı faktörler üzerindeki araştırmalar sonunda aşağıdaki özelliklere rastlanmıştır:

Kazalar, kafa travmaları, bulaşıcı hastalıklar, para sıkıntısı, evdeki geçimsizlik, karı-koca arasındaki kıskançlık, cinsel iktidarsızlık korkusu, ay başlarından önce ruhî gerginlik halleri, askerlikten dönüşteki intibaksızlık, uyuşturucu madde alışkanlığı, uyuşturucu maddelerin bırakılması, gebelikler ve doğumlar, din inancına bağlı konfli'ler, hapsedilmek, delikanlılık (adolesans) çağındaki bağlılık ve serbestlik konfli'leri, şahsiyetin kendine özel psikolojik çıkmazlar (Eksistansiyel kriz, hayattaki rolünü arama ve saire).

Herkesin hayatında rastlanabilecek olan bunlara benzer olaylar karşısında şizofreniye hazırlanmış olan şahsiyet, anlaşılmaz ve beklenmedik tepkiler göstermektedir. Anlaşılmaz derken, reaktif psikozlarda hastaların reaksiyonları normal kişilere o kadar beklenmedik ve yabancı görünmez, demek istiyoruz. Normal kişi de aynı olaylar karşısında aynı hisleri duyabileceğini anlar. Aradaki fark, hisler ve kırılmalardaki şiddet ve ölçüsüzlüktür. Şizofreniğin reaksiyonları ise yersiz, anlaşılmaz ve garip görünür.

İleriki hayatta kamçılayıcı faktörlerin şizofreni tablosunun ortaya çıkmasında önemli rolleri olduğu üzerinde dururken, daha çocuk yaştan şizofreniye hazırlanmış olan kişilerde psikodinamik faktörlerin aynen devam etmesi yüzünden şizofreninin çocukluk çağında ortaya çıkabileceğini hatırlamalıdır. Çocuk şizofrenisi, eskiden sanıldığı kadar nadir değildir. Vakaların geçmişleri iyice araştırılırsa çoğunda erken otizm ve katatoni ârazı ortaya çıkarılabilir. İlk hayat tecrübeleri çok acı ve şiddetli olursa, çocuk onların hâtıralarını şuur altına itemez ve nörotik korunma mekanizmalarıyla anxiety'sini hafifletemez, psikotik olur ve realiteden tamamiyle uzaklaşır.

Böyle vak'alarda, bazı mutlu tesadüfler hastalığın duraklamasına yardım ederler. Çocuğun sevgi, anlaşılmak ve kabul edilmek ihtiyaçlarını karşılayan anlayışlı hocalar, okul arkadaşları, din adamları, şahsiyetin şizofreniye geçmesini önliyen bir rol oynarlar. Böyle mutlu tesadüfler olmazsa otistik veya katatonik çocukta şizofreni gittikçe ilerler ve ne kadar erken başlamışsa tedavi şansı o derece azdır.

İlk hayat tecrübeleri dayanılmaz derecede acı olmıyan vakalarda şahsiyet çevresine intibak edebilecek bir şekilde değişir. Şizoit şahsiyet, duygusal bağlanmalardan kaçınıp, insan münasebetlerinden uzak kalabildikçe hayatını sürüp gider. Maddî ve mânevî kayıplar gibi sarsıcı olaylar olmadıkça psikoz tehlikesi yoktur. Bazı vakalarda kendi problemleri hafiflemiş olan, yahut açıklıyamadıkları bir suçluluk duygusuna kapılan annelerin şizoit çocuklarına mazohistik bir ihtiyaçla sıkı sıkıya bağlandıkları olur ve anayla çocuk birbirlerine muhtaç ve bağlı yaşarlar.

İnsanlardan kaçıp, rüya ve fantezi dünyalarında yaşıyan şizoit şahsiyetler korkup çekinmedikleri kimselere rastlarlarsa evlenebilirler. Kendilerinden çok yaşlı veya çok genç kadının yanında kendilerini az da olsa yine cahil kızdan ve yaşlı kadından kuvvetli hissederler.

Bazıları, kendileri gibi çocuk kalmış, realiteyle ilgisi olmıyan "melek gibi, dedikleri" garip mahlûkları bulurlar. Arap kadınların ve orospuların da bazan şizoit şahsiyete, hattâ şizofreniklere yardımları dokunur ve onların fizik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılarlar. Bu birleşmelerde eşitlik olmadığı için; "tam insan olmıyan" kimselerle münasebete girerken şizoit şahsiyet kendini o kadar değersiz ve küçük görmez.

Şu var ki, kendinden çok yaşlı olmıyan bir düşkün kadının analık insiyakları canlanır da ona fazla şefkat gösterecek olursa, şizoit şahsiyet, anasına karşı beslemiş olduğu kötü hisleri yeniden yaşar ve bu duygulardan korktuğu için daha fazla regresyon ile çocukluğa döner. Yahut da paranoid olur.

Preşizofrenik başka bir şahsiyet tipi olan "fırtınalı şahsiyet" defans mekanismaları çok çeşitli ve bu yüzden zayıf olduğu için her hayat tecrübesinden şokla ayrılır ve şizoitten daha erken psikotik olma tehlikesi vardır. Bu tehlikeyi önliyebilmesi nörotik defanslarının kuvvetlenmesine bağlıdır. Meselâ, öfke ve kinle çevresindekileri hırpalıyacak yerde, bu hislerin süblimasyonu ile, bir amaca saplanıp, rijid fakat ölçülü ve hesaplı bir hayat yolu bulmak (politika, sanat, zenginlik ihtiraslarına kendini kaptırmak) şahsiyetin uğraşma ve çarpışma ihtiyaçlarını karşılayan yollara örnektirler.

Klinikte rastlanan ve ilerde tarif edilecek olan "psödopsikopatik" ve bilhassa "psödonörotik" şizofreni tipinin geçmişinde fırtınalı şahsiyet ortaya çıkarılabilir.

Şahsiyet bozukluğundan şizofreniye geçiş:

Şizofreniye en fazla preadolesans (ergenlik) ve ilk gençlik çağlarında rastlandığına şaşmamalıdır. Ergenlik devrelerinde şahsiyet fizyolojik ve psikolojik olgunluğa erişmiştir. Hayattaki sorumluluğunu kavramak ve kendine bir yol çizmek zorundadır. Bu devrede şahsiyet birçok problemlerle karşılaşır. Bağlılıkla bağımsızlık arasında karar vermek ve iki yoldan birini seçmek, ya otoriteye isyan ya da boyun eymek arasında karar vermek lâzımdır. Cinsel arzuların tepkileriyle ya onları tatmin ya da unutmakla kallolunabilecek bir konfli ortaya çıkmıştır. (Ya ideallere kendini kaptırarak cinsel ihtiyaçları unutmak, ya da onları açıkça tatmin etmek).

Adolesans çağının problemleriyle karşılaşan şahsiyet, nörotik veya psikopatik davranış yollarından birini seçer. Nörotik davranış meselâ obsesif bir şekilde bazı âdetlere bağlanmak, depresyona düşerek çevresindekilere küsmek ve hayatlarına iştirâk etmemek, hırçın bir şekilde başkalarına isyan ve bilhassa yakınlarını üzüp istediğini bu suretle elde etmek gibi anlatılabilir. Psikopatik davranış ise otoriteye isyanla karakterize edilir. Şa/hsiyet, kendisini kabul etmiyen veya ihtiyaçlarını tatmin yolunu bulamadığı çevresine ve topluma saldırmakta ve kendinde her şeye hak görmektedir. Hırsızlık, kavgacılık, cinsel taşkınlıklar, aklına geleni söyliyerek başkalarını rahatsız etmek, "acting out" yani kendi iç-tepkilerini olduğu gibi meydana vurarak tatmin etmek adolesans çağının konfli'lerini bir zaman için yatıştırmış olur. Sonradan, bu konfli'lerin şiddeti kaybolduğu zaman şahsiyetin karakteri üzerinde bu davranışların izleri kalmasına rağmen normal sayılacak bir intibak yapabilir.

Preşizofrenik şahsiyet bu çağın konfli'leri ve problemleri karşısında zayıf ve çaresizdir. Herhangi bir davranış yolunu seçebilmek için kendisine yeter derecede güvenci ve saygısı yoktur. Karar vermek sorumluluğu onu büsbütün sarsar ve kendinin bu dünyadan olmadığını hisseder. Realiteye hiçbir şekilde intibak edemediği ve başkalariyle münasebete giremediği için adolesans çağında bilhassa artmış olan fizik ve psikolojik ihtiyaçlarını tatmin edemez ve realiteden tamamiyle uzaklaşır, psikotik olur.

Harry Stack Sullivan, preadolesans devresinde başlıyan şizofrenik değişmeye, basit dementia praecox demekte ve Kraepelin'in tarif ettiği vakaları bu kategoriye sokmaktadır.

Sullivan "bazı gençlerin 14-16 yaşlar arasında gündelik hayatla ilgileri azalır, Allahın varlığı veya yokluğu, üstün iyi insan, büyük ideal-ler gibi gerçek ile münasebetleri ve yaşamalarına faydası olmıyan düşüncelere takılırlar." diye tarif ettiği şahsiyetlerin, oldukça kısa bir zaman içinde hebefreni'yi andıran erken bunamaya sürüklendiklerini yazar. Bu vakaların hebefreni'den farkları eksitasyon olmaması, hastanın başkalarına saldırmaması ve karakteristik adale değişiklikleri (fleksibiliti serea) bulunmamasıdır.

Çoğu vakalarda şahsiyet bozulmasından şizofreniye geçiş yavaş ve sinsidir. Ancak gündelik hayatlarındaki sarsıcı olaylar ve psikolojik ger-

ginlik sebepleri sıklaşır ve dayanılmaz derecede şiddetlenirse, hasta panik haline düşer. Ego'nun koruma mekanizmaları iflâs etmiştir ve şizofreni başlar. Sullivan bu şekilde birdenbire patlak veren şizofreni vakalarına "Asıl veya Esas Şizoreni Tablosu" demektedir. "Hasta, geçmişteki acıklı hayat tecrübelerinden sonra kendisi için mânalarını kaybetmiş olan birçok şeylere birden mâna vermiye başlar. Çevreyi idrak edişin ve olaylara mâna verişin sınırları silinmiş ve sanki canlı, cansız şahsiyetle ilgisi olan ve olmıyan bütün şeyler aynı gibi olmuştur. Ego'nun sınırları silinmiştir ve hasta kendini çevresindeki kimselerden ve eşyadan ayrı bir varlık olarak hissedemez. Şizofrenik değişmeden sonra hasta mananın yayılıp dağıldığı kelimelerle konuşur. Kâbuslar ve korkulu rüyalardaki gibi kozmik realiteye karışmıştır ve hastaların deyişiyle "aydınlanmış" hissi içindedir. Bu beklenmedik psikolojik şok yüzünden hasta korkunç bir telâşa düşer ve kendini derhal bir şey yapmak zorunda hisseder. Ne yapacağını bilemez, çılgın bir şekilde etrafa saldırır, vurur, kırar, haykırır. Dağılıp yok olmaktan korunmak için dövüşmesi, didinmesi, ne olduğunu bilemediği esaslı ve çok tesirli bir şey yapması lâzım gibidir" - Bazı vakalarda bu yüzden cinayet ve intihara rastlanır.

Şizofreniden korunmak için cinayet ve intihar başlığı altında bu konuya bağlı ilginç bir çalışma yayımlanmıştır (30).

Hasta, böyle bir şey yapmazsa benliği kaybolacak, kendisi bir hiç olacakmış gibi bir korku içindedir. Panik halindeki hasta bütün çırpınma ve gayretlerine rağmen hiçbir şeyi değiştiremediğini fark edince duraklar, eksitasyon hali geçer ve hebefrenik veya paranoid olacaktır.

Başlangıçtaki şizofreni semptomları :

Sinsi ve yavaş ilerliyen vakaların başlangıç devrelerinde şahsiyet yalnızlık içindedir, fakat bu yalnızlığını farketmez. Şizofrenik yalnızlık, psişik enerjinin realiteden ayrılmasıdır. Buna bir korunma mekanizması denebilir, ve acı hayat tecrübelerinin yaralarını unutturmıya ve yeni insan münasebetlerinden kaçmıya yarar. Hastanın bu yalnızlığı idrak etmesini önliyen korunma mekanizmaları onun davranışlarına tesir ederek psikotik olmasını geciktirirler.

Meselâ, realist bir şekilde başkalarıyla münasebete girişecek yerde, esaslı olmıyan şeylere takılıp, enerjisini o yolda harcamak. Yahut ken-

dini tutamayıp aklına geleni yapmak. Aklına gelen her şeyi yapmak kendi içine kapanıp hiçbir şey yapmamaktan farklı değildir. İki davranışta da başkalarının müsbet ve amaçlı hayatlarına intibak etmeyiş vardır. Hastalığın bu devresinde hastalar bazan yakınlarına teslim olarak onların sırtından yaşamak yolunu seçerler.

Hasta şizofrenik yalnızlığı idrak ettiği zaman psişik dengesi allak bullak olur. İsyan içindedir. Nefret ve intikam hisleri ve iç-tepkileri yüzünden, başkalarına yapabileceği fenalıklardan korkar. Panik içindeyken sözleri ve davranışlarıyla bu dayanılmaz korku halini anlatmak istiyordur, fakat sembolik olan konuşmalarını ve davranışlarını mânalandırmak zordur. Burada, Şizofrenide hislerini anlatabilmekten fazla başkalarının anlayışlarına iştirâk edebilmek imkânsızlığı olduğu unutulmamalıdır.

Preşizofrenik devrede şahsiyet rengini kaybetmiş, düşünceleri bulanık, duyguları körlenmiş gibi görünürken, kendini ilgilendiren özel konularda son derece hassastır. Şu var ki, kelimelerin öğrenilmesinden önceki devreye ait şiddetli ve ilkel duygular içindedir, ve onları anlatacak kelime yoktur. Dış hayat şartları aksi olmıyan vakalarda, preşizofrenik devre çok uzun sürebilir ve hastanın çevresindekiler onun ne derece hasta olduğunu farketmez, sadece soğuk ve garip bulurlar. Hastalığın sinsi başladığı hallerde hasta, yalnızlık, ümitsizlik, nefret ve korku duygularını kabul ve idrak etmesini önliyen bir ilgisizlik, içine kapanma halindedir. Düşüncelerine dalmış, rüya içinde yaşar gibi görünür. Başkalarının hislerini anlamaz, kendi hayatına ait olaylarla ilgilenmez, ve hiçbir şeyden heyecanlandığı görülmez. Gelecek hakkında hiçbir düşüncesi ve plânı yoktur. Yakınları onda insan sıcaklığı hissedemez ve ona yabancı kalırlar. Herkesin kabul ettiği ahlâk ve değer ölçüleriyle ilgisi yoktur. Yavaş yavaş dış görünüşü de değişir. Kendine bakmaz, tembel ve kararsızdır. Bazan da başkalarının onu küçük görüp arkasından dedikodu yaptıklarını sanarak huzuru kaçar; kötümser ve çekingendir. Bu sırada bir büyüklük duygusuna da kapılabilir ve kendisinin değil de çevresindeki kimselerle dış olayların bozulup değiştiklerine inanmıya başlar. Yine bu devrede cinsel problemlere takılanlar da vardır. (İlerde görüleceğeği gibi şizofreni hastasının bütün gelişme alanlarında olduğu gibi cinsel gelişmesi de aksamıştır ve karmakarışıktır.)

Bazı hastalar sıhhatlerine düşerler, yemeklerine dikkat ederek, jimnastik yaparak vücutlerrini kuvvetlendirmek telâşındadırlar. Birçok metafizik düşüncelere saplandıkları da olur.

Başlangıç devrelerinde hastalar kendilerindeki değişiklikleri az da olsa fark etmektedirler ve kendilerine ne olduğunu anlamak isterler. Realiteden büsbütün uzaklaşıp sembolik bir sistem kurulmadan önceki bu başlangıç devrelerinde dikkat edilirse hastanın spesifik problemleri aydınlığa çıkarılabilir.

Psikoza geçiş.

Prepsikotik devreden psikoza geçerken heyecanlar (emosyonlar) ve hissediş tonu (afekt) eskisinden daha fazla bozulmuş, silik ve uygunsuz olmuştur. Hasta tam mânasıyla heyecansız, hissiz gibidir. Bazan mani ve melânkoliyi hatırlatan tablolara rastlanırsa da, hastaların davranışları yersiz ve uygunsuzdur. Hiçbir şeye bağlanamaz, sebepsiz yere güler, ağlar, acayip sesler çıkarırlar. Bazan da üzülecek şeye güler, gülecek yerde ağlarlar, ve buna "inapropriet afekt" yani gerçekteki olaylarla ilgisi olmıyan, ters ve uygunsuz hissediş denir. Hastalardaki bu afekt bozukluğu yüzünden onlara karşı insan alâkası ve sıcaklığı duyulamaz. Hastayla duygusal bir bağlantı kurulamaz. Heyecan, paylaşılan ve iki tarafca anlaşılan bir fonksiyon olmaktan çıkmıştır.

Psikoza geçişin özelliği, şiofreni semptomlarının değişmesi değil de, hastanın realiteden tamamiyle uzaklaşması yüzünden aradaki bağların kopmasıdır, çünkü psikolojik fonksiyonları otistik âlemine uyacak şekilde büsbütün değişmiştir.

Şizofreni teşhisinde üzerinde durulacak karakteristik semptomlar :

Bleuler'in tarif ettiği primer ve segonder semptomların yanında, şizofrenide özel karakterleri olan semptomlar vardır.

1. Depersonalizasyon

Depersonalizasyon, kendini yaşıyan bir kimse olarak hissetmemek, diye anlatılabilen derin bir persepsiyon bozukluğudur. Birçok akıl hastalıklarında bu semptoma rastlanır. Ayrıca depersonalizasyon sendromu

da tarif edilmiştir ve dört özel semptomu vardır: a — Depersonalizasyon. b — Depresyon, ve isteksizlik, hareketsizlik yanında, aldatılmış olma hissinin şaşkınlığı. c — Aklını toparlayıp düşünememek. d — (Sefalik parestezya), Beyin işlemez, kafatasının içi boşalmış ve uyuşmuş gibi hissediş.

Depersonalizasyon'da gerçek olmayış (unreality) hissi iki şekilde olur. Hasta, ya kendinin tamamiyle değiştiğini, ya da dış dünyanın şaşırtıcı ve korkunç bir şekilde bozulduğunu hisseder. Kişiliğini kaybetmiştir, fakat değişip de başka bir insan olmamıştır. Depersonalizasyon, şahsiyetin değişip, başka bir kalıba girmesi diye anlaşılmamalıdır. Kişiliğini kaybeden hasta, hiçbir şeyle ilgilenmiyor, heyecan duymuyor, korkunç bir yabancılık ve gerçek olmayış hissi içinde yaşıyordur. Depersonalizasyon'u bu bakımdan "dédoublement de la personalité" den, yani iki ayrı insan hüviyetinde yaşama halinden ayırmalıdır. Bu hastalar hislerinin donmuş, düşüncelerinin acayip şekilde değişmiş olduğunu hissederler. Bazıları, vücutlarının da garip bir şekilde değiştiğine ve ruhlarını kaybettiklerine inanırlar. Hasta kendisi bir şey yaparken, başka birisini seyreder gibidir.

Depersonalizasyon'u anlamak için, "estrangement" yani yabancılaşma'dan ayrılmalıdır. Estreynjment'in basit bir örneği, birbirinden ayrılan karı-koca'nın veya sevgililerin psikolojik değişmelirdir. O kadar yakın ve mahrem insan münasebetinden sonra soğumak ve yabancılaşmak, hislerin ve düşüncelerin değiştiğini gösterir, kayıplarını değil. Depersonalizasyon'da ise hasta için ne kendisi, ne de çevresi vardır, ve bazan, "Ben istemedikçe hiçbir şey var olamaz" hissi içindedir. Şizofrenik depersonalizasyon'un ileri şekillerinde, hasta tam yokluğu hisseder. Vücudu yok, dünya yok, ruhu çoktan ölmüştür.

Depersonalizasyon'a şizofreniden başka, psikonörozlarda, yaşlılık sendromlarında, zehirlenmelerde, beynin organik hastalıklarında rastlanır. Ergenlik çağında aynaya bakıp kendini tanıyamamak da depersonalizasyon'un hafif ve geçici bir şekli sayılabilir. Psikyarik semptomlar, bazan hastanın yaşamasına yardım eden duygu ve davranış şekilleridir. Depersonalizasyon semptomu, şizofreniğin içindeki kin ve nefret yüzünden kendinden nefret etmemesini sağlar, çünkü artık eski kendisi olmadığı, daha doğrusu kişiliği kalmadığı için hislerinden ve davranış-

larından sorumlu değildir. Depersonalizasyon'un psikodinamik kökleri çeşitli olabilir :

a — Depersonalize olmuş ana-babayla idantifikasyon.
b — İç-tepkilerin konflilerinden kurtaran bir çeşit koruyucu mekanizma (var olmadığı için varlığın ihtiyaçlarını hissetmeyiş).
c — İnsan arası münasebetlerdeki heyecanlara kendisi olarak iştirak etmediği için sonradanki kırılmalara ve ümitsizliğe düşmelere karşı koruyucu mekanizma.
d — Başkalarıyla münasebete girişmeye karşı bir çeşit sığınak.
e — Yaralayıcı ve yıkıcı olaylardan kaçış (kendini öldürerek kurtulma gibi).

Bütün bu ihtimallerin hepsi bir araya toplanırsa, depersonalizasyon, insan arası münasebetlerden ayrılma, diye anlaşılabilir.

2. *Hipokondri*

Hipokondri, aslında huzursuz ve hayattan bezmiş olan kimsenin, kendinde organik bir hastalık olduğuna kuvvetle inanmasıdır. Depresyon'un, yani psikolojik düşkünlük halinin organik eşitidir. Hastanın psişik düşkünlüğünün Psikodinamik sebepleri represyonla örtülmüştür. Psişik düşkünlüğünü organik bir hastalığa bağlıyarak izah ediyordur. Buna organizmayla ilgili delüzyon denebilir. Şizofrenikler, kanser, tüberküloz ve bilinmedik hastalık semptomlarıyla hekimi güç durumda bırakırlar. Psikozdan önce bile, vücut yapısına ve fonksiyonlarına aşırı derecede takılmak, inatçı hastalık evhamları, lüzumsuz yere ameliyat istekleri, şizofreniden şüphe ettirmelidir. Bazan, organik delüzyonlar, persepsiyon bozukluğu şeklinde ortaya çıkarlar, ve hastalar vücutlarının büyüdüğüne veya küçüldüğüne, içlerinden elektrik cereyanı geçtiğine inanırlar. "Bir vakada, o zamana kadar hiçbir ip ucu vermemiş olan bir kimse, sinemadan çıkarken, vücudunun birdenbire büyüdüğünü, kapıdan çıkamıyacağını söyleyince şizofreni şüphe edilmiş ve teşhis sonradan doğru çıkmıştır". Freud de paranoidlerin, psikozdan önce vücutlarının bir yerine takıldıklarını, ve çoğu defa burunlarının değiştiğini veya burun hastalığına yakalandıklarına inandıklarını görmüştür*.

* Garip bir tesadüf olarak Freud uzun süren ve anlaşılamıyan bir burun hastalığı çekmiştir ve ilâç olarak kokain kullanmıştır. Burunun penis sembolü olduğunu da ileri süren kendisiydi ve bu hastalık onu ayrıca sarsıyordu. Başlangıçta belki psikojenik olan burun hastalığına sonunda kemik kanseri teşhisi konmuştur. (Ernest Jones : Freud'ün hayatı)

Psikosomatik anlayışa göre hipokondri semptomları organ nörozu sayılabilirler. Bu da psikojenik iç gerginliğinin otonom sinir sistemi yoluyla organların işleyişini bozmasıyla izah edilir. Hakiki hipokondride organlarda fonksiyonel bozukluk bulunmaması lâzımdır. Psikodinamik incelemeler, hipokondriye en fazla, önceden şefkat ihtiyaçlarını açıkca göstermiş olan kimselerde rastlandığını göstermektedir. Hastalık semptomları onların sevilme bakılma ve şefkat ihtiyaçlarının giderilmesine de yaramış olur, hem de hayattaki sorumluluklardan kurtulmaya özürdür. Şizofrenideki hipokondri semptomları hastanın hisleri ve ihtiyaçlarıyla ilgili değildir, ve depersonalizasyon'un bir çeşidi gibi anlaşılmalıdır. Ağır şahsiyet bozukluğuna işarettir. Semptomların sembolik anlamları olduğu da hatırlanmalıdır.

3. *Dikkatin azalması*

Hiçbir şeyin üzerine dikkatini toparlıyamayan hasta çocuk gibidir. Bu dalgınlık, dış dünyayla ilginin tamamiyle kesildiğini, hastanın otizm içinde yaşadığını gösterir.

4. *Paralogia*

Hasta söyleneni anlar veya anlamış görünür. Fakat aklına ne gelirse onu söyler, çünkü söylenene iştirâk etmiyordur ve konuşma imkânı kalmamıştır. Karşılıklı söylenen kelimelerle cümlelerin birbiriyle ilgileri yoktur. Aslında bu semptoma paralogia demek doğru değildir, çünkü bizim kendimize göre bir mantığımız olduğu gibi hastanın da otistik dünyasına ait bir mantığı vardır. Birbirinin lâfından anlamayış arada duygusal bir münasebet kurulamayışındandır.

5. *Abstre düşüncede aksayış*

Astre düşünce insan zekâsının özel ve evrensel bir fonksiyonudur. Kelimelerin evrensel sembol oluşları gibi obstre düşünce de daha karışık bir anlaşma örneğidir, ve sentezle analiz mekanizmalarından kök alır. İnsanların toptan sentez ve analizini yapmış oldukları hayat tecrübeleriyle ilgilidir. Bir olayın, bir lâfın arkasındaki gizli mânayı anlamak

denebilir. Abstre düşüncenin bozulmuş olup olmadığı atasözlerine mâna verdirmek testi ile araştırılır. Meselâ: "sırça köşkte oturan başkasına taş atmaz" sözünün abstre anlamı: "Başkasını kritik ederken kendi kusurlarını unutma" dır. Abstre düşünce bozukluğu olan kimsenin vereceği cevap, — taş atarsan cam kırılır, gibi konkre olacaktır. Çünkü her olayı ilk defa oluyormuş gibi yaşıyan kimse, hayat tecrübelerinden evrensel bir mâna çıkaramaz.

Hiçbir şeyin onun için özel ve başka olaylarla kıyas edilebilen bir anlamı yoktur. Canlı ve cansız, herşeyi konkre, oldukları gibi, birbiriyle irtibatsız, ilgiye değmez görür. Hiçbir şeye iştirâk etmiyor, hiçbir şey hissetmiyordur. Herkesin kullandığı kelimeleri öyle anlamadığı gibi, evrensel olan abstre düşünceye de yabancıdır.

6. *Şizofrenideki ilkel düşünce bozukluğunun psikodinamiği.*

Şizofreniğin geçmişindeki acı hâtıralar yüzünden geleceğine de güveni yoktur. Geçmişinde sadece depersonalizasyon, şahsiyeti büsbütün kaybetme, yokluk hâtıraları vardır. Geçmişle ve gelecekle hiçbir bağlantısı olmıyan günü gününe bir hayatı yaşamaktadır. Her yaptığını sanki ilk defa yapıyor gibidir. Hayat tecrübeleri ona hiçbir şey öğretmediği için, ne kendine ne başkalarına inancı ve güveni vardır. Birbiriyle bağlılığı olmıyan, kopuk kopuk ve karmakarışık düşünceleri yüzünden bir çeşit boşluk hissi içindedir. Bu boşluk hissinden kurtulmak için, hiç olmazsa bir tek düşünceye takılıp onun üzerinde durur. Bir düşünceden öbürüne götüren asosyasyon olmadığı için başkalarıyla konuşamaz. Kendine mahsus düşünceler içinde yaşar. Bu da otizm demektir.

7. *Mütizm (konuşmamak).*

Konuşmıyan şizofreniğin ya söyliyeceği bir şey yoktur, çünkü olaylara yabancıdır, ya da söyliyecek çok şeyi var da kelimelerle anlatamıyordur. Bir de mistisizme benzer bir halet içinde olup içinden geçenleri söylemekten çekiniyor olabilir. Konuşmıyan hastanın yalnızlık hissi gittikçe artar. İlerlemiş vakalarda hasta bu yalnızlığı tamamiyle hissetmiş, bir çeşit hiçlik içindedir. Bazan hastaların bu hale dayanamıyark intihar ettikleri olur.

Mütizm bazan da hastalarda düşüncelerin kelimelerden önceki "revery" devresine dönmüş olmalarıyla izah edilebilir. Hasta, Sullivan'ın reveri dediği (rüya ile realitenin birbirine karıştığı) bir haletteidir. Buna kelimesiz düşünce de denebilir. Katatonik stüpörde, yarı ölü hissini veren hastalar buna benzer düşünceler içinde olabilirler.

8. Davranış bozuklukları.

Şizofreniklerin davranışları, "Behavior" ları garip ve acayip görünürse de hastanın psikolojik ihtiyaçlarını karşıladıkları için bir şeyi anlatıyorlar. Fakat mânaları semboliktir ve şizofreniklerin ne yaptıkları ve ne için öyle yaptıkları kolay anlaşılamaz. Şizofreni semptomlarından psikodinamik bakımdan aydınlatıcı bir ip ucu elde edebilmek için hastayla yakın bir münasebete girişmek ve geçmişteki hayat hikâyesini eksiksiz bir şekilde bilmek lâzımdır. Hastanın duygularına olduğu gibi davranışlarına da tesir eden iç-tepkilerinde ambivalans vardır. Bir şeyi yaparken, hem yapmasını ister, hem istemez. Bu yüzden yaptıkları uygunsuz, aksak, yersiz görünür. Ambivalan sevgi ve nefret hisleri birbirini takip ettiği için yumuşak ve rahat görünen hasta birdenbire haşin ve agresif reaksiyonlar gösterebilir. Bazan, hiç beklenmedk bir anda, psikolojik durumunun şüphe ettirmediği intihar reaksiyonları olur. Bu cinsten beklenmedik davranışlarla karşılaşabileceği akılda tutularak, hastanın psikolojik nabzını kontrol etmiye çalışmalıdır. Bu da onun güvenini kazanarak, nisbeten yakın bir münasebet kurmaya bağlıdır.

Bazı hastalar kendilerini bir şey yapmak zorunda hissederler ve yaptıklarından sorumlu değildirler. Şuurlu olarak yapmak istemedikleri bir şeyi yapmak zorundadırlar, ve buna karşı koyamazlar. Böyle olduğu için neden öyle davrandıklarını kendileri de bilmez, başkaları da anlıyamaz.

Çoğu kere şizofrenikler kendiliklerinden hiçbir şey yapmazlar, hiçbir istekleri yoktur, hayatları durmuş gibidir, ve bu hale anerji denir. Anerji hastanın gerçek hayatla alışverişini kesmiş, ihtiyaçlarını sembolik bir şekilde tatmin ederek yaşadığına işarettir.

Davranış bozuklukları arasında, negativizm söylenenin ve beklenenin tam aksini yapmaktır. Yememek, tükrüğünü yutmıyarak salyesi

akmak, konuşmamak, aptes etmemek, idrarını tutmak negativizm belirtileridir. Alışılmış olanın ve beklenenin tam tersini yapmanın psikodinamik mânaları çeşitli olabilir. Çevresindekileri cezalandıran, rahatsız eden agresif davranışların zararsız bir şekli olabilir. Yüzdeki tikler gibi. Bir de ileri derecede dependensi (yaşamak için başkasına muhtaç oluş) ihtiyacını ifade ediyordur, yani, beni zorla beslemez, aptes ettirmez, uyutmazsanız yaşamam ve bundan sizler sorumlu olursunuz, mânasına gelir.

9. Patolojik sügjestibiliti.

Bu semptom, karşısındaki ne söylerse onu tekrarlamak, ne yaparsa onu yapmak diye anlatılabilir. Karşısındakinin sözlerini otomatik şekilde tekrarlamaya "ekolali", hareketlerini taklide "ekopraski" denir. Bu davranışlarla, hasta söylediğinden, ve yaptığından sorumlu olmadığını anlatmak istiyordur.

"Flesibiliti serea" yani balmumu gibi, konulan biçimde kalmak, ve "mannerizm", yani mânasız görünen hareketleri durmadan tekrarlamak, gibi semptomlar da, stereotipe bozukluklardır, ve psikodinamik anlamları önemlidir. Çoğu defa hastalığın patlak vermesini kamçılıyan olayların sembolik bir şekilde ifadesidirler. Şizofrenideki davranış bozukluklarının yapısında, delüzyonlarda olduğu gibi, kondansasyon ve sembolizmasyon mekanizmaları vardır. Bu yüzden onların arkalarında gizli olan mânalarını anlamak güçtür.

Tekrar edersek, hasta gerçek hayata iştirâk etmiyor, fakat kendisi için önemli olan bir şeyleri anlatmak istiyordur. Semptomların sembolik mânaları çözülebilirse, hastanın özel ihtiyaçları anlaşılır ve ona yardım edilebilir.

10. Fizyolojik semptomlar.

Bazı vakalarda eller ve ayaklar morarmış, hadekalar genişlemiştir. Baş dönmesi ve sar'a nöbetleri olur. Başlangıçta zayıflama, iyiliğe gidişte toplanma görülür. Kilo alıp da psikyatrik durumu değişmiyen hastalarda pronostik kötü sayılır.

Şizofreninin erken belirtileri arasında, devamlı baş ağrısı, zayıflama, uykusuzluk görülebilir. Genç insanların geceleri huzursuzluk içinde so-

kaklarda dolaşmaları, gündüz uyuyup gece oturmak, tam perhizle oburluk arasında yemek yeyiş, gibi özellikler de şizofreni başlangıcından şüphe ettirmelidir. Tabii, başka bir hastalığa bağlanamıyan vakalarda. Bunlardan başka, organik bir sebep yokken ileri derece halsizlik, iştahsızlık de şizofreni başlangıcını düşündürmelidir.

11. Seyrek rastlanan karakteristik semptomlar.

a - Dille mastürbasyon - Dilini durmadan damağının altına süürerek şehvet duymak.

b - Aynaya bakıp kendini bir eşya gibi veya korkunç bir mahlûk gibi görmek. "Bunun hafif bir şekli olarak bir hasta durmadan aynaya bakar ve: — Ben böyle miydim, yüzüm çarpılmış, bir gözüm küçülmüş, saçlarım dökülmüş, neye benzemişim? derdi, ve iyileşme işaretlerini aynaya bakarak araştırırdı."

c - Bazı hastaların konuşmaları o kadar aksamazken yazıları otistik ve sembolik olur.

(Paranoid bir hasta günde birkaç mektup yazar, zarfların üzerine pul resmi yapar ve postalanmasını isterdi. Mektuplarında kelimeler anlaşılmıyacak şekilde parçalanmış, hecelerin arasına işaretler ve çizgiler konmuş, sonları getirilmemiş, beş ayrı dilin kelimeleri birbirine eklenmişti. Hasta kendi idantitesini idrak edemediği için bilhassa yazılmış bir vesika olarak ana dilini kullanmıyordu. Herkesten şüphe ettiği ve zeki olduğu için konuşurken ihtiyatlı oluyor, otismini gizliyordu.)

d - Bazı hastaların kısa bir zaman için yaratma kabiliyetleri artar. Bu ara sanatta başarı gösterirler veya bir şey keşfederler. O zamana kadar verimsiz olan genç kimselerin birdenbire yaratıcı olmaları ilerde şizofreni çıkabileceğini düşündürmelidir. Bu gibi kimseler, herkesin hayatına iştirâk etmedikleri için kullanılmamış yaşama enerjileri kısa bir zaman ilim ve sanat üzerine toplanabilir ve onlara başarı sağlar. Bu başarılar üstelik kendilerine saygı duymalarına da yardım edecektir, fakat derhal ihtiyaçları olan sevgi, şefkat ve cinsel rahatlamayı karşılıyamadıkları için ergeç şizofreni patlak verecektir.

12. Şizofreniğin konuşmasından ve davranışından çıkarılacak anlamlar.

H. S. Sullivan'ın şizofreniklerle yakından meşgul olarak farkına vardığı bazı özellikler üzerinde durmıya değer (18).

a - Çoğu defa hastaların söyledikleri o andaki psikolojik durumlarıyla, kendilerini ve çevrelerini hissediş tonlarıyla ilgili olduğu için, konkre yani olduğu gibi mâna verilmelidir. Sembolik olsa bile *.

b - Hastaların söyledikleri anlaşılır gibi gelir de bir mâna verilemezse, hastanın söylediğini açıklaması beklenmelidir. Hasta: — Anlıyor musunuz, diye sorarsa, — Belki biraz anlar gibiyim, demeli, tam anlar gibi görünmemelidir. Yanlış bir tefsir her zaman beklenebilir ve hastanın doktora inancını sarsar, kendi hakkında büsbütün ümitsizliğe düşürür. Başka bir kimseyle konuşmak ve anlaşmanın imkânsızlığını ve kendi yalnızlığını bir defa daha hissetmiş olur.

c - Büsbütün anlaşılmaz sözler üzerinde durmamalı, onları duymamazlığa gelmelidir. Bu cinsten sözler üzerinde durulup, anlamıya kalkışılırsa hastanın otistik âlemine iştirak edilmiş olur ve hasta daha fazla geriler; regresyonu artar.

13. Şizofrenideki bazı semptomların tefsirleri.

H. S. Sullivan bazı semptomların psikodinamik anlamları üzerinde durur:

a - Mütizm (susmak).

Hasta kendini çevresinden ayırd edemediği için, her yerde olup hiçbir yerde değil gibidir. Karşısındakini de ayrı bir varlık olarak idrak edemez. Başkalarıyla ve çevresiyle kozmik bir birleşme halindedir. Bu hali anlatacak, bu durumda hissedilen ilkel hisler ve düşünceleri ifade edebilecek kelime ve formül bulamaz. Susmak zorundadır.

* Sullivan'ın bu müşahedesine bir örnek, klâsik psikoanalist Federn'in bir vakasıdır. Hasta "yolunmuş bir tavuğum" derken kendini sahiden öyle hissediyordur. Federn bunu hastaların gelişme devrelerinin herhangi birisindeki "Ego konfigürasyonlarını", yani kendilerini o zamanki idrak ediş şekillerini, zaman zaman yeniden yaşadıklarıyla izah eder. "Yolunmuş bir tavuğum" diyen hasta, çıplak bir bebek iken kendini nasıl yardıma muhtaç hissediyorsa, bu lâfı söylerken, yeniden piç gibi kaldığını ve yardıma muhtaç olduğunu anlatmak istiyordur. Hastanın bu sözünün mânası böyle olduğu sonradan psikanalizle doğru çıkmıştır.)

b - Blokaj (bir lâfa başladıktan sonra tutulmak).

Söylenmek istenen şey ilkel bir düşünce veya hissedişle, Sullivan'ın "reveri" dediği, kelimelerle anlatılamaz bir psikolojik halle karşılaşmış ve onun içine karışmıştır. Böyle olduğu için hasta birdenbire tutulur ve lâfının arkasını getiremez. Reveri'nin "rêve", yani rüya ile ilgisi yoktur. Rüyalar semboliktirler. Reveri ise, ilk çocukluktaki duyular, hissedişler ve idrâklerin bağlantısız bir şekilde birbirine karışarak, hastayı gerçekle ilgisi olmıyan bir hale düşürmesidir. Bunu "petit mal" deki kendinden geçişe benzeterek bir fikir verilebilir, çünkü kısa bir zaman için realiteden uzaklaşmadır. Hasta bir lâfa başladıktan sonra reveri'ye kapılırsa şuur alanı bulanır ve ilk düşünce kaybolur. O zaman susmak zorunda kalır, tutulur. Bu tutulma, hastanın çevresiyle münasebetlerinin onları rahatsız edecek kadar bozulmasını da önlemektedir. Çünkü hasta, anlaşılmaz ve münasebetsiz gelecek gözleri söylemek üzereyken tutulmuştur.

c - Neolojizm (kelime uydurmak).

Otizm içinde yaşıyan şizofrenik, evrensel semboller olan kelimeleri benimsemediği için, ilk çocukluktaki gibi kelimeleri yeni öğrenmeye başlamıştır. Bu yeni öğrenilen kelimeler onun için mâna yüklüdürler, fakat başkaları tarafından anlaşılmaşlar. Neolojizm kullanan hastalar, kendilerine söylenmiş olanı, sonraları, toparlandıkları zaman hatırlayıp mânasını anlarlar.

d - Salyesi akmak.

Hasta tükrüğünü yutmaz ve salyesi akar. Çünkü tükrüğün zehirli ve tehlikeli olduğuna inanmaktadır. Tükürmek, nefes almak gibi doğuştan beri başlamış olan otonom bir fonksiyon değildir. Sonradan edinilmiş, şuurlu bir davranıştır. Tükrüğünü yutmamanın psikodinamik anlamı yemek yememekle aynıdır. Hasta yemek gibi tükrüğün de zehir olabileceğinden şüphe eder ve ölmemek, kaybolmamak iç-tepkisiyle, yemediği gibi tükrüğünü de yutmaz.

V

ŞİZOFRENİ TİPLERİ

Şizofrenide semptomlara ve hastalığın seyrine göre klâsik olarak dört tip kabul edilmiştir. Son yıllardaki araştırmalar sonucu, hastanın geçmişindeki hayat hikâyesi, hastalığın başladığı yaş ve ilerleyişindeki değişiklikler, başlangıçta başka ruh hastalıklarını hatırlatan özellikler gibi çeşitli faktörler üzerinde durularak birbirinden farklı klinik tablolar tarif edilmiştir. Bu alandaki çalışmalar, eskiden farkına varılmıyan birçok vakalarda sonradan şizofreni çıkabileceğini hatırlatmak bakımından aydınlatıcı olmuştur.

Klâsik şizofreni tiplerinin başlıca karakteristikleri.

Basit tip — Realiteden uzaklaşmış, silik ve amaçsız bir hayatı yaşıyordur.

Heberfrenik tip — Çok geriye regresyon ile, kendini çevresinden ayırt edemiyor, yeni doğmuş çocuk gibi kozmik bir varlık olarak yaşıyordur.

Paranoid tip — Kendi iç-tepkilerini ve kötü duygularını başkalarının üzerine aktarır, ve herkesin kendisine düşman olduğuna inanır. Aynı zamanda büyüklük hezeyanı da vardır.

Katatonik tip — Kasılarda gevşeme ile hareketsizlik, bazan da beklenmedik eksitasyon olur.

1. Basit (sempl) tip :

Başlangıcı sinsidir. Şahsiyet bozukluğu ergenlikten sonra daha fazla belli olur. Hastanın yakınları, onun önceden umdukları gibi hayata ayak uyduramıyacağını farkederler. Hastanın çoktan beri dünyayla ilgisi kesilmiştir. Hiçbir isteği yoktur. Kendi içine kapanır. Lâfları saçma ve abuk sabuk değildir, fakat söyliyecek bir şeyi yoktur. Rahat bırakılsın ister. Hayatta kalabilmekten başka bir amacı yoktur, ve bunun yolunu

da kimseye bulaşmamakta bulmuştur. Ana-babası ona destek olmazlar, yaşamasına yardım etmezlerse, antisosyal davranışları olur, yaşıyabilmek için hiçbir şeyi yapmaktan çekinmez. Hırsız, orospu, casus, eroinman, alkolik, homoseksüel olur.

Semple tipte halüsinasyon ve delüzyonlara rastlanmadığı kabul edilmişse de, Kant yakından takip ettiği 64 vakanın % 5 inde halüsinasyon ve delüzyon olduğunu ortaya çıkarmıştır (31). Bu vakaların soy geçmişlerinde % 61,9 nisbetinde fonksiyonel psikoza rastlanmıştır. Başka araştırmalar da şizofreni tipini ayırmada halüsinasyon ve delüzyonların spesifik bir önemleri olmadığını göstermektedir.

Sempl tipte realiteden uzaklaşma varsa da tam ayrılma yoktur. Çoğu zaman bu cinsten hastalar, ömürleri boyunca hastaneye düşmeden yaşıyabilirler ve halüsinasyon, delüzyonları olsa bile kim seyi rahatsız edecek kadar şiddetli değildirler. Kant, vakalarının % 98 inde cinsel intibaksızlık bulmuştur. Cinsel intibaksızlık da eğer bir skandal çıkmazsa, hastanın kapatılmasını gerektirmez. Bu tip şizofreni vakaları ancak antisosyal davranışları yüzünden mahkemeye düşerler ve hapishaneye, ya da hastalıkları teşhis edilerek akıl hastanesine kapatılırlar. Bazı vakaların çok rahatsız edici hipokondriyak şikâyetleri olur ve uzun tetkikler sonunda organik bir hastalık bulunmayınca şizofreni teşhisiyle akıl hastanesine düşerler.

Sempl şizofreni vakasını saf ve aptalımsı kimselerden tefrik etmek güçtür. Ayırıcı teşhiste, hastalardaki abstre düşünce bozukluğu, onlara karsı insan sıcaklığı ve sempati duyulmaması, üzerinde durulacak özelliklerdir. İnsan ahmak veya aptal bir kimseye ya acır ya nefret duyar; sempl şizofreni hastasına ne acınır ne de nefret duyulur. O sanki başka cinsten bir yaratık gibi hissolunur.

Sempl şizofreni hemen hiçbir zaman deteryorasyonla sonlanmaz. Ancak, genç yasta, aksi bir tesadüf neticesi akıl hastanesine düşerse ergeç bozulur ve demensiya tablosu ortaya çıkar. Sinsi ve yavaş ilerlemesine, deteryorasyona gitmemesine rağmen, sempl tip şizofrenide pronostik iyi değildir ve şahsiyet bozukluğunun düzeldiği görülmez, çünkü hasta şizoit sahsiyetlerden çok farklı olmıyan bir şekilde çevresine intibak ediyordur. İnsan münasebetlerini kesmiş veya daraltmış, kendi âleminde yaşamanın bir yolunu bulmuştur. Ya başkalarının sırtından yaşıyor, ya

da onların vermediklerini hırsızlık, ahlâksızlık gibi antisosyal davranışlarla zorla alıyordur.

2. Katatonik tip :

Katatonik şizofreninin karakteristik ve tipik bir tablosu vardır. Hastalık birdenbire başlar. Kısa süren eksitasyondan sonra katatonik stüpör görülür. Birdenbire manyak bir coşkunluk içinde etrafa saldıran, küfür eden, üstünü başını yırtan hashta, yine birdenbire buz kesilmiş gibi olur. Ne yer, ne içer, ne konuşur, ne kımıldanır. Stüpör halindeki hasta yarı ölü gibidir, kasıları gevşemiş, vücudü hareketsizdir. Katatonyanın lûgat mânası, adale tonüsünün kaybolmasıdır.

Katatonik tipe en fazla 15-25 yaşlar arasında rastlanır. Eksitasyon ve stüpör halleri birbirini takip eder. Katatonik reaksiyon çoğu kere sarsıcı bir olaydan sonra başlar ve uzun sürmez, ya iyileşir ve sonra tekrarlıyabilir, ya da hebefrenik veya paranoid tipe döner. Katatonik tipin bazı özellikleri vardır. Ekolali'ye sık rastlanır, ve hastalar söyleneni olduğu gibi tekrarlarlar. Sorularla ilgisi olmıyan cevapları da vardır. Çoğu kere sadece, evet veya hayır derler, ve hangisinin doğru olduğunu kestiremezler. Hasta bir şey anlatmak istiyor, ama kelimeleri birbirine bağlıyarak meramını anlatamıyordur. Durmadan aynı kelimeleri tekrarlıyan hasta, çoğu kere hastalığın başlamasında kamçılayıcı rolü olan bir olayı veya duyguyu anlatmak istiyor, fakat sözlerinden ve davranışlarından bir mâna çıkarılamıyordur.

Katatoni tablosunu Sullivan canlı bir şekilde tarif eder (18) :

"Birdenbire başlıyan şizofrenide hasta büyük bir telâşa düşmüş kurtulmak istediği isimsiz bir korkuya kapılmıştır. Yok olmamak için herhangi bir şey yapmak, bir çare bulmak zorundadır. Bu korkunç telâş içinde, çılgına döner, ne yapacağını bilmez, sağa sola saldırır, acayip sesler çıkarır, saçma sapan konuşur, ne yaptığını bilmez. Bu çılgın depreşmenin bir şeyi değiştirmediğini farkedince, balmumundan bir heykel gibi dona kalır". Yaşama fonksiyonları durmuş, yarı ölü gibidir. Stüpör denen bu haldeki hastada adale tonüsü gevşemiştir, ve ne vaziyete getirilirse öylece kalır. Böyle, donmuş, katılmış gibi duran hasta, aslında harekete hazırdır, fakat bir vesilesini veya bir emir bekler gibidir. Yapmak zorunda kaldığının ve yapacağının sorumluluğunu üzerine alamaz. Stüpörde bu bekleyiş vardır, ve hasta çevresinde olup bitenlere

iştirâk etmiyorsa da hepsinin farkındadır. Balmumundan bir heykel gibi durur, yarı ölü ilgisizliğinde görünürken, meselâ ona bir top atılırsa, elleriyle karşılar; yanan bir sigaradan kendini korur. Bazı araştırıcılar, kasıların balmumu gevşekliğini, hastanın kendi vücudüne yabancı oluşuyla izah ederler. Stüpör halindeki harekete hazır oluşu unutmamak gerekir. Çünkü, bazı hastalar, bu yarı ölüm halinden, beklenmedik bir an, birdenbire uyanarak, kendilerini veya karşılarındakini öldürebilirler. Bu da paranoid değişmeyle izah olunabilir. (Paranoid tipten bahsederken bu gibi davranışları anlatmıya çalışılacaktır.) Hasta, çevresinde olan biteni farkediyordur ve sonradan hatırlar. Bir aralık bu kargaşalıktan sorumluluğu çevresindekilerin üzerine aktarır, ya da kendi üzerine alır. Her iki halde de suçluyu cezalandırma tepkisi vardır, ya kendini ya başkasını öldürür. Katatoniden paranoid mekanizmaya geçişi, hastanın konuşmalarından ve davranışlarından sezmek, şizofreniyi hissedebilişe ve tecrübeye bağlıdır, ve hayat kurtarıcı olabilir. Kaba bir deyişle ruh hekimi hastanın psikolojik nabzını daima kontrol edebilmelidir. Bu da kalb hastasının nabzını tutmaktan çok daha zor bir sorumluluktur.

a — *Katatonik eksitasyon*'daki hastalar tedavisiz kalırlarsa, yemez, içmez, uyumaz ve sonunda bitkin düşerek, kollaps ile ölebilirler. Bu derece bitkinlik ve kollaps su kaybına bağlanmaktadır. Otopsilerde ölüm sebebi ortaya çıkarılamaz.

Katatonik eksitasyon homoseksüel panik tablosunu hatırlatır. Hastalar o kadar şiddetli panik hali içindedirler. Bazan da homoseksüaliteyle suçlandıran halüsinasyonları vardır. Bu yüzden bazı vakalarda ayırıcı teşhis oldukça zordur.

Stüpörde hasta hipnotik bir kuvvetin etkisi altındadır. Eksitasyonda kuvvetin kendisi olmuştur ve bu yüzden manik eksitasyonla karıştırılabilir. Katatonik eksitasyonda hastanın hareketlerinin kendisi için sembolik ve majik bir anlamı vardır. Hasta için, yaşamak korkunç bir kâbus olmuştur. Bu hal hayvanların ölüm karşısındaki reaksiyonlarına benzetilebilir. Katatonik eksitasyonu manik eksitasyondan ayırmak her zaman kolay değildir. Katatonik eksitasyon, hiç beklenmeden, birdenbire, ve sebepsiz gibi başlar. Manik eksitasyonun başlaması daha yavaştır. Çoğu vakalarda hastaların, fazlasıyla bağlı ve muhtaç oldukları bir kimseyi veya onun sembolik karşılığını kaybetmiş oldukları ve kayıbı inkâr

edip unutmak için, aşırı bir coşkunluk, kendine güvenç, sarhoşluğa benzer bir keyif hali içinde oldukları meydana çıkarılabilir. Mani nöbetinde hasta, gerçekteki kaybını inkâr ettiği için, sanki bir başarı kazanmış gibi bir psikolojik durumdadır. Bu hali sürdürmek için öforik düşünce ve hislerin birinden ötekine geçmektedir. Katatonikte ise, ölüm karşısında duyulan dehşet ve korku hissi hâkimdir. Hastanın birbirini tutmıyan sözleri acı ve korkunçtur. Manideki gibi unutturucu bir sarhoşluk hali yoktur. Kendini küçük görüş, başkalarına suç yükliyerek kin, garez ve nefret hisleri, bir yandan ölüm korkusu varken aynı zamanda kendisinin ve yakınlarının ölümlerini bekleyiş, hastanın konuşmalarında kelime salatası halinde ortaya çıkan konulardan bazılarıdır. Fakat her zaman bu ip uçları yakalanmaz ve ayırıcı teşhiste en son hastayı hissediş üzerinde durmalıdır. Manik hasta karşısındakine hakaret eder, onu küçük görür ve kızdırır, yani ilgisiz kalınamaz, arada bir münasebet kurulmuştur. Katatonik eksitasyondaki hastaya ne kızılır ne acınır, aradaki insan münasebeti kopmuş gibidir. Preadolesans çağlarında daha fazla katatonik eksitasyona rastlandığını da hatırlamalıdır. Hastanın öz geçmişinde mani ve melânkoli nöbetleri ortaya çıkarılırsa teşhise yardımcı olur. Yine de hastanın yakınlarından elde edilen bilgiler her zaman aydınlatıcı sayılamazlar, çünkü tecrübesiz kimselerin görüşleri, şizofrenideki durgunluk ve coşkunluk devreleriyle, mani-melânkoli nöbetlerini birbirinden ayırmaya yeterli olamaz. Katatonik eksitasyonu, aynı çağlarda rastlanan, gelip geçici fakat çok dramatik bir tablo gösteren «homoseksüel panik» ten ayırdedebilmek bilhassa güçtür ve hastanın geçmişteki intibakı hakkında güvenilir bilgiler edinmeyi gerektirir. Şizofreniğin çocukluktan beri hayata intibak edemediği, ancak kaçamak yollarla bu aksaklığı çevresinden gizlemiş olduğu hayat hikâyesinden ortaya çıkarılır.

b — *Katatonik stüpör.* Eksitasyondan stüpöre geçen hasta uykuda gibidir. Stüpörün kaba mânası sersemlemedir. Hastanın boş bir bakışı vardır. Kasıları gevşemiş olduğu için hangi vaziyete sokulursa uzun zaman öylece kalır, yorgunluk ve rahatsızlık hissetmez. Bütün gün ayakta duran, hattâ tek ayak üzerinde duran, kendi üzerine kıvrılmış yatan, dört ayak üzerine çömelmiş gibi duran, sıranın üzerine tüneyen, yüzünü duvara çevirmiş kalan ve daha akla gelmez rahatsız vaziyetlerini değiştirmiyen hastalara rastlanır. Her hastada başka olan bu katılıp kalış-

ların (postürlerin) bir anlamları olduğu, sonradan psikanalitik metotla incelenen vakalarda ortaya çıkarılmıştır *.

Katatonik stüpörde hastaların yüz çizgileri de donmuş, mânasızdır ve olsa olsa dalgınla şaşkın arasında bir ifadeleri vardır. Bazı hastalarda negativizm ön plânda gelir; yemez içmez, idrar ve aptest etmezler. Ölüme yakın olan bu hale bazı yazarlar «Catalepsy» demişlerdir. Stüpör halindeki hastalarda ekolali, ekopraksi, ve otomatik itaat semptomlarına rastlanabilir. Bazan his bozukluğu olur, ve hastalar iğne batırılırsa hissetmez, ışık tutulursa gözlerini kırpmazlar, fakat bu bozukluklar histerideki kadar devamlı ve inatcı değildirler. Histeriyle bu farkları psikodinamik bakımdan bir nevi izah olunabilir: Histeri hastasının semptomları hareket ve duyu organlarındaki kesin bozukluklar üzerine toplanmıştır ve değişmez. Hasta için bir çeşit yaşama, ilgi çekme ve iç-tepkilerin suçluluksuz tatmin olunması yoludur. Hastanın zekâ ve hassasiyet hududtları değişik semptomlar çıkaramıyacak kadar dardır. Şizofrenik te zekâ ve duygu fonksiyonları zengindir ve histeriyi hatırlatan semptomlardan sonra büyüklük hezeyanlarına kapılarak, meselâ kendi peygamberliğine bile inanabilir ve bu yanlış inancını destekliyecek şekilde olayları yanlış yorumlayabilecek hayal zenginliği vardır.

3. *Hebefrenik tip :*

Hebefrenik tipe, Kraepelin'in «erken bunama» tablosuna en çok uyan şizofreni şekli denebilir. Hebefreni, ergenlik çağlarında, sinsi bir şekilde başlar. Başladıktan sonra hastalık çabuk ilerler ve kısa zaman içinde deteryoasyon görülür. İleri derecede regresyonla hasta ilk çocukluğa dönmüştür, ve ne zekâ ne duygu fonksiyonları yaşına uygun bir şekilde işliyordur. Şahsiyet birdenbire yıkılır. Hasta en basit ihtiyaçları için bile başkasının yardımına muhtaçtır. Yemesi, yatması, aptese gitmesi, yıkanması, giyinmesi için başkalarının yardımı lâzımdır. Hebefrenikler aptal ve sarsak görünürler. Ne yaptıklarını bilmezler. Çocuklar gibi olur olmaz gülmeleri tutar. Devamlı halüsinasyonları vardır. Kozmik var oluşa dönmüşlerdir.

---

* Çoğu vakalarda hasta kötü iç-tepkilerinden korunmak için kendini felce uğratmıştır. Bazan da Federn'e göre, regresyonla ilkel Ego konfigürasyonlarından birine dönmüştür; meselâ, kendi üzerine kıvrılmış yatan bazı hastaların postürleri üterüs içindeki duruşlarını hatırlatır. Psikanalizde bu hastalarda doğumdan önceki hatıralar ortaya çıkar (15).

Hebefreni'yi dört guruba ayıranlar vardır (32). Bu guruplama, hastalığın özellikleri üzerinde ayrı ayrı durması bakımında öğretici ve ilgi çekicidir.

a - «Silly» yani çocuklaşmış, salak ve aptal tip hebefreniklerde gülme nöbetlerine sık rastlanır. Konuşmaya benzemiyen garip ve ilkel sesler çıkarırlar. Çocukca inatları tutar, tepinir ve ağlarlar.

b - Melânkolik tip, bazan birdenbire başlar. İlkin şiddetli bir öfkeye kapılır. Sonra, az konuşur, her şeyden şikâyet eder. Hipokondriak şikâyetleri çoktur. Vücutla ilgili halüsinasyonları vardır. Melânkolik görünen hasta, aslında öyle değildir. Duygusuz, alâkasızdır.

c - Apatetik tip, çevresinde olan bitenle tamamiyle ilgisizdir. Tam hareketsizlik içinde, cansız gibidir. Bazan, kısa süren eksitasyon nöbetleri görülebilir.

d - Paranoidi hatırlatan hebefreni vakalarının ayırıcı teşhisi güçtür. Aradaki fark, hebefreniklerin delüzyonlarının otistik, paranoidlerin delüzyonlarının duygusal faktörlere bağlanabilen ve projeksiyon mekanizmasıyla izah edilebilen delüzyonlar olmasıdır. Paranoid delüzyonların mekanizmasında, büyüklük ve perseküsyon hezeyanları vardır. Hebefreniklerin delüzyonları ise hiçbir mekanizmayla izah edilemez.

Hebefreniklerde en fazla zehirlenme delüzyonlarına rastlanır, ve otistik hayatı düşündüren manyerizm, neolojizm daha fazla görünür. Hebefrenik tip ergeç deteryorasyonla sonlanırsa da, kısa süren salah devreleri olabilir. Psikolojik testlerde deteryorasyonun ilk belirtileri, düşüncelerde organizasyon bozukluğu, yakın olayları unutuş, kelime eksikliğidir. Testlerde, hastanın hiçbir şeye bağlanmadığı, hiçbir şey istemediği ve herhangi bir olay karşısında en kolay yolu seçtiği de ortaya çıkarılabilir. Paranoidlerde tam tersi sonuçlar alınır. Hâfızaları kendilerini ilgilendiren olaylar bakımından kuvvetli, düşünceleri iyi organize, kelimeleri boldur, ve olaylar karşısında en çapraşık, fakat delüzyonlarını destekliyecek olan yolu seçerler. Psikolojik testler şizofreni tiplerinin ayrılmasında yardımcı olurlar. Paranoidlerin çocukluk hayatları, kabul edilmeyiş, şüphe ve korku hisleri içinde geçmiştir. Öte yandan, Sulli-

van'a göre, kebefreniklerin, çocukluk çağlarından arda kalmış ve üzerinde durulacak hiçbir hâtıraları yoktur. Ana-babaları onları baştan beri kabul etmemiş, ve her yaptıkları kabahat olmuştur. Bazan da kendilerinden çok üstün olan bir büyük kardeşin çocuğun gelişmesine büsbütün engel olduğu ortaya çıkarılabilir. Kendini küçük gören çocuk parlak zekâlı büyük kardeş yanında büsbütün silinmiş ve gelişmesi olduğu yerde kalmıştır.

Hebefreniklerin soy geçmişlerinde şizofreni nisbeti % 23 etrafında bulunmuştur. Hebefrenideki psikodinamik incelenirse iki faktörden birine rastlanabilir:

I- Hastanın duygu ve zekâ fonksiyonları, ince ve karışık delüzyonal yorumlara imkân verecek derecede kuvvetli ve zengin değildir. Oysa paranoid mekanizmanın işliyebilmesi için hastanın olaylardan başkalarının suçlu olduğuna inandıran yanlış yorumlar bulabilmesi gerektir ve bu da güç iştir.

II- Hastanın içinde yaşadığı realite faktörleri, paranoid mekanizmaya hazırlayıcı olmamıştır. Meselâ, çocuğun kişisel çıkmazları üzerinde hiç durmamış olan ana-baba, onu ilkten kabul etmemiş, kendi problemlerine dalmış olabilirler, ve bahtsızlıklarından kimseyi suçlandırdıkları yoktur. O zaman çocuk da kendini bir çıkmazda hisseder, ve ana-babası gibi kendini idrak edememiş olduğu için, çocukluktan ileriye gelişemez.

Bazı katatoni vakalarında da hastalar gayretlerinin boşluğunu ve hiçbir şeyi değiştirmediğini hissederek daha geri bir regresyonla hebefrenik olurlar.

4. Paranoid Tip :

Paranoid, paranoia'ya benziyen demektir. Paranoianın eski yunancada mânası, değişmiş, bozulmuş akıl demektir. Aklın bir şekli, veya aklın yanında, diye de anlaşılabilir. Bu tipin karakteristiği, hastanın herkesin kabul etmediği delüzyonlar, yanlış inançlar etkisinde kalarak, onlara göre düşünmesi, hissetmesi ve davranışları olmasıdır.

Delüzyonları destekliyen persepsiyon bozukluklarına, halüsinasyon-

lara da gelip geçici şekilde fakat oldukça sık rastlanır. Paranoid tipte, asosyasyon ve afekt bozuklukları da vardır.

Kleist ve arkadaşları paranoid şizofreniyi birçok guruplara ayırırlar: Yalan uyduran (confabulating), halüsinasyonlu, hipokondriak, otistik, pasif homoseksüel, sadakatsizlik delüzyonlarına takılmış, fantastik ve anlaşılmaz delüzyonları olan tipleri ayırırlar. Bir yandan da şizofrenide her şekil delüzyona birden rastlanabileceği, ve hastaların ancak kendilerini en çok sarsan delüzyonlarını açığa vurdukları kabul edilmektedir. Bunlar psikolojik ihtiyaçlarını en fazla karşılıyan yanlış inançlardır. Paranoid şizofreniğin öz geçmişi araştırılırsa, hayat boyunca insan münasebetleri bozuk, aksamış olduğu ortaya çıkar. Psikotik olmadan önce, soğuk, şüpheci, kendi içine çekilmiş; bazan da geçimsiz, kavgacı, kötümser, acı sözlüdürler. Hangi karakterde olurlarsa olsunlar, hastalık başlamadan önce de tenkitlere karşı şiddetli tepki gösterirler.

Paranoid şizofreniklerin öz geçmişlerinde, ana-babalarının onların yaptıklarını değil, yapmak istediklerini, ya da yalan söyliyerek gizledikleri kötü hislerini suçlandırmış oldukları ortaya çıkarılır. Çocuk anababasının istediği gibi olmak ve sevilip kabul edilmek için, onların her sözlerinde, her hareketlerinde gizli bir mâna aramıya çalışır. Ne yapsa, ne söylese, ne hissetse, ne için kabahat sayıldığını anlamak gayretindedir. Alıngan ve şüphecidir. Her olaydan kendine göre bir mâna çıkarmıya başlar. Kabahatsiz olduğunu isbat edecek akıl oyunlarına sapar. Bir yandan da çevresine uyabilmek için karakterini değiştirmek zorunda olduğunu hisseder. Her şeye boyun eğer, uysallaşır. Ya da kendisinin sahiden fena bir insan olduğuna inanarak, herkesin bekledikleri gibi hırçın, kavgacı, agresif olur.

Bazan da, haksız yere kötülendiği, yalanın kurbanı olduğuna inanarak, isyan eder ve kendini nasıl koruyacağını araştırmaya çalışır. Bütün olayları, kendini haklı çıkaracak, başaklarını suçlandıracak şekilde yorumlar ve ilk delüzyonlar başlamış olur. Bazı şartlarda, böyle kerkesi suçlandıran, kendilerini azap çekmiye mahkûm gören paranoid şahsiyetler, psikotik olmadan yaşıyabilirler. Kavgacı, geçimsiz, sert insanlardır, ve başkalarını suçlandırma ihtiyaçlarına uygun bir meslek seçerek hem kendi ihtiyaçlarını tatmin eder, hem de o meslekte başarı göstererek kendilerine güvenleri artmış olur. (Buna bir örnek avukatlık mesleğini seçmektir. Bir de yalancı peygamberleri hatırlamalıdır.) Önünde

sonunda paranoidlerin gerçek hayatla ve çevrelerindekilerle münasebetleri bozulur, ve delüzyonları, kendilerinin en fazla ihtiyaçları olan yanlış inançlar üzerinde toplanarak, kesin ve değiştirilemez bir karakter kazanırlar. Bazı vakalarda, hastaların büyüklük ve suçluluk hezeyanları yoktur, fakat başkalarının fenalıkları ve yapabilecekleri kötülüklerden korkuları, hayata intibaklarını ileri derecede bozar. Kimseyle münasebete girişemez, iyi söze inanmaz, her şeyin arkasında kötü niyeti araştırırlar.

Paranoid tipe en fazla otuz yaşlarından sonra rastlanır. Şahsiyet, daha önce alıngan, şüpheci, inançsız ve kendi içine kapanmıştır. Paranoid değişmenin ilk belirtisi «ideas of reference» dır. Hasta her olaydan, hattâ tabiat olaylarından bile alınmıya başlar, kendi aleyhine bir mâna çıkarır. Alay ediliyordur, aleyhine bir şeyler hazırlanıyordur. Neden öyle olduğunu anlıyamaz, fakat bu histen kurtulamaz. Böyle kendisiyle ilgili şeylerden bir mâna çıkarmak için her zaman tetikte bulunur, ve yaşama enerjisi bu yolda harcandığı için, gerçekte önemli olan birçok işlerini ihmâl eder. Yavaş yavaş, muhakeme bozuklukları başlar. Yanlış bir inançtan kök alan delüzyonlar kuvvetlenir, organize olur, kökleşirler. Psikolojik ihtiyacı olan delüzyonlarının bozulmaması, desteklenmesi için hasta kendisiyle ilgili veya ilgisiz, bütün olup bitenleri kendine göre, yanlış yorumlamak zorundadır. Paranoidler yanlış inançları, olayları yanlış yorumları ve «displacement» yani, birinin yerine başkasını koymaları yüzünden tehlikeli olabilirler. Ana-babalarına karşı kin ve nefretleri fazlalaştığı zaman, benzetiş veya daha başka anlaşılmaz çağrışımların etkisinde kalarak onların yerine herhangi bir kimseye saldırır ve onu öldürebilirler. Paranoid, şuur altındaki nefret ve düşmanlık gibi dayanılması güç hislerin şuur alanına çıkmasını önliyemiyor ve bu hislerden başkalarını suçlandırıyor, onların üzerine aktarıyordur. Bu da Ego'yu koruyucu mekanizmaların en tesirlilerinden, projeksiyon'dur. Paranoidlerde represyonun iflâsı, ve şuur altındaki iç-tepkilerle acı hâtıraların şuur alanına çıkması, «denial» yani gerçeği inkâr edilememesine bağlıdır. İnkâr edilemiyin hiç bir iç-tepkinin, hiçbir hâtıranın ağır basan tarafı şuur altına itilemez ve şahsiyet bunlardan ya kendini ya başkalarını suçlandıracaktır. Başkalarına suç yükliyen paranoidler çocuklarında ileri derecede sadistik davranışlarla karşılaşmış olabilirler. Delüzyonlarının sembolik mâna-

ları anlaşıldığı zaman, geçmişlerinde sadistik karakterde ana-babalarından çok eziyet görmüş oldukları ortaya çıkarılır (33). Projeksiyon sadece kendi iç-tepkilerini ve duygularını başkasının üzerine aktarmak değil, kendisinin o hale düşmesinden yakınlarını veya onların sembolik örneklerini suçlandırmaktır. Başkaları onun durumundan suçlu, ona düşman olduğu için, kendisi kötü olmaktan kurtulmuş, sadece haksızlığa uğramış, ve başkalarının kötülüklerine kurbandır. Ona kötülük yapmak isteyenler «persekütörler» vardır.

Projeksiyon mekanizmasında, hastadaki küçüklük duygusunun, kendine sevgi ve saygısının az oluşunun önemli birer faktör oldukları kabul edilmektedir. Kendine saygısı ve sevgisi eksik olan kimse, başkalarıyla münasebete girmekten kaçınır. Başkalarını suçlandırmıya ve kendisine düşman oldukları delüzyonuna inanmıya başladıktan sonra, kendisine değer vermiye başlar, çünkü değerli olmasa onunla uğraşmazlardı, diye düşünmektedir. Bu düşünceyi yanlış yorumlarla desteklevip kuvvetlendirdikçe, kendini büyük görmiye başlar ve sonunda büyüklük hezeyanına (delusion de grandeur) kapılmış olur. Tam bir kesinlik kazanmamış olan büyüklük hezeyanının arkasında küçüklük komplekси her zaman ortaya çıkmak üzeredir. «Meselâ, kendini İsa zanneden bir hasta, öteki doktorlara gösterilmek istenince, ilkin bundan memnun olmuş ve ne olduğunu isbat edeceğini söylemiştir. takdim günü gelince ileri derecede panik haline düşmüştür. Bunun psikodinamiği, büyüklük hezeyanının yeter derecede kuvvetlenmemiş olmasıyla izah edilebilir. Hasta yaşıyabilmesi için önemi olan bu semptomun bozulmasından korktuğu için panik haline düşmüştür». Bu örnekten anlaşılacağı gibi paranoid şizofrenikler kendilerini büyük, hattâ insan-üstü görseler bile, küçüklük duygusunun hiçbir zaman kaybolmadığını hatırlamalı ve hastaya ona göre muamele etmelidir. Onlara karşı alaycı ve soğuk bir tavır takınmamalı, fakat fazla yakınlık da göstermemelidir. Çünkü başkalarının onları anlayıp sevdiğine hiçbir zaman inandırılamazlar. Kendilerine saygı ve güvenleri olmadığı gibi başka insanların davranışları da onlar için daima şüphelidir, ve arkasında kötü bir niyet olduğunu düşünürler. Delüzyonları münakaşa edilirse çok rahatsız olur ve karşılarındakini onları her zaman tenkit etmiş ve kırmış olan ana-babalarının yerine koyarak tehlikeli tepkilerde bulunabilirler. Paranoidlerle ancak derin psikoterapi yapılacaksa, o da büyük ihtiyatla münasebe-

te girişilebilir. Netice alması çok güç olan psikoterapi yapılmıyacaksa, delüzyonları üzerinde konuşmaktan kaçınmak, onlara insan olarak saygı göstermek, sabır ve hoş görü ile muamele etmek en iyisidir.

Paranoid şizofrenide delüzyonlar, paranoia'daki kadar kesin ve sistemleşmiş olmadıkları için hastalar ara sıra bu destekleyici mekanizmanın iflâsıyla, stüpör haline düşerler, yarı uykuda gibi olurlar. O zamana kadar büyüksü konuşup öyle davranırken, birdenbire stüpör ve sessizliğe geçen hastalar çevreleri için tehlikelidirler. Denial ve projection mekanizmaları işlemiyordur; kin, nefret, düşmanlık gibi iç-tepkilerinin etkisinde kalarak agresif olur ve cinayet işliyebilirler. Paranoidlerde represyon kuvvetli olmadığı için projeksiyon zayıflayıp kendi içlerindeki kötü duyguları başkalarının üzerine aktaramaz oldukları zaman o duyguların etkisinden kurtulamazlar, ve fenalığın kendisi olmuş gibidirler.

Paranoid şizofrenide delüzyonların sağlam ve sarsılmaz olmayışı hastalarda afekt bozukluğuyla beraber asosyasyon bozukluğu da olmasıyla izah edilebilir. Projeksiyon mekanizması düşünceleri birbirine bağlıyarak delüzyonları destekliyen yorumlar yapamayınca gevşemiş, işlemez olmuştur. Paranoid reaksiyonun başlangıcından 5-15 yıl sonra hastada regresyon ilerlemiş olur. Düşüncelerin arasındaki bağlanma kaybolur, afekt küntleşir ve eskiden tecavüzkâr, acı sözlü olan hasta ilgisiz, hissiz görünür. Çevresi ile ilgisi kalmamıştır. Konuşması anlaşılmaz olur. Mırıldanır, garip sesler çıkarır. Saçlarını yolar, yüzünü tırmalar, beşikte gibi sallanmıya başlar. Yemek yemesi yabanileşir, başkalarının tabağından yer, eline ne geçerse ağzına götürür, sigarayla parmağı yanar da aldırmaz. Bazıları yüzlerini boyar; üzerlerine madalyalar, kurdelâlar, aynalar takarak süslenirler. Ellerine ne düşerse; eski gazeteler, fotoğraflar, cam kırıkları, böcek kabukları, ne bulurlarsa ceplerine doldururlar ve bu servetlerinden ayrılmak istemezler. Sanki her şey, onlardaki eksikliği biraz gideriyor gibidir. Bilhassa, hiç okumadıkları eski gazeteleri ceplerinde taşımaları karakteristiktir. Bunun mânası, kaybettikleri realiteye bir çeşit tutunmak ihtiyacı, ya da çocuklardaki gibi ne kadar oyuncağı olursa o derece zenginleştiğine inançtır. Bir de otistik hayatını başkalarından gizlemek için onlar gibi gerçekle ilgili görünmek ihtiyacı olabilir.

Kadın paranoidlerin iyileşerek hastahaneden çıktıktan sonra ya-

bancı bir erkeğe takıldıkları, karşılıklı aşka inandıkları olur. Uzun zaman herkesin kendine düşman olduğuna inanan hasta, bu defa yine kendi icâdı, fakat bu defa aşk ile sevildiği inancına kapılmıştır. Her iki halde de kendi hislerinin projeksiyonu vardır. Aşk hezeyanına kapılan hasta, nefret edilmek ve nefret etmek yerine sevmek ve sevilmek ihtiyaçlarının delüzyonu içindedir. Böyle vakalar, gerçekle ilgisi olmıyan karşılıklı aşk inançları yüzünden, başkalarını çok rahatsız edebilirler ve telefonlarla, mektuplarla bir ailenin rahatını kaçırırlar. Eğer hastaneden çıktıktan sonra, tecrübeli bir psikyatrın kontrolü altında iseler, bu yanlış inançları realiteyle karşılaştırılarak düzeltilebilir. Aksi halde çevrelerinde skandal çıkarırlar ve yeniden hastaneye kapatılırlar.

Paranoid şizofreninin asıl paranoiadan farkı, afekt (hissediş tonu) bozukluğu ile asosyasyon (tedai) bozukluğu da bulunmasıdır. Paranoia da afekt bozukluğu vardır, asosyasyon bozukluğu yoktur. Böyle olduğu için, kendine göre yorumlarla durmadan desteklenen delüzyonlardaki kesinlik hiçbir zaman bozulamaz. "Buna örnek olarak, hastanede hademelik ve ütücülük eden bir hastanın aradan otuz yıl geçtiği halde kendisinin milyoner olduğuna ve akrabalarının onun hakkını yediklerine inacı değişmemiş olduğu görülmüştür. Delüzyonu münakaşa edilmedikçe, nazik, işe yarar ve hademeliği gelip geçici bir durum olarak kabul etmiş, ve otuz yıl ilkel delüzyonu bozulmadan, o halde yaşayıp gidiyordu".

Şizofreniklerdeki delüzyonları paranoid delüzyonlardan ayırmıya yarıyacak bazı özellikler vardır. Şizofrenik kusur ve kabahat üzerinde fazla israr etmez. Ondaki paranoid mekanizma gerçeği kavrayış ve iştirâk edişindeki aksaklıkla izah edilebilir. Kendisini çevresinden tam olarak ayıramıyor, gerçekte olan biteni görüp anlıyamıyor, ve her şeyi kendine göre yorumluyordur. Yabancılık, haksızlığa uğramışlık, sevilmeyiş hislerine rağmen, her zaman bunlardan başkalarını suçlandıramaz, ve katatonik stüpör nöbetleri olur. Yahut, delüzyonlarını herkesten saklıyarak bir çeşit intibak yolunu bulur. Şizofrenik değişme arifesinde, şahsiyet herkes gibi bir insan olmaya gayret eder, ama olamaz. Paranoid mekanizma gelişecekse, üstelik kusursuz ve kabahatsiz bir insan olmak ister. Geçmişteki hayatı sade suçluluktan ibaret gibidir, ve bu gibi kabul edilmiyen hislerle davranışları kimse farketmesin diye,

o üstten alır, hırçın, geçimsiz, tecavüzkârdır. Paranoid olmıyacak şizofrenik ise, sadece şaşkınlık içindedir ve hiçbir geçmişi olmamış gibidir. Bütün hâtıraları korku ve dehşet hisleridir. Bu yüzden ne kendisinde, ne başkalarında suçluluk bulamaz.

Paranoid mekanizmanın ileri yaşlarda gelişmesindeki psikodinamik faktörler düşündürücüdür. İlk şizofreni belirtileri arasında suçluluk duygusuna rastlanırsa ilerde paranoid değişme beklenebilir. İlkten herkesi suçlandıran paranoid şizofrenik, bu inancı bozulmasın diye kimseye söylemez, ve ancak orta yaşlarda çevresine intibakını büsbütün bozan şartlarda (kuvvetini kaybediş, para kaybı, harp, sürgün, fantezi bir aşk hikâyesinin iflâsı, ve bunlara benzer kendine güveni büsbütün azaltıcı olaylar) içindeki kin ve nefretle başkalarına suçluluğu yükleyişi ortaya çıkar. Paranoid değişmede rol oynıyan faktörler arasında, içinde yaşanılan çevrenin, kültürün ve ailedeki münasebetlerin üzerinde durulmalıdır. Meselâ, Museviler gibi, bütün felâketlerin kendilerine geldiğine inanan ve bundan bir büyüklük payı çıkaran ırklarda ve buna benzer inançları olan ve kendilerini büyük görüp de herkesin onları kıskandığı ve düşman olduğunu kabul etmiş ailelerde, paranoid değişmeye bir zemin hazırlanmıştır. Büyüklük duygusu ve cefa çekmek nasibine inanç olan ailelerde, ilk çocukluk çağlarındayken sarsıntılar olmuş ve ana-baba bütün olanlardan kaderlerini ya da başka kimseleri suçlandırmışlarsa, çocuk bu yorumların etkisinden kurtulamaz ve ilerde her aksadığı zaman suçu başkalarına yükliyecektir. Bazan da paranoid bir büyük kardeşle, paranoid bir baba, çocuğun ilerde paranoid olmasını önleyici bir etki bırakırlar; çünkü o yaşlarda büyük bir problemi olmıyan çocuk, paranoid inançları gerçekle karşılaştırarak aksadıklarını farketmiştir. Bu şartlar içinde yetişen kimse, sonraları başkasını suçlandırırken temkinli olmayı öğrenmiştir.

Paranoid mekanizmayla homoseksüalitenin münasebeti :

Paranoid, projeksiyonla kendi kötü duygularını başkasına aktarmakta olduğu için, başkalarının onu kötü ve suçlu bulduklarına ve bu yüzden düşmanı kesildiklerine inanmaktadır. Bu arada kendisine, cinsel sapık ve homoseksüel dendiğine de inanmaktadır. Paranoid reaksiyonla homoseksüalitenin münasebetleri üzerinde geniş ölçüde araştırmalar yapılmış ve yapılmaktadır. Freud, paranoidlerde gizli homoseksüel iç-

tepkilerin psikodinamik rolleri üzerinde ısrar etmiştir. Ona göre, gizli homoseksüel iç-tepkilerini inkâr eden şahsiyet, başkalarının kendisine homoseksüel bir ilgiyle bağlandıklarına, ve kendisine homoseksüel dendiğine inanmaktadır (34). - O zamanlar Freud'ün çok az sayıda paranoid hastayla çalıştığını ve cinsel iç-tepkilerin represyonuyla birçok konflileri izah etmeye çalıştığı hatırlanırsa paranoiayı da bu şekilde yorumlayışındaki faktörler aydınlatılmış olur. - Daha sonraki literatürde paranoia ile homoseksüalite arasındaki münasebetleri inceliyen çok sayıda yazılar vardır; ancak bu konuda henüz bir anlaşmaya varılmış değildir. Bu alanda geniş tecrübeleri olan yazarlardan bazılarının ilgi çekici anlayışlarını hatırlatmak yerinde olacaktır.

1 — *Silvano Arieti'ye göre:* (27)

"Çoğu vakalarda hasta homoseksüel iç-tepkileri çirkin ve ayıp sayılan bir kültürde yaşadığı için onları inkâr eder ve suçluluğunu başkalarının üzerine yükler. Freud'ün Schroeber vakasında olduğu gibi, sevilen kimse «persekütör» dür ve hastayı her zaman homoseksüeliteyle değil de casusluk, vatan hainliği, namussuzlukla da suçlandırabilir. Bütün bu suçların hasta üzerindeki duygusal etkileri birbirine eşittir. Hepsi de toplumdan atılış, sevilmeyiş, suçlandırılmak, düşman sayılmak duygularını kamçılar. Bu yersizlik ve kabul edilmeyiş duyguları, ilk çocukluk çağlarında ana-babanın şefkatsizliklerinden kök almış bir duygunun bir sebebe bağlanarak izahı gibi anlaşılabilir. Sevilip kabul edilmediğine göre kendisi kötü ve ahlâksız olsa gerektir. O zaman, hırsız, homoseksüel, vatan haini, casus olmak arasında duygu ve ahlâk ölçüleri bakımından fark yoktur. Gizli homoseksüel iç-tepkilerini represyonla inkâr eden bütün insanlar paranoid olmadıkları gibi, bütün paranoidlerde homoseksüel iç-tepkiler açığa çıkarılamaz. Üstelik homoseksüalitenin ayıp sayılmadığı kültürü olan toplumlarda her çeşit paranoid reaksiyonlara rastlanmaktadır. Yardımcı psikolojik testler de *Paranoid şizofreni*de homoseksüel ilgilerden fazla cinsel intibaksızlık, seks idantifikasyonunda keşmekeşlik ve şaşkınlık olduğunu gösteren sonuçlar vermektedir.

2 — *Harry Stack Sullivan'a göre:*

"Paranoid mekanizma, çoğu defa adolesansın ortalarına doğru başlamaktadır. Çocukluğunda acı ve kırıcı hayat tecrübeleri olan genç in-

sanın kendine saygı ve sevgisi yoktur. Kendini bir hiç saydığı için, ne aynı cinsten ne öteki cinsten insanlara, hattâ hayvanlara bile bağlanamaz. Böyle, bütün canlı mahlûklardan uzak ve bağlılıksız yaşıyan bir kimsede homoseksüel ilgi, yani insan arası bir bağlılık olması beklenemez. Aynı zamanda, adolesans çağındaki gencin, bir insan dostluğuna ihtiyacı yanında, cinsel iç-tepkilerini tatmin ihtiyacı da vardır. Bu yaşlarda kadından korku veya kadına saygı aşırı derecede artmıştır. Eğer bir zaman kendi cinsinden arkadaşları olmuş ve sevilmiş, kabul edilmişse: «hiçbir kadın beni anlamaz, ama zeki bir erkek anlayabilir» diye düşünür. Böylelikle erkek arkadaşa bağlanır. (Bu bağlanışta aktif olarak değilse bile sembolik ve fantezi olarak cinsel bir tatmin de olabilir.) Fakat böyle bir bağlanmaya, homoseksüel ilgi demek yanlış olur. Bu, yalnızlık içindeki bir kimsenin girişebildiği biricik insan münasebetidir." (18, s. 150, 151 - 153).

Paranoia ile homoseksüalite arasındaki münasebet üzerinde yeni araştırmalar.

Hastaların % 35'indeki psikotik olmadan önce homoseksüel münasebet, psikozdan sonra ise bunu tekrarlamadıkları ortaya çıkarılmıştır (35). Başka bir araştırmada vakaların % 20 sinde delüzyonlar homoseksüaliteyle ilgili bulunmuştur (36). Narkoanaliz, homoseksüel ilgilere, paranoitlerde katatoniklerdekinden daha fazla, alkoliklerdekinden daha az nisbette rastlandığını göstermektedir (37). Derin psikoterapi yapılan 205 şizofreni vakasından 128 paranoidin geçmişlerinde homoseksüel münasebet ortaya çıkarılmış ve psikoterapi devam ederken homoseksüel reaksiyonlar ve o konu etrafında konuşmaları görülmüştür (38).

5. Şizoafektif (schizo-affective) tip.

Şizoafektif tipin karakteristiği his ediş tonunda (afekt) ve heyecanlardaki aşırı derecede bozukluk ve ölçüsüzlüktür. Başka şizofreni tiplerinde rastlanmıyan bir çeşit heyecan taşkınlığı vardır. Sözleri ve davranışları heyecanlı görünür, ve çoğu defa manik depresif psikozla karıştırılır. Öte yandan birçok yazar, şizofrenik ve afektif psikozların, aynı hastalığın başka devreleri olduğunu savunurlar, ve iki şekil hastalık tablosuna özel semptomların birbirine karıştığı vakaları yayınla-

mışlardır. Şizoafektif tipin psikoza geçmezden önce şizoit şahsiyet olduğunu ortaya çıkarmış araştırmalar da vardır (39).

Bazı vakalarda hastalık hipomanik bir tabloyla başlar ve az zamanda hebefrenik tipe geçer. Çoğu vakalarda başlangıç sinsidir, depresyon hali o kadar açıkca farkedilmez. Hastalar kendi içlerine kapanmış, başları önlerine düşük, etraflarıyla ilgisiz görünürler. Depresyonda rastlanan suçluluk duygusu ve kendilerini suçlandırma delüzyonları yoktur. Melânkoli içinde olduklarını söyler fakat öyle görünmezler. Depresyondaki gibi psikomotör yavaşlama yokttr. Zaman zaman gülme ve ağlama nöbetleri olur. Sebepsiz bir matem içinde olduklarını söylerler, fakat depresyon vakalarında olduğu gibi, acıklı bir kayıbın ümitsizliği içinde değildirler. Mani ve melânkoliyi hatırlatan afektif bozukluk tabloları yanında yavaş yavaş şizofrenik değişmenin belirtileri ön plâna çıkar. Bunların başında depersonalizasyon hissi gelir, ve hastalar şahsiyetlerinin değiştiğini, sahiden var olmadıklarını hissederler. Dikkatlerini toparlıyamazlar. Şaşkına döndüren, anlatılmaz, korkunç düşüncelere saplanırlar. İllüzyon ve halüsinasyonların etkisi altındadırlar. Şizofreni semptomları gittikçe kuvvetlenir ve tabloya hâkim olursa da bu tip şizofreni deteryorasyonla sonlanmaz.

6. *Psödopsikopatik (Pseudo-psychopathic) tip.*

Son yıllarda Kaplan (40), Hoch ile Dunaif (41), antisosyal davranışları yüzünden psikopat teşhisi konan fakat incelenirse şizofreni oldukları ortaya çıkarılan vakalar yayınlamışlardır. Bu vakalarda, benliklerini kaplıyan yaygın bir «anxiety», çeşitli nörotik semptomlar, cinsel olgunlaşmalarında karışıklık ve idantitesini idrak etmemişlik ortaya çıkarılır. Hırsızlık, serserilik, çifte evlilik (bigamy), haydutluk, kız bozma, afyon ve alkol iptilâsı, cinsel sapıklık gibi çeşitli antisosyal davranışları yüzünden bu hastalara psikopat damgası vurulur. Psikopat deyincede, genel olarak, yaptığından sorumlu, akıl fonksiyonları sağlam bir karakter bozukluğu anlaşılmaktadır. Bu cinsten hastalar antisosyal davranışlarının cezasını çeker, hapishaneye düşerler. Bilhassa askerlik ve hapis gibi serbest yaşamalarına engel olan hallerde açıkca psikotik oldukları görülür. Psikozdan sonra şizofreninin bütün semptomları görülürse de, deteryorasyon olmaz. Bu da represyonsuz iç-tepkilerini antisosyal hareketlerle dışarı vurmuş olmalarıyla izah edilebilir. Bu tip has-

talar, iştirak edemedikleri toplumun hayat kaidelerine isyan ediyorlardır.

Antisosyal davranışları yüzünden bu hastalar; psikoz başlangıcında, agresif olan ve yakıp yıkan, cinayet işliyen başka tip şizofreniklerle karıştırılırlar.

E. Bleuler, 1910 da basılan «Text Book of Psychiatry» de "Bu hastaların hangi devrede psikopat, ve ne zaman açıkca şizofrenik olduklarını kestirmek güçtür" diye yazarak bu tipi ilk olarak tefrik etmiş olduğunu göstermektedir. Bu tip hastalarda, şizofrenik değişmeden önce, fobik, obsesif, hipokondriak semptomlara rastlanması, onları hakiki psikopatlardan ayırmaya yarar. Bir de, psikopatlar gibi başkalarının hayatlarına iştirak etmezler ve yaptıklarından keyif almazlar.

Federn'in yazdığı gibi, "Psikopatik davranışların şizofrenik değişmeden koruyucu bir etkisi olduğu" da psikodinamik bakımdan mânalandırılabilir. Duygusal eksiklikler yüzünden ana-babaya karşı kin ve nefret dayanılmaz derecede artınca, preşizofrenik şahsiyet, onların sembolik karşılığı olan topluma isyan ederek antisosyal olur, ve bu şekilde iç gerginliğini boşaltmış, nisbeten azaltmış olur. Bir yandan da, isyankâr ve toplumun nizamlarına aykırı bir harekette bulunmazsa kendi benliğini kaybedecekmiş gibi bir duygunun etkisi altındadır. Adolesans çağında, dünyanın toptan yok olmasını isteyiş ve buna benzer yıkıcı fantezi ve hayaller de babanın sembolik karşılığı olan kuvvete, aynı zamanda ananın sembolik karşılığı olan besleyici toprağa isyan diye yorumlanabilir. Preşizofreniklerde, psikoza düşmemek için ciddi ve sarsıcı bir şey yapmak iç-tepkisi bazan intihara ve adam öldürmeye kadar götürür (30). Preşizofrenik devredeki psikopatik ve antisosyal davranışların en ileri bir şekli olan adam öldürmeden sonra o zamana kadar panik içinde yaşıyan hasta birdenbire sakinleşir. Sanki yapmak zorunda olduğu bir şeyi yapmış da rahatlamış gibidir. Bu yüzden de, şizofreniden kurtulmuş olurken yaptıklarının kanunî cezasına çarpılırlar. Çünkü onlarda artık psikopatolojik bir semptom ortaya çıkarılamaz. Ancak geçmişlerinde çevrelerine ne dereceye kadar intibaksız oldukları incelenir ve isbat edilirse, işledikleri suçtan sorumlu olup olmadıkları hakkında bir karar verilebilir, ve hapishaneden akıl hastahanesine geçirilmiş olurlar.

Tanınmış çocuk psikyatrı Lauretta Bender, erken yaştan beri takip ettiği vakalardan toplu bir klinik tablo çıkarmış ve adolesanlarda rastlanan psödopsikopatik şizofreninin seyrini dört devreye ayırmıştır :

I — Beşyaşından önce homeostatik bozukluklarla otistik semptomlar. II — Bülûğ (puberty) den önceki yaşlarda anxiety, vücudu garip hissediş, hareket bozuklukları, düşüncelerde asosyasyon bozukluğu, psikolojik testlerde karakteristik değişmeler. III — Bülûğdan adolesansa geçerken, nörotik reaksiyonlar, suçluluk duygusu, geçmişlerindeki olayların psikolojik önemini inkâr, paranoidlerdekine benzer büyüklük tavırları.

IV — Adolesanstan sonra otistik semptomların yeniden çıkması ve apaçık bir şizofreni tablosu. Bu klinik tabloya psödopsikopatik tipten ziyade psödonörotik demek daha yerinde olacak gibi gelmekteyse de, çocuk psikyatrisiyle uğraşanlar için hatırlanması yerinde olur.

Psödopsikopatik şizofreni vakalarına çoğu defa psikopat teşhisi konulduğunu tekrarlarken, psikopatların bazı ekollerce hasta sayılmadıklarına ve bu yüzden tedavi edilecek yerde cezaya çarpıldıklarına dikkati çekmek isteriz. Oysa psikopat doğru teşhis edilmişse en çaresiz ruh hastası sayılmalıdır. Psikopat da çok zeki, sevimli, fakat hayatında, ana-babası dahil kimseye duygusal bir bağla bağlanmamış, bütün yaptıklarından sorumsuz, kendinin ve yakınlarının yarınlarını düşünemiyen bir şahsiyettir ve değiştirilemez bir intibaksizliği vardır. Böyle, serseri, ayyaş, kurnaz, güvenilmez ve tehlikeli psikopatlar başkalarını kızdırır, kıskandırır, korkutur, aldatır, sevilir veya nefret edilirler. Psödopsikopatik şizofreni hastası ise aklına geleni yapar, isyankârdır, fakat yaptığından psikopat gibi hiç olmazsa o an için bile tat almaz, ve hiçbir ihtiyacı tatmin olunmuş değildir. Bütün davranışlarında yabancılık vardır, ve başkaları ona ne kızabilir ne de acıyabilirler. Ayırıcı teşhiste bütün bu özelliklerin yanında klinik tecrübeyle desteklenen seziş ön plânda gelir.

7 — Psödonörotik tip ve sınır (Borderline) vakaları.

Hoch ve Polatin'in psödonörotik şizofreni (42) diye tarif ettikleri, ilgi çekici hastalık tablosuna, genel hastanelerde sık, akıl hastanelerinde seyrek rastlanmaktadır. Bu müşahede bile hastaların uzun zaman psikonörotik kalarak gerçek hayatla münasebetlerini kaybedip psikoza geçme-

diklerini gösterir. Eskiden beri birbirinden farksız bir şekilde tarif edilmiş olan bu hastalık tablosuna, değişik adlar verilmiştir.

Psödonörotik tip şizofreni; sınır vakası; prepsikotik; gizli; ambülatuar; sübklinik şizofreni; gizli, örtülü şizofreni gibi terimler kullanmışlardır. Bu tip şizofreniyi teşhiste bazı güçlükler vardır. Psikotik değişmeye uğramadan önce hastalarda açıkca şizofreni semptomları görülmez. Nörotik semptomlar ön plânda olurlar ve psikonöroz teşhisi konmasına yardım edecek özellikler yoktur.

Bu tip hastalarda, şizofrenik semptom olarak yalnız Bleuler'in anladığı mânada, «ilkel» semptomlar ortaya çıkarılabilir. İlkel semptomlardan, düşünce bozuklukları asosyasyonlardan ip ucu çıkarılan, uzun ve dikkatli psikyatrik muayeneyle (43) ve seri halinde psikolojik testlerle ortaya çıkarılır. İlkel semptomlar kolayca meydana çıkarılamıyan vakalarda, sırayla, her cinsten psikonörotik semptomlara birden rastlanması teşhis için üzerinde durulacak bir özelliktir, buna pan-nörozis denir. Hastalar yaşamalarına engel olan, hiçbir şey yapmalarına imkân vermiyen, devamlı ve şiddetli bir anxiety ve iç gerginliği içindedirler. Ego psikozlardaki gibi yerle bir olmamış ve iflâs etmemiştir; korunma mekanizmalarının hepsini seferber etmiş, ve şuur alanına çıkmak üzere olan sarsıcı hâtıralarla hisleri bu şekilde represyonla geri itiyor, onları kabul ve idrâk edişten sonraki sarsıntılardan korunuyordur. Çeşitli nörotik semptomlara, hep birden rastlanması psikodinamik bakımdan bu şekilde izah olunabilir. Bu vakalarda, çeşitli nörotik semptomlar, psikonörotiklerdeki gibi hastaların psikolojik ihtiyaçlarını tatmin etmiyor, semptomlar, hasta olduğunu kabul ettirip çevresindekileri kendi hesabına kullanmasına yardım etmiyordur. (Secondary gain» yoktur.

Nörotik semptomların, psikozdan, yani realiteden büsbütün uzaklaşmaktan koruyucu bir fonksiyonları vardır. Aslında şizofrenik olan hasta, nörotikler gibi semptomlarla her hangi bir iç-tepkisi tatmin olunmadığı, ve semptomlar etrafındakileri kullanmasına yaramadığı için, semptomatik şikâyetleri üzerinde durup teferruatla anlatmaz. Zaten ondaki pan-nörozis semptomları nörotiklerdeki gibi sağlam ve yerleşmiş değildirler, her an bozulup kaybolabilirler. R. P. Knight, sınır vakalarındaki nörotik semptomları, bir ordunun öncülerine benzetir. Ego'yu koruyucu mekanizmaların ortaya çıkarttığı histerik, fobik, opsesif semptom-

lar; daha geride pusuya yatmış ve gizlenmiş olan zayıf düşmüş Ego'yu korumaktadırlar. Knight'in psikanalitik izah şekli, sınır vakalarında hatırlanırsa, hastanın psikoza geçmesini önlemiye faydası olur. Bu da, nörotik semptomları ortadan kaldırmıya çalışmayıp, tam aksine, en zararsız olanlarını sezip onları kuvvetlendirmekle olur. Yâni en az intibak bozucu semptomlarla ve onlara alışarak yaşanabileceğini hastaya hissettirmektir. Sınır vakası teriminden, hastaların realite sınırlarını aşmamak için, nörotik korunma mekanizmalarından faydalandıkları anlamı çıkarılabilir. Ayırıcı teşhiste Bleuler'in ilkel semptomları yanında, pan-anxiety, pan-nörozis, panseksüaliti, semptomlarını araştırmalıdır.

«Pan-anxiety», hastaya rahat nefes aldırmıyan ve ne yapmak istese engel olacak kadar bütün hayat fonksiyonları üzerinde etkisi olan, bir nevi içten gelen ve sebebi anlaşılamıyan korkudur. Pan-nörozis, opsesyon, kompülsiyon, fobya, histeri, depresyon, hipokondri, depersonalizasyon, nörasteni, gibi nörotik semptomların çoğuna birden rastlanmasıdır

Bütün bu semptomlar hastanın iyileşmek ümidini azaltırlar ve bu yüzden oldukça ağır bir depresyon içindedir. Hiçbir dış olaya, hastalık, sevdiklerinin ölümü gibi psikolojik düşkünlük sebeplerine bağlanamıyan bu depresyon halini reaktif depresyonla karıştırmamalıdır. Pan-nörozis'te topluma isyan, dramatizasyon, antisosyal davranışlar, uyuşturucu madde ve alkol iptilâsı da olabilir. Hastalar, devamlı ve dayanılmaz anxiety'lerini azaltabilecek her çareye baş vururlar. Şuur altında gelişen korunma mekanizmalarının eşiti olan bu gibi reaksiyonların ve davranışların amaçları aynıdır, ve anxiety duygusunun dayanması güç olan şiddetini azaltmaktır.

Pan-seksüalite, cinsel gelişmesi duraklamış olan hastaların, her olaydan ve bütün persepsiyonlarından seksüel bir mâna çıkararak, ya cinsel sapıklıkla, ya da fantezi ve sembolizmle bu ihtiyaçlarını tatmin etmeleridir. Bilindiği gibi histerik semptomların, fetişizmin, fobilerin, sadomazohistik davranışların psikodinamiklerinde olgunlaşmamış seksüalitenin sembolik reaksiyonları rol oynamaktadır.

Sınır vakalarını zamanında teşhis ve psikodinamiklerini aydınlığa çıkarmak, hastaları psikozdan kurtarabilir. Bu vakalardaki nörotik semptomlar ne kadar rahatsız edici ve hayata intibaka engel olsalar da, bu tipten hastalardaki zayıf represyonu destekliyor, büsbütün kaybolmaktan

koruyordurlar. Represyon zayıfladıkça, hastalar nefret ve kin duygularını şuur alanında farketmiye başlarlar ve geri tepilen bu duygulara tahammülleri olmadığı için realiteyi inkârla psikotik olabilirler. Bu mekanizma kavranmış olursa, el yıkama gibi ritüalistik semptomların kaybolmasından pronostiğin kötüye gittiği mânası çıkarılır, ve psikoterapide ona göre davranarak hastaya yardım edilir. Bu vakalarda nörotik semptomların zayıflama veya kaybolmaları tehlike işaretidir ve psikoterapi yapılıyorsa yanlış bir adım atılmış olduğunu gösterir.

Sınır vakalarını psikonörozlardan ayırabilmeye yarayan bazı özellikler daha vardır. Bu tipten hastaların düşünce fonksiyonlarında blokaj olur, kelimeleri kendilerine göre yorumlayarak konuştukları, şüpheci, alıngan oldukları farkedilir. Yaşamaları için önemli olaylarla ilgilenmezler. Başarısızlıklarını kolayca kabul ederler. Çevrelerinin kötü etkilerine kapılır, hiçbir işde tutunamazlar. Gelecekleri hakkında realist olmıyan tasarıları vardır. Anlatması ve anlaşılması imkânsız fantastik rüyaları vardır. Uyanık hayattaki olaylarla rüyadakileri birbirinden ayıramazlar.

M. Schmideberg, sınır vakalarını ilgi çekici bir şekilde anlatır : "Bu hastalar, muvazenesizliklerinde muvazene bulmuşlardır ve değişmek istemezler. Çoğu defa duygusal reaksiyonları beklenen gibi olmaz. Belki de hiçbir şey hissetmiyorlardır. Söyliyecek hiçbir şeyleri yok, içleri boşalmış gibidir." Bu boşluk hissi, represyon, kondansasyon ve inkâr mekanizmalarıyla izah edilebilir. Represyon olması paranoid değişmeyi önlemektedir. Hastalarla münasebete girişilir ve araştırılırsa, bu mekanizmaların korkunç ve sadistik fantezileri frenlediği ve hastayı ileri derecede antisosyal davranışlardan koruduğu ortaya çıkarılabilir. Bazan da hiçbir şekilde mâna verilemez ve ilkel olarak kabul etmek gerektir (44).

Bir zaman gelir, hastalar, çektikleri azapların, uğradıkları haksızlıkların hatırasından kurtulamaz, unutamaz ve bağışlıyamzlr. Unutmayı korkaklık diye alırlar. Ne gibi davranışları olacağı belli olmıyan bu durumdaki hastaların yapacaklarını önlemek için onları ,sebepsiz korkuları (anxiety) ile yaşamıya alıştırmalıdır. Başka bir anlatımla, eğer psikoza geçmek tehlikesi varsa «insight» verici, yani şuur altı materyelini şuur alanına çıkarmaya yarıyan yorumlardan hemen vazgeçmek gerektir. Bu durumda olan hastaları, Federn'in tavsiye ettiği gibi rep-

resyonlarını kuvvetlendirmiye çalışarak, «rerepresyon» la tedaviye çalışmalıdır, çünkü kuvvetli represyon realiteye intibakı, az da olsa koruyabilir ve psikotik değişme patlak vermez (15).

8 — Had, konfüzyonlu tip.

Had, konfüzyonlu tipin özellikleri, Sullivan'ın esas şizofreni dediği katatoni başlangıcını hatırlatır. Hasta panik halinde, birdenbire ölümle ve yoklukla karşılaşmış olmanın dehşeti içindedir. Kendinden geçmiş, gözleri yerinden uğramış, etrafındakilere şüphe ve korkuyla bakıyor, anlaşılmaz sualler soruyordur. Depersonalizasyon hissi, illüzyonları ve halüsinasyonları vardır. Kendinin ve çevresinin şuurlu olarak farkında değil, dezoriantedir. Kişileri birbiriyle karıştırdığı için, hiç sebepsiz, birdenbire kendini veya başka birini öldürebilir. Bu tip şizofreni kanıçılayıcı bir olaydan sonra birdenbire başlar, ve kısa aralıklarla eksitasyon ve stüpör nöbetleri görülür. Hastalık kısa zamanda iz bırakmadan iyileşir. Hastalar iyileştikten sonra hiç bir şey hatırlamazlar. Bu tipi ilk bakışta Katatoni'den ayırmak güçtür, ve ancak hastanın yakınlarından aydınlatıcı bilgiler edinilmesi ayırıcı teşhise yardım eder. Had başlıyan bu vakalar bazan kronikleşebilirler. Dinle ilgili delüzyonları olan, mistik hastalarda pronostik iyidir. Paranoid, büyüklük hezeyanı olan hastalarda pronostik fenadır. Bu tipte cinsiyetlerinin değiştiği delüzyonuna rastlanması da karakteristiktir. Boisen'in 75 vakasından % 53 ü tam iyileşmiş, % 16 sında nükusler görülmüş, % 13 ü sonradan paranoid, % 9 u Hebefrenik olmuştur (45).

9 — Çocuk Şizofreni'si.

İki yaşından küçük çocuklarda klasik şizofreni semptomlarına rastlanırsa da bu tip şizofreni'nin etyolojisi aydınlatılmamıştır. Bu alandaki araştırmalar üstelik şizofrenik reaksiyonların etyolojilerinin organik veya psikojenik olduğuğunu savunan teorilerden şüphe ettirmektedir.

Lauretta Bender geniş ölçüdeki tecrübelerine dayanarak, çocuk şizofrenisinde organik değişme görülmiyen yaygın ansefalitin etyolojil rolünü savunan müşahedeler yayınlamıştır. L. Bender'in fizyolojik etyoloji tezini destekliyen müşahedelerden biri de, şizofrenik çocukların, beyin fonksiyonları bozulmuş olan yaşlı hastalarda rastlandığı gibi, uyuş-

turucu ve kamçılayıcı ilâçlara karşı yetişkindekinin aksi reaksiyon göstermeleridir; medela Fenobarbital verilince taşkınlıkları artar. Benzedrin'le uyuşurlar. L. Bender'in çocuk şizofrenisini teşhiste üzerinde durduğu muayene tekniklerinden biri, çocuğun başının tepe noktasına parmağınızı koyunca, topaç gibi olduğu yerde dönmesidir (46). Çocuk şizofrenisinin etyolojisinde, konstitüsyonel ve psikojenik faktörlerin aynı derecede rolleri olduğunu ileri süren yayınlar da vardır.

Çocuklarla münasebete girişerek, içinde yaşamakta oldukları psikojenik faktörleri yakalayabilmek kolay olmadığı için şizofrenik değişme çoğu defa erken teşhis edilemez. Halbuki, şizofreni başlangıcı ne kadar erken teşhis edilirse hastayı ilerdeki deteryorasyondan kurtarabilmek imkânları o derecede artar.

Lauretta Bender, çoğu vakaları, geri kalmış, konuşmaz, hareketsiz, otistik, intibaksız diye tarif eder. Tam aksi bir tabloyu gösteren vakalarda vardır: çabuk olgunlaşan, parlak zekâlı, çok hareketli, erken konuşmıya başlıyan, Tanrı ve sonsuzluk problemlerine takılan çocukların da ilerde şizofrenik oldukları müşahede edilmiştir.

Lauretta Bender'e göre "bulûğdan önce rastlanan bütün ağır psikozlar ergeç şizofrenik değişmeye uğrıyacaklardır. Sekiz yaşından sonra, halüsinasyon ve delüzyonlara rastlanabilir. İlk çocukluktan sonra şizofreninin başlaması sinsidir. Şizofrenik olacak çocuklar öteki çocuklardan garip bir şekilde çekinir, onlarla kaynaşmaz, uzak kalırlar. Spor gösterilerine, bilhassa takım oyunlarına iştirâk etmezler. Kendi içlerine kapanmış, o yaştaki bir çocuğu ilgilendirmiyen problemlere takılmışlardır. Rüyalarında, herkesi şaşırtan ve hayran eden bir şekilde duvarların üstünden uçar, kulelerin tepesinden düşer de yaralanmaz, ender rastlanan kuşları avlar, insan üstü olurlar. Bu gibi rüyaların analizi bazı vakalarda erken teşhise yardımcı olur. Bazan da preşizofrenik çocuklar, kavgacı, atak, vahşidirler, ve realiteyle münasebetleri olmadığını kavramış da isyan eder gibidirler. Okuldaki başarısızlıkları yüzünden çoğu kere zekâlarından şüphe edilir, fakat I.Q. leri (zekâ dereceleri) normal bulunur. Çocuk şizofrenisi başlamadan önce, uykusuzluk, huzursuzlk, sinirlilik, dalgınlık gibi karakteristik belirtiler bir sebebe bağlanamıyorsa, şizofreni başlangıcı düşünülmeli, ve tecrübeli bir psikyatra danışılmalıdır. Çocukluk çağında yakalanan şizofreni tomurcuklarına karşı tedbirler alınabilirse bir şahsiyet dağılıp kaybolmaktan kurtarılmış olur.

Çocuklarda erken otizm.

Ünlü çocuk psikyatrı Kanner, 2-3 yaşındaki çocuklarda, kendi içine kapanma, obsesyonlar, çevreyle ilgisini kaybedip tam mânasıyla otizm içinde yaşamayla karakterize ettiği bir sendrom tarif etmiştir (47). Otistik çocuklar çevreleriyle ilgili olmadıkları için, her hangi bir olay karşısında hiçbir tepki göstermezler, meselâ, aç bırakılsalar bu ihtiyaçlarını anlatmak için ağlamazlar, şefkat gösterilirse umursamazlar.

Kanner'in vakalarında, otistik çocukların ana - babaları zeki ve değerli, fakat ilim veya sanata dalmış, çocukla yeter derecede ilgilenmemişlerdir. Böyle, kendi hayatlarına dalmış yaşıyan ana-babanın çocukları, onlarla idantifiye olmak ve kendi şahsiyetlerini bulamaz, bir kalıba giremezler. Erken otizmin bir karakteristiği, idantifikasyon yapmamış olan çocukların, kendilerinden «sen», karşılarındakinden «ben» diye konuşmalarıdır. Kimliklerini idrâk etmedikleri için insanlara yaklaşmaz, cansız şeylere, eşyalara takılırlar ve bağlanırlar. Meselâ, evdeki her hangi bir eşyanın yeri değiştirilirse, bir tahta parçası, kırık bir iskemle ortadan kaybolursa çok rahatsız olur, hırçınlaşırlar. Tahta parçası, kırık iskemle gibi bağlandıkları şeyler geri verilirse, saatlerce oynarlar ve sâkin, ciddî, zeki bir çocuk diye görünürler.

Çocuk şizofrenisinin organik beyin hastalıklarından, başka psikozlardan ayırıcı teşhisi pronostik bakımından son derece önemlidir.

VI

ŞİZOFRENİNİN SEYRİ VE PRONOSTİĞİ

Şizofreninin seyri ve pronostiği her vakada değişik olabilir ve hastalığın ne şekilde ilerliyeceği, nasıl biteceği kolay kestirilemez. Meselâ, bütün had başlıyan vakalar kısa zamanda iyileşmezler, sinsi başlıyan vakalar da her zaman deteryore olmazlar.

Şizofreniyi anlayış ve hastaların tedavilerindeki metotlar son yıllarda çok değişmiş olduğu için pronostik eskiden olduğu kadar kötü sayılamaz. Hastadaki ilkel şizofrenik değişmede bir fark görülmese bile, çoğu zaman «social recovery» yani topluma karışıp, kendine bir fonksiyon bularak yaşamak imkânları sağlanabilir. Bilhassa psikojenik faktörlerin ön plânda geldiği ve oldukça anlaşıldığı vakalarda pronostik iyidir. Kronik şizofreniklerin bile psikolojik ihtiyaçları sezilir ve karşılanırsa toplum içinde yeniden yaşamaları temin edilebilir. Öte yandan bazı erken vakalar tedaviye cevap vermezler veya gittikçe kötüleşirler. Nüks ve salâh devreleri olur.

Genel istatistikler, vakalarda % 60 deteryorasyon, % 40 sosyal iyileşmeye rastlandığını göstermektedir. En kötü pronostiği olan vakalarda bile yirmi yıl süren salah devreleri görüldüğü yazılmıştır.

Hastahaneye yatırılan hastaların yakınlarının ilgileri ve anlayışlı olmaları pronostik bakımından son derece önemlidir.

Tecrübelere dayanan istatistikler, hastalığın başlangıcından bir iki yıl geçmeden hastaneye yatırılan ve tedaviye alınanlarda pronostiğin iyi olduğunu göstermektedir. Hastalık ne kadar geç teşhis edilmiş ve tedaviye ne kadar geç başlanmışsa pronostik o nisbette kötüdür. Çocukta şizofreni ne kadar erken başlarsa pronostik o nisbette kötü, yetişkinde ise aksine ileri yaşlarda başlıyan şizofreninin tedavisi ümitsizdir. Statistik olarak da isbat edilebilen bu müşahedelerin psikodinamik izahları, şi-

zofrenik değişmeyi aydınlatmak bakımından ilgi çekicidir. Küçük yaştaki çocuk şizofrenik olduğu zaman, kendine göre bir hayat yolu bulmuş, otizmi içinde rahattır, ve bunun değiştirilmesine karşı tepki gösterir. Yetişkinde şizofreni ne kadar ileri bir yaşta başlarsa, Ego'yu koruyucu mekanizmaların, hayat boyunca başarılı olamadıklarını düşündürür ve psikoza geçtikten sonra Ego tam yok olmuş demektir, hiçbir şekilde yeniden doğrultulamaz.

Hangi tip olursa olsun, şizofreniğin geçmişteki hayatının incelenmesi hastalığın seyrini ve pronostiği aydınlatır. Hastanın prepsikotik devrede, hayattan zevk alıp almadığı, başkalarıyla münasebete girişip girişmediği, gerçek ve amaçlı bir işle uğraşıp uğraşmadığı, cinsel hayatındaki intibaksızlıklar, toplumun nizamlarına isyan veya boyun eğiş pronostik için üzerinde durulacak noktalardır. Uzun süren bir intibaksızlık hikâyesi varsa pronostik kötüdür. Geçmişinde çevresine azçok intibak edebilmiş ve sarsıcı bir olaydan sonra şizofrenik olmuş hastalarda pronostik iyidir. Hastalık tipinde, anxiety, öfke, agresivite, kıskançlık, depresyon gibi duygusal tepkiler varsa, pronostik bakımından ümit vericidir. Bu gibi tepkiler ve davranışlar, hastanın çevresiyle ilgisini büsbütün kesmemiş olduğunu gösterirler. Onunla bir nevi münasebete girişebilmek imkânı var demektir. Hastanın öz geçmişinde mani ve melânkoliyi hatırlatan afektif reaksiyonlar olmuşsa, pronostik kötü sayılmaz. Şizofreni tipleri iyice ayrılabilirse, pronostik üzerinde çok aldanılmamış olur. Had ve fırtınalı bir şekilde başlıyan vakalarda kısa zamanda kendiliğinde iyileşme beklenebilir. Literatürde, dört günle iki hafta arasında iyileşen ve hayat boyunca tekrarlıyan katatoni vakaları yayınlanmıştır (48).

Bu müşahedelerden, katatonide her zaman iyileşme bekleneceği anlaşılmamalıdır. Katatonik reaksiyonların her zaman hebefrenik veya paranoid şekle dönebileceği hatırlanmalıdır.

Hebefrenide çok geriye regresyon olduğu için sonu deteryorasyondur; bu da hastalık tablosunun başlangıcından beri görülür. Paranoid tipte sosyal iyileşme beklenebilir ve hastalar delüzyonlarını başkalarından saklamanın yolunu bularak, çevrelerine bir nevi intibak edebilirler. Paranoid mekanizma her hangi bir sebeple iflâs ederse, hastalık hebefreni veya katatoniye döner ve pronostik değişir. Büyük bir çoğunlukla, paranoidlerin sonları da deteryorasyondur, fakat bu çöküş uzun zaman

içinde olur ve yaşlılık bunamasıyla karıştırılır. Simple tip ilk bakışta o kadar ağır bir hastalık tablosu göstermezse de pronostik hiç iyi değildir. Bu tipteki şizofrenide hastalar şizoit şahsiyetlerde olduğu gibi, fakat şizofrenik kalarak yaşamanın bir yolunu bulmuşlardır. Çevrelerindeki anlayışlı ve müsamahalı kimselerin sırtından yaşarlar ve az şeyle yetindikleri için kimseye fazla yük olmazlar. Ancak aksi tesadüfler yüzünden hastalıkları teşhis olunur da akıl hastanesine düşerlerse, hebefrenikler kadar çabuk deteryore olurlar. Simple tipte anxiety o kadar şiddetli olmadığı için hasta kendini zayıf, silik, iddiasız bir kimse olarak kabul etmiş ve kimseyle çatışmadan yaşamıya alışmıştır. Represyon ve neticesi olan denayal, projeksiyon gibi çevresindekileri rahatsız edici mekanizmalar gelişmemiştir.

Şizofrenik Deteryorasyon.

Şizofrenik deteryorasyon ihtiyarlık bunamasında rastlanan şuur bozuklukları gösterirse de, incelenirse aradaki fark ortaya çıkarılır. 65 yaşından yukarı ve 20 yıl hastanede kalmış şizofreniklerde orientasyon ve hâfıza bozukluğu gibi organik beyin hastalıklarında görülen semptomlar yoktur. İlk görüşte ihtiyarlık bunamasını andıran şizofrenik deteryorasyon, Rorschach ve başka projektif testlerle incelenirse, entellektüel fonksiyonların bozulmuş olmadığı görülür. Şizofrenide «emotional», yani duygusal bozukluk ön plânda gelmektedir. Projektif testlerde şahsiyetin öz geçmişindeki kırılmalar, sevgi eksikliği, hakkı yenilmek, ve bunlarla ilgili, kabul edilmeyiş, yaşamaya hakkı olmayış duyguları ortaya çıkarılır ve deteryorasyon realiteyle çatışmaktan yorulmuş olan Ego'nun iflâsı gibi anlaşılmalıdır. Üstelik, uzun zaman gerçek hayatla ilgisini kesmiş ve kendi âleminde yaşamış olan hastanın entellektüel ve duygusal fonksiyonları, kullanılmayan organlar gibi, dumura uğramıştırlar. Uzun zaman delüzyon ve hallüsinasyonların etkisinde yaşamış olan hasta, ileri derecede regresyon ile ilk çocuklukta yaşıyor gibidir, duyguları ve düşünceleriyle çevresini idrâki de yeni doğmuş bir çocuktaki gibidir. Şizofrenik deteryorasyonda hasta aptal ve bunak görünür. İlkel ihtiyaçlarının tatmini için başkalarına muhtaçtır.

Şizofreniyi teşhiste üzerinde durulacak özellikler.

Aşikâr psikoz semptomları göstermeden önce, sinsi ilerliyen, gizli şizofreni vakalarının erken teşhisi şahsiyeti çöküntüden kurtarmak im-

kânlarını artırır, fakat o nisbette de güçtür. Erken teşhis için hastanın öz geçmişi, klinik tablo ve yardımcı olarak projektif psikolojik testlerden mâna çıkarılır. Projektif testler, gizli şizofreni veya sınır vakalarında, Bleuler'in ilkel semptom dediği asosyasyon bozukluklarını ortaya çıkarmaya yardım eder. Psikyatrik muayenede, paranoid mekanizma ile delüzyonlarını ve düşünce bozukluğunu gizliyebilen hastalar, projektif testlerde teşhisi kuvvetlendiren ip uçları verirler. Bunu bir örnekle aydınlatmak istersek, meselâ herkesin kendine düşman olduğuna inanan ve psikyatrın da onlardan biri olduğunu sanan hasta, güvenemediği bir yabancıya delüzyonlarından lâf etmez, hattâ aldatmak ve inançlarını gizlemek için tam aksine davranışları olur, sempatik, anlayışlı ve rahat bir insan gibi görünür. Projektif testlerde, meselâ Rorschach'ta hastaların mürekkep lekeleri karşısındaki tepkileri, onların iç hayatlarındaki konflileri yakalamıya yarıyacak ip uçları verirler. Rorschach testinde hastaların mürekkep lekeleri karşısındaki tepkileri toptan incelenirse şahsiyetin yapısı ve konflileri hakkında bilgiler edinilir. Bu da klinik teşhise yardımcı olur. Rieman'ın araştırmalarına göre projektif testlerle % 65 nisbetinde şizofreniyle psikonörozu birbirinden ayırmak mümkün olmaktadır (49). Şizofreniyi düşündüren özellikler: Konfabülâsyon (olmamış şeyleri uydurup onlara inanmak), asosyasyon bozukluğunu ele veren cevaplar, (çirkin ve kaba semboller, delüzyonlardan kök alan muhakeme tarzı, üzentili ve yapmacık imajlar gibi); beklenen ve konvansiyonel cevapların çok ender oluşu, mürekkep lekelerini büyüklük küçüklük ve şekil olarak birbirinden ayıramayış, teşhis için dikkati çekmelidir. Şizofreniklerde anxiety çok şiddetli olduğu ve duyguları, hâtıraları represyondan kurtularak her an şuur alanına çıkabildikleri için Rorschach testinde alışılmış ve beklenilen cevapları olmaz, mürekkep lekelerinden kendi konflilerini açığa vuran sembolik mânalar çıkarırlar, (paranoidlerin her kartta kendilerini tehdit eden bir işaret parmağı görmeleri buna örnektir.) Kartların bütünü üzerinde değil de teferruatı üzerinde dururlar. Lekelerin simetrik olduğunu farketmezler. Dinle ve metafizikle ilgili mânalar çıkarırlar. Seks hayatlarındaki keşmekeşi ve konflileri açığa vuran cevapları çoktur, meselâ, lekeleri görünce bozulur ve penise ya da vulvaya, üterüse benzetirler. Paranoid değişmenin başlamış olduğu vakalar, kartlar gösterilince birdenbire bloke olur ve hiçbir cevap vermezler. (Bu reaksiyon da henüz paranoid kesinliğin gelişmemiş olduğu ve şahsiyetin delüzyonlarını koruma ihtiyacı fazla olması diye anla-

şılabilir.) Bazı şizofrenikler kolayca duygusal tepki göstermedikleri için siyah-beyaz kartlar karşısında konflikleriyle ilgili bir ip ucu vermezler, fakat sıra renkli kartlara gelince duygusal tepkileri, beklenmedik bir şok gibi ortaya çıkar. Psikolojik testler sade şizofrenik değişmeyi değil, hastalardaki obsesif-kompülsif, histerik, fobik mekanizmaları da ortaya çıkarmaya yardım ederler.

Ayırıcı teşhis kolay olmıyan sınır vakalarında, damar içine 0,50 gram sodium amytal zerkedip «free association», yani hastanın aklından ne geçerse söylemesiyle, ilkel düşünce bozuklukları ve duygusal konfliler aydınlığa çıkarılabilir.

Rorschach testinin sonuçlarını incelerken, Priotekosvki'nin alfa endeksi faydalı bir araçtır. Bu endekse göre kartın bütününe verilen cevapların sayısı altıyı geçmez. Renkleri gölge gibi renksiz görme, renkli görmeden fazladır. Kara lekeler karşısında şok görülür. Şizofrenikler şekillerin ancak yüzde otuzunu kesin bir şekilde farkederler, gerisini sınırsız ve kesin olmıyan bir şekilde görürler, yani % 70 i hakkında bir şey söyliyemezler. Şizofreniklerin çoğu defa kartlar karşısında birbirine benzer, stereotip cevapları olur, ve bu da otizm içinde yaşadıkları için en kolay reaksiyonları seçmiş olmaları diye izah edilebilir. İnsan arası münasebetler için nasıl bir kaçamak, kendilerini ele vermiyecek bir davranış şekli bulmuşlarsa, kartlar karşısında da birbirine benzer ve ip ucu vermiyen cevapları vardır. Wexler-Bellevue zekâ testinde şizofreniklerde «Performance İ.Q.» nın «Verbal İ.Q» dan çok geri olduğu Wladowsky'nin istatistiklerinde görülmektedir(50). Bu özellik de şizofreniyle zekâ eksikliği vakalarını birbirinden ayırabilmeye yarar.

VII

AYIRICI TEŞHİS

Klinikte şizofreniye benziyen birçok sendromlara rastlandığı gibi, başka akıl hastalıklarıyla karıştırılan şizofreni tabloları da vardır. Pronostik ve tedavi bakımından ayırıcı teşhis, vakaları erken teşhis için üzerinde dikkatle durulması gereken bir önemdedir, ve o nisbette de güçtür. Çünkü her ekol, her memlekette şizofreni diye aynı anlayışı savunmaz. Asıl güçlük akıl hastalıklarında birinden ötekine geçiş, bir kontinuum olmasına bağlanabilen, hangi fonksiyonların daha çok bozulduğunu ayırd edemeyiştir.

I — ŞİZOFRENİYE BENZİYEN HASTALIKLAR

a - Şizofreniform psikoz :

Langfelt ve arkadaşları tarafından tarif edilen bu tabloya literatürde geniş ölçüde rastlanmaktadır. Bu tabloyu şizofreniden ayıran özellikler hastanın geçmişteki hayatına uymıyan bir şekilde psikolojik bir bir stres karşısında aşırı bir tepki göstermesi ve gerçekle münasebetinin tam olarak bozulmasıdır. Toksik veya enfeksiyöz hastalıklarda da bazan buna benzer had psikozlara rastlanabilir. Stres ortadan kalkınca hastalık tablosu da kaybolur. Şok tedavileri de iyi sonuç verir, daha çabuk iyileşmeyi sağlarlar.

b - Oneirofreni :

Meduna'nın tarif ettiği bu sendromda, hasta korkulu bir rüya içinde yaşıyor gibidir ve çevresindeki gerçek olaylarla ilgisi kesilmiştir. Bu tip hastalarda karbonhidrat metabolizması bozukluğu da vardır. Kol-

laps, zehirlenme, gebelik toksikozu, kronik nefrit, şizofreniform psikoz hallerinde de hastalar kâbuslu bir rüya içinde gibidirler ve gerçekte var olmadıklarını hisseder, nerede olduklarını bilmezler. Her şeyi dumanlı görürler, pis kokular duyarlar, kulaklarında dayanılmaz bir gürültü vardır, duyu fonksiyonları ileri derecede bozulmuştur. Hastalık kendiliğinden iyileşir ve hastalar hiçbir semptomu hatırlamazlar. Bu tabloyu şizofreniden ayırmıya yarıyan özellikler, realist ve sembolik olarak asosyasyon bozukluğu olmayışı, hissedişte bir acayiplik olmayışı, negativizm ve kendi içine çekilmeye rastlanmayışıdır (52).

c - Reaktif Psikoz :

Birdenbire şizofrenik semptomlarla psikoz tablosu gösteren hastaları şizofreniden ayırmıya yardım eden karakteristikler, öz geçmişlerinde, okula, iş hayatına, cinsel hayata ve münasebetlere intibakları aksamamış olmasıdır. Hastalık, kolayca ortaya çıkarılabilen kamçılayıcı bir olaydan sonra birdenbire, içindeki isyan, nefret ve düşmanlık duygularının açığa vurulmasıyla başlar. Fakat bu isyanda bile aşırı bir taşkınlık yoktur. Kaba bir anlatımla, karakteristik olarak hasta terbiyesini bozmamıştır. Reaktif psikozda şiddetli halüsinasyonlara, orta derecede paranoid düşüncelere, ve illüzyonlara rastlanır. Tedaviyle iyi sonuçlar alınır, fakat paranoid düşüncelerin izleri kaybolmaz ve ilerde aşırı derecede alkolizme rastlanır. Bu sekellere rağmen şahsiyetin topluma intibakı bozulmamıştır. Warren ve Cameron (53) 11-16 yaşlar arasındaki adolesanlarda, gelip geçici psikoz vakaları yayınlamışlardır. Bu vakaları şizofreniden ayıran, geçmişteki hayata intibaklarında bir aksaklık olmadığıdır. Karakteristik semptomlar ileri derecede anxiety, uykusuzluk ve gece eve giren hırsızlardan korkudur. Halüsinasyonlar içinde, panik halindeki bu vakaların hepsi tamamiyle iyileşmiştir. Reaktif psikozlarda organik bir etyoloji olup olmadığı henüz aydınlatılmış değildir. Bu hastaların geçmişlerinde psikoza hazırlayıcı psikodinamik faktörler bulunmayışı, organik bozukluğu büsbütün inkâr etmeye engel olmaktadır.

d - Had Paranoia :

Bazı yazarların «polimorfik delirium» dedikleri, had paranoiada psikolojik büyük bir iç gerginliği veya büyük fizik yorgunluktan sonra sırasıyla, olaylar ile ilgili illüzyonlar, hallüsinasyonlar ve delüzyonlar

olur. Etyolojinin daha ziyade psikojenik olduğu kabul edilmektedir (52). Kriz geçtikten sonra şahsiyet bozukluğu kalmaz.

e - Psikojenik Psikoz :

Bu sendromun özellikleri, tiklerin ağır bir psikolojik traumadan sonra birdenbire başlaması, halüsinasyon ve delüzyon olmayışı, hissediş bozukluğuna ve konfüzyon şeklinde şuur bozukluğuna rastlanmayışı, ve hastalığın üç aydan fazla sürmeyişidir. Hastalar, şaşkın, aldanmış ve nerede olduklarını şaşırmış oldukları için şizofrenik gibi görünürler, oysa bu halleri kendinin ve çevresinin farkında olmayış değil de düşünce ve muhakeme fonksiyonlarını bozukluğuyla ilgilidir.

f - Homoseksüel panik (Kempf hastalığı) :

İç hayattaki konfliler veya dış olayların etkisiyle, insan panik haline düşebilir, ve davranışlarıyla duyguları ileri derecede bozulur. Bu gibi panik hallerinde kişi sadece ilkel ihtiyaçlarının iç-tepkilerine kapılmıştır, ve bu ihtiyaçlarını tatmin için önünde engel tanımaz. Bu panik halini tahrik eden konfliyi veya olayı aydınlığa çıkartmak her zaman kolay olmaz, fakat tahrik edici faktör ortadan kalkınca hastalık da geçmiştir. Homoseksüel panik, üzerinde çok durulmamış ve aydınlatılmamış klinik tablolardan biridir. Kamçılayıcı sebepler arasında, çoğu defa kendi seksinden bir kimsenin ölümü veya ayrılışı, bazan da yorgunluk, hastalıklar, cinsel iktidarsızlık korkusu, cinsel münasebetlerde bozukluk, kendisine yapılan cinsel tecavüzler, nihayet kendini basbayağı yabancı hissediş ortaya çıkarılabilir. Homoseksüel panikte rastlanılan semptomlar; ileri derecede telâş ile huzursuzluk; küçüklük ve suçluluk duyguları üzerinde ısrar eden taşkınca konuşmalar; fazla alınganlıkla ne söylense kendi üzerine alış; homoseksüel münasebetleri yüzünden suçluluk duygusu; küçüklük ve suçluluk duygularını artıran halüsinasyonlar ve delüzyonlardır. Ayrıca, çok agesif olurlar ve herhangi bir kimsenin üzerine saldırıp öldürmek isterler, ya da intihara teşebbüs ederler. Çoğu vakalarda şizofrenik reaaksiyonu hatırlatan bir şaşkınlık (perplexity) hali vardır, fakat dikkatli psikyatrik muayene ile assosyasyon bozukluğu, ne de ileri derecede duygusal bozukluk olmadığı meydana çıkarılabilir. Homoseksüel panik tablosu çoğu defa klâse edilemiyen şizofreni tipleriyle veya paranoid tipin başlangıç devreleriyle karıştırılabilir.

g - Manik-depresif Psikoz :

Daha önce de üzerinde durulduğu gibi, şizofrenik değişmeyle, afektif bir psikoz olan manik-depresif psikozun sınırları tam olarak ayrılmış değildir. Bu yüzden bazı klinik tabloları tarif için, andojen psikoz, şizo-afektif psikoz gibi tereddütlü terimler kullanılmıştır. Stainbrook'a göre şizofreni gibi asosyasyon bozukluğunun ilkel semptom olduğu bir sendromla, heyecan bozukluklarının ön plânda geldiği manik-depresif psikoz arasında çok büyük fark yoktur (54). Bu anlayışı da kontinium, yani iki kutup arasında duyguyla düşüncenin birbirleriyle karışmalarındaki nisbetle ve şahsiyet bozukluğunun bu iki kutup arasında hangi noktada başladığı ile izah edebiliriz. Stainbrook'un bu müşahadesi de, eskiden Avrupa ekollerinde, manik teşhisi konan hastaların bugünkü anlayışla şizofreni diye kabul edileceğini gösterir. Cobb da yayınladığı vakalara dayanarak bu iki şekil şahsiyet bozukluğu arasında kesin bir sınır çizilemediği üzerinde durmuştur (55). Cobb, iki tip hastalığa, genetik incelemelere dayanarak şizo-afektif psikoz denmesini kabul etmez.

Şizofreniyle manik-depresif psikozun ayırıcı teşhislerinde; manik-depresiflerde ailede aynı şekilde devrî reaksiyonlar olması, piknik bünye, mani ve depresyon nöbetlerinin birbirini takip etmesi afektif psikozu düşündürür. Şizofreni başlangıcındaysa, ilkten çok ileri derecede psikolojik düşkünlük ve depresyon, psikomotör yavaşlama, gerçekle ilgili olmıyan bir derecede küçüklük ve suçluluk duyguları, kendini değersiz ve bazan şeytan kadar kötü hissediş, erken uyanma ve uykusuzluk, iştahsızlık, zayıflama, aklını toparlıyamamak, kızamamak, ağlıyamamak, en korkunç ve küçültücü intihar teşebbüsleri, çevresiyle tam ilgisizlik, bu hastalığı manik-depresif psikozdan ayırmıya yarayan özelliklerdir. Yine de şizofrenik semptomların ortaya çıkması uzun sürdüğü ve hastalar keyifsiz, melânkolik gibi göründükleri için şizofreni teşhisi koymakta ihtiyatlı olmalıdır. Öte yandan, ilkten manik-depresif teşhisi konmuş olan hastaların teşhislerinin sonradan, hastalığın seyri dolayısiyla şizofreniye değiştirildiği akıl hastanelerindeki dosyalarda sık görülen bir olaydır.

Manik hastalar çevrelerindeki hayatı ve kişileri yutar gibidirler. Şizofrenik ise ne kadar afektif ve eksite görülürse görünsün, çevresinin farkına varmıyordur. Ayırıcı teşhis üzerinde dururken şizofreniklerin

de soy geçmişlerinde manik-depresif reaksiyonlara rastlanabileceğini hatırlamalıdır.

h - İnvolüşyonal psikoz :

Yaş dönümünden sonra görülen involüşyonal psikozun iki tipi tarif edilmiştir. Klâsik ve melânkoli denen huzursuz, ajite tip herkesce bilinir, ve başka sendromlarla karıştırılamaz. Bir de paranoid tip vardır ki ayırıcı teşhiste zorluk verir. Polonio'nun yayınladığı vakalarda, şizofreniklerin % 17 sinde hastalığın kırk yaşından sonra başladığı gösterilmektedir (56). Vakaların % 50 sinde kamçılayıcı bir olay tesbit edilmiştir. İnvolüşyonal psikoz çoğu kere yavaş ve sinsi başlar. Hastalıktan önce hayata ve çevreye intibak aksamış değilse de bazı araştırıcılar psikozdan önce obsesif ve fobik semptomlara rastlandığını yazmış ve cinsel intibaksızlıkları olduğtnu meydana çıkarmışlardır (57). Yaş dönümü psikozunda, katatoni ve hebefreniyi hatırlatan tablolara rastlanırsa da, çoğunlukla parnoid semptomlar ön plânda gelirler (56, 57). Çoğu vakalarda hastalar depresyon halinde görünürlerse de, tahrik karşısında çabuk kızıp parladıkları, yani depresyondaki gibi psikolojik düşkünlük içinde olmadıkları ortaya çıkar. Yaş dönümü psikozunda tipik delüzyonlara rastlanır; vücutlarının değiştiğine, zamanın çabuk ilerlediğine, hayatlarının bittiğine inanırlar. Cinsel tecavüze uğramaktan korkarlar. Dünyanın sonu gelmiş ve bundan kendileri sorumlu imiş diye düşünürler. Kıskançlık delüzyonlarına, yarı rüya hallerine, illüzyonlara ve duyma halüsinasyonlarına da rastlanır ve bu semptomlar hastada şiddetli bir anxiety'ye sebep olurlar. Kendiliğinden iyileşme nisbeti % 37 dir. Elektoşok tedavisine en iyi cevap veren vakalar yaş dönümü psikozlarıdır. Tedaviyle veya kendiliğinden iyileşmiyen vakalar yavaş yavaş deteryorasyonla sonlanırlar. Bazan da büyüklük delüzyonlarına kapılarak, sarhoş gibi bir hal içinde, hiçbir şeyi ciddiye almıyarak saçmasapan konuştukları olur.

i - Propşizofrenia (Propschizophrenia) :

Çok eskiden beri Alman ekollerinin tarif etmiş oldukları aptallıkla şizofreninin birbirine karıştırıldığı bir sendroma bu ad verilmektedir. Şizofreniden ayırıcı teşhiste, «mental defectif» lerin heyecansız, çevrelerinde olan biteni farkedemiyen, birdenbire eksitasyon nöbetleri görülen,

sebepsiz yere sağa sola saldıran, yüz çizgileri mânasız kimseler oluşları bir fikir verir. Fakat bu karakteristiklere şizofrenide de rastlandığı için, ayırıcı teşhisde psikolojik testlerin denenmesi lâzımdır. Wexler - Bellevue zekâ testinde şizofreniklerin kelime konstantları (Verbal İ.Q.) yüksek, birşey yapmadaki konstantları (Performance I.Q) düşüktür. Zekâ eksikliğindeyse bunun tam tersi bulunur.

j - Paranoia ve paranoid reaksiyonlar :

Paranoid şizofreni ile paranoia'nın ayırıcı teşhisi her zaman kolay değildir. Birçok yazarlar hakikî paranoia diye bir sendromu kabul etmezler. Modern psikyatrinin önderlerinde H. S. Sullivan'a göre, paranoidlerin öz geçmişleri iyice araştırılırsa, şizofrenik bir devreyi atlatıp, iyi işliyen projeksiyon mekanizmasıyla şahsiyetlerini dağılmadan kurtardıkları ortaya çıkarılır (18). E. Kretschmer, paranoianın özel bir sendrom değil de bazı kimselerde rastlanan bir şahsiyet tipi olduğunu savunur (58). Ayırıcı teşhisi ilk bakışta güçleştiren, her iki sendromda projeksiyon mekanizmasından kök alan delüzyonların tabloya hâkim olmasıdır. Yalnız, şizofreniklerin delüzyonları dayanıksız ve geçici iken paranoidlerin delüzyonları kesin ve değiştirilemez bir karakterdedir. Şizofreniden kurtulmuş olan bu tip hastalarda muhakeme, münakaşa, realiteyi aydınlık bir şekilde görme fonksiyonları bozulmamıştır. Çevreleriyle münasebetleri, delüzyonlarına dokunmadıkça iyi gider, fakat müsbet bir işde tutunamazlar.

Frazer Steele'e göre ayırıcı teşhiste üzerinde durulacak bir nokta, paranoidlerin psikozdan öncede paranoid karakterde oldukları, fakat şizoidler gibi intibaksızlık göstermedikleri ve okulla iş hayatlarında aksamadıkları, psikozun şizofreniye nisbetle çok daha geç başlaması, ve hastalık ne kadar uzun sürse de delüzyonların ön plânda kalışıdır. Deteryorasyon hiçbir zaman görülmez (59).

k - Gebelik Psikozları :

Gebelikte, doğumdan önce ve doğumdan sonra rastlanan psikotik tepkilere sık rastlanır, ve akıl hastanesine yatırılan kadın hastaların % 18 - 19 unu teşkil ederler. Klinik tablo ve semptomları bakımından, en fazla şizofrenik ve sırasıyla manik-depresif, şizo-afektif reaksiyonlar görülür (60). Gebelik psikozu olacağı şüphe edilmesi gereken

bir şahsiyet tipi tarif edilmiştir. Bu kimseler, mahcup, kendi içlerine kapanmış, inatcı, geçimsiz, kavgacı olurlar ve kadınlığı benimseyip kabul etmemişlerdir. Öz geçmişlerinde, idrarını tutamayış, depresyon nöbetleri, fobiler, hipokondriak semptomlar vardır.

Doğumdan sonraki psikotik tepkiler çoğu defa katatonik ve paranoid tepkilerle karıştırılırlar (61). Fakat bu vakalarda, şizofrenide rastlanmıyan suçluluk duygusuyla ona bağlı depresyon sık görülür ve çocuğu öldürdüklerine ya da sakatladıklarına inandıran delüzyonları vardır (62). Bazı ruh hekimleri preşizofrenik kadınların çocuk doğurmakla psikozdan kurtulacağına inanır ve gebeliği sağlık verirler. Bu anlayış, kişisel olarak ve cinsel olarak kendi idantitesini bulmamış olan şahsiyetin çocuk doğurursa kendini idrak edeceğine inanmak diye izah edilebilir. Bu anlayışın zıddını savunan araştırıcılar da, preşizofrenik şahsiyete gebelik veya başka sorumlulukları yüklemekten çekinirler ve bize göre preşizofrenik şahsiyet hiçbir sorumluluğu yükünü kaldıramaz, ancak kendini kurtarmasına yardım edilebilir ve bunun yolları da psikoterapi konusunda münakaşa edilecektir. Gebelik psikozunda prepsikotik şahsiyet tipi kadar, sosyal ve kültürel faktörler de rol oynarlar; meselâ istenmiyen bir çocuğun aldırılması Katoliklerde ve Müslümanlarda günah sayılır, sofu Musevilerde ve Dönmelerde ise böyle bir şey düşünülemez bile. - Tabii bütün bu kültürel faktörlerin de psikodinamik sebepleri araştırılmıştır, - Gebelik psikozu, preşizofrenik şahsiyette ortaya çıkarsa pronostik kötüdür, yoksa doğum yaptıktan sonra iz bırakmadan iyileşir. Kendiliğinden iyileşen vakalarda bile psikopatolojik faktörlerin ağır bastıkları hatırlanmalı ve hasta sonraları anlayışlı bir şekilde takip edilmelidir. Bunun yanında gebeliğin preşizofrenikte başka stresler gibi kamçılayıcı bir rol oynayıp şizofrenik değişmenin başlamış olabileceği de unutulmamalıdır.

l - Hapis psikozları :

Hapise kapatılmak, çevresinden ayrılmak, hüküm giyip uzaklaştırılmak, kişide ümitsizlik ve suçluluk duygusunu artırdığı depresyonla karışık psikotik değişmeye sebep olabilir. Bunu eksperimental olarak yaratılan «Sensory deprivation» a yani duyu organlarıyla çevresiyle münasebeti tamamiyle kesilmiş kimselerdeki halüsinasyon ve delüzyonlu psikozlara benzetebiliriz. Hapis psikozunu başka bir sebebe bağlanmı-

yan, sadece kapatılmış olmaktan doğan bir hastalık tablosu diye kabul ettirecek müşahedeler yoktur. İlginç bir istatistik, hapisteki 7583 askerden 361'inin psikotik olduğunu göstermektedir, ve bu vakaların da önceden hasta oldukları anlaşılmıştır. Hastaların % 22.4 ünde zekâ eksikliği % 72,6 sında şizofreni teşhisi konmuş ve 38'inin de uyuşturucu madde kullandıkları öğrenilmiştir (63).

m. Ganser sendromu :

Bu sendromun karakteristik semptomları, tutmıyan cevaplar, kişiliğini idrak etmeyişe bağlı hâfıza yokluğu (amnezi), histeri gösterileri, kendini kaybedip gidişler, depresyon ,anxiety, şaşkınlık, eksitasyon halleri, halüsinasyonlar ve bazan da dezoryantasyonla konfüzyon gibi şuur bozukluklarıdır. Şizofrenik reaksiyonun bir devresine bağlanabilen bu sendromu ayrı bir tablo olarak ve bazan da demensiya paralitikada görmek mümkündür (64).

n. Depersonalizasyon sendromu:

Kısaca, hüviyetini kaybediş diye hatırlatacağımız depersonalizasyon semptomuna birçok akıl hastalıklarında rastlanırsa da kendi başına bir depersonalizasyon sendromu kabul edenler de vardır (65). Depersonalizasyona temporal lobe epilepsisinde ve şizofreni başlangıcında erken semptom olarak rastlanabileceği hatırdan çıkarılmamalıdır.

Tarif edilen depersonalizasyon sendromunun dört karakteristik semptomu vardır: 1 - Hüviyetini kaybediş, gerçek olmayış duyguları; 2 - Depresyon, apati, şaşkınlık gibi afekt bozuklukları; 3 - Düşüncelerini toparlayıp birbirine bağlıyamayış; 4 - Kafası uyuşmuş, beyni yokmuş gibi bir his. Depersonalizasyon sendromunun şizofrenideki semptomatik depersonalizyondan farkı, halüsinasyon ve delüzyon olmayışı, deteryorasyona gitmeyişidir. Bu sendrom büyük şok yapan kayıplardan sonra görülür ve bir iki yıldan fazla sürmez.

o. Psikonörozlar :

Psödönörotik tip şizofreni tarif edilirken belirtildiği gibi, şahsiyeti dağılmadan kurtaran, Ego'yu koruyucu mekanizmalar kuvvetli olduk-

ça nörotik âraz ön plânda kalır. Bu da, represyonun kuvvetli bir şekilde desteklenmesi demektir. Psikonörozda anxiety şiddetlidir, fakat represyon olduğu için hiçbir sebebe bağlanamaz, ve sarsıcı, şahsiyeti bozucu psikolojik materyel şuur alanına çıkmaz; ve inkâr defansına ihtiyaç olmadığı için psikonörotik hasta realiteyle münasebetini kaybetmiş değildir. Ancak, yaşama enerjisini faydasız şekilde harcatan semptomlar, mesela obsesif-kompülsif el yıkamaları ve ritüalistik davranışlar, kalabalık içine çıkma korkusu gibi fobiler yüzünden gerçek hayatta başarıları azalmıştır; fakat realiteyle ilgisini büsbütün kaybetmiş değildir. Ego'yu koruyucu mekanizmaları faydalı oluşlarına göre tasnif eden Leo Alexander, bunları üç sınıfa ayırmıştır: en faydalı ve değişir olanları adaptasyon, yani çevreye intibaka yararlar; ondan sonra realiteyle savaş ve kendini koruma çabası denebilen defanslar gelir (entellektüalizasyon, displasman, izolasyon, gibi); üçüncü kategori defanslar ise Ego'nun iflâs ettiğini gösterirler (projeksiyon, inhibisyon, regresyon, introjeksiyon gibi) ve defansların kategorileri ne kadar düşükse şahsiyet o derece psikotik, yani realiteyi kaybetmiş sayılabilir (66). Koruma mekanizmalarının şahsiyetin hissedişi ve davranış şeklini anlayabilmek için araştırılması ayırıcı teşhise de yardım eder. Federn'ın yazdığı gibi, psikozlarda koruyucu mekanizmalar, realiteyle münasebetlerin devamı için yetersizdirler, ve Ego iflâs etmiştir. Psikonörozla psikozu ayırıcı teşhisin bir amacı da Bellak'ın yazdığı gibi, başkalarını rahatsız edici şahsiyet bozukluğu gösteren hastaları daha sıkı bir kontrol altına almaktır.

Ego psikolojisine dayanan ve nörozla psikoz arasındaki farkları psikodinamik açıdan anlamıya yardım edecek bilgilerden sonra, pratikte, semptomlar üzerinde durarak ayırıcı teşhise yardım edecek özellikleri hatırlamak yerinde olur.

Şizofrenide ,bedeni hissedişte ileri derecede bozukluklar, kendinin değiştiğini hissediş, derealizasyon(gerçek olmayış hissi), dikkatini toparlıyamamak ve asosyasyon bozuklukları, çevreyle ilgiyi kesiş çok daha sık rastlanılan semptomlardır.

Şizofreninin seyrinde, çeşitli nörotik semptomlara rastlanabileceği için, psikoz âşikâr olmadan önceki devrelerde, semptomlardan ziyade, hastanın geçmişinde hayata intibak şekli ve derecesi araştırılmalıdır. Şizofreniklerin ,hayat boyunca realiteden uzak yaşamış, kimseyi sevme-

miş ve kimseyle münasebete girişmemiş, heteroseksüel münasebette bulunmamış oldukları açığa çıkarılırsa nörotiklerden ayırabilmeye faydalıdır. Şizofrenikte, kendine güvenç ve saygı eksik olduğu için kimseye sevgi ve saygı hissederek bağlanamaz. Nörotikteki kendine itimatsızlık, çevresindekilerden istediği, ihtiyacı olduğu kadar ilgi ve yardım göremeyişiyle ilgilidir. Nörotik davranışı anlatmak için, sabırsız bir çocuğa benzetebiliriz. Üstelik tabii ihtiyaçlarının söylenmeden anlaşılması ve giderilmesini bekliyordur. İç-tepkilerinin doğurduğu ihtiyaçları şuur alanından geri ittiği için, onları sembolik olarak hastalık semptomlarıyla ifade ediyordur. Başkalarının yardımına muhtaçtır, fakat bunu kabul etmez; suçluluk, küçüklük duyguları içindedir. Nörotik çevresine intibak etme ve ihtiyaçlarını tatmin için semptomlardan faydalanmaktadır ve şahsiyeti belli bir kalıp almış gibidir, her olay karşısında beklenen tepkileri olur. Değişmez ve yumuşamaz. Karen Horney'in tarif ettiği dört tip nörotik davranışın karakteristikleri, vakaların şizofreniden ayırıcı teşhisinde psikanalitik ve semptomatik buluşlardan daha canlı bir şekilde nörotik şahsiyeti anlamıya yarar.

Nörotik şahsiyetlerin karakteristikleri K. Horney'e göre: (28)

1 — Şefkat ve sevgiye susamışlak. "Beni seversen kırmazsın." Her zaman bir kimsenin sevgisine muhtaç olarak kendine güvenini sağlamak. Kayıtsız şartsız sevilmek ihtiyacı ve kendisinde sevmek kabiliyeti olmadığını fark ediş.

2 — Kuvvetli olmak ihtiyacı - Anxiety'sini, nefret ve küçüklük hislerini yenmek için kuvvetli olursa kimsenin ona dokunamıyacağına inanç. Bu yüzden de kendisi eşsiz olduğuna inanarak, çevresindekilere hâkim olmak kaygısı.

3 — Her şeyi kabul edip boyun eğmek - İnsanlara ve toplumlara boyun eğip intibak ettikce, kimselerin onu kırmayacağına inanç.

4 — Nörotik bir şekilde kendi içine çekilme - Şizofrenik yabancılık ve iştiraksizlik değil de, herkesle ilgisini keserek bağlılıksız olma ihtiyacı.

K. Horney'in dört tip nörotik davranışı tarif edişinden anlaşılan ve şizofreni ile ayırıcı teşhiste üzerinde durulması gereken nokta, bütün bu davranış şekillerinin yine insan arası münasebetleri korumak amacı oluşudur. Şizofrenide ise insan arası münasebetleri tam olarak kesil-

miştir ve çevreye intıbak hiç bir zaman olmamıştır. Psikonörozun özelliklerini bilmek, nörotik semptomları yakalamak her zaman ayırıcı teşhise yeterli olmaz. Söylediğimiz gibi, psikonörozla şizofrenik değişme arasında kesin bir sınır yoktur. En son güvenilir teşhis aracı hekimin hastayı hissediş tonuna bağlıdır. Eğer hastaya karşı acımak, kızmak, sevgi, şefkat gibi bir his uyanmışsa nörotik olması ihtimali kuvvetlidir. Şizofreniğin hiçbir duygusuna ve düşüncesine ilkten iştirak edilemez, ve o ne kadar yabancı ise ona o kadar yabancı kalınır.

Psikonörozla psödonörotik şizofreniyi ayırıcı teşhisin tedavi bakımından ayrıca önemi vardır. Nörotik semptomların anxiety'yi azaltamadığı pan-nörozis hallerinde represyon mekanizmasını bozmamıya, hattâ kuvvetlendirmeye çalışmalıdır.

Ayırıcı teşhiste, projektif testler hastanın kendi Ego'sunu nasıl hissettiğini açığa vurarak, başka bulumları destekler (Meselâ, bir şizofrenik, Rorshach kartlarından birinde, masa üstünde yolunmuş bir tavuk görmüştür. Bir defa bu cevap garip ve alışılmadık olduğu için şizofreniyi düşündürür; ve üstelik hasta kendini o halde, çıplak, öldürülmş bir bebek gibi hissediyordur. - Federn'in yazdığı Ego konfigürasyonlarından birine dönüş. - Aynı hastada psikoterapi esnasında ortaya çıkan materyel gizli homoseksüel iç-tepkiler olduğunu göstermiştir).

Spesifik nörotik sendromlar arasında histeri şizofreni gibi görünürse de, histeriklerin kendilerinden başka her şeyle ilgisiz, fantezilerinin kaba ve değişmez oluşu, cinsel ve insestüöz iç-tepkilerini başkalarından ve kendilerinden gizlemeye yarıyan organik semptomlar bulunuşu karakteristiktir. Üstelik, stüpör ve adele felci bulunan histerisler farkına vardırmadan gözetlenirlerse bu semptomların kayboldukları görülür. Şizofrenikler ise hallolunmaz problemlere dalmış oldukları için fantezileri, yani saçmaları anlaşılmıyacak kadar karışık ve değişik olur.

p. Manik-depresif psikoz:

Manik-depresif psikozun geçmişinde spesifik bir şahsiyet tipi ortaya çıkarılamaz, ve daha çok irsiyet faktörleri vardır (Fakat bu faktörlerin irsiyetle mi ilgili oldukları, yoksa şahsiyet tarafından bir çeşit davranış şekli diye benimsenip, kopya edildikleri açıklanmış değildir).

Şizofrenik eksitasyon mani nöbetini hatırlatır, fakat daha önce depresyon olmamış ve mani ile melânkoli nöbetleri birbiri arkasına gö-

rülmemiştir. Mani nöbetinde hastanın coşkun sözleri bir iki konu etrafında toplanır, ve hasta büyük bir muvaffakiyet, yani sembolik olarak otoriteyi ve baba figürünü yenmiş olmanın coşkunluğu içinde, bir nevi sarhoşluk halindedir. Şizofrenik eksitasyonda ise, hastanın sözleri karmakarışıktır ve bir iki konu etrafında toparlanamaz; bu yüzden karışık ve anlaşılması güçtür; üstelik, coşkunluk olmasına rağmen keyif alma yoktur.

Depresyon halindeki hasta, maninin aksine her şeyi kaybetmiş olmanın psikolojik düşkünlüğü içindedir, konuşacak lâfı yoktur ve tek tük söyledikleri suçluluk üzerinde toplanır. Depresyona benziyen şizofrenik durgunlukta ise hastanın başkalarıyla ilgisi tam kesilmiştir, ve suçluluk duygusu yoktur. Şizofrenik depresyonda hastalar matem içinde olduklarını söylerler, fakat hiçbir kimseye bağlanmamıştırlar ve bir sevgiyi kaybetmiş değillerdir. Üstelik, hakikî depresyonda görülen psikomotor yavaşlama, kabızlık, iştehasız, uykusuzluk da yoktur.

Ayırıcı teşhiste üzerinde durulması gereken bir nokta da manik-depressif hastanın karşısında ilgisiz kalınamadığı, öfke, acımak, nefret, huzursuzluk gibi hisler duyulduğudur. Şizofrenik eksitasyona ve depresyona karşı ilgisiz kalınır, iştirak edilemez.

r. Alkolik Halüsinasyonlar:

Sadece toksik etyolojisi olan had alkolik halüsinasyonlar gelip geçicidirler. Alkoliklerdeki kronik halüsinasyonların arkasında şizofreni olması ihtimali kuvvetlidir. Alkol alışkanlığı iç gerginliğini ve anxiety'yi azaltmak ihtiyacından doğabilir ve represyona yardım eder. Bazan da iç-tepkilerin etkisinde kalarak serbest davranışlara sürükler. Şizofreni tesbit edilemiyen alkoliklerde, dış olaylarla ilgisi olmıyan (endogene) depresyon ve şizofrenidekinden çok daha fazla bir nisbette homoseksüel eğilimler ortaya çıkarılabilir.

s. Adolesans Reaksiyonları:

Adolesans çağında rastlanan, isyankâr, atak, kararsız, realiteyi inkâr eden davranışlar, çocukluktan sonra kişinin bağlılıkla bağımsızlık arasında bocalamasıyla izah edilebilir. Şizofreni de aynı yaşlarda patlak verdiği için iki reaksiyonu birbirinden ayırmak hayli güçtür.

Adolesans reaksiyonu gösteren hastaların öz geçmişlerinde çevrelerine intibaları bozuk olmamıştır. Meselâ, arkadaş edinmişler, okulda takım oyunlarına katılmışlar, ilk gelişme devreleri problemsiz geçmiştir; sürekli iç-gerginliği olmamıştır.

Adolesans reaksiyonunda, dünyaya, tanrıya, her şeye isyanla yıkıcı, yok edici tepkiler, birbirinin aksine düşünceler ve duygular olur, fakat dünyanın sonu gelmesini istiyen genç kimseler, aslında yaşamak ve kendi kişiliklerini bulmak için uğraşıyorlardır. Şizofrenideki gibi kendi içine kapanmak değil de hayata katılmak istiyorlardır. Projektif testler de ayırıcı teşhise yardım eder.

Adolesanstaki, psikotik reaksiyonu düşündüren bu fırtınalı devre az zamanda atlatılır, ve şahsiyet iki yoldan birini seçmiş olur; ya otoriteye isyan ederek iç-tepkilerini tatmin için içinden geleni yapar, ya da herkesce kabul edilmek için yumuşak ve uysal olur, ihtiyaçlarının tatmin edileceği zamanı bekler. Bu devrede, kararsızlık, utangaçlık uzun sürer ve daha önceki gelişmelerinde insan arası münasebetlerde aksaklık olmuşsa adolesans reaksiyonunun arkasından şizofreni çıkabilir. O zamana kadar gizli kalmış şizofreni adolesans çağında kendinden ve çevresinden sorumluluğu hissedince patlak verir. Adolesansta başlıyan şizofreninin karakteristik semptomu depersonalizasyon ve okula gitmeye karşı panik şeklinde duyulan korkudur (67).

t. Organik sendromlar:

Organik sendromlarda şizofreniyi düşündüren çeşitli semptomlara rastlanabilirse de ayırıcı teşhis güç değildir. Gelip geçici şuur ve hâfıza bozukluğu, nörolojik ve elektroanseflografik semptomlar iki sendromun ayırıcı teşhisini kolaylaştırırlar. Zekâ testleri de iki durumda birbirinden farklıdır (68). Son yıllardaki araştırmalarda, şizofreniye benziyen, fakat beyindeki fizyolojik, metabolik, organik değişmelere bağlanabilen patolojilik hâdiseler yayımlanmıştır: bunlar arasında, sar'a, cıva zehirlenmesi, had porfirüri, kafa travmaları, hipertansif ansefalopati, beyin korteksinde idyopatik ve yaygın ansefalopatiler, toksoplazma ansefaliti, pitiüter neoplazma, demensiya paralitika, beyin damarlarının arteryosklerozu, mepacrine zehirlenmesi, morfin alışkanlığından sonraki reaksiyonlar, gebelik psikozları, pellegra,

pernisyöz anemi, semptomları bakımından şizofreniyle karıştırılabilirler. Öte yandan, şizofreniye hazırlanmış bir zeminde, organik, metabolik, hormonal, toksik faktörlerin, kamçılayıcı etkileri olacağı ve fizyopatolojik sendromlarla karıştırılabilen, fakat aslında şizofrenik olan hastalık tablolarıyla karşılaşabileceğini de hatırlamalıdır.

u — Paranoia ve paranaoid reaksiyonlar.

Paranoia ile paranoid şizofreninin ayırıcı teşhisleri üzerinde daha önce bir fikir verilmişti. Kısaca tekrarlarsak, şizofrenik olmıyan paranoid reaksiyonlarda asosyasyon bozukluğu yoktur. Hissediş tonundaki bozukluk da şizofrenideki kadar açık değildir. Klinikte çoğu defa karşılaşılan güçlük, paranoidde şizofrenik değişme olup olmadığını ortaya çıkmaktır. Son yıllardaki araştırmalar, hakikî paranoia vakalarının eskiden sanıldığından çok daha seyrek olduğunu düşündürür. Paranoid şahsiyetler hayatları boyunca başkalarını suçlandırırlar, fakat realiteyle ilgileri kaybolmaz.

v — Yaş dönümündeki paranoid reaksiyonlar.
(İnvolutional paranoid)

Daha önce de işaret ettiğimiz gibi, organik, fizyolojik, hormonal değişmeler karşısında şahsiyet hangi şekilde hazırlanmışsa ona uygun reaksiyon gösterir. Beyin damarlarının arteryosklerozunda olduğu gibi yaş dönümündeki hormonal değişmeler karşısında da daha önceki şahsiyet yapısının karakteristikleri ifrat şekilde ortaya çıkarlar ve psikopatolojik tablonun özelliklerini teşkil ederler. Hastalıktan önce kötümser, başkalarına fazla bağlı olan bir kimse yaş değişimi devresinden sonra, hakikî depresyon semptomları içine düşer, ve bu da hakikî melânkolidir. Önceleri herkesin kötü ve kendine düşman hislerine kapılmış olan kimse ise involutional devrede büsbütün paranoid olur ve herkeslerin onu suçlandırıp, kötülük edeceklerine inanır. Bu devrede şizofrenik değişme ile, involutional reaksiyonu birbirinden ayırmıya yarıyacak bazı özellikler vardır. Yaş dönümü psikozuna yakalanan hastalar, hayatları boyunca hiçbir şeyde aksamak istememiş, fedakâr, obsesif ve fobik karakterli kimselerdir. Bu kimseler, yaş dönümü devresinde kendilerini birdenbire zayıflamış, kaybolmuş ve bilhassa lüzumsuz hissederler, oysa bütün hayatlarını destekliyen psikolojik ihtiyaçları, kuvvet-

li, lüzumlu ve başkalarına faydalı olmaktır. Bu inançlarını ve kendilerine güvençlerini kaybedince en ağır psikoz hallerine düşerler ve elektroşok tedavisiyle kısa zamanda iyi olurlar; çünkü represyon artmıştır. Ağır involutional reaksiyonları geç patlak veren şizofreniden ayırmıya yarıyan bu özellikler yanında yine şizofrenik şahsiyetin geçmişindeki intibaksızlığı, iştirâksizliği yabancı gibi yaşayışı şizofreni ihtimalini kuvvetlendirir.

Şizofreninin öteki ruh hastalıklarından ayırıcı teşhisine faydalı olabilecek bazı karakteristikler üzerine dikkati çekmek istedikse de, bu işin kolay olmadığını kabul etmeliyiz. Çünkü şahsiyet bozuklukları arasında bir devamlılık vardır ve çeşitli dertleri ve intibaksızlıkları olan hastalarla karşılaştıkça şahsiyet bozukluklarında ancak bir derece farkı olduğunu kabul etmek yanlış sayılmaz. Tüberkülozdaki gibi, geçici bir enfiltrasyonla kazeöz pnömoni şeklinde galopan tüberküloz arasında derece derece hastalık vahim sayılır. Bütün mesele, hastayı ne dereceye kadar kurtarıp yeniden hayata intibak etmesine yardım edilbileceği hakkında bir karara varmaktır.

Nörolojik ve elektroanseflografik muayeneler iki sendromun ayırıcı teşhisine oldukça emin bir şekilde yardım eder. Zekâ testleri de iki durumda birbirinden farklıdır. Son yıllardaki araştırmaların sonucu, şizofreniyi düşündüren, fakat beyindeki fizyolojik, metabolik, organik değişmelere bağlanabilen patolojilik hâdiseler yayımlanmıştır: bunlar arasında, sar'a, cıva zehirlenmesi, had porfinüri, kafa travmaları, hipertansif ansefalopati, beyin korteksinde idyopatik ve yaygın ansefalopatiler, toksoplâzma ansefaliti, pitiüter neoplâzma, demensiya paralitika, beyin damarlarının arteryosklerozu, mepacrine zehirlenmesi, morfin alışkanlığından sonraki reaksiyonlar, gebelik psikozları, pellegra, pernisyöz anemi, şizofreniyle karıştırılabilecek psikotik semptomlara rastlanan hastalık tabloları gösterirler. Öte yandan, şizofreniye hazırlanmış bir zeminde, organik, metabolik, hormonal, toksik faktörlerin, kamçılayıcı tesirleri olacağı ve fizyopatolojik sendromlarla karıştırılabilen, fakat aslında şizofrenik olan hastalık tablolarıyla karşılaşabileceğini de hatırlamalıdır.

VIII

ŞİZOFRENİNİN TEDAVİSİ

Son on onbeş yıldaki çalışmaları gösteren literatür, şizofreninin tedavisinde büyük ölçüde ilerlemeleri kabul ettirecek kadar zengindir. Önceden bilinmiyen bir tedavi tekniğini yılmadan deneyen psikyatrların, kendilerine özel metotlarıyla, elde ettikleri başarılar üzerinde kısaca durulacaktır. Bu gibi, tamamiyle kişisel metotların yanında, şizofrenin «Custodial» yani hastanede bakım tedavisi, bir de oldukça zamandır tecrübe edile gelen ve başka çeşit psikyatrik hastalıklarda da tatbik edilen somatik tedavi teknikleri vardır.

Genel olarak, erken teşhis edilip, tedavi edilen hastalarda salâh nisbetinin, kendiliğinden salâhtan iki misli fazla olduğu kabul edilmektedir.

Leo Alexander'in, literatürdeki geniş sayıda vakalar üzerinde incelemesinden çıkardığı sonuçlar bu bakımdan aydınlatıcıdırlar (65).

11000 Hastada, hastanede bakımla salâh	%29,3
1463 Hastada, derin psikoterapi ile salâh	%38,2
7300 Hastada, elektrokonvülsif şok ile salâh	%49,1
9483 Hastada, insulin koması ile salâh	%61

Leo Alexander'in istatistiğinde psikoterapi yapılan vakaların sayısının fizik tedavi görenlerden çok az oluşu, psikodinamik faktörler göz önünde tutularak hastanın derin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelen psikoterapi tekniklerinden alınan sonuçlar üzeride tam bir fikir vermemektedir. Oysa, son yıllarda, birçok psikyatrlar kendilerine mahsus psikoterapi metotlarıyla iyi sonuçlar aldıklarını yayınladıkları vakalarla isbat etmişlerdir.

Had vakaları teşhis edip hastaneye yatırmak, daha başlangıçta hastaya büyük bir yardım olur. Bir defa hasta, hastalığının patlak vermesinde önemli bir faktör olan dış hayattaki çevreden uzaklaştırılmıştır. Panik halindeki hastayı en fazla rahatsız eden, yakınlarına veya onlara benzettiği kimselere karşı hissettiği kin, nefret, öfke ve düşmanlık hislerinin şuur alanına çıkması ve kendisinin cinayet işleyeceğinden, ya da kendini öldüreceğinden korkmasıdır. Hastaneye alınınca, kendine emniyeti sağlanmış olur; çünkü korkunç iç-tepkilerine kapılarak geri dönülmez bir agresif davranışını önliyen, anlayışlı kimselerin kontrolu altındadır. Hastaneye yatırılan hastada katil ve intihar korkuları, kendini emniyette ve kontrol altında hissetmekle giderilmiş olur. Panikten kurtulan hasta, yavaş yavaş, kendisini koruyan ve iyiliğine çalışan bu yeni çevredeki kimselerle münasebete girişebilir; fakat hayatı boyunca başkalarına itimat edemiyen şizofreniğin, iyi niyetli hastane personeline bağlanması da yavaş ve tedricî olur. Ne olduğunu bilmediği bir korku içinde olan hastaya ilkten kendisinden korkulmadığı hissettirilirse, en büyük bir ihtiyacı karşılanmış olur ve kendi agresivitesinden korkusu azalır. "Doktorlar ve hastane personeli için dikkat edilecek bir nokta, eksitasyon halindeki hastanın şizofrenik mi manik mi olduğunu ayırabilmektir. Çünkü bütün engelleri yendiğine inanan mani nöbetindeki hasta, şizofrenik eksitasyon sanılır da, kendisinden korkulmadığı gösterilirse, kedi kuvvetine inancı bozulmaması için, büsbütün agresif ve hastane personeli için tehlikeli olabilir."

«Custodial» yani hastanede bakım tedavisinin bir faydası da, iyi düzenlenmiş bir gündelik programla, hastaların aylak kalarak kendi içlerine çekilmelerini, regresyonun artmasını önlemektir. Bu da bilhassa, yeni başlanan kapıları açık hastane sistemlerinde, hastalara serbest ve herkes gibi yaşama imkânları vererek daha faydalı olmaktadır. (Kötü hayat şartlarından bile istifade edilebileceğine bir örnek; İkinci Dünya Savaşında Nazi uçakları İngiltere'yi bombardıman ederken, akıl hastanelerinin duvarları ve kapıları yıkılmış ve hastalar hürriyete kavuşunca daha sakin oldukları görülmüştür. O zamanki şartlarda İngiltere'de, hastanelerin kapılarını yenilemekten daha önemli problemler olduğu için açık kapı sistemi denenmiş ve regresyonu önlemek, hastanın başkalarıyla münasebete girişmesini sağlamak bakımından faydaları müşahede edilmiştir.) Bunun aksine, eski usul, kapıları kilitli, gündelik programı

olmıyan hastanelerde, hastalığın teşhisi ne olursa olsun, hastalar ergeç deteryore olur, ilk çocukluğa döner ve ilkel ihtiyaçlarının giderilmesi için başkalarının yardımına muhtaç olurlar.

Şizofreni için spesifik sayılamıyan, fakat iyi sonuçlar alınan tedavi usulleri vardır. Bunları, somatik, şimik ve psikoterapötik diye üç guruba ayırabiliriz.

Daha doğrusu, eskidenberi anlaşılmış ve üzerinde tartışmalar olmuş dikotomi yani ruh ile bedenin ayrılığı açısından alarak, somatikle farmakolojik tedavileri bir yana, psikoterapi metotlarını bir yana ayırabiliriz.

İstatistikler somatik tedavilerle, özellikle insülin şokla en iyi sonuçların alındığını gösteriyorsa da bunda rolü olan çeşitli faktörler vardır. Bir defa kalabalık nüfuslu bir hastanede, her hastada psikoterapiyi denemek imkânları yoktur. Bu işe kendini verebilecek ve netice alabileceğine inanmış psikyatrların sayısı azdır. Bilhassa en çok vaka görülen devlet hastanelerinde psikoterapi imkânları çok dardır. Özel vakalarda bile psikoterapi yapabilmek için bazı faktörlerin uygun olması gerektir: uzun sürecek bir tedavinin masrafını hastanın sarsılmadan ödeyebilmesi, hekimin sorumluluğu üzerine alabilmesi ve tecrübelerine güvenmesi ilk akla gelen faktörlerdir. Psikoterapide karşılaşılan başka problemler ilerde incelenecektir. Fakat şimdiden; tecrübeli ve yaradılışı buna müsait olan psikoterapötlerin şizofreni vakalarında, somatik tedavilerden daha sürekli iyileşme sağlayabildiklerini ileri sürebiliriz.

Şimdiki halde, iyi hazırlanmış ve geniş personelli hastanelerde, bütün tedavi metotlarını birden denemek en iyi sonuçları vermektedir. Bazı vakalarda, somatik tedaviler için kesin endikasyon olduğunu unutmamak gerekir. Hastaların başkalarıyla münsebete girmek imkânları çok azalmış, ne söyledikleri hiç anlaşılmıyorsa, yani onları realiteyle karşılaştırarak aksıyan yanlarını düzeltme ümidi büsbütün kaybolmuşsa (Ego'yu koruyucu mekanizmalar zayıflamış veya değiştirilmez şekilde yerleşmişseler), şuur alanına çıkmış olan sarsıcı materyelin geri tepilmesi, represyonun kuvvetlendirilmesi için şok tedavileri *endikedir.*

TEDAVİ TEKNİKLERİ

I — Şok (shock) tedavileri :

1933 den beri şizofreni tedavisinde, insülin şok, elektroşok, farmakolojik şok geniş ölçüde denenmiştir. Genel olarak, bütün şok tedavilerinin hastada konvülsiyon meydana getirerek etki yaptıkları kabul olunmaktadır.

Şok, kısa veya uzun bir zaman kendini kaybetmek ve organik, psikolojik fonksiyonların durması diye anlatılabilir. Bu duraklamadan sonra organizma tepki göstererek yeniden toparlanır. Şoku anlatmak için basit bir örnek vermek gerekirse şöyle denebilir: şok, beklenmedik bir anda, birinin başından aşağı buzlu su dökülünce nefesinin kesilip kendini kaybetmesidir ve hem merkezî, hem periferik bir dolaşım reaksiyonu sayılabilir. M. Bleuler, modern şok tedavileriyle, eskidenki kaba metotların, meselâ soğuk duş, hastayı havuza atmak, küfür edip kızdırmak, topaç gibi döndürmek usullerinin, Selye'nin tarif ettiği, stres karşısında organizmanın genel intibak reaksiyonuyla izah eder.

Fizyopatolojide, şokun hipotalamüs'e tesir ederek parasempatik sistemi tembih ettiği, beyinde anoksemi yaptığı gibi birçok teoriler vardır.

İnsülin şok

1920'de Sakel, morfinomanlarda morfin kesildikten sonraki huzursuzluk ve eksitasyonun, epinefrin artmasından ileri gelebileceğini düşünmüş ve bu hallerde yüksek doz insülin tedavisini denemiştir. Sonraları eksitasyonlu şizofreni vakalarında da insülin komayı denemiştir.

İnsülin şok, erken teşhis edilen şizofreni vakalarında oldukça iyi sonuçlar vermektedir. Birçok yazarlar erken başlanan derin koma tedavisinde % 79 salâh olduğunu kabul ederler. Tedaviden üç yıl sonra hastaların % 32 sinde salâh halinin devam ettiği görülmüştür. Burada salâhtan anlaşılan, kişinin psikozdan önceki kadar hayata intibak edebilmesidir. Tam şifa ise, rahatsız edici semptomların kaybolması, düşünce ve duygu fonksiyonlarının düzelmesi, hastanın gerçeğe tam olarak intibakıdır. Had başlıyan, psikojenik faktörlerin ön plânda olduğu, ve geçmişteki hayatında şizoit olmıyan, kendiliğinden iyileşme devreleri bulunan vakalarda insülin tedavisinden en iyi sonuçlar alınır.

İnsülin şokla en iyi neticeler paranoid tipler'de alınır. Katatonik ve atipik şizofrenilerde alınan neticeler de iyidir. Hebefrenik ve sempl tiplerde faydası yoktur. Tedavi altına alınan vakalarda, iyileşmeye doğru gidildiğini gösteren özellikler, 10-15 komadan sonra karakter değişmesi; idrâk, muhakeme ve hâfızanın bulanarak bozulmayışı; ilk 20-25 komadan önce nükûsler olmayış, kilo artması, âdetlerin kesilmesi gibi klinik belirtilerdir. Literatürde ölüm nisbeti % 0,4 ile % 1,29 arasında gösterilmektedir. Ölüm sebebi açılamıyan komadaki dolaşım ve teneffüs felcidir. Soy geçmişlerinde epilepsi olan vakalarda ihtiyatlı davranmak doğru olur. İnsülin şokun tesiri öteki şok tedavilerinde olduğu gibi, konvülsiyon sonucu şuur kaybı, ve hafıza kaybına bağlı represyon ile izah edilmektedir. Fakat insülin şokta daha başka faktörlerin de rolleri olduğu düşünülebilir. İnsülin şok tedavisindeki hastaların komadan çıkartılmaları, hipoglisemiye geçmelerini önlemek için, hususî yemekler, şuruplar, enjeksiyonlar ve bunlardan sorumlu bir ekibin devamlı ilgisi, onlara hastane içinde öteki hastalardan daha fazla ilgi gösterilmesi demektir. Bu da dependensi ihtiyaçlarını karşılar. Üstelik, fazla beslendikleri için kilo alır ve kendilerini kuvvetli hissederler.

Agresif olan paranoidlerde, insülinden sonra elektroşok iyi sonuçlar verir. İnsülinle eksitasyonları artan ve kontrolleri güçleşen hastalar da elektroşokla represyon ve amnezi kuvvetlendirilmiş olur.

İnsülin şok tedavisinde represyon kuvvetlenip anxiety azaldığı için hastalar psikoterapiye ve gurup psikoterapisine hazırlanmış olurlar. Hattâ bazı ekoller psikoterapiyle beraber olmasını şart koşarlar. (Bunu narko-analize benzeterek izah edebiliriz. Uyku, sübkoma, ve koma başlangıcı safhalarında, hastalar eksitasyon içinde represyondan kurtulan şuur-altı materyelini açığa vurmaktadırlar. Bu materyeli dikkatli ve ihtiyatlı bir şekilde kullanarak onların psikolojik ihtiyaçlarının anlaşılması ve karşılanması kolaylaşmış olur).

İnsülin-şok tedavisinin tekniği :

(Leo Alexander'den kısaltarak) İlk gün 10 ünite insülin; ertesi günden sonra her gün 20-30 ünite artırarak hastada insülin koması dozuna erişmelidir. Kişisel reaksiyonlara göre, 200-800 ünite arasında koma olur. Koma, şuurun tam kaybı, ve hastanın tembihlere karşı refleks şeklinde reaksiyon göstermemesidir. Tedavi başlangıçta 3 saati, sonraları

4 saati geçmemelidir. Hastayı komadan çıkarmak için genel olarak, ağızdan tübajla, veya damar yoluyla, 1 ünite insüline karşılık, 1 gr. glükoz verilir. Koma birdenbire başlarsa, ve komadan çıkarma güç ve uzun sürüyorsa, insülin dozunu azaltmalıdır. Koma hali şuurun, ve reflekslerin tam kaybıdır. İlk koma 15 dakikadan, ikincisi 30, Üçüncüsü 45, sonrakiler 60 dakikadan fazla sürdürülmemelidir. Koma açıldıktan 15-20 dakika sonra şuur henüz bulanık kalmışsa, tekrarlıyarak damar içine 50 cc. hipertonik glükoz mahlûlü zerketmelidir.

Tedavinin başlangıcından beri dikkat edilecek tehlike işaretleri; kan tazyikinin ve nabız sayısının düşmesi, ve epileptik nöbetlerdir. Bu hallerde derhal damar içine hipertonik glükoz vermeye başlanır.

İnsülin şok tedavisinin en korkulan komplikasyonu, «irreversible» yani açılamıyan komadır. Ya ölümle sonlanır, ya da hasta kurtarıldıktan sonra nörolojik sekeller kalacaktır. Açılamıyacak komadan şüphe ettiren belirtiler, tetani semptomları ve torsiyon spazmlarıdır. Bu semptomlar görülünce, ilk olarak damar içine 30 cc. % 10 kalsium klorid zerkedilir. Bundan sonra, irreversibl komayı önlemek için: 1 — Oksijen çadırı, 2 — Her saat başına damar içine 50 gr. glükoz, (saline solution infusion'u yapılırken lâstik boruya % 25 kesafetinde glükoz mahlûlü zerkederek.) 3 — Kollapsı önlemek için sıcak su şişeleri. 4 — Yardımcı ilâçlar : — tekrarlıyarak damar içine 10 cc. cortex suprarenal hülâsası; günde 4 defa adaleden 50 mg. Cortison; 5 — Teneffüs merkezini tembih için 10-12 saniye aralıkla 10 saniye non-convulsive elektroşok

Tedavi tekniğinde önemli olan, sübkoma ve koma safhalarını yakından takibederek insülin dozlarını ona göe ayarlamaktır. Hastanın komaya geçmeden sübkoma devresinde 1,5 - 2,5 saat bırakılması tavsiye edilir.

Sübkoma devresinin karakteristikleri: — Ter ve tükrüğün artması; hadekaların genişlemesi; ellerde hafif titremeler; iradî hareketlerde koordinasyon bozukluğudur. Bu başlangıçtan sonra, terleme artar ve hastanın vücudu su içindedir, hadekalar daralır, titreme kaybolur, uyku bastırır. Bu devrede psikotik materyel ön plâna çıkar ve hastanın söyledikleri psikozun derin psikodinamik kökleriyle ilgilidir.

Koma devresi ayrıca 3 safhada takip edilebilir:

1 — *Hafif koma* : Çevreyle ilgi kaybolmuştur, fakat tembihlere karşı refleksler vardır. Karakteristik olarak; hasta doktoru, başını dön-

dürmeden gözleriyle takip eder. Dudakları meme emer gibi hareketlidir, ve bu emme hareketi gözden kaçmaz. Önce parasempatik sistem, sonra sempatik sistem tabloya hâkim olur. Sempatik hâkimiyeti tembihlere karşı epileptoid reaksiyonlarla farkedilir.

2 — *Yarı derin koma :* (tedavinin 2-3 üncü saatlerinde) Yeniden parasempatik hâkimiyeti vardır. Kollar fleksiyon halinde, Babinski müsbettir.

3 — *Derin koma* : Hadekalarda ışık reaksiyonu kaybolmuştur. Kollar ekstansiyon halindedir. Sempatik hâkimiyeti vardır. Bu safhada komayı açmak lâzımdır.

En çok dikkat istiyen nokta hadekalarda ışık reaksiyonu kaybolduğu anda komayı açmaktır. Aksi halde, vücut buz kesilir, bülber semptomlar, kornea refleksinin kaybolması, bradikardi ile beliren açılamaz koma safhası gelecektir ve bu son semptomlardan biçbiri ortaya çıkmadan komayı sonlandırmak elzemdir.

Klâsik tedavi dozları yanında, başka teknikler de yayımlanmıştır. Shurley ve Bond, bir gün 30, bir gün 200 ünite vererek daha kısa zamanda netice almışlardır. Klâsik tedavi şeması, haftada 4-5 komadan, vakasına ve alınan sonuçlara göre, 40-60 komadır.

Elektroşok tedavisi (elecktro-convulsive treatment) (E.C.T.)

E.C.T. şizofrenide bazan iyi sonuçlar verir. Fakat bu alandaki literatüre göre, en fazla afektif psikozlarda, depresyonlarda, yaş dönümü melânkolilerinde tesirli olduğu kabul edilmektedir. Bir de, bütün akıl hastalıklarına rastlanılan bazı semptomların tedavisinde E.C.T. faydalı olmaktadır. Başlıca, negativizm semptomları (yememek, uyumamak, söz dinlememek gibi); agresif iç-tepkilerin tesirinde kalarak kendini veya başkasını öldürme reaksiyonlarında E.C.T. endikedir. Şizofreni tedavisinde E.C.T. den alınan sonuçlar bir araya toplanırsa; hastalığın ilk yılında tedaviye başlanan vakalarda %55 - 60 salâh beklenebilir.

Leo Alexander'in derlediği istatistiğe göre; E.C.T. yapılan 7357 vakada salâh nisbeti % 49,1, tedavi görmiyen 11.081 vakada % 29,3 tür

E.C.T. üzerinde geniş tecrübesi ve yayınları olan Kalinowsky, erken tedaviye başlanan vakalarda salâh nisbetinin % 63,3 ü bulduğunu savunur. E.C.T. ye iyi cevap verecek vakaları seçmede Funkenstein testin-

den alınan sonuçlardan faydalanır: — Epinephrine zerkinden sonra kan tazyikinin 50 mm. den fazla yükselmesi; Mecholylden sonra 25 dakikadan fazla süren tansiyon düşüklüğü ve titreme, E.C.T. den iyi sonuç alınacağına işarettir. Funkenstein'ın yayımladığı vakaların çoğu, depresyonlu şizo-afektif tiplerdir. E.C.T. tedavinin depresyonda tesirli oluşu anxiety'yi artırmasıyla izah olunabilir. Depresyon halinde, yaşama fonksiyonları felce uğramış olan hastada bilinmedik bir korku diyebileceğimiz anxiety heyecanı uyandırılırsa, onunla münasebete girmeyi kolaylaştıracak bir heyecan faktörü hazırlanmış olur. E.C.T. şuur kaybı ve dolayısıyla hafızanın da kaybına (amnesia) sebep olur. Şuur kaybı, amnesia, ve ölüm korkusu, sebebi bilinmiyen anxiety heyecanını artırırlar.

E.C.T. nin depresif şizofreniklerdeki iyileştirici tesirini bu psikodinamikle izah edebiliriz. Depresyonsuz şizofreniklerin E.C.T. tedavisini kabul edişleri de (automatic obediance), yani sorumlu olmadan söylenene boyun eğiş mekanizmasıyla izah olunabilir. Şizofreni tipleri arasında E.C.T. ye en iyi cevap veren vakalar katatonik eksitasyonlardır; çünkü onların şuur altlarındaki agresif iç-tepkilerin şuur alanına çıkmaları represyonla geri itilmiştir. Bunun tam aksine hebefrenik tipte E.C.T. represyonu artıracağı ve regresyonu çabuklaştıracağı için kontrendikedir. E.C T. de ölüm nisbeti %0,001 etrafındadır. En sık rastlanılan komplikasyon, bel kemiği kırıklarıdır ve bu da şiddetli adale takallüslerine bağlanmaktadır. Bu komplikasyon göz önünde tutularak, tedaviden önce bel kemiği radyografisi yaptırmalı ve «curare» gibi nöromüsküler blokaj yapan sentetik ilâçlar kullanılmalıdır.

E.C.T. tedavisinde, hastanın kilo alması, uykusunun düzelmesi, âdetlerin kesilmesi, vakanın iyiliğe doğru gittiğine işarettir.

Klâsik olarak şizofreni tedavisinde haftada 3-4 defadan 20-30 şok yapılır. Önce klâsik tedavi, sonra semptomatik endikasyonlar olduğu için 800-1000 şok yapılmış hastaların otopsilerinde beyin örgüsünde patolojik değişme görülmemiştir. Bunun gibi, E.C.T. nin yaşlılarda, kalb ve damar hastalığı olanlarda kontr-endike olduğu da isbat edilmemiştir. Klâsik tedavi şeması yanında, regresif tedavi denen bir metot da vardır : - negativizm semptomları düzeltilemiyen, agresif iç-tepkileri kendileri ve başkaları için tehlikeli olan vakalarda, günde birkaç defa E.C.T. yapmaktan başka çare yoktur; ve bu metotla hayatlar kurtarıla-

bilir. Regresif tedavide, hastalarda idrar tutamazlık oluncaya kadar şokları sıklaştırmak lâzımdır.

E.C.T. nin ana prensibi her vakada epileptiform nöbetler elde edilmesidir. Curare gibi tesir eden ilâçların kullanıldığı «modifié» şoklarda bile ufak tefek titremeler ve bilhassa göz kapaklarının spazmları görülmelidir.

2 — Trankilizan ilâçlarla tedavi.

1952 de Fransa'da Largactil trankilizan olarak ruh hastalıklarında kullanılmaya başlandığından beri psikiyatrik tedavi alanı zenginleşmiştir, ve trankilizan ilâçların sayısı günden güne artmaktadır.

Geniş ölçüde tecrübelerin gösterdiğine göre, klorpromazin (largactil, thorazin, ilâhere) psikotiklerde anxiety'yi azaltmakta ve agresif iç-tepkileri frenlemektedir. Bu ilâçtan şizofreni tedavisi beklenmezse de, (şizofrenik değişmeye tesir edemediği için) akıl hastahanelerinde çalışmış olanlar klorpromazin devresinden sonraki değişikliği yabana atamazlar. Eskiden dört hasta bakıcıyla girilen azgın hastaların koğuşları değişmiş, sakinleşmiştir; şok tedavilerinin sayısı azalmıştır. Klorpromazin hastada anxiety'yi azaltarak onun kendi yapacağı agresif hareketlerden korkmasını önlemiştir. Tam dozunda verilen klorpromazin, elektroşok gibi tesir etmekte, ve anxiety, huzursuzluk, iç gerginliği, agresivite, ajitasyon, negativizm, paranoidlerin iç-tepkileri, impulsiyonlarda semptomatik salâh imkânını vermektedir. Klorpromazin gurubu ile aynı zamanda tecrübesine başlanan Rauwolfia müstahzarları da trankilizan olarak kullanılıp iyi sonuçlar alınmıştır. Bu gurup ilâçlardan Reserpine, bilhassa, huzursuz, kavgacı, azgın hastaların kontrolünde faydalıdır, ve katiyen depresyonlu hastalara verilmemelidir; çünkü Reserpine'den sonra intihar vakaları görülmüştür.

Trankilizan ilâçlarla tedavide birçok yazarlar, hastalarda rijidite ve tremor gibi ekstra-piramidal semptomlar ortaya çıkıncaya kadar dozları artırıp, bir önceki dozla uzun müddet tedaviye devamı tavsiye ederler.

Klorpromazin'in klâsik dozu günde 3 defa 150 mg. dan 450 mg. dır. Fakat zararsız olarak 2000 mg. verildiği yayımlanmıştır. Trankilizan sayısı gittikçe artmaktadır, ve segonder tesirleri az, ufak dozda tesirli, uyku vermeden sükûnet veren ilâçlar aranmaktadır. Buna bir örnek Proklorperazin'dir, ve uyuşturucu olmaktan ziyade, uyuşuk hasta-

ların anxiety'lerini azaltırken, bir yandan da onlara aktivite vermektedir (bir hastamız katatonik stüpör halinde, oturduğu yerden kımıldamaz, hiçbir şeyle ilgilenmez iken Proklorperazin (Compazin) verilmiye başlandıktan sonra yerinde duramıyacak kadar aktif olmuş, ortalığı süpürmiye, sofra toplamıya, her işe yetişmiye başlamıştı). Trifluorperazin (Stelazin) de uyuşuk hastalarda kamçılayıcı bir tesir yapmaktadır. Klorpromazin ve Rauwolfia cinsinden ilâçların barbitüriklere benzemiyen tesirlerinin beynin neresinde husule geldiğini araştıran birçok yayın vardır. Bu arada Reserpine'nin diensefalalondaki nüveleri inhibe ederek beyindeki Serotonin'i metabolize edip böbrekler yoluyla dışarı atılmasına yol açtığı, üzerinde durulacak ilginç bir buluştur.

Klorpromazin üzerindeki araştırmalar, vücut hararetini, tansiyonu düşürdüğünü, kusmayı önlediğini, taşikardi yaptığını, barbitüriklerle morfinin tesirlerini artırdığını göstermektedir.

Her iki gurup müstahzarlar diensefalik merkezleri inhibe ettikleri halde, klorpromazin gurubunda, Reserpine gibi periferik ve adrenolitik tesir yoktur.

Üzerinde ayrıca durulacağı gibi, habis bir şahsiyet hastalığı olan şizofreninin tedavisinde bütün metotlar beraber olarak tecrübe edilmelidir, fakat bazı vakalarda meselâ trankilizan ilâçlarla elektroşok birlikte yapılması tehlikeli olmuştur.

L. Bellak'ın literatürden çıkardığı istatistiğe göre somatik ve şimik tedavilerden alınan sonuçlar :

Tedavi şekli	hasta sayısı	iyileşme veya sosyal salâh
(Custodial) yani alelâde hastahane tedavisi	11080	% 19
Elektroşok	7337	% 29
İnsülin koma	9483	% 48
Lobotomi	1211	% 18
Klorpromazin	2718	% 38
Reserpine	1269	% 25

Klorpromazin		Şizofreni tipi	Reserpine	
Hasta sayısı	salâh		Hasta sayısı	salâh
298	% 53	Paranoid	129	% 23
80	% 51	Katatonik	248	% 12
71	% 41	Hebefrenik	128	% 11

3 — Psikoşirürji (beyin ameliyatları) ile tedavi.

İlk olarak 1935 de Portekiz'de Moniz ve Lima tarafından tecrübe edilen beyin ameliyatı, yeni tekniklerle kronik şizofreni vakalarında iyi sonuçlar vermektedir. Başlangıçta iki taraflı frontal lobotomi yapılmaktaydı. Sonraları ameliyat teknikleri ilerlemiş ve elektrokoagülasyon kadar basit bir müdahaleyle bile başarı elde edilmiştir.

Somatik tedavilere önem veren L. Alexander'in araştırmalarına göre; psikoşirürji ile çeşitli psikyatrik semptomlar, anxiety, iç gerginliği, obsesyon ve kompülsiyonlar, paranoid projeksiyonlar, kendi içine kapanıp gelecek bir felâket evhamı, hipokondriak evhamlar kaybolmaktadır.

Öte yandan, psikoşirürji geçiren hastalar şahsiyetlerindeki orijinaliteyi ve yaratma gücünü kaybederler. Ameliyattan önce agresif ve tehlikeli olan hasta ameliyattan sonra sakinleşir, uslu bir çocuk gibidir. Ameliyatın nekahat devresinde, hayata yeniden intibak etmek istiyen hastanın yakınları anlayışlı ve müsamahalı olurlarsa, tedaviden daha iyi netice alınır.

Mültidimansionel anlayışı savunan L. Bellak'da psikoşirürjinin başka tedavi metotları arasında değerli bir yeri olduğu ileri sürer, ve "dünyanın her köşesinde, şizofreniyi tedavi için yapılan denemeler kronik şizofreni vakalarının iyileşmesi yolunda atılmış adımlardır." diye yazar.

Ameliyattan sonra klinik tablodaki değişiklik anxiety'nin ortadan kalkması, hiçbir şeye aldırmayış, ileri derecede durgunluk (apathy) ile karakterize edilebilir. Apati, hastalıksız olma demektir, ve bundan esas hastalığın anxiety, yani sebebi bilinmiyen telâş ve korku olduğu ortaya çıkar. Kronik şizofrenikler psikoşirürjiden sonra uysallaşır, çevrelerine intibak ederlerken, kişilikleri ve yaratma güçleri zayıflar fakat bunun kazancı kayıbından fazladır. Ameliyattan sonraki değişmeye bir

örnek, kendini peygamber sanan bir hastanın, kimse onu zorlamadan eski mesleği olan bahçıvanlığa dönmesidir.

Psikoşirürjinin tesir mekanizması üzerinde geniş ölçüde çalışmalar vardır. Bunlardan biri, anormal bir iç gerginliğine sebep olan sinir sistemine mahsus bir cereyanın herhangi bir noktasında kesilmesidir.

Psikoşirürjinin en önemli komplikasyonu, epileptiform nöbetlerdir. Bunu önlemek için 1-2 yıl süreyle anti-epileptik ilâçlar vermeyi tavsiye ederler.

4 — Şizofrenide psikoterapi

Son 15-20 yıldaki literatür, şizofrenide psikoterapiden iyi sonuçlar alındığını göstermektedir. Bu alandaki genel prensipler ve özel teknikler üzerinde durmazdan önce şizofrenik hastanın psikoterapisinde başarılı olmak için buna girişen kimsenin şizofrenik davranışı anlayıp hissetmeye hazırlanmış bir karakteri olması gerektiğine işaret etmek yerinde olur. Kendi geçmişinde şizofrenik değişmeye hazırlayıcı psikodinamik faktörler bulunup da yine çevresine intibak edebilen bir kimse, şizofreniğin psikolojisini daha kolay anlıyabilir ve bir yandan da kendi konflilerini aydınlığa çıkartmış olur.

Psikotik olmadığı halde aynı psikodinamik faktörler içinde yaşamış olduğu için şizofrenik değişmenin nasıl ve nedenini hissedebilir ve arada insan-arası münasebet kurulmuş olur. (Sullivan ve Frieda Fromm-Reichmann'ın bu alandaki başarıları böyle anlaşılabilir.)

Şizofreninin psikoterapisi uzun emek istiyen bir çalışmadır. Tedavi süresinde, uzun zaman netice alamıyan hekimin kendine güvencini ve psikoterapiye inancını kaybetmesi; hastanın iyileşmeden ümidini kesmesi ilk rastlanacak zorluklardır. Tecrübesi az olan psikyatrların bu tehlikeleri hatırlayıp sabırlı ve ihtiyatlı olmaları gerekir. İhtiyatlı olmaktan kasdimiz, hastanın hissedip kabul etmiye henüz hazırlanmamış olduğu bir psikodinamik faktörün farkına varılsa bile onu koz gibi kullanmamaktır, ve buna «timing» derler ki faydalı aydınlatmaları tam zamanında kullanmaktır.

Şizofrenide kendiliğinden iyileşme devrelerine rastlandığını ileri sürerek, psikoterapi sonuçlarını şüpheyle karşılıyanlar vardır; fakat bu alandaki literatür gittikçe zenginleşmektedir ve dikkatle incelenirse, çeşit-

li psikoterapötik tekniklerle alınan müsbet sonuçlara nasıl varıldığı da anlaşılabilmektedir.

Genel olarak, şizofrenide psikoterapinin amacı şahsiyet bozukluğunu değiştirmek değil, kişinin psikozdan önceki kadar çevresine intibak edebilmesini sağlamaktır. Tecrübelerin gösterdiğine göre tam deteryore olmamış şizofreniklerin şahsiyetlerinin kuvvetli kalmış bir yanı vardır. Bu da yeniden hayata intibak edebilmelerine yardım edecek bir imkânları olduğu demektir. (Buna bir örnek F. F. Reichman'ın başarıyla tedavi ettiği kronik şizofrenik kadındır. Meksikalı genç kadınla çalışırken terapist hastada sanat ve şiir kabiliyetini sezmiş ve onları destekliyerek tanınmış bir şair olmasına yardım etmiştir. Hastada esas olarak değişmiyen delüzyon ve halüsinasyonlar şiirlerini zenginleştiren bir kaynak olmuştur).

Şizofrenik değişme olduktan sonra hastayı eski haline döndürmiye çalışmak zor iştir. Tedavide, hastanın şahsiyetinde bozulmamış olan fonksiyonları bulup onlarfı kuvvetlendirerek yeniden kendine güvenini sağlamak başarı sayılır.

Şizofreninin psikoterapisinde başarının birinci şartı hastanın itimadını kazanmaktır. Bu da kolay değildir. Kendi içine çekilmiş, başkalarıyla münasebete giremiyen, her şeyden şüphe eden şizofrenik, çok hassas ve zekidir; karşısındakinin en ufak bir falsosu onun samimiyetinden şüphe ettirir. Şizofrenik, terapistin iyi niyetini, samimiyetini, ustalığını, her fırsatta tecrübe ve kontrol ediyordur. Bu yüzden ona hakaret ettiği, üzerine saldırdığı da olur. Hastanın agresif davranışları terapisti ana-babasının yerine almış olmasıyla izah edilebilir. Bu psikodinamiği sezen terapist, anlayışlı ve sabırlı bir şekilde hastayı iyi ve kötü taraflarıyla sırf kendisi olarak kabul ettiğini ve yardım etmeğe hazır olduğunu gösterirse hastanın itimadını kazanmaya başlar.

Psikoterapide üzerinde durulacak genel noktalar.

Şizofrenide klâsik psikanaliz yapılmamalıdır; çünkü, hasta içindeki dayanılmaz şiddette kin, nefret ve agresivitenin şuur alanına çıkmasına tahammül edemez ve psikanalizde bunlar kurcalanırsa, regresyonu artar. Tedavi saatleri de önceden tâyin ve tahdid edilemez. Çünkü hekimin samimiyetini ve kendisine bağlılığını kontrol eden hastanın, onun her zaman yardıma hazır olmasını bekliyordur. Klâsik psikanalizde has-

ta (transferans'la), hekimi ana-babasının yerine almıya başlar ve çoğu kere, gerçekte oldukları gibi değil de kendi ihtiyaçlarını karşılayan, hayal mahsulu ana-baba figürünü hekimin üzerine kalıplar. (Parataxic transferance). Transferans gerçek olmıyan bir insan-arası münasebettir ve şizofreniği gerçekle karşılaşmaktan alıkoyar. Oysa psikoterapide, şizofreniğin hayatı boyunca eksik olan ihtiyacını karşılamak başta gelir; ve bu da gerçek bir insan-arası münasebeti kurabilmesini sağlamaktır. Hekim, spontane davranışlı, yerine göre müsamahalı, güvenilebilen ve tecrübeli, gerçek bir kimse olarak hastayla münasebete girişmelidir. Şizofreninin psikoterapisinde önceden tasarlanmış bir teknik olamaz. Her hastanın ihtiyaçlarını anlayıp, onları karşılamaya çalışılır. Şizofreniğin sözleri, davranışları sembolik olduğu için, onu anlamıya çalışırken, «non-verbal communication» yani oturuşu, bakışı, iç çekişi, kızarması, huzursuzlaşması; hekimle her karşılaşmasında bu insan-arası münasebetin gidişi üzerine ip ucu verecek değişmeler üzerinde dikkatle durulmalıdır. Bunun için de hastayla karşı karşıya oturmalıdır. Oysa, psikanalizde hekimle göz göze gelmeden sırt üstü yatan hasta büsbütün otistik âlemine çekilmiş olur. Otizmi artırmamak için rüyaların, delüzyonların, halüsinasyonların üzerinde durmamalı ve yorumuna kalkışmamalıdır.

Frieda Fromm-Reichmann'a göre psikoterapideki özel problemler.

I — Psikodinamik faktörlerle ilgili olanlar :

Şizofrenik, regresyonla ilk çocukluk çağına dönmüş, omnipotansına inanmaktadır; yani, majik bir şekilde çevresindekilere tesir edeceğinden ve içindeki nefret ve kine kapılarak kötülük yapacağından korkar. Bu da suçluluk duygularını artırır. Çocuklutai narşisizme dönmüş olduğu için düşündüğü ve hissettiğini sanki yapmış gibidir. Başka bir kimseye ana-babasına olduğu gibi sevgi ve yardım ihtiyaçlarıyla bağlanacak olursa, ondan da nefret edeceğini sanar. Kendini çevresinden ayrı bir varlık olarak hissetmediği için başka bir kimseye bağlanırsa şahsiyetini büsbütün kaybetmek tehlikesi vardır. Üstelik, insanarası münasebetlerde hiç tecrübesi olmamıştır.

Semptomların sembolik anlamları çeşitli ve karışık olduğu için, yanlış bir yorum yapmaktan kaçınmalı, onları hastanın yorumlamasını beklemelidir.

Yanlış bir yorum, hastanın zaten zayıf olan itimadını büsbütün kaybettirir. Oysa tedavinin başlıca amaçlarından biri hastanın, itimat ettiği bir kimseyle münasebete girmesidir. Tedavi esnasında hastanın anxiety'si artarsa bunun sebebini araştırmalı ve ortaya çıkan materyeli hekimle hasta arasındaki münasebetin gidişini inceliyerek yorumlamalıdır.

II — Konter-transferans problemleri :

Konter-transferans, hastanın ona bağlandığı ve ondan birçok şeyler beklediği gibi, hekimin de aynı ihtiyaçlarla hastayı başka bir kimse yerine koymasıdır. Bunu anlatmak için, meselâ hasta hekimi babasının yerine alıyorsa hekim de onu çocuğu veya babası gibi hissedebilir. Bu önceden bilinirse çıkmaza düşülmez. Katatonik hastaların yalnızlıklarına iştirâk etmek tehlikesi de vardır, ve bu da nefret, düşmanlık, dependensi hislerine iştirâk demektir ki, hastanın anxiety'sini azaltacak yerde artırmış olur.

Konter-transferansla kendi anxiety'sinin artmasına karşı hazırlıklı bulunan hekim, bu çıkmazlara düşmez ve tedavinin gidişi aksamamış olur.

Hekimin anxiety'sini artıran başka faktörler de vardır. Kelimeleri kendine göre anlıyan şizofrenik, hekimin söylediklerini başka türlü anlar ve inanmaz. Bu da hekimin kendine inancını sarsar, anxiety'sini artırır, ve o zaman hastanın ona itimadı kaybolabilir. Hasta hekimde anxiety ve korku uyandırdığını hissederse majik bir şekilde inandığı kendi kötü iç-tepkilerinin tesirlerini kabul etmiş gibidir ve yapabileceklerinden korkusu artar. Eksitasyon halindeki hasta karşısında anxiety ve korku duyulmazsa, hasta da kendi agresif iç-tepkilerinden korkmaz olur. Buna bir örnek, F. F. Reichmann, azgın bir akıl hastasının bağlarını kendi eliyle çözünce hastanın sakinleşmesidir, çünkü kendinden korkulmadığını görmüş ve kendine itimadı artmıştır.

Şizofreni'nin psikoterapisinde aşırı derecede bağlanma (dependency) ihtiyacı :

H. Searles ve arkadaşları, şizofreniklerin tedavisinde karşılaşılan dependency ihtiyaçlarını incelemişlerdir (69).

Dependency başkalarının yardımına muhtaç oluş diye anlaşılabilir. Hasta fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını giderilmesi için başka bir

kimsenin yardımına muhtaçtır. Kendisinde hiçbir şey istemiye hak görmüyordur, ve ihtiyaçlarının giderilmesinden başka bir kimsenin sorumlu olması lâzımdır. Onu olduğu gibi kabul edip koruyan bir kimseye muhtaçtır. Dependency ihtiyaçları hastada şiddetli bir anxiety yaratır ve bu da birkaç şekilde izah edilebilir: — Bilhassa paranoid mekanizmanın gelişmiye başladığı hastalardaki büyüklük, kuvvetlilik delüzyonları, dependency ihtiyaçlarının şuur alanına çıkmasını represyonla önleyen korunma mekanizmalarıdırlar. Dependency ihtiyaçları şuurla fark eden hastalar bağlanıp muhtaç oldukları kimselerden nefret ederler ve bu nefret cinayetle sonlanabilir. Bazan da dependency yüzünden hastanın kendinden nefreti ve aşağılık duygusu dayanılmaz derecede artar. Hasta regresyonla ilk çocukluk çağına döner. O zaman, başkalarının yardımına muhtaç olmıya hak kazanmış bir küçük çocuk gibidir.

Hayatta kalabilmek için onsuz yapamıyacak kadar başka bir kimseye muhtaç olan hasta için o kimse transferansla ananın yerine alınmaktadır. Tedavi esnasında anası kadar muhtaç olduğu hekime teslim olunca, ilk çocuklukta ana-babasına nasıl boyun eğmişse onun da ahlâk ve davranış prensiplerini kayıtsız şartsız kabul etmesi lâzımdır. Dependency ihtiyaçları dolayısiyla ilk çocukluk çağına regresyon olunca hasta şahsiyet hissini büsbütün kaybeder, kozmik bir varlık haline dönmüştür. En azdan başka birinin davranışlarını, düşüncelerini, hislerini, kopye etmek, onun kalıbına girerek şahsiyetini kaybetmek tehlikesi vardır.

Başkalarıyla münasebete girememiş olan hasta, dependency ihtiyaçlarıyla bağlandığı hekimden de her zaman şüphe eder. Projeksiyon mekanizmasıyla, "sevgisiz, kötü insanın bana yardımı olur mu?" diye düşünür. Terapist samimî bir ilgi gösterecek olsa "bunun arkasında ne var?" der. Hisleriyle hareketlerini birbirinden ayıramadığı için tedavi münasebetinde, ya kendisine ya terapiste bir kötülük geleceğinden korkar. Dependency ihtiyaçlarının represyonla şuur altında tutulmasının psikodinamik sebepleri araştırılmalıdır.

Dependency ihtiyaçları şuur alanına çıkınca, şizofrenik yalnızlık da farkolunur. "O kadar başkasına muhtaç olmak için o kadar yalnız ve sevgisiz olmalı" hissi şizofreniğin farketmekten korktuğu bir histir.

Şizofrenide dependency ihtiyaçlarının yarattığı problemler çoktur ve araştırılırsa psikodinamikleri anlaşılabilir.

Dependency ihtiyaçlarının ortaya çıkardığı problemler terapistin de anxiety'sini artırırlar. Bunun çeşitli psikodinamik sebepleri vardır. Şizofrenik ilk çocukluk çağında anasıyla idantifiye olmuş, sembioz halinde yaşamıya alışmıştır ve yeniden başka birisiyle sembioz halinde yaşamak ihtiyacıyla terapiste ana şefkati gösterir. Bu şefkate kapılan terapist hastaya dependent bir şekilde bağlanabilir. Hasta, okşanmak, öpülmek gibi beden temaslarıyla, kendisinin kabul edilip sevildiğinin gösterilmesini ister, çünkü abstre mânası olan kelimeleri kullanarak başkalarıyla anlaşamıyordur. Hastadaki fizik temas ihtiyacı ister aynı, ister öteki cinsten olsun, terapisti güç bir duruma sokar. Hastaların sözleri ve davranışlarından onların ihtiyaçlarını anlamada zorluk çeken terapistin kendine itimadı kaybolur ve başarısızlığı örtmek için erken ve yersiz yorumlara girişir. Hastayı dinlerken kendi psikolojik çıkmazlarına göre mânalar çıkarır ve anxiety'si arttıkça hastayı takip edemiyecek kadar kendi konflileri içine dalmıştır. Dikkati kendi etrafında toplandığı için hastanın sembolik olarak anlatmak istediği ihtiyaçlarından kendiyle ilgili manalar çıkarır; meselâ hastanın kendisinden efret ettiği, ya da cinsel bir ilgi duyduğunu sanmak gibi. Bazan da hastanın şahsiyetini olduğundan fazla kuvvetli bulur, cesaretini kaybeder ve hasta için ne derece önemli bir rolü olabileceğini farkedemez. (Şizofrenik birkaç konu üzerine duygularını, düşüncelerini teksif ettirmi şolduğu için, çekinilecek kadar kuvvetli ve değerli bir şahsiyet gibi görünür ve terapisti şaşırtır.) Hastadaki regresif ihtiyaçları farketmekte terapistte bir reaksiyon uyandırır, çünkü kendisinde de aynı çocukca ihtiyaçları hisseder, fakat kabul edemez.

PSİKOTERAPİ TEKNİKLERİ

Dependency ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ilgili olanlar:

İlk çocukluk çağına dönmüş olan hasta ilkel ihtiyaçlarını anlatamıyordur. Oysa yaşaması için o ihtiyaçların anlaşılıp tatmin olunmaları lâzımdır. Sacheheye'in «sembolik realizasyon» adını verdiği tedavi tekniği başarılı sonuçlar vermiştir. Terapist, hastanın sözlerinin ve davranışlarının sembolik mânalarını sezmiş ve ilkel dependency ihtiyaçlarını sembolik olarak tatmin ederek hastanın yeniden hayata dönmesine yardım etmiştir. Kısaca anlatılırsa; hasta kendisine verilmiyen her şeyin kötü

ve zararlı olduğuna inanmaktadır. Ona verilmiyen şeylerin başında ana sevgisi gelir. Verilmiyeni istemiye hakkı yoktur. Psikotik olup ilk çocukluğa döndükten sonra, ana sütünün yerini alan ve yaşaması için lüzumlu gıdaları istemez, aç kalır. Hastada kendisi olarak sevilmek ve bakılmak ihtiyacı vardır. Ancak o zaman yaşama hakkını hissedecektir. Yaşı olgunluk çğına erişmiş, fakat psikolojik ihtiyaçları bakımından ilk çocuklukta olan hastaya meme verilemiyeceğine göre terapist meme yerine elma yedirmiş ve hastanın itimadını kazanıp elmayı sevgi ve şefkatle yedirmesini bilmiştir. Şefkat, sevgi ve ihtiyaçlarının giderilmesine hakkı olduğunu kabul ettikten sonra hasta yeniden hayata dönmüştür.

Ünlü psikanalistlerin dependency ihtiyaçlarını karşılamak konusundaki müşahedelerini kısaca gözden geçirmek faydalı olacaktır.

H. S. Sullivan, "hekim durmadan veriyorsa, hasta ona yaşamak için muhtaç ve dependent olur. İnsan, vereceğim der fakat veremez olur. Üstelik hasta da ona muhtaç olmıya uzun zaman tahammül edemez" der.

Federn'e göre "Psikotiklere çok müsamahalı ve anlayışlı davranılırsa onlardaki küçüklük hisleri artar ve suçluluk duyguları şiddetlenir."

Knight'a göre "hastaya karşı ciddî ve müsamahasız davranış ondaki kötü iç-tepkilerin reaksiyonlarını önler, ve terapist sağlam ve kuvvetli bir şahsiyet olarak onu agresif davranışlardan korumuş olur."

F. F. Reichmann'a göre "Hastanın agresif davranışları önlenmeli ve onların psikodinamik sebepleri araştırılmalıdır. Hastanın dependency ihtiyaçlarını karşılıyacak yerde, onları farkedip kabul etmesine çalışmalıdır. (yani, sevgi ve şefkat gösterecek yerde insan-arası münasebetlerinde sevgi ve şefkate ihtiyacı ve hakkı olduğunu hissederek anlamasına yardım etmelidir.) Hastadaki dependency ihtiyacının sebep olduğu konflileri göz önünde tutarak, ona fazla yakınlık göstermemelidir; çünkü fazla bağlandıkları kimsenin onları bir gün yalnız bırakacağından, veya fazla bağlanma yüzünden şahsiyetlerini büsbütün kaybetmekten korkarlar."

Eissler'e göre "Hastanın o andaki psikolojik ihtiyaçlarını sezip karşılayabilmek için hekimin aşktan nefrete kdar bütün heyecanları dere-

cesiyle hissetmiş olması lâzımdır." Bundan anlaşılan, insan arası münasebetlerdeki duygu ve heyecanların her türlüsünü hissetmiş olan terapistin hastanın hissetmekten kaçındığı heyecanlarını sezip onları kabul etmesine yardımdır.

Persepsiyon(idrâk) bozukluklarıyla ilgili olanlar :

İllüzyonlar, halüsinasyonlar, hipokondriak evhamlar hastanın realiteyi idrâk edişini bozan persepsiyonlardır. Tedavinin amacı, hastanın yeniden insan-arası münasebetlere girişmesi olduğuna göre realiteyi başkalarıyla aynı şekilde idrâk etmesi sağlanmalıdır. Yoksa, kendi de başkası da rahatsız olurlar, ve münasebete girişemezler. Psikoterapide persepsiyon bozukluklarının düzeltilmesi güç iştir; çünkü illüzyonlar ve halüsinasyonlar, hastanın psikolojik ihtiyaçlarını karşılayan ve delüzyonları kuvvetlendiren semptomlardır. Ego'yu koruyucu bir fonksiyonları olan persepsiyon bozukluklarının değiştirilmesine karşı kuvvetli rezistans (mukavemet) vardır. Persepsiyon bozuklukları üzerinde durmazdan önce hastanın itimadını kazanmış olmak lâzımdır. Hasta terapisti, psikolojik muvazenesi yerinde, hayat tecrübesi zengin, iyi niyetli, kuvvetli ve güvenilir bir insan olarak görmiye başladıktan sonra, onun persepsiyonlarına da itimat eder. Tedavide münasebetler bu duruma kadar ilerledikten sonra, her fırsatta hastanın illüzyon ve halüsinasyonlarına iştirâk edilmediği tekrar tekrar gösterilmelidir. O zaman hasta da onlardan şüphe etmiye başlar. Fakat bu semptomların arkasındaki psikolojik sebepleri sezip onları karşılamaya hazır olmalıdır, çünkü hastayı ayakta tutan korunma mekanizmalarını yıkarken onların yerine realist ve sıhhatli karsılıklarını verebilmek lâzımdır. Hastanın bu semptomların arkasındaki psikodinamiği anlayıp kabul etmesi sağlanabilirse persepsiyon bozukluklarının rolleri ve tesirleri zayıflamış olur.

H. S. Sullivan, persepsiyon bozukluklarının düzeltilmesine "yeniden öğreniş" der. Hastanın farketmediği veya yanlış idrâk ettiği şeylerin hepsi şuur altına itilmiş (repressed) değildirler; bir çoğunu hissedip farketmek fırsatını bulamamıştır ve ne olduklarını bilmiyordur. Hasta terapiste güvenir ve inanırsa, onun yardımıyla bir çok şeyleri ilk defa olarak hisseder ve öğrenmiş olur. Kendi realitesini ve dış realiteyi yeni keşfedip idrâk ettikçe, persepsiyon bozuklukları da yavaş yavaş kaybolurlar.

Şizofrenide Psikanalitik metot dışında psikoterapi teknikleri.

Eissler'in ileri sürdüğü gibi, Psikanalitik olmıyan Psikoterapötik metotlarla da, Şifreni semptomları iyileştirilebilmektedir (70). Rosen ile Sachehaye, Direkt Analiz ve Sembolik Realizasyon teknikleriyle, eskiden kurtulmaz sanılan şizofreni vakalarında parlak sonuçlar almışlardır. Jackson, şizofrenideki psikoterapi sonuçlarının değerlendirilmesindeki statistik ve başka engelleri inkâr etmediği halde, tedavideki başarıların, son on onbeş yıldaki en değerli başarılar olduğuna inanmaktadır (71).

Birbirine uymıyan psikoterapi tekniklerinin hepsinin üzerinde durup düşünmek faydasız olmaz. Orr ve arkadaşları, hastanın dikkatsizliğini, kelime eksikliğini, çevresindekilere itimatsızlığını ileri sürerek, hekimin havadan sudan bahsedip, çocuk hikâyeleri okumasını, ona sigara vermesini tavsiye ederler. Böylelikle, hasta zora sokulmadan arada bir münasebet kurulabileceği ve itimadının kazanılabileceği üzerinde dururlar (72).

İnterpersonal münasebetler ekolünün aldığı sonuçları inceleyen Benedetti'ye göre, "Hastalık semptomları kişisel değil, insan arası münasebetlerin bozukluğuyla ilgilidirler. Hastalık semptomları bu açıdan anlaşılır ve hastayla alışmadığı cinsten ve müsbet bir insan arası münasebet kurulursa onun kendine güvenci ve saygısı desteklenmiş olur (73).

Eissler'in hastalarla münasebette tecrübeye dayanan bazı tavsiyeleri vardır: "Dış olayların basit bir dille anlatılması ve müsamahayla karşılanması hastaya yaşamak cesaretini aşılar. Hastanın değişmiyen bir çevrede yaşaması, aynı hastabakıcının bakması da onun kendine ve çevresine güvencini kuvvetlendirir, beklenmedik kimselerin beklenmedik davranışlarıyla karşılaşmasını önler."

John Rosen'in (direkt analiz) metodu. (16)

Son 15 yıldır J. Rosen'in şizofreni psikoterapisine getirdiği teknik üzerinde bir çok tartışmalar yayımlanmıştır.

(Direkt analiz), hastayı bir bütün olarak tetkik ve müşahede ederek, her hareketinden, bakışından, yüz çizgilerinde değişmelerden, susmasından, agresif olmasından, nefret veya sevgi göstermesinden onun psikolojik ihtiyaçlarını anlamıya yarıyacak bir mana çıkarmak ve o ihtiyaçları doğrudan doğruya karşılamaktır. Hastaya spontane bir insan

yakınlığı gösterilir ve içinden geldiği gibi hareket edilir; mesela öpmek, sevmek, okşamak gibi. Sözle ve tefsirle değil doğrudan doğruya münasebete girişerek hastayı içinde yaşadığı korkulu rüyadan kurtarmaktır. Hastaları, hastane dışında, hoşa giden yerlerde tedavi etmeli, fakat ihtiyat tedbirleri almalıdır. Yardımcı olarak, psikoz geçirmiş bir hasta, ve bu işlerle ilgilenen genç psikologlar Rosen'in başarılarında faydalı olmuşlardır. Tedavinin amacı uzun sürmüş bir korkulu rüyayı anlayıp hissettirerek, hastayı realiteye döndürmektir.

Direkt analizde hastanın o andaki psikolojik ihtiyaçlarını derhal karşılamıya hazır bulunmak lâzımdır ve bu da bir mizaç işidir, muvaffak olunursa şok tedavilerine benzer bir tesiri vardır, hastayı korkulu rüyadan uyandırır.

Bir çok psikyatrların eleştirmelerinde belirttikleri gibi, direkt analiz had vakalarda tesirli olmaktadır ve bu bakımdan da şok tedavilerine benzetilebilir. Rosen de bu görüşü kabul etmiştir ve iyileşen hastalarını başka analistlerin tedavilerine bırakır.

Paranoid şizofrenide psikoterapi

Bullarda ve Dexter'in paranoid'lerin psikoterapisindeki özellikler üzerindeki araştırmaları ilgi çekicidir ve pratikte yardımcı değerleri vardır (74).

Paranoid, hekimi küçük görür ve ondan şüphe eder, itimadı yoktur. Kendisinin yardıma muhtaç olduğunu kabul etmez ve psikolojik problemlerinin kurcalanmasını istemez. Delüzyonlarının yorumlanmasına tahammülü yoktur.

Delüzyonları üzerinde durmıyarak, hastaneye gelişini kendisinin ne şekilde izah ettiği sorulmalı ve bu olayı birlikte aydınlatmıya çalışmalıdır. Hastaneye gelmesinin sebeplerini araştırırken, realitedeki olaylar açık bir sekilde anlaşılırsa, bir çok şeylerin ve bir yanlışlık olmuşsa onun da düzeltileceği üzerinde ısrarla durmalıdır. Paranoid'in itimadını ve sempatisini kazanmıya çalışmak boşuna bir çabadır; çünkü her zaman süphe içinde olacak ve kimseye yakınlık duyamıyacaktır. Hastaneye gelmesine sebep olan olayları kendisi yorumlamazsa, terapist onları gerçeğe mümkün olduğu kadar yakın bir şekilde, fakat kat'iyetle değil, kuvvetli bir ihtimal diye yorumlamalıdır ve hastanın o ihtimal üzerinde ne düşündüğünü araştırmalıdır. Hastanın yakın ve geçmişteki hayat

tecrübeleri arasında bir bağlılık ve benzerlik olduğunu ona hissettirmelidir. Homoseksüel konfileri, başkalarıyla münasebetleri, öteki cinsle ilgileri, spontan davranışına engel olan faktörleri inceliyerek aydınlatmıya ve hastanın bu psikodinamiği kavramasına çalışmalıdır. Hasta yardıma ihtiyacı olduğunu kabul etmişse, paranoid değişmesindeki çeşitli faktörleri araştırmalı ve hastaya bu mekanizmanın bütün hayatında tekrarlandığı, geçmişinden örnekler vererek anlatılmalıdır. Terapist, hastanın kendisi hakkında da paranoid duygu ve düşünceler beslediğini, gerçekteki olaylardan örnekler vererek ortaya çıkarmalıdır.

Paranoid şizofrenide tedavinin amacı, hastanın gerçekteki olayları, kendi sandığı gibi değil de olduklarında görmesine yardımdır. Hayatı ve insanları başka bir açıdan görmiye başlıyan hasta, gerçekteki olaylara başka bir şekilde intibak edebileceğini fark eder, delüzyonları değişmemiş fakat tesirleri azalmıştır.

5 — Grup tedavisi (groupe therapy)

Şizofreninin psikodinamik sebepleri arasında, insan arası münasebetlerdeki aksama önemli bir faktördür. Son on onbeş yıl, hastaların yeniden toplum içine karışabilmelerine yardımı olacak tedavi metotları denenmiştir ve grup tedavisi ile psikodrama üzerindeki çalışmaları gösteren zengin bir literatür vardır (75-80).

Grup tedavisi, hastaların kendilerini ve birbirlerini oldukları gibi görüp kabul etmelerine, birinin hayat tecrübelerinden herkesin ders almasına, birbirlerine karşı içlerinden gelen reaksiyonları gösterdikleri zaman bunun sebebi grup içinde eleştirilerek aydınlatılmasına; kısaca, kendi içlerine çekilmiş yaşıyan kimselerin yeniden gerçekteki hayata katılmaları için onları toplumun küçük bir örneği olan grup içinde yaşamıya alıştırmaktadır. Bir çok ekollerin grup tedavisinde değişik teknikleri vardır. Çoğunlukla psikyatr, tecrübeli, anlayışlı, tarafsız bir hakem rolündedir. Hastaların aralarındaki konfliler arttığı zaman yerinde bir müdaheleyle, herkesin duygularında haklı olduğunu kabul ederek, konfliyi objektif bir açıdan halletmiye çalışır. Hekimin grup içindeki insan arası münasebetlere spontan olarak karışmasını tavsiye eden ekoller de vardır. Grup tedavisi, altı ile on arası hastayla yapılır. Hastaları, teşhis bakımından ziyade, psikodinamiklerindeki benzerlik bakı-

mından seçmek tedavinin yürümesi için faydalı olur. Her hastanın hayat hikâyesindeki psikodinamik faktörler ötekiler tarafından tekrar tekrar hissedilirse hepsi için aydınlanmış olurlar. Grup tedavisinde çoğu defa bir hareket başlamaz ve hastalar da hekim de sabırsızlanır, ümitsizliğe düşerler. Grupta bir hareket uyandırmak için, psikanalitik bir kitap okuyanarak hastaların onun üzerinde konuşmaları, müzik dinletip hislerini sormak ve başka bir çok usuller vardır.

Grup tedavisi insülin şokla beraber çok iyi sonuçlar verir. Şok tedavisi gören hastalar, hastalıklarının ötekilerden daha ağır olduğunu anlamış gibidirler; üstelik, şok represyonu artırdığı için psikolojik problemlerini daha rahat açıklıyabilirler. Grup tedavisinde daha başka teknikler de vardır (5, s, 684-686).

Akıl hastanesinden çıkan hastalar grup tedavisinden ayrıca istifade ederler. Akıl hastası damgası vurulmuş olan eski hastalar dış hayata intibakta zorluk çekerler. Kendilerini öteki insanlardan ayrılmış, başka bir mahluk gibi hissederler. Hastane dışında grup tedavisi, onları birbirine bağlıyarak, bir topluluğa bağlı olmanın kuvvetini verir ve birbirlerini anlayıp kabul etmek de kendilerinin yabancılık hislerini azaltır.

6 — Psikodrama :

Psikodrama tekniği ilk olarak Moreno tarafından tecrübe edilmiştir. (69). Terapist, hastanın hayatındaki önemli olayları sahneye koyan bir rejisördür. Hasta, (auxiliray-egos) denen yardımcıların iştirakiyle, geçmiş ve o zamanki hayatındaki önemli olayları sahnede yeniden yaşar. İçinden geldiği gibi hareket etmesi şarttır. Psikodrama, çocukların oyunları gibidir, ve hasta gerçek hayatta başarısız kaldığı ve tekrarlamak istemediği maceraları bu defa oyun gibi yeniden yaşar. Bu oyun havası içinde, gerçek hayattaki olayların ne için aksadıklarını sezmiş olurlar, ve hayatlarının gidişinde kendilerinin ve başkalarının rollerini ayrı ayrı fark edince duygusal reaksiyonlarında ve represe ettikleri duygularında kendilerini haklı görebilirler. Başkalarına da hak tanımış olurlar. Bu da sosyal intibak yolunda atılmış bir adımdır. Psikodrama, tiyatro dekorları, ışık oyunları, elbiselerle canlandırılır. Psikodramada en önemli olan, bütün aktörlere, her hangi bir olay karşısında, spontane reaksiyon göstermeyi öğretmektir, yani o anda içlerinden gelen şekilde davranmaları istenir. Basma kalıp, beklenen ve geleneklerin icap ettirdiği reaksi-

yonlar ve davranışlardan kurtulmak, kendisi olabilmek hasta kadar, yardımcı ego'lar için de verimli ve aydınlatıcı bir tecrübedir. Psikodramanın amacı, hastanın başkalarıyla münasebetlerini anlaması ve kabul etmesine yardımdır. Başkalarını da anlayış ve müsamahayla kabul edecektir.

Psikodramada herkesin gözü önünde bir hayat tecrübesi yaşandığı için, sonradan hayata karışmaya bir hazırlık olur.

7 — Bütün tedavileri birden deneme. (total push)

Somatik tedavilerin ve grup tedavisinin yanında, iş, oyun, eğlence, sanat, spor, dans partileri ile hastayı başı boş bırakmamakla regresyon'un yavaşlatıldığı, veya durdurulduğu kabul edilmektedir (5, s., 367).

Hasta aktif bir program içinde yaşarken, onunla her an münasebette bulunan hastabakıcılarla hemşirelerin candan bir alâka göstermeleri, hastanın gündelik hayatına sahiden iştirak etmeleri, bütün tedavi programında beraber olmaları, buna göre yetiştirilmiş olmaları lâzımdır. Bunun için de (total push) programının iyi organize edilmiş, ilgi çekici olması gerekir.

(Total push) da grup tedavisi ve somatik tedaviler yanında, çeşitli yardımcı tedaviler denenir.

Yardımcı tedavi teknikleri :

1 — El işleri, zenaatler (occupational therapy) - Dikiş, örgü, işleme, sepetcilik, çömlekcilik, marangozluk, boya ve badana, kunduracılık, deri işleri, oyuncakcılık gibi çeşitli zenaat kollarında programlı bir şekilde çalışmaktır. Çıkan eşyaların satışında hastaya da para ayrılırsa, boşuna çalışmadığı ve başarılı olduğuna inanarak hevesi artar. Öte yandan, bu yeknesak işlere dalan hasta, sosyal münasebetlerden uzak kalır. Kendi aleminde yaşaması kolaylaştırılmış olur. Akıl hastanelerinde bir tezgâh başında iplik sayan veya sepet ören hastaların çevrelerinden ne kadar ayrılmış ve kendi içlerine çekilmiş oldukları görülür. Meşguliyet tedavisinin hastaların gerçekteki hayata intibaklarını kolaylaştıran bir etkisi olduğuna inanmak zordur. Ancak, hastaları göz önünde, toplu halde bir şeylerle uğraştırmak bakımından hastane personelinin işlerini kolaylaştırır. Söylemiş olduğumuz gibi başka tedavilerle birlikte programlı bir şekilde meşguliyet tedavisinin de faydalı bir fonksiyonu olur.

Geniş tedavi programı yoksa, hiç olmazsa, hastanın öğrendiği zenaatte çalışmasını önlemeli ve yeni işler öğretilmelidir, çünkü böylelikle öğretmen ve başka hastalarla münasebete girişmiş olur.

2 — İş tedavisi ve rehabilitation. (yeniden yetiştirme)

Meşguliyet tedavisinde hasta yaptığı işten para kazansa da, bu ancak yılda bir iki defa açılan sergilerde olacaktır. Hemen lüzumlu olmıyan bir emek sarfederek boşuna vakit öldürdüğünü hisseder. İş tedavisinde ise içinde yaşadığı topluma faydalı ve gerçekten verimli bir fonksiyonu vardır. Hastanede kurulan fabrikalarda işçilik, yazıcılık, kütüphanecilik, aşcılık, bahçıvanlık, gibi realist çalışma imkânları, hastaları dış hayata hazırlarken, bir yandan da kendilerinin toplum içinde faydalı bir rolleri olduğu düşüncesini aşılar. (5, 385-388)

3 — Sanat tedavisi. (art therapy)

Ruh hastası sanat eserleriyle, psikolojik konflilerini sembolik veya realist bir şekilde ifade ederek, anxiety'si hafiflemiş olur. Üstelik sanat eseri, kelime istemiyen bir ifâde şeklidir ve hasta karşısındakine psikolojik ihtiyaçlarını bu araçla anlatıyordur. Psikotik olmıyan sanatcılar da iç hayatlarındaki konflileri, şuur altı ve rüya materyelini boşalma ihtiyacıyla eserlerinde kullanırlar. Bu da anlaşılma ihtiyacıyla ilgilidir ve şahsiyeti içinde kendi üstüne dönmüş yaşıyan kimsenin sanat eseriyle yalnızlıktan kurtulma çabası, başkalarıyla bir münasebet kurmaya çalışmasıdır. Psikotikle arada ancak bir derece farkı vardır. Klsik sanatta şahsiyet kendini herkesce kabul edilmiş bir şekilde ifâde eder. Modern sanat daha kişisel, spesifik ve anlaşılması güçtür. Psikotikte de, psikotik olmıyanda da böyle kendini açıklama ihtiyacında ekzibisyonizmin rolü olsa gerektir. Ruh hastalarının sanat eserlerinden, psikopatolojik durumlarının ciddîliği ve pronostiği üzerinde bir fikir edinilir. Bir yandan da şuur alanına çıkamıyan psikolojik konflilerin süblimasyon'la hafiflemesi ve sembolik ifadesi diye anlaşılabilirler.

Depresif hastaların sanat eseri vererek, depresyondan kurtulduklarını psikanalitik bakımdan inceleyen literatür vardır.

Sanat; duyguların, düşüncelerin, idrâklerın, rüyaların, ve daha karışık şuur-altı materyelinin, ölçülü, muvazeneli, ahenkli bir biçim ve-

rilerek başkalarınca da anlaşılıp kabul edilmesine yönetilmiş bir faaliyettir. Her zaman mana çıkarılamıyan modern, abstre sanat bile ölçülü, muvazeneli, ahenklidir. Yoksa sanat eseri denemez, çünkü başkalarıyla paylaşılamıyordur. H. Segal'in (82) vakalarındaki depresif hastalar; ümitsizlik, suçluluk, kin ve nefret, agresivite, ölüm korkusuyla aynı zamanda ölümü isteyiş gibi içlerindeki duygu fırtınalarını sanat şeklinde ifade ettikleri zaman bütün bu semptomların psikolojik tesirleri hafiflemiştir.

Şizofrenik, resme başladığı zaman yaptıkları, derin psikolojik konflilerini aksettirir ve çizgileri, renkleri, kahotik (karma karışık), ölçüsüz, muvazenesiz, ahenksizdir. Fakat seyredeni sarsacak kadar mana yüklüdürler. 1950 de Paris'te Sainte-Anne hastanesinde, bütün dünyadaki akıl hastalarının eserlerinden toplanmış bir resim sergisinde kimse ilgisiz kalamıyordu (83). Yalnız ve agresif kurtlar; kin ve nefret dolu ev içleri; başka bir alemde dolaşan figürler; yangın, yer depremi ve çeşitli facialar; hepsi karışık fakat mana yüklüydü, fakat sanat eseri değildiler, ölçülü, muvazeneli, ahenkli olmadıkları için.

Şizofrenik iyiliğe doğru gittikçe, resimleri derlenip toparlanır, ve bu da pronostik bakımından ümit vericidir. Sanat tedavisinin etkisi, kısaca anlatılmak istenirse, hastanın içinde yaşadığı korkulu rüyayı ölçü, muvazene, ahenk ile başkalarına his ve kabul ettirebilmesi ve böylelikle anxiety'sinin hafiflemesidir. Sanat tedavisinde, meşguliyet tedavilerinde olduğu gibi psişik enerjinin yapıcı bir yönde harcanması da önemli bir faktördür. Psikanalitik terimle "libidinal enerji" denen ve kişinin çevresiyle ilgisgini idare eden psişik enerjinin bir ekonomisi vardır. Bir alanda kullanılırsa, başka alanlara harcanacak kadar kalmaz. Ruh hastası yapıcı bir alanda psişik enerjisini harcarsa, en çekindiği agresif davranışlarına karşı korunmuş olur.

Müzikle tedavi :

Müzik abstre bir sanattır ve her kese başka türlü bir heyecan verir. Her dinliyen müziği kendi psikolojik durumuna uyan bir şekilde hisseder ve ona göre mana verir. Julien Green'in bir romanında, preşizofrenik taşralı kız, Adrienne Mesurat, orkestra veya bando müziği dinlerken: — Bu benim, yalnız benim için yazılmış, diye hisseder (84).

Bu da yalnızlık, yabancılık içinde yaşıyan ve başkalarıyla duygusal münasebetlerini kesmiş olan şizofreniğin, kendine mahsus bile olsa yine de bir nevi heyecan hissettiğini gösterir.

Müzik tedavisinin şizofrenideki tesiri, heyecanların yeniden öğrenilmesi diye anlaşılabilir. Başkalarıyla münasebete girişmek zorunda kalmadan, yavaş yavaş his ve duygu fonksiyonlarını harekete getirir, canlandırır.

Hastaların müziğe karşı reaksiyonlarından psikopatolojileri ve ayırıcı teşhis bakımından da mana çıkarılabilir. Mesela mani nöbetindeki hasta, hüzünlü, düşündürücü, kasvetli müzik parçalarını hissetmez; daha doğrusu bu gibi hisleri inkâr ettiği için kendini onlara kaptırmaz. Manik eksitasyon içindeki hastanın aslında hissettiği ümitsizliği inkâr etmek için, bir nevi sarhoşluğu devam ettirdiği ve bu yüzden onu bozacak ağır ve kasvetli düşüncelerden ve o cinsten müzikten kaçındığı psikanalitik metodla ortaya çıkarılabilmiştir. Depresif hastalar ise neşeli bir dans müziği dinlerken bile, kaydedilmiş bir sevgilinin veya başka bir değerli şeyin matemini hissederler. Neşeli melodi onlardaki suçluluk duygusunu artırır, neşeye hakları olmadığına inanmışlardır.

Müziğin herkese ve ruh hastalarına sükûnet verici bir tesiri olduğu kabul edilmiştir; ve bunun psikodinamik izahı düşündürücüdür. Müzikte, aynı tema veya melodi durmadan tekrarlanır, develope edilir, bir sonuca bağlanır. Acıklı veya hoş, fakat heyecan bakımından sarsıcı olan ilk ilhâmın, tema veya melodinin, tekrarlanıp harmoni kaidelerine uyarak sanat kalıbı verilmesi ondaki heyecan yükünü azaltır. (Bunun örneği Bethoven'in müziğinde bilhassa hissedilir. Büyük müzisyen, duygu, düşünce, dünyayı idrâkle yakından ilgili bir müzik temasını obsesyon şeklinde hissetmiye başlar. O temayı tekrarlar, develope eder, ve bir sonuca bağlar. O zaman obsesif tesirinden kurtulmuştur.)

Afektif psikozlarda, manik ve depresiflerin, müziğe karşı reaksiyonları, patolojileri hakkında bir ip ucu verir ise de, şizofreniklerin reaksiyonları her zaman değişik olur. Bu da şizofrenideki hissediş tonu ve heyecan ölçüsüzlüğüne ve ayarsızlığına bağlanabilir. Şizofreni hastasının, sükûnet verici veya tahrik edici müzik karşısında beklenen reaksiyonları göstermiye başlaması salaha doğru gittiğini gösteren işaretlerden biridir.

Dansla tedavi :

E. Rosen psikotiklerde dans tedavisinin tesirlerini incelemiştir (85). Dans, beden hareketleriyle iç gerginliğini hafifletir ve insan münasebetlerine bir başlangıçtır, diye yazar. E. Rosen, modern dansı, yani müziğe uyarak hastaların içlerinden geldiği gibi figürler yapmalarını geniş ölçüde tecrübe etmiştir. Ruh hastalarında dansa karşı altı değişik reaksiyon ayırabilmiştir:

1 — Kendi içine çekilmiş, başkalarıyla ilgisini kesmiş hastalar, durmadan aynı basit hareketleri tekrarlamışlardır.

2 — Çekingen, alıngan, ve aksamak istemiyen kimseler herkes gibi olmıya çalışarak kendilerini dans heyecanına kaptırmamışlardır.

3 — Agresif hastalar, sert ve haşin figürlerle dans etmişler, dansı idare eden kimseye çatmış, onu hakir görmüşlerdir.

4 — Ekzibisyonist'ler kendilerine bakıldıkça ve beğenildikçe en iyi şekilde dans figürleri göstermişlerdir.

5 — Daha ziyade entellektüel sayılan bir grup dansın psikolojik etkileri üzerinde tartışmalara girişmiş, fakat dansa heyecanla kapılmamışdır.

6 — Voyeur'ler (başkalarının hususî hayatlarını, cinsel münasebetlerini, çıplaklık hallerini seyretmek iç-tepkisi olan ve bu şekilde tatmin olunanlar) dansa karışmamış, fakat seyrederek baş sallamaları, el ve kol hareketleriyle heyecanlarını göstermişlerdir.

Dans (non verbal communication), yani kelimesiz, konuşmadan anlaşmanın bir çeşididir. Herkesin kelimelerini kullanarak konuşamıyan psikotiklerin, başkalarıyla münasebete girişmelerini kolaylaştırır.

Dans sosyal münasebetleri kopye eden bir oyun gibidir ve psikotikler bu oyuna kendileri olarak değil, herhangi bir aktörün sorumsuzluğuyla iştirâk ederler. Kendilerine bakmıyan, pis, palaspâre hastalar dans partisine gelirken, traş olurlar, kravat takarlar, temiz giyinirler; değişmiştirler. Kendilerini kabul etmedikleri halde bir nevi hayat oyununu oynuyorlardır. Partner'ler, erkeklerle kadınlar, birbirlerini seçerler ve hemen hiç konuşmadan dans ederler. Başka zaman karşılaşınca, eskisi gibi kendi içlerine kapanmış, birbirlerini tanımazlar.

Konuşmayan şizofrenikler için dans, beden hareketleri ve mimiklerle, kendini anlatma vasıtalarının ilkel şeklidir. Dans, çocukluğa dönmüş olan şizofreniklere koordine hareketleri yeniden öğretmesi bakımından da tesirli olmaktadır.

Dansın psikolojik ihtiyaçları karşılayan bir ifade vasıtası olduğu iptidaî kavimlerdeki kişisel veya toplumsal reaksiyonlarda görülür. Kişisel reaksiyonlar, had şizofreni nöbetine benzeyen ve dayanılmaz şiddette anxiety'nin sebep olduğu cezbe ve (Amok) nöbetleridir. Anxiety'den kurtulmaya çalışan kişi, önce ayarsız ve düzensiz, sonra ritmik vücut hareketleriyle bir dans yaratır gibidir. Sonunda, fizik ve psişik yorgunluk kişiyi yere serer. Rahatlamıştır. Kendisini kaptırılan dansta da, buna benzer ve cinsel tatmini hatırlatan bir boşalma ve rahatlama olduğu düşünülebilir.

İptidai kavimlerin toplumsal reaksiyonları da, düğün, matem, harp ve av duaları gibi iştirâk edilen psikolojik gerginlik hallerinde, dans karşılıklı anlaşma ve bilinmedik kuvvetlere karşı birleşme vasıtasıdır.

Her şekil sanat insana evrensel veya kişisel bir heyecan verir. Şizofreniğe heyecan hissettirmek, tedavi yolunda büyük başarı olur.

F. F. Reichmann, şizofreniklerdeki kişisel imkânların, yaratıcı sanata yönetilebileceğinde israr eder. Shopenhauer, Van Gogh, Schmann, ve Nijinski'nin hayatlarını ve sanatlarını incelemiştir ve aslında şizofrenik olan bu şahsiyetlerin yaratıcı sanatla deteryorasyondan kurtulduklarına işaret eder. Şizofreni ile dans sanatı arasında hususî bir münasebet olduğunu da ileri sürer (86).

Sanatın insanda öteki heyecanlara benzemiyen başka türlü bir heyecan yarattığı görülmektedir. Sanat heyecanını Henry Bergson anlaşılır bir şekilde tarif eder: "Sanat heyecanı gündelik hayattaki duygu ve düşünceleri uyuşturur ve hepsinin yerini alır. Duygu ve düşünceleri anlatmaz, sezdirir. Gündelik hayattaki duygu ve düşünceleri uyuşmuş olan kişi hipnoza benzer bir gevşeme halindedir. Bu tesir de ritmden gelir ve renklerin, seslerin, hareketlerin belli aralıklarla, ahenkli bir şekilde tekrarlanması demektir" (87).

Sanatın şizofrenik üzerindeki tesiri, ona başkalarıyla münasebete girişmek zoru olmadan, heyecan hissetmesine yol açmaktır.

Şizofreni tedavisinin ana hatları.

Yerinde tatbik edilen somatik tedaviler (şok tedavileri), farmakolojik tedaviler (trankilizan ve stimülan ilaçlar), psikoterapötik tedbirler yanında, iş tedavisi, meslek tedavisi, sanat tedavisi, iyi organize edilmiş bir programla tatbik edilirlerse şizofreni hastası deteryorasyondan kurtarılır. Bütün bu çeşitli tedavilerin ana prensibi hastayı başı boş, aylak bırakmamak, yapıcı ve ihtiyaçlarını tatmin edici faaliyetler içinde yaşatmaktır.

Akıl hastanesine yatırılan şizofrenik, dış hayata intibak güçlüklerinden, dependent olup ta nefret ettiği yakınlarında kurtulmuş, iç-tepkilerinin sürüklediği agresif davranışları önlenmiş, rahata ve sükûnete kavuşmuştur. Derin uyku tedavisinde olduğu gibi, gerçek hayatın sıkıntılarından ve kendi psikolojik konflilerinden bir zaman için kurtulmuştur. Bunu tekrar ana rahmine dönmenin rahatlığına benzetebiliriz. Böyle bir rahatlığa kavuşan, mesuliyetsiz, başkalarına dependent yaşıyan akıl hastası, ilerleyen regresyonla kısa zamanda bunaklık denen deteryorasyona uğrar.

Her hastanın psikolojik ihtiyaçlarını karşılıyacak psikoterapi yapılamıyacağına göre, yardımcı tedaviler programlı bir şekilde tatbik edilirse hiç olmazsa hastadaki yaşama enerjisi (Libido) müsbet bir şekilde harcanmış olur.

Şahsiyet ne dereceye kadar toparlanabilmiş ve hayata ayak uydurmasına yardım edilmişse o derece de iyileşmiş sayılır.

Hastahaneden salahla taburcu edilen veya dışarda psikoterapiyle iyileşen hasta çevresine intibak edebilecek bir durumda olabilir, ve buna sosyal iyileşme denir. Şu var ki, eski akıl hastası damgası onun çevresi tarafından kabul edilmesine engel olur. Bu anlaşmazlığı önlemek için topluma şizofreniğin kendilerinden başka bir mahlûk olmadığını anlatıp, kabul ettirmek lâzımdır. Bu işi de (social worker) ler, yani hastanın sosyal münasebetlerini hastane dışında takip edenler başarmalıdırlar. Bir yandan da, ehliyetli uzmanların, şizofreniyi topluma anlatıp kabul ettirmek için yazıyla, radyo ve televizyonla propagandaya girişmeleri lâzımdır.

Şizofrenide sosyal ve kültürel faktörler (5. s, 727)

İptidai (primitive) toplumlarda şizofreni ve başka psikozlar üzerindeki araştırmaların, literatürden çıkarılan sonuçlarını bu alanda aydınlatıcıdırlar.

1 — Câhil veya kültürlü bütün toplumlarda fonksiyonel psikozların hepsine rastlanır; fakat iptidaî toplumlarda şizofreni görülmemiştir.

2 — Yerli halk, Avrupalılardan çok az nisbette akıl hastanesine yatırılmaktadır (Burada, şizofreni teşhisindeki ayrılıklar göz önünde tutulmalıdır). Avrupa ve Amerikada bile, şehirlinin köylüden daha yüksek nisbette akıl hastalığına tutulduğunu da hatırlamalıdır. Kabile hayatından ayrılıp kültür ilerledikçe akıl hastalığının arttığı görülmüştür.

Netice olarak, şizofreni ve psikozlara iptidaî toplumlarda az rastlanmaktadır, ve karışık kültürlü toplumlardaki beklenmedik streslerin akıl hastalığının ortaya çıkmasında rolleri vardır.

3 — İptidaî toplumlarda şizofreni ve başka psikozlarda rastlanan Dpresyon oldukça nadirdir. Bu da bütün sorumluluğun tabiat üstü kuvvetlere yüklenmesiyle izah edilebilir, ve bu yüzden suçluluk duygusu gelişemez.

4 — İptidaî toplumlarda rastlanan psikotik tablolar, batının kabul ettiği anlamda şizofreniye benzememektedirler. Öte yandan primitiflerde sık rastlanan eksitasyon ve konfüzyon hallerine çoğunlukla yanlış olarak mani teşhisi konulmuştur.

Bir çok yazarlar sık rastlanan (Amok, Latah, Windigo) gibi had psikotik nöbetlerin, had şizofreni olduğunu kabul ederler.

Primitiflerde depresyon ve intihar vakalarına çok az, konfüzyon ve eksitasyonla adam öldürmeye çok sık rastlanmaktadır. Hostilite dışarıya karşıdır.

SONUÇ

Eskiden "Erken Bunama" denen şizofreni sendromunun bunamayla ilgisi yoktur. Zekâ ve duygu fonksiyonları aşağı olan kimselerde şizofreni görülmez. Zekâ ve duygu fonksiyonları dar ve kıt olan kimseler, aynı psikodinamik faktörlere başka türlü reaksiyonlar gösterirler. Anxiety yaratan psikodinamik olaylar karşısında, Ego'nun korunma mekanizmaları şahsiyetin Ego'sunun imkânlarına göre ortaya çıkarlar, ve kişi şizofrenik değişmiye uğrıyacak yerde, histerik veya obsesyonel semptomlar ortaya çıkar.

Şizofreni sendromunun evrensel ölçüde kabul edilmiş bir tarifi yoktur. Habis bir şahsiyet hastalığı olan şizofreniden anlaşılan; zekâ, idrak, duygu fonksiyonlarının aralarındaki dengeli işleyişin kaybolması; şahsiyetin dağılması, parçalanmasıdır. Duyguları, idrâki, zekâsı, muhakemesi, başkaları gibi ahenkli, muvazeneli olmıyan kişi şizofrenik olacaksa, başkalarının realitesini inkâr edecek, kendi dünyasını yaratacaktır. Otizm içinde yaşıyacaktır. Otizm içinde yaşamak, kendi âlemini yaratmak için şahsiyetin, zekâ, duygu, hâyâl, hezeyan bulma imkânlarının zengin olması gerekir. Halk arasında söylendiği gibi, deli olmak kolay da, saçma bulmak zordur. Başkalarının ölçülerine uymadan yaşıyabilmek, bir bakımdan da şahsiyetin tam bağımsızlığını isbat için girişilmiş, sonu gelmez bir mâcera sayılabilir. Otizm, yani kendi ölçüleriyle, kendi yarattığı realitede yaşamanın dereceleri ve çeşitleri vardır, ve ileri derecede regresyonla ilk çocukluğa dönmüş olan hebefrenik ile, zekâsı ve muhakemesi aksamaz görünen Paranoid'in otizmleri arasında ancak derece farkı vardır.

Çünkü, şahsiyeti bozulmamış görünen Paranoid, kimsenin kabul etmediği yanlış inançları (Delüzyonları) içinde kendi âleminde yaşamaktadır. Silvano Arieti'nin, tam olmadığını kabul ettiği şizofreni tarifi vardır. "Dayanılmaz şiddette Anxiety'ye karşı, çocuklukta başlayıp, son-

radan psikolojik faktörlerin tesiriyle ortaya çıkan, ve Regrecyon'a sebep olan bir reaksiyondur." der.

Öte yandan, birçok vakalarda regresyon değil de, gelişmede (Progresyon'da) aksama olduğuna inanan ekoller de vardır.

Şahsiyetin gerçekteki hayata intibaksizliği bakımından, psikodinamik olarak gerek Regresyon, gerek Progresyon duraklamasında, tedavinin ana prensibi, yeniden yetiştirmedir. (Re-education) Şizofreniyi anlamak için sarfedilen bütün gayretlere ve elde edilen bilgilere rağmen, psikyatride önemli bir alanı kaplıyan bu sendrom üzerinde öğrenilecek çok şey kaldığını unutmamalıdır.

En son araştırmalar sonucu, şizofrenik sendrom (multiple facteur) teorisine göre anlaşılıp, teşhis, tedavi ve pronostiği ona göre tayin edilmektedir. Çeşitli faktörlerin, şizofreni tablosunu meydana çıkarabilecek-lerini kabul ederken, bu sendromun ne kadar geniş ve o nisbette ne kadar karanlıkta kalmış olduğu da kabul edilmiş olur.

Şizofreniyi hisseden, anlıyan, ve şizofrenik değişmeye yakalanmış olanlara yardım etmek istiyen ruh hekimlerinin amaçları, bu sendromun bir tek organik; veya spesifik olan psikodinamik etyolojisini arama yolunda sabırla, yılmadan çalışmadır.

BİBLİOGRAFİ

1 — Noyes & Kolb. — Modern Clinical Psychiatry. (s. 382) *Saunders Co. 1958. Philadelphia.*

2 — Morel, B. A. — Traitée des maladies mentales. *V. Masson, 1860, Paris.*

3 — Fromm - Reichmann, Frieda. — Remarks on the Philosophy of Mental Disorder. *Psychiatry, 1946, 9, 293-308.*

4 — Noyes & Kolb — (s. 391).

5 — Bellak, Leopold. — Schizophrenia, a review of the syndrome. (s. 71) *Logos Press, N. Y. 1958.*

7 — Hecker, E. — (Die Hebephrenia) *Arch. Path. Phys.* & *Clin.* Medecine, 1871 Berlin.

8 — Kahlbaum, K. — (Die Katatonia) *1874 Berlin. "7 ve 8, Noyes'den naklen."*

9 — Bleuler, E. — Dementia Praecox or The Group Of Schizophrenias. *İnt. Univ. Press İnc. 1950 N.Y.*

10 — Kanner, L. — Early İnfantile Autism. *A. J. Orthopsych. 1949, 19.*

11 — Betz, B. J. — ... Autistic barrier in the psychotherapy of schizoph. personality. *A. J. Psych. 1947, 104.*

12 — Miyagi, O. — On the concept of autism. *Jap. J. Psychology. 1948, 19.*

13 — Meyer, A. — Dynamic interpretation of Dementia Praecox. *A. J. Psychol. 1910, 19.*

14 — Jung, C. — Two essays on analytical psychology. *1928. T & Cox. London.*

15 — Federn, P. — Ego Psychology and Psychoses. *1952, Basic Books,* N. Y.

16 — Rosen, J. — Direct Analysis. *1953, G.* & *Stratton, N. Y.*

17 — Wexler, M. — The role of internal object in schizophrenia. *Bull. Menn. Cli. 1951, 15.*

18 — Sullivan, H. S. — Clinical Studies in Psychiatry. *1956, Norton & Co. N.Y.*

19 — Farber, L. H. — Martin Buber and Psychiatry. *Psychiatry. Mav 1956.*

20 — Bellak, L. — A. Multiple Factor Psychosomatic Theory of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly, 1949, 23.*

21 — Kallmann, F. J. — The Genetic Theory of Schizophrenia. *A. J. Psychi. 1946, 103.*

22 — Wolf & Cowen. — Pathology in selective partial ablation of the frontal cortex. *1949, Hoeber İnc. N.Y.*

23 — MacLean, P.D. — The limbic system and its hippocampal formation. *J. Neurol. Neurosurg. Psychi. 1954, II.*

24 — Heath, R. & Al. — Studies in Shizophrenia. *1954, Cambridge Univers. Press.*

25 — Rado, S. — Psychoanalysis of Behavior. *1956, G. & Stratton*

26 — Sechehaye, M. A. — Symbolic Realization. *İnt. Univ. Press. 1955, N.Y.*

27 — Arieti, S. — İnterpretation of Schizophrenia. *1955, Brunner, N.Y.*

28 — Horney, K. — The Neurotic Personality of our time. *1937, Norton, N.Y.*

29 — Becket, G. & Al. — The significance of exogeneous traumata in the genesis of Schizophrenia. *Psych. May 1956.*

30 — Ruchard, S. — Murder and suicide as defenses against Schizophrenic Psychosis. *Clinical psychopathology, October 1950.*

31 — Kant, O. — Clinical investigation of Simple Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly, 1948, 22.*

32 — Kleist, K. and Al. — Hebephrenics on the basis of Catamnestic studies. *Archives of Psychiatry, 1950, 22; 1951. 186.*

33 — Bullard and Dexter, M. — Failure of Repression. *Arch. of G. Psych. Febr. 1960.*

34 — Freud, Sigmund. — Psychotherapeutic notes upon anauthobiographical account of a case of Paranoia. *Collected Papers, Vol, 3. London 1925.*

35 — Bonner, H. — The problem of diagnosis in Paranoic disorder. *Amer J. Pshychi. 1951, 107.*

36 — Grauer, D. — Homosexuality in Paranoid Schizophrenia as revealed by the Rorschach Test. *J, Concult, Psychol. 1954, 18.*

37 — Norman, J. P. — A study of 100 cases of Dementia Praecox. *J, N,* Ment. Disorders. 1948, 107.

38 — Moore, A. R. and Selzer, M. L. — Male homosexuality, paranoia, and the schizophrenias. *A. J. Psychiat, 1963, 8.*

39 — Good, R. — Depression. *Brit. J. Med. Psychol. 1944 - 46. 20, 344.*

40 — Kaplan, H. — Schizophenic reaction with Psychopathic features. *A.M.A. Arch. Neuro. Psychiat. 1952, 68.*

41 — Dunaif, S. and Hoch, P. H. — Pseudopsychopathic Schizophrenia in Psychiatry and the Law. *Grune & Stretton, New York, 1955.*

42 — Hoch, P. & Polatin, P. — Pseudo-newrotil forms of Schizophrenia. *Pschiatric Quarterly. 1949, 23.*

43 — Knight, R. P. — Borderline States. *Bull, Menninger Clin. 1963, 17.*

44 — Schmideberg, M. — Principles of Dective Analytic Therapy for Borderline patients. *A.J. of Psychotherapy, 1955.*

45 — Boisen, A. T. — Onset in Acute Schizophrenia. *Psychiary, 1947,* 10.

46 — Bender, L. A. — Schizophrenia in childhood. *A. J. Orthopsychiatry. 1956, 26.*

47 — Kanner, L. — Early İnfantile Autism. *A. J. Orthopsychiatry, 1949, 19.*

48 — Bernstein, N. R. — Recurrent Psychotic Episodes in middle life. *A. J. Psychi. 1953, 110.*

49 — Rieman, G. W. — The Effectiveness of Rorschach Elements in the discrimination between Neurotics and Ambulatory Schizophrenic subjects. *J. Concult. Psychol. 1953, 17.*

50 — Wladkowsky, E. — Personality and diagnoctic evaluation by means of non-projective technic. *Ann. N. Y. Acad. Sci. 1946. 46.*

51 — Langfeldt, G. — The diagnosis of Schizophrenia. *A. J. Psychiat. 1951, 108.*

52 — Finkelstein, Z. — A study in Shizophreniform psychoses. *Acta Psychi. Neurol. Scand. 1953, 28.*

53 — Warren, M. & Cameron, K. — Reactive Psychoses in Adolescense. *J. Ment. Sci. 1950, 96.*

54 — Stainbrook, E. — Some characteristics in the psychopathology of schizophrenia. *A. J. Psychiat. 1952, 109.*

55 — Cobb, S. — Review of Neuropsychiatry. *A. M. A. Arch. Int. Med 1953, 92.*

56 — Polonio, P. — Involutional Schizophrenia. *Dis Nerv. Syst. 1954, 15.*

57 — Bychowski, G. — Schizophrenia in period of involution. *Dis. Nerv. Syst. 1952, 13.*

58 — Kretschmer, B. — A contribution to the problem of Paranoia *1950, Springer, Berlin.*

59 — Steele & Frazer — Place of Paranoid States in Psychiatric classification, *Edimb. Med. J. 1948, 55.*

60 — Brew, M. & Seidenberg, R. — Psychotic reactions associated with childbirth. *J. Nerv. Men. Dis. 1950, 3.*

61 — Linn, L. & Polatin, P. — Psychiatric problems of the puerperium. *Psychi. Quart. 1950, 14.*

62 — Victoroff, V. — Dynamics of parapartum reactions. *Dis Nerv. Syst. 1952, 13.*

63 — Weiss, I, I. — Psychoses in military prisoners. *J. CL, Psychopathol. 1947, 8.*

64 — Weiner, H. & Braiman, A. — The Ganser Synd. *A. J. Psychiat. 1955, III.*

65 — Galdston, I. — Etiol. of Depersonalisation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1947, 105.

66 — Alexander, L. — Treatment of Mental Disorder, s. - 194. *Saunders 1953, London.*

67 — Burns, C. — Pre-schizophrenic symptoms in pre-adolescents. *Nerv. Child. 1952, 10.*

68 — Fromm-Reichmann, F.— Psychotherapy in schizophrenia. *Dig. Neurol. Psychiatry, 1954, 22.*

69 — Searles, H. J. — Dependency processes in the psychotherapy of schizophrenia. *J. A. Psycho-analyt. Association, 1955, 3.*

70 — Eissler, K. — Psychiatric ward management of the acute schizophrenic patient. *J. Nerv. Ment. Dis. 1947, 107.*

71 — Jackson, D. — Psychotherapy of schizophrenia. *Sci. Amer. 195-, 188.*

72 — Orr, W, F. — Psychotherapy in Schizophrenia. *J. Tenn. Med. Ass. 1954, 47.*

73 — Benedetti, G. & Meller, C. — Symposium internationale sur la psychotherapy de la schizophrenie. *S. Karger. Bazel, 1947.*

74 — Bullard & Dexter — Psychotherapy of paranoid patients. *Arch. G. Psychiat. 196.*

75 — Gifford, S. & Mackenzie, J. — Review of litterature on group treatment of psychoses. *Dis. Nerv. Syst. 1948, 9.*

76 — Geller, J. — A program of group psychotherapy in the treatment of chronic mental illness. *Psychi. Quart. 1949, 23.*

77 — Harrow, G. — The effect of psychodrama. *Group psychoth. 1956,* 3.

78 — Moreno, J. Schwartz, M. — Psychodrama combined with İnsulin in the treatment of psychoses. *Pschiat. Quart. 1948, 22.*

79 — Moreno, J. — Group Therapy - A Symposium *Beacon House, New York, 1945.*

80 — Moreno, J. — Psychodrama and group-psychotherapy. *Sociometry, 1946, 9.*

81 — Kurland, A. — An evaluation of Drama Therapy. *Psychi. Quart. 1952, 26.*

82 — Segal, H. — Some aspects of the analysis of a schizophrenic. *İnt. J. Psycho-analysis 1950, 31.*

83 — Ürgüp, F. — St. Anne'da dünya delilerinin resim sergisi. *Yedi Tepe, ocak 1951.*

84 — Green, J. — Adrienne Mesurat. *Col. Roseau d'or, 1928, Paris.*

85 — Rosen, E. — The dance in psychotherapy. *1957, N. Y.*

86 — Fromm-Reichmann, F. — Remarks on the philosophy of mental disorder. *Psychiatry, 1946, 9.*

89 — Bergson, H. — Evolution créatrice.

Fiatı: 20 Lira