

REVIEWS, CASES AND HYPOTHESES IN PSYCHIATRY  
PSİKİYATRİDE DERLEMELER, OLGULAR VE VARSAYIMLAR

# RCHP

YIL:2 SAYI:1-2 2008



**Sahibi / Owner**

Bakırköy Akıl Hastanesi Vakfı adına  
Halil TOPLAMAOĞLU

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor**

Can GER

**Editör / Editor**

M. Emin CEYLAN

**Editör Yardımcısı / Associate Editor**

Can GER

**Türkçe Editörü / Turkish Editor**

Neslihan ERGEN

**Danışma Kurulu / Advisor Board**

Fisun Akdeniz

Fulya Maner

Mesut Çetin

Başaran Demir

Peykan Gökalp

Ali Saffet Gönül

Hasan Herken

Cem Kaptanoğlu

Timuçin Oral

Haluk Savaş

Mustafa Sercan

Zeliha Tunca

Niyazi Uygur

Tayfun Uzbay

Alp Üçok

Medaim Yanık

Kazım Yazıcı

Nevzat Yüksel

Murat Atmaca

**YAYIN BİLGİSİ:**

RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi / Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry'nin (ISSN 1307-2099) ilk sayısı Ocak 2007'de basılmıştır.

Dergi 4 ayda bir 1500 adet, alkali (acide free) kağıda basılmakta ve ücretsiz dağıtılmaktadır. Yayın dili Türkçe'dir. (internet formu İngilizce'dir).

RCHP Dergisinin grafik tasarım ve uygulaması Asimetrik Paralel (Barbaros Mahallesi, Denizmen Caddesi, Mustafa Pehlivan Sokak, No: 19/2, 34662 Üsküdar-İstanbul, Tel: 0216 4741487 - 88, Faks: 0216 4741486, e-mail: info@asimetrikparalel.com), baskısı Ömür Matbaacılık tarafından yapılmaktadır.

Yıl:2 sayı:1-2 basım tarihi Kasım 2008

**INFORMATION ABOUT PUBLICATION:**

The first issue of Journal of the Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry (RCHP) (ISSN 1307-2099) was published in 2007.

Fifteen-thousand issues are printed thrice a year on acid-free paper. Language of publication is Turkish (an internet form is available in English)

RCHP is typeset and graphic designed by Asimetrik Paralel (Barbaros Mahallesi, Denizmen Caddesi, Mustafa Pehlivan Sokak, No: 19/2, 34662 Üsküdar-İstanbul, Tel: 0216 4741487 - 88, Fax: 0216 4741486, e-mail: info@asimetrikparalel.com), printed by Ömür Matbaacılık.

## İÇİNDEKİLER

- 1 Kişilik, Huy ve Psikopatoloji  
Personality, Temperament and Psychopatology  
**Selçuk ASLAN**
- 19 Sertleşme Güçlüğü Nedeniyle Başvuran Tamamlanmamış Evlilik  
Olgularında Vajinismus ve Tedaviye Direnç: Olgu Sunumu  
Vaginismus and resistance to treatment in unconsummated marriage cases  
presenting with erectile dysfunction  
**Ejder Akgün YILDIRIM - Peykan GÖKALP - Münevver HACIOĞLU  
Ercan DALBUDAK - Fatma AKYÜZ - Şeref ÖZER**
- 25 Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Gelişim Süreçleri ve Yaşamı  
Narcissistic personality disorder: developmental processes and the life  
**Erol OZAN - İsmet KIRKPINAR - Nazan AYDIN - Tülin FİDAN -  
Meltem ORAL**
- 39 Otizm ve Şizofreni İlişkisi: Yanlış Tanı mı, Komorbidite mi?  
("Erişkin otizminin şizofreniden farkları" adlı yazıya yanıt)  
Autism and schizophrenia: misdiagnosis or comorbidity? (Response to  
article "Adult Autism: How it is different from schizophrenia?")  
**Emre BORA**
- 47 Türkiye'de Şizofreni Hastalarının Bakımı ve Rehabilitasyonu ile İlgili  
Yasal Düzenleme  
The legal systematization related with the rehabilitation and care of  
schizophrenic patients in Turkey  
**Erhan KURT**
- 63 Fluvoksamin Kullanımı Sonucunda Gelişen Saç Kaybı  
(Olgu Sunumu)  
Hair loss related to the fluvoxamine use  
**Elif ÜNAL - Levent METE - Leyla GÜLSEREN - Betül ELİKÜÇÜK**



# Editörden

Değerli Meslektaşlarım;

RCHP'nin dördüncü sayısı ile karşınızdayız. Eğitim hastanelerinde, üniversitelerde bilimsel faaliyetin azaldığı, herkesin aklının, çıkacak "Tam Gün" yasasına takılı kaldığı yaz aylarında dergiyi hazırlamak zorunda kaldık. Bunları yaşarken çok elim bir durumla karşılaştık. Derginin editör yardımcısı ve sorumlu müdürü, aziz dostum sevgili Can Ger'in oğlunun kaybı hepimizde derin bir üzüntü yarattı. Sevgili Can, Viyana Tıp Fakültesini bitirdikten sonra Bakırköy'e gelmiş, hastanenin her türlü bilimsel ve eğitsel projesinde hep ön sıralarda yer almış, ileri eğitim ve araştırma merkezimiz BARİLEM'de en etkin koordinatörlerden birisi olarak çalışmış, hastanede bilim için ihtiyaç duyduğumuz ölçülülük, temizliğin, vericiliğin sembolü olmuş müstesna bir kişiliktir. Yaşadığı olayı metanetle karşılaması, hepimizde bu derin kişiliğe karşı yükselen bir saygı oluşturmuştur. Editör yardımcısı ve sorumlu müdürümüzün ve onunla beraber hepimizin yaşadığı dramatik olay nedeniyle bu sayıda bu yazıyı daha uzun tutamayacağım. Beni anlayışla karşılayacağınızı umuyor, hepinize saygılar sunuyorum.

M. Emin Ceylan



# Kişilik, Huy ve Psikopatoloji

Selçuk ASLAN\*

## Abstract

What is personality? How does our definitions of personality affect understanding clinical pictures of personality disorders? How can the content of different personality structure best described? In this article we searched answers for this questions.

Personality is seen as a complex pattern deeply embedded psychological characteristics that are expressed automatically in almost every area of psychological functioning. Basically character refers to social and psychological characteristics acquired during upbringing. Temperament refers basic biological disposition that affect behaviours. Personality is resulted of dynamically enteraction of character and temperamental features.

Taxonomy efforts in personality disorders have a long history. Beside categorical models recently dimensional models becoming popular. Idiographic model assumed that individuals personality can not be classified into different types, and can not be measured quantitatively. Whereas nomothetic model suggested that personality can be classified as system structure, and could be measured.

In this review psychoanalytic character concept, Kernberg's contributions to the model, descriptive model of classification and its flaws were discussed. Categorical classifications could not describe clinical structure of personality, diagnostic validity was lower and have a higher comorbidity frequency. Unfortunately dimensional models insufficient to explain entire personality structure. Personality and its relationship between psychopathology were also discussed. Five factor model and Cloninger's psychobiological model and its relationship with clinical studies were reviewed. In diagnostic taxonomy other choice may be adding dimensional axis to multiaxial model of DSM classification.

Currently used official classification system Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) is helpful for creating common language among clinicians. On the other hand adding official classification system dimensional assessment as a new axis, assessment of temperament and character features as a integrative/complementary role and would be helpful.

## Özet

Kişilik nedir? Bizim kişiliği tanımlamamız klinikte gözlemlediğimiz bozuklukları kavramamızı nasıl etkiliyor? Farklı yapılarda kişiliğin en iyi tanımı nasıl yapılabilir? Bu yazıda bu sorular üzerinde durulacaktır.

Kişilik içsel kaynaklardan ortaya çıkan ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hakim olan, biyolojik yapı ve deneyimle öğrenilenleri kapsayan, algılama, öğrenme, düşünme, başa çıkma ve davranış örüntülerini anlatmaktadır. Kabaca bir ayrım yapılırsa huy kişiliğin biyolojik, karakter ise yetiştirilme ile öğrenilen sosyal ve kültürel yönlerini içermektedir. Kişilik huy ve karakterin dinamik etkileşiminin bir sonucudur.

Kişilik özelliklerinin sınıflandırma çabaları çok eskilere dayanmaktadır. Kategorik modellerin yanı sıra boyutsal modeller son yıllarda ön plana çıkmıştır. İdiografik model kişiliğin sınıflanamayacağını her kişiliğin kendine özgü bir yapı oluşturduğunu varsayarken, nomotetik model ise bir sistem olan kişiliğin sınıflanabileceğini varsaymaktadır.

Bu yazıda kişilik ve psikopatolojiyi tanımlayan psikoanalitik karakter kavramı ve Kernberg'in modeli, tanımlayıcı (descriptive) psikiyatrinin kategorik modeli ve kategorik modelin getirdiği sorunlar tartışılmıştır. Kategorik yaklaşım kişilik yapısını yeterince tanımlayıcı değildir. Kategorik yaklaşım yüksek komorbidite oranları doğurmaktadır ve tanınabilirliği düşüktür. Buna karşın boyutsal modelin tanımlamadaki eksiklikleri tek başına açıklayıcı olmasını engellemektedir. Kişiliği ve psikopatoloji ilişkisini açıklayan spektrum modeli ve daha ayrıntılı olarak boyutsal modeller incelenmiştir. Beş faktör modeli ve Cloninger'in psikobiyolojik modelinin klinik araştırmalarla ilişkisi ayrıntılı incelenmiştir. Tanınabilirlikte diğer bir seçenek ise kategorik çok eksenli sınıflandırmaya (taxonomy) yeni bir eksen olarak boyutsal değerlendirilmenin eklenmesidir.

Halihazırda kullanılan sınıflayıcı DSM modeli yetersizliklerine rağmen klinisyenler arasında ortak bir dil oluşturma açısından oldukça yararlıdır. Bununla birlikte boyutsal (dimensional) değerlendirilmenin sınıflandırma sistemine girmesi, DSM kategorilerinin yerini alması bile ayrı bir eksen olarak huy ve karakter özelliğinin de değerlendirilmesi hiç klinik pratikte hastaların tanımlanması ve tedavi planı için bütüncü/tamamlayıcı bir rol üstlenerek yararlı olabilir.

Keywords

**Personality  
Character,  
Temperament  
Dimensional  
Categorical**

Anahtar Kelimeler

**Kişilik  
Karakter  
Huy  
Boyutsal  
Kategorik**

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

“Kişilik” sözcüğü kaynağını “Persona” eski Yunanca tiyatorlarda drama oyuncularının kullandığı maskalara verilen isimden almıştır. “Persona” o dönemde maskenin arkasındakinin gerçek kişiliğini değil oynadığı tiplere temsil etmekteydi. Zamanla kişinin gerçekte yansıttığı tavır ve davranışlarının bütünü anlatmak için kullanılmaya başlanmıştır. Kişilik günümüzde içsel kaynaklardan ortaya çıkan ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hakim olan, biyolojik tabiatı ve deneysel olarak öğrenilenleri kapsayan, kişinin algılama, öğrenme, düşünme, başa çıkma ve davranış örüntülerini anlatmaktadır.

Bir kişiyi diğerlerinden ayıran ve süreklilik gösteren davranış özellikleridir kişilik. Bu özelliklerin her biri olası bir yaşama tarzının ifadesidir. Kişiliği tanımlamak davranışların motivasyonunu ve organizmanın çevreye ruhsal adaptasyonunu açıklamaya çalışmaktadır. Bu konuda 1920’lerde sistematik çalışmalar yapmış olan Gordon Allport kişiliği “kişinin çevreye özgün uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerden oluşan içsel dinamik bir organizasyon” olarak tanımlamıştır (Aktaran Millon 1996) (Tablo I).

Kişilik organizasyonu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü durumunda ise bir kişilik bozukluğundan söz edilmektedir. Kişilik bozuklukları toplumsal, biyolojik ve psikolojik araştırmalar açısından önemli bir alan haline gelmiştir. Kişilik bozukluğunun toplumda yaygınlığını inceleyen araştırmalarda %11-23 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (Watson ve ark 1998, Fosatti ve ark 2000). Bu kişiler çoğunlukla iş ortamında ve duygusal ilişkilerinde süregen olarak sorunlar yaşamaktadır (DSM IV TR).

Kişilik bozuklukları genel olarak düşük eğitim düzeyi olanlarda, yalnız yaşayanlarda, evliliklerinde zorluklar yaşayanlarda, ilaç bağımlıla-

rında, tecavüz suçlularında, şiddet içeren ya da içermeyen suç işleyenlerde, mahkumlarda daha fazla bildirilmiştir. Buna karşın araştırmalarda sosyo-ekonomik durum ve yaşanan yer ile ilişki bulunmamıştır (Watson 1998). Psikiyatrik hastalarda popülasyonda hastaların yaklaşık %50’sinde eşlik eden kişilik bozukluğu bulunmaktadır. Bir çok durumda kişilik bozukluğu varlığı hastalığın gidişini kötüleştirmektedir.

Bir çok psikiyatrik bozukluk için kişilik bozukluğu varlığı hazırlayıcı bir etmendir.

Madde ve alkol kullanım bozukluğu, Özkıyım, Duygudurum bozuklukları, Anksiyete bozuklukları, Dürtü kontrol bozuklukları, Yeme bozuklukları sıklıkla kişilik bozukluğu zemini üzerinde gelişir. Diğer yandan kişilik bozukluğu varlığı I. eksen patoloji için kötü prognoz işaretidir (Millon 1996). AIDS gibi bazı fiziksel hastalıklarda kişilik bozukluk komorbiditesi fazladır. Psöriazis, koroner arter hastalıkları, ülseratif kolit gibi psikosomatik olarak tanımlanan hastalıklarda kişilik faktörü önemli rol oynar (Aiken 1996) (Schultz ve Schultz 1998). Kişilik bozukluğu olanlar çevrelerinde sıklıkla olayları turmandıran ve kötüleştiren, ısrarcı kişiler olarak algılanır. Pek az klinisyen kişilik bozukluklarının uzun ve zahmetli tedavi süreci için yeterli pratik beceri ve yüksek tolerans düzeyine sahiptir.

DSM III’te getirilen çok eksenli değerlendirme ve geliştirilen işlemsel ölçütler sayesinde daha sistemli ve güvenilir tanı konulabilmektedir. Kişilik bozukluğu alanı böylece bilimsel araştırmaların konusu haline getirilebilmiştir. DSM III-R ile birlikte eksen I psikopatolojiler ve eksen II kişilik bozuklukları için yapılandırılmış tanı görüşmesi geliştirilmiştir (SCID I ve II). Kişilik bozuklukları alanında 1980’lerden itibaren bu alanda yapılan araştırma sayısı her geçen yıl artmıştır.

**Tablo I: Allport’a göre kişilik tanımı**

<b>Dinamik organizasyondur</b>	Kişilik sürekli değişen ve gelişebilen organize bir sistemdir. (“unitas multiplex”)
<b>Bireyin içindedir</b>	Bireyin kendine özgün eylemlerinin ardında yatan şey kişiliktir.
<b>Psikofizikseldir</b>	Kişilik psikolojik ve biyolojik işlevlerin bir karmaşık etkileşimi ile oluşur.
<b>Belirleyicidir</b>	Kişiliği oluşturan sistemler çevreye uyuma yönelik davranışları belirler.
<b>Çevreye özgün bir uyumdur</b>	Kişinin yaşamı sürdürürken gösterdiği kendine özgü bir uyum sürecidir. Uyum stratejileri kullanılır.



## Kişiliği oluşturan kavramlar

Kişilik, huy, karakter terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu kullanımlar da anlam karmaşasına yol açabilmektedir. Kabaca bir ayırım yapılırsa huy biyolojik, karakter sosyal ve kültürel katkıları içermektedir. Zeka ise hem yapısal hem de öğrenilmiş ve sosyal özellikleri taşıyan ve kişiliği etkileyebilen bir faktördür. Kişiliğin temel işlevi algılamak, hissetmek, düşünmek ve bütün bunları bütünleştirerek amaçlı davranışlara dönüştürmektir (Schultz ve Schultz 1998). Huy kişinin yapısal olarak eylemler ve emosyonlarını etkileyen tabiatı olarak tanımlanabilir. Kişiliğin üzerinde geliştiği kaba biyolojik zemin olarak kabul edilmektedir. Kişilik huy ve karakterin dinamik etkileşiminin bir sonucudur.

“Karakter” Yunanca oyarak şekil verme anlamına gelmektedir. Bu ifade huyun üzerine oyarak işlenen yapıyı anlatır. Kişinin ayrı özelliklerini anlatmak için kullanılan bir sözcüktür. Karakter sözcüğü kullanımı psikanalistler tarafından daha çok tercih edilmiştir.

## Kişilik sınıflandırılmalı mı?

Kişilik özelliklerinin sınıflandırma çabaları çok eskilere dayanmaktadır. Kategorik modellerin yanı sıra boyutsal modeller son yıllarda ön plana çıkmıştır. Allport uzun yıllar süren çalışmaları sonunda ki bu çalışmalar boyutsal kişilik çalışmalarına öncülük etmiştir, idiografik yaklaşımı benimsemiştir. Bu modele göre her birey kendine özgüdür, her kişilik kendi öyküsü içinde oluşmuş ayrı bir oluşumdur. Henry Murray’ın deyişiyle “kişilik kişiliğin bir öyküsüdür”. (personality is a history of personality). Buna karşın diğer tarafta ise nomotetik yaklaşım kişiliğin kategorize edilebileceğini ve bir sınıflandırma içinde değerlendirilebileceğini ileri sürer. Eğer kişiliği tanımlarken bir sistemden söz ediliyorsa her sisteminde sınıflandırılmasının olası olduğunu kabul etmek gerekli olacaktır.

## Psikoanalitik karakter kavramı

Kişilik tanım ve sınıflandırması üzerine bir inceleme psikanaliz akımını ele almamış ise eksik sayılmalıdır. Psikanalitik okulların bu alanda çok büyük katkıları vardır. Psikoanalitik model

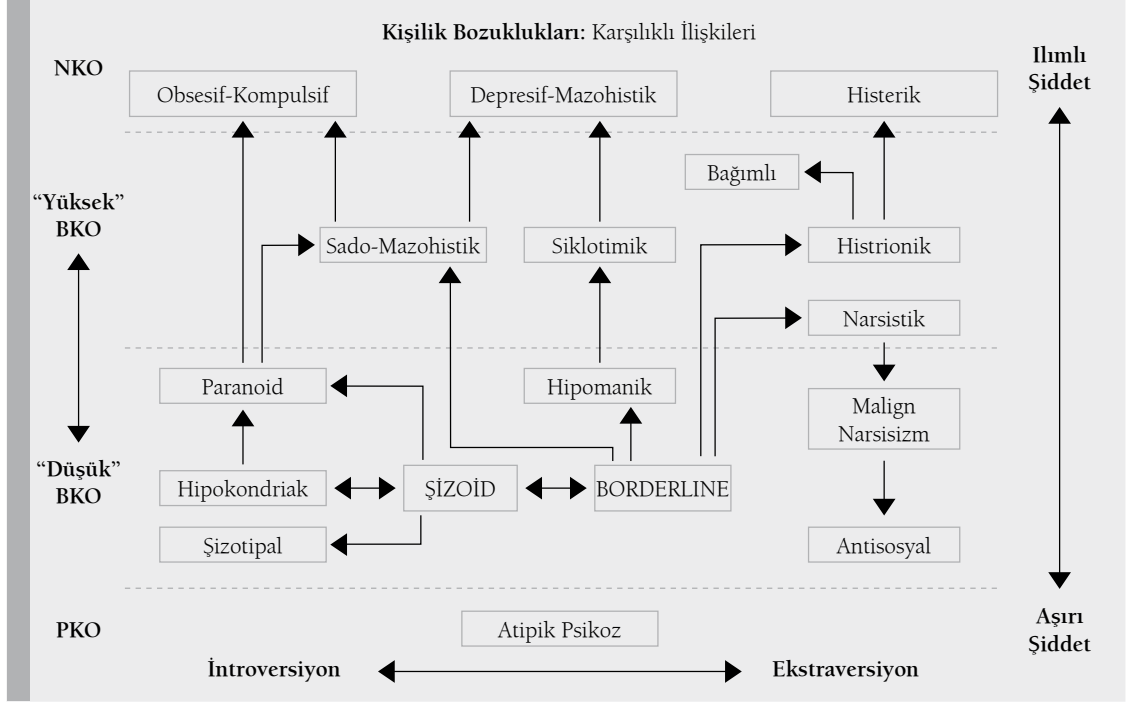
başlangıçta gelişimin çeşitli evrelerinde ortaya çıkan saplanmaların karakter tiplerinin temelinde yer aldığını savunmuştur. Bu varsayımları kanıtlayacak verilerin bilimsel olarak elde edilebildiği şüphelidir (Cristoph ve Barber 2004). Psikanaliz kişilik sınıflarını tanımlayarak onların nasıl oluştuklarını açıklamaya çalışmıştır. Kişilik bozukluklarını gelişimin belli bir dönemin özelliklerini taşıyan bir organizasyon olarak ele almıştır, bu yönü ile kategoriktir. Her bireyin dianmiklerinin kendine özgün olduğunu her fırsatta vurgulamakta ve her olguya göre dinamik formülasyon yeniden biçimlendirilmektedir, kişilik sınıflarına ait özelliklerin ayrı olgularda ayrı yoğunluklarda bulunduğunu kabullenir, bu yönü ile boyutsal olarak kabul edilebilir.

Freud’un Psikoanalitik Psikolojisi temelinde bilinçdışı anlama ve yorumlama yatar. Her bir davranışımız aslında bilinçdışı çatışmalarımızı yansıtan dışavurumlardır. Yapısal modelde ego, id ve süper egonun isteklerini denetlemek ve dış dünyadan gelen uyaranlara uygun tepkileri ağlamak için savunma düzeneklerini kullanır. Hasta belirtilere yol açan bilinç dışı çatışma ve motivasyonlarının farkına varır ve içgörü kazanırsa sürdürdüğü savunma mekanizmasını daha olgunlarıyla değiştirebilir. Psikonolitik kaynaklarda nörotik, obsesif, psikotik, fobik, perverse karakter, histerik, narsistik, sınırda (borderline), depresif, mazohistik, şizoid tipleri tanımlanmıştır (Toton ve Jacobs 2001). İlerleyen yıllarda karakter üzerine psikanalitik çalışmalar savunma mekanizmaları üzerinde oluşturulmuştur. Matür, nevrotik, immatür mekanizmalar tanımlanmıştır. Anna Freud ve Otto Fenichel karakter özellikleri kişinin kullandığı savunma düzeneklerinin seviyesine göre sınıflamıştır. Normal karakter yapısı kişinin dürtülerini, doyum isteklerini erteleyebilme kapasitesinin varlığı ile olmaktadır. Yüceleştirme, elseverlik, ve mizah gibi mekanizmaları kullanma becerisi olgun karaktere işaret etmektedir.

Psikanalizin günümüzdeki kuramcılarında ve nesne ilişkileri kuramcılarında Kernberg psikanalitik modelin üzerine kendi iki boyutlu psikopatoloji spektrum modelini oturtmuştur. Modelde I. ve II. eksen bağımsız değil bir devamlılık içindedir. Bu modele göre İntro ve ekstra- versiyon bir eksen, kişilik organizas-

yonun derecesi (Yüksek işlevsellik ve düşük işlevsellik) diğer eksendedir. Nevrotik organizasyon ile psikotik organizasyon arasında kişilik tipleri yayılmıştır (şekil I) (Kernberg 2004).

Psikoanalitik kuramın sınıflamaları “ateorik” yani “kuramlardan bağımsız olma” iddası içinde olan DSM sisteminde kişilik sınıflarını oldukça etkilemiştir.



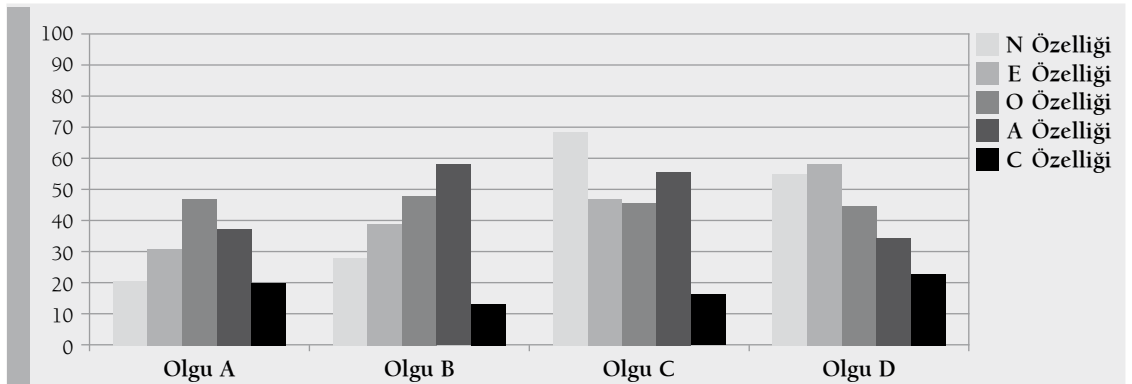
Şekil I. Kernberg'e göre kişilik bozukluklarının karşılıklı ilişkileri (Kernberg 2004)



Şekil II. Yelpeze modeline göre kişilik tipleri

Psikoz	Psikopatoloji	Normal huy	Psikopatoloji	Psikoz	
Şizofreni	Şizoid	Şizotimi	Siklotimi	Sikloid	Manikdepresif bozukluk

Şekil III. Kretschmer'e göre Huylar ve Psikopatolojik Türevleri ve Endojen Psikozlar Yelpezesi



Şekil IV. Boyutsal modele göre kişilik ve özellikler (örnek olarak 5 Faktör modeli özelliklerini baş harfleri alınmıştır)

## Kategorik, spektral ve boyutsal modeller

Kökenini geçen yüzyılda tanımlayıcı ve psikanalitik okullardan alan kategoriler DSM III ve sonrasında DSM III-R, IV ve IV-TR ile etkinliğini sürdürmektedir. Kategorik tanılar belirti kümeleri belli bir eşiği aştığında ve işlevsellik üzerine etki ortaya çıktığında bir tanının varlığına işaret eder.

Normal ve anormal arasında ince çizgide kişilik bozukluğu tanılarının güvenilirliği düşüktür: gerçekten klinik bir tanıyı gösterip göstermedikleri konusunda ortaya çıkan şüpheler vardır. Kategorik DSM yaklaşımı ise doğada devamlılık içinde bulunan kişilik bozuklukları arasında oluşturduğu ayrımı kesme noktaları “cut off” oluşturarak yapay ayrımlar oluşturmaktadır. Komorbidite oranlarının çok yüksek olması da geçerliliğin sorgulanmasına yol açmaktadır.

Yelpaze modelinde doğada bir devamlılık içinde bir yelpaze içinde kişilik tipleri değişmektedir. Yani bir çizgi üzerinde bunu anlamak mümkündür. A kişisi ile F kişisi birbirinden çok farklı olabilir ama B kişisi A'ya daha çok benzer, E kişisi de F ye daha çok benzer. Bu A- B- C- D- E- F kişiliklerini bir doğru üzerine sıralayabiliriz ve geçişlerin daha yumuşak olduğunu düşünebiliriz (Şekil III ve Şekil IV). Buna karşın boyutsal model ayrı özelliklerin birbirinden bağımsız olabileceğini ve kişilerde ayrı yoğunluklarda bulunabileceğini ortaya koymaktadır. Bu model yelpaze anlayışından daha farklıdır (Şekil 4).

Kişilik bozukluklarını boyutsal olarak inceleyen modeller arasında Eysenk'in 3 boyutlu modeli, 5 faktör modeli, 7 faktör ve Cloninger'in psikiyolojik boyutsal değerlendirmesi en çok kabul görenlerdir. Kişilikteki değişik çeşitlendirmeler boyutsal modelde eskiden beri ayrı bir tip olmak yerine niceliksel derecede bir değişim olarak görülmüştür. Kişilik alanında çalışan psikologlar “trait” “özellikler” üzerine öncü çalışmalar yapmıştır. Trait “sayılabilir” sayısal olarak ifade edilebilen nitelik taşımaktadır. Boyutsal yaklaşım kişilik bozukluklarını normal kişiliğin bir devamlılığı içinde görmektedir.

Boyutsal yaklaşımın kişilik bozuklukları kliniğine temelde daha uygun ve doğal bir sınıflandırma getirdiği ileri sürülmektedir (Haslam

2003). DSM'de olgular ayrı sınıflar içinde incelenmektedir. Kişilik bozukluklarının yanı sıra ruhsal bozukluklarında da boyutsal modeller geliştirilmektedir. Duygudurum bozuklukları belirtilerin sürekliliği, alt tipler ve huy yatkınlığı açısından sınıflandırma (taxonometrik) çalışmaların konusu durumundadır. Bu çabalar sonuçta ruhsal bozuklukların sınıflandırma ve değerlendirmesini, tedavi yaklaşımını etkileyecektir (Şekil III).

Bazı çalışmalara göre kişilik bozukluklarını inceleyen boyutsal modeller klinik fenomenleri daha iyi tanımlamaktadır. Kategorik modelde görülen ektanların yüksekliği boyutsal modelde bir sorun oluşturmamaktadır, alta yatan boyutun her iki kategori arasında paylaşıldığını ifade etmektedir (Haslam 2003).

Bir çok araştırmacı kategorik sistem yerine boyutsal bir sınıflama getirilmesi ve daha az özelliğin her kişide değişik oranlarda bulunmasıyla kişilik özelliklerinin tanımlandığı bir sistem önermektedir (Ball 2001, Haslam 2003).

DSM sınıflandırması ile 1980 yılında II. eksenin tanımlanması bilimsel çalışmalar açısından bir çok gelişme sağlamıştır. Ancak bununla beraber yeterince bilimsel veriye dayanmadan oluşturulan kategorilerin geçerliliği hep tartışma konusu olmuştur (Detlen von Zersen 2002). Bir çok klinisyen ve araştırmacı için bu kategorik sistem halen favori görünmektedir. Klinik pratiğimizde bu sayede anlaşabilmekte, hasta tiplerini anlatabilmekteyiz. Buna karşın komorbidite yüksekliği, kategoriler arasında örtüşmelerin olması, ayrıncı geçerliliğin zayıf olması, yapay olarak üretilmiş olmaları, deneysel bilgilere dayanmalarını gibi noktalarda eksikleri vardır (Haslam 2003, Ball 2001).

## Kategorik sınıflamanın sorunları

Kişilik sınıflandırmasında yapay ayrımlar oluşturulması durumun gerçekteki klinik özelliklerinin ölçülmesini de zorlaştırmaktadır. Diğer bir sorun ise ayrı kategoriler olduğu varsayılan kişilik bozukluğu tanılarının bir kişide 2 ya da 3'ünün sıklıkla bir arada bulunabilmesidir. Örneğin aynı hasta birden fazla kategorinin özelliklerine sahip olabilmektedir. Bu “çevreye özgün uyumu belirleyen psikofizyolojik sistemin” birden fazla

tanı ya da kategoriye dahil olabilmesi kafaları karıştırmaktadır. Örneğin hem histrionik, hem narsistik, hem de obsesif kompulsif özellikleri karşılayabilmektedir. Bu durumda kategorik tanımların her biri esasında bir boyut ya da bir kişilik özelliğine dönüşmektedir. Klinik pratikte de çoğunlukla kişilik özellikleri olarak kullanım tercih edilmektedir. DSM IV-TR kişilik bölümü girişinde kategorilerin boyutsal özellikler olarak ele alınabileceği ve bir hastada birden fazla kişilik özelliğinin boyutlar halinde bulunabileceği ifade edilmektedir.

Aynı kategori içine alınan hastalar birbirine benzer özellikler göstermemektedir. Örneğin histriyonik tanısı almış olan 4 hasta birbirinden çok farklı özellikte insanlardır. Zeka, dışadönük olma, içedönük olma, heyecanlı ya da durgun olma gibi özellikler bu kişiler için "histrionik" olmaktan daha belirleyici görünür. DSM II. eksen sistemi kategorik olarak hastaları yeterince tanımlayamamaktadır. Bu noktada boyutsal modelin katkılarına gereksinim vardır.

Tanımlayıcı yaklaşımın kişilik bozuklukları alanında davranışın "niçini" ile çok fazla uğraşmış olması bu soruna yol açmış olabilir. Tanımlayıcı sistemin hastaları kategorize ederken önceki hakim sistem olan psikanalizin çok fazla etkisinde kaldığı için başarılı bir tanımlama yapamadığı ileri sürülebilir. Böylece DSM Kişilik bozuklukları için büyük oranda kuramdan bağımsız olma iddiasını da yitirmektedir.

Bazı II. eksen kategorik tanımlamaların neden I. ekseninde olmadığını sorabiliriz. Örneğin, antisosyal, borderline, şizotipal kişilik bozukluğu. Bazı I. eksen tanımlamalar neden II ekseninde değil diye sorabiliriz: Yaygın anksiyete bozukluğu neden anksiyeteli kişilik bozukluğu, ya da fobik karakter değil, Distimi neden depresif kişilik bozukluğu değil. Bu soruların yeterince doyurucu yanıtları yoktur.

Pratikte ortaya çıkan bu sonucu aşabilmek için klinisyenlerin bir çoğu B kümesi, C kümesi gibi kişilik tanımını tercih etmektedir.

## Boyutsal modeller

Kuramsal olarak oluşturulan tiplere karşın gözlemlenen davranışların kaydedilmesi ve ben-

zer özelliklerin kümelerine ayrılması ile boyutsal modeller oluşturulmuştur. Bunlar arasında Hans Eysenck'in üç boyutlu modeli, Paul Costa ve Robert McCrae'nin beş faktör modeli, Cloninger'in 4 huy 3 karakterden oluşan 7 boyutlu psikobiyojik modeli sayılabilir. Ancak bu modellerin altta yatan bir genotipin yani biyolojik bir sürecin karşılığı olup olmadığı kesin olarak bilinmemektedir. Eysenck tarafından tanımlanan dışadönük fenotipi içinde yer alan fenotipik sosyal ve dürtüsellik özellikleri bağımsız genetik belirleyicilere sahiptir. Buna karşın her ikisi tek bir dışadönük olma fenotipi içinde tanımlanmaktadır (Rosemann ve ark 2002).

Benzeri şekilde gözlem araştırmalarından elde edilen kişilik özellikleri üzerinde oluşturulan "Neuroticism Openness Extraversion" (NEO) kişilik envanteri ile değerlendirilen 5 faktör modeli de "nörotizm, ekstraversiyon, açık olma, işbirliğine girme, sorumlu olma" temel kişilik tipleri olarak tanımlanmaktadır (McCrae ve Costa 1992).

## Beş faktör modeli

Catell ve Eysenck'in Özellikleri ile yapılan faktör analitik çalışmalar sonucunda 5 faktör önemli bulunarak bu faktörler "Big Five" olarak adlandırılmıştır (McCrae ve Costa 1992). Nörotizm - Ruhsal dengesizlik, Ekstraversiyon - Dışadönüklük, Openness - Açıklık, Agreeableness - Uzlaşmacılık, Conscientiousness - Vicdanlılık ve dürüstlük alt boyutlarını tanımlamaktadır.

Beş Faktör Modeli'nin boyutları daha yeni II. uyarlamada aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**Stres:** Hassasiyet, tepki gösterme, olumsuz Algı

**Dinamizm:** Sosyal katılım, kendini ifade etme, etkinlik düzeyi

**Değişim:** Düşünsel yönelim, kültürel ilgi, yeniliğe açıklık

**İlişki:** Güven, empati, uzlaşma

**Odaklanma:** Detaylara odaklanma, kendini disiplinize etme, kurallara uyabilme (Rosemann ve ark. 2002).

Beş faktörü değerlendiren ölçek NEO-PR'dır (Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory, Revised) (McCrae & Costa 1992).

Ayrıca araştırmacılar 5 faktör modelini değerlendirmek üzere yapılandırılmış bir görüşme geliştirmiştir (SIFFM) (Trull and Widiger 1997). Eysenck'in PEN modelinde yer alan psikotizm 5 Faktör modelinde düşük uzlaşmacılık ile benzerdir. Açıklık dışındaki boyutların bir çok kültürde varlığı kanıtlanmıştır.

Kategorik I. eksen ve II. eksen bozuklukları olanlarda beş faktör modeli ile kişilik boyutları incelendiğinde yineleyici unipolar depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozuklukların tümünde "N" bütün psikopatolojilerde yükselmektedir. Uzlaşmacılık ise düşme göstermektedir. "E" boyutu bipolar bozuklukta yüksektir. E boyutu şizofrenide düşmektedir. DSM ile sınıflanmış Kişilik bozuklukları incelendiğinde A kümesinde extraversion ve uzlaşmacılık boyutu düşüktür. Paranoid küme yüksek öfke ve hostilite, Düşük güvenme, açıklıksızlık ve uyum gösterir. Şizoidler sıcaklık, nezaket ve olumlu emosyonları göstermez, Şizotipaller yüksek anksiyete düzeyi, diğerlerinden farklı olarak fantezi, eylem ve fikirlere açıklık gösterirler (Şekil 4) (Morey ve ark 2002).

B kümesi bozuklukların boyutsal incelemede ortak alanları ayırır. *Histironik*: yüksek dışadönük, deneyimlere açıklık. *Borderline*: nörotizm alanı yüksek (duygusal dengesizlik). *Narsistik*: düşük uzlaşmacılık, elseverlik, ılımlılık ve şev-

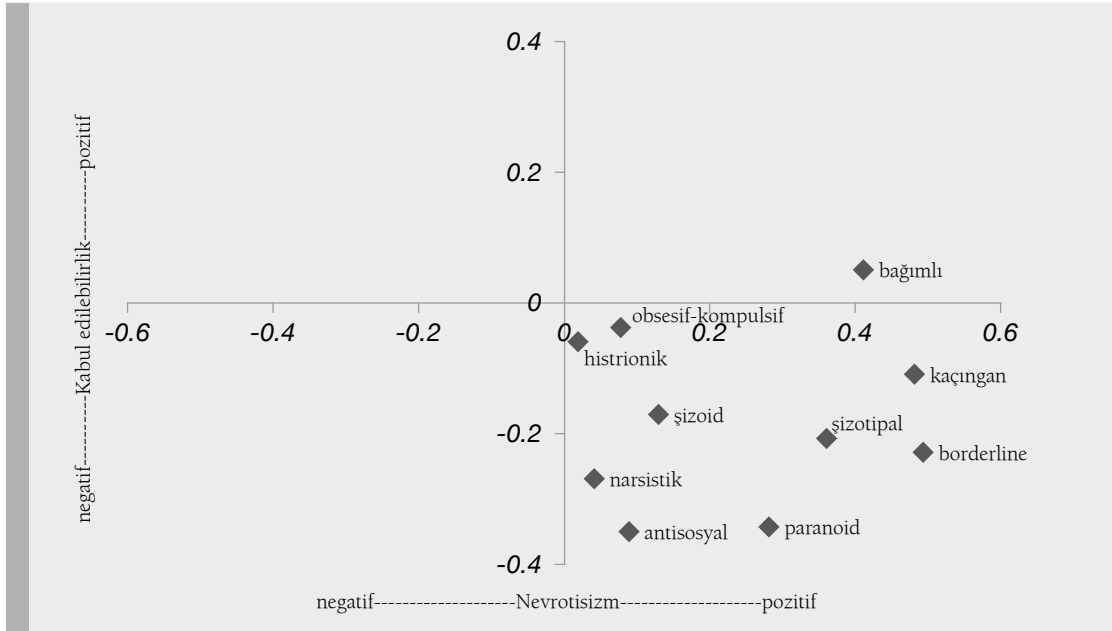
katlilik. *Antisosyal*: düşük dürüstlük-vidanlık ve uzlaşmacılık özellikleri belirgindir.

C kümesi iki ana alana ayrılabilir: yüksek nörotizm (kaçıngan, bağımlı) yüksek dürüstlük -vidanlık (Obsesif). Beş faktör modeli terapötik müdahaleler planlanırken terapilerin tipi ve sıklığı, süren terapide psikoterapiste rehberlik edebileceği ileri sürülmüştür (Widiger ve ark 2002). Yüksek düzeyde gözlenen nörotizm yüksek anksiyete ve dezorganizasyona işaret eder. Düşük nörotizm ise sorun odaklı yaklaşımdan daha çok yararlanabilir.

DSM IV kişilik bozukluğu kategorileri ile 5 faktör modelin 30 yönü karşılaştırıldığında her kategori için tanımlama yapılmaya çalışılmış sonuçta şizotipal bozukluk dışında FFM'in DSM IV kategorilerini boyutsal olarak tanımlayabildiği ileri sürülmüştür (Lynam ve Widiger 2001).

Eysenck ve 5 Faktör modelinde Nörotizm (N) muğlak bir tanımlamadır ve birbiriyle ilişkisiz bir çok başlığı içermektedir. Psikotizmin bir huy ya da karakter boyutu olarak ele alınması güçtür, psikoz karakter ve huy özelliklerinin eridiği bir tablodur.

Kategorik kişilik bozuklukları arasında şizotipal kişilik bozukluğu ve çocukluk dönemindeki öncülleri hakkında çalışmalar yapılmıştır. Bilişsel



Şekil V. Beş faktör modelinde DSM II. eksen kişilik bozukluklarının yerleşimi (Lynam ve Widiger 2001)'den alınmıştır.

ölçümler nöropsikolojik testlerle yapılan incelemeler sonuçta şizotipinin ayrı bir kategori olduğunu desteklemiştir (Halsam 2003). Antisosyal kişilik bozukluğu, psikopati ve çocukluk dönemi öncülleri ile ilgili çalışmalar kategorik bir bozukluk olduğunu desteklemiştir [Harris ve ark. 1994]. Kronik antisosyal davranış çocuklukta başlamaktadır. Suça eğilim kişiler arası ve duygulanım bilşenleri kategorik bulunmamıştır. Sınırdaki kişilik bozukluğu ile ilgili 2 çalışma tek bir kategori değil çok boyutlu bir patoloji olduğu sonucuna varmıştır. (Trull ve ark. 1990).

### Kişilik ve eksen I bozuklukları ile ektanı

Kişilik bozuklukları ve I. eksen patolojileri arasında yüksek ektanı görülmektedir. Bu ektanı sıklığı %50 gibi yüksek oranlara vardığı için DSM III ile birlikte gelen II. eksen ve I. eksen ayırımının geçerliliğini bazı kategoriler için kuşkuyla bakılmasına yol açabilmektedir. Bu durumu açıklayabilmek için bazı modeller öne sürülmüştür:

**Yatkınlık modeli:** Kişilik bir bağışıklık sistemi gibi davranarak Eksen I bozukluklara zemin hazırlayabilmektedir. Başa çıkma yanıtı sınırlı kaldığında ya da zayıfladığında depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi eksen I patoloji ortaya çıkma olasılığı artmaktadır.

**Komplikasyon modelinde yatkınlık modelindeki nedensellik tersine çevrilmiştir.** Eksen I patolojileri uzun süre devam ettiklerinde ya da tekrarladıklarında kişilik değişimlerine yol açmaktadır.

Diğer bir modele göre kişilik ve I. eksen patolojileri aynı yapısal katmandan gelişen bir yelpaze içinde yer almaktadır. Biyolojik olarak yerleşmiş olan sub klinik özellikler diğer uyuma yönelik özellikler kazanarak kişilik bozukluğuna dönüşebilmektedir. Genetik tabiatın ileride bir I eksen patolojiye dönüşebileceği idda edilmektedir. Kraepelin ve Kretchmer bu görüşün öncüleridir (Milton 1996). Akiskal'ın duygulanım huyları tipleri bu görüşün devamı olarak kabul edilebilir.

Kişiliğin kalıtsal olarak getirdiğimiz özelliklerle çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluştuğu yaygın olarak kabul görmektedir. Birlikte yeti-

şen ikizlerde çevresel etkenler huy üzerine çok az etki ederken kişiliğin diğer yönlerine daha çok etki göstermektedir. Yapısal açıdan bakan bir çok yazar kişiliğin huy, karakter ve zekanın bir karışımından oluştuğunu kabul etmektedir.

### Kişilik bozukluklarında ektanı oranları

Kategorik yaklaşımla ele alındığında kişilik bozuklukları, birinci eksen ile yüksek birliktelik yanı sıra II. eksen ile de yüksek birliktelikler gösterir. Birbiri ardısıra başvuran 431 hastanın değerlendirmesi sonucunda tüm DSM kişilik bozukluğu kategorileri %50'nin üzerinde bir arada görülmektedir. Araştırmalarda A kümesi dışındaki kategorilerin tanınabilirliği düşük bulunmuştur. (Fossati ve ark 2000). Kişilik bozukluğu olan 1116 hasta ile SCID II DSM III-R tanınabilirliği sonucunda A kümesi ve C kümesi arasında yüksek komorbidite oranları bulunmuştur. (Özellikle kaçınan kişilik ile A kümesi arasında da yüksek oranlar saptanmıştır) bunun yanı sıra B kümesi Narsistik, borderline, histrionik KB birbirleri arasında yüksek ektanı göstermiştir (Stuart ve ark 1998). Eksen II envanteri (CATI) ile yapılan bir araştırmada klinik dışı örneklemede histrionik ve narsistik kişilik bozukluğu arasında yüksek ektanı bulunmuştur. Paranoid, Pasif agresif, Borderline kişilik bozukluğu diğer kişilik bozukluğu ile yüksek komorbid özellikler taşıdığı bulunmuştur (Watson ve ark 1998).

Psikopati ve DSM Antisosyal kişilik bozukluğu kategorileri benzer özellikler taşımaktadır, ancak ölçütleri karşılaştırıldığında psikopatının daha ağır bir biçim olduğu görülmektedir. Antisosyal kişilik bozukluklarının ancak %25'i psikopati ölçütlerini karşılamaktadır. Beş faktör modeli ile yapılan bir araştırmada psikopatının aşırı uçta bir kişilik varyantı olarak boyutsal değerlendirmede saptanabildiği ileri sürülmüştür (Josua ve ark 2001).

### Huy (Temperament)

Alexander Thomas ve Stella Chess'in öncü çalışmalarında huy davranışın stilistik yönü olarak tanımlanmış (nasıl davranıyor), motivasyon (niçini) ve içeriğinden ayrılmıştır (nesi). Modern çalışmalarda ise emosyonel, motivasyonel ve adaptif yönleri kapsamaktadır.



4 temel huy özelliği tanımlanmıştır, zarardan kaçınma, yenilik arama, ödüle bağımlılık, sebat etme. Bu modern kavramlar bir yönüyle eski yunan tıbbi ile uyumaktadır. Melankolik-zarardan kaçınan, Kolerik-yenilik arayan, Sanguin-ödüle bağımlı, Plegmatik- Sebat etme özelliği ile belirgindir. Bu dört mizacın genetik olarak birbirinden bağımsız şekilde çeşitli kombinasyonlar halinde kişide bulunabildiği idda edilmektedir (Tablo II).

Huy ya da kişiliğin “emosyonel özü” işlemsel (prosedürel) ya da dolaylı(implicit) bellek ile çalışmaktadır. Bilinç dışının farkında olmadan yaşadığı öğrenme bu biçime dahildir.

Bir kişinin tehlike, yeni gelişmelere, ödüllendirmelere otomatik olarak vereceği yanıt huy özellikleri ile doğuştan getirilmiştir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşir ve hayat boyu değişmeden kalır (Cloninger 2000).

Tanımlanan dört huy özelliği kalıtılabilir nitelikler taşımaktadır ve 4 temel emasyon ile ilişki göstermektedir. Huy, emasyon ve öğrenme sisteminde kalıtılabilir ön özellikler oluşturur ki bu sonuçta emasyonlara dayanan otomatik davranışlar, alışkanlıkları üretir. Yapılan ikiz çalışmalarında bu dört huy özelliğinin birbirinden bağımsız olarak aktarıldığı gösterilmiştir. Huy olarak anılan özellikler kalıtılmakta, tüm kültürlerde, etnik gruplarda benzer huylar karşımıza çıkmaktadır, çocukluk yaşlarından itibaren gözlenmekte, zamanla kalıcı hale gelmekte, ilerleyen yaşla değişim göstermemektedir (Cloninger 1997 ve 2000). Cloninger’in 7 boyutlu psikobiyojik model ile yapılan ilk çalışmalardan elde edilen biyolojik veriler bu ayrımları henüz yeterince desteklememiştir (Svrakic ve ark 1993 ve 1996).

## Karakter

Karakter mizacın aksine kalıtsal yönü daha az, belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenen bir yapıdır. Kişinin 7 faktörlü modeli sistematik değerlendirme içinde karaktere yer veren ilk açıklayıcı model olmuştur. Karakterin psikobiyojik kaynağı beynin yüksek işlevlerine dayanır. Hippokampus ve neokorteks ile düzenlenen yüksek işlevler karakter üzerinde etkili olduğuna inanılmaktadır.

Üç önemli karakter özelliği tanımlanmıştır. Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness), İş Birliği Yapma (Cooperativeness), Kendi Kendini Aşma (Self-Transcendence). Bütünüyle geliştiğinde bu üç özellik olgun kişiliği tanımlar. Bu karakter özellikleri uyuma yöneliktir. Karakter özelliklerinin bir kişide düşük düzeyde görülmesi bireyde genellikle dezavantajlı durumlara yol açmaktadır.

Huy ve karakter özellikleri etiyolojik olarak ayrı oluşumlardır ancak işlevsel olarak bağlantılıdır. Aralarındaki etkileşim ile dinamik bir kişilik organizasyonu ortaya çıkmaktadır. Organizma kendiliğinden hem iç hem de dış güçleri memnun etmeye yönelik bir dinamik etkileşim içine girer. Huy bilinç dışı otomatik tepkileri içerir ve alışkanlıklarla kendini gösterir, kullanılan öğrenme amaca yönelik değildir. Buna karşın, karakter bilinçli farkında olduğumuz planları içerir ve amaçlı öğrenme davranışını gösterir.

Genetik faktörler, sosyo kültürel normlar, tekrarlayan olumlu ya da olumsuz olaylar, ailenin yetiştirme etkisine bağlı sosyal öğrenme kişiliğin gelişiminde etkili olur. Karakter gelişiminde 15 basamak kuramsal olarak oluşturmuştur.

**Tablo II: Hippokrat’a göre kişilik tiplerini Cloninger huy boyutları ile yakın benzerlik göstermektedir.**

Element	Yer	Hava	Ateş	Su
Sıvı	Kara safra	Kan	Sarı safra	Lenf
Tipleme	Melankolik	Kolerik	Plegmatik	Sanguin
Özellikler	Yavaş Pasif Şüpheli	Değişken Dalıcı Çabuk sıkılan	Dürtüst Dinamik Israrcı- Tartışmacı	Duygusal Çevreden Etkilenen
Cloninger’in Modern huy tipleri	Zarardan kaçınma	Yenilik arama	Sebat etme	Ödüle bağımlı

Tam karakter gelişimi her üçünde yüksek gelişimde değildir. Kişilik gelişimi bir spiral şeklinde basamaklardan geçmektedir (Cloninger ve ark 1994, Cloninger ve ark 1998). Bu onbeş basamak daha önce kişilik gelişimi konusunda geliştirilen ve kabul gören Sigmund Freud ve Erik Erikson'un kişilik kuramları ile benzerlikler göstermektedir.

## Sonuç

Kişilik sınıflamasında kategorik modellerin önemli sorunları vardır. Kategorik yaklaşım insanların kişilik özelliklerini fazla basite indirmekle ve önyargılı bir yaklaşıma yol açmakla eleştirilmektedir. Normal ve anormal arasında kesin sınırlar ortaya koymaktadır ve insanları kategorize etmektedir. Kategorik yaklaşım kişilik yapısını yeterince tanımlayıcı değildir. Kategorik yaklaşım yüksek komorbidite oranları doğurmakta ve tanısal geçerliliği düşüktür. Ancak boyutsal modelin eksiklikleri tek başına açıklayıcı olmasını engellemektedir. Diğer bir seçenek ise kategorik çok eksenli değerlendirmeye yeni bir eksen olarak boyutsal değerlendirmenin eklenmesi yararlı olabilir.

Kişiliği anlamak için bütünleştirilmiş bir açıdan bakılması yararlı olabilir. Psikanalistlerin ve tanımlayıcı psikiyatristlerin yaptıkları gözlemler ve oluşturdukları modeller bir çok durumda yararlıdır. Bunların yanı sıra kişiliği anlayabilmek için huy ve karakter arasındaki etkileşim de dikkate alınmalıdır. Bu bilgilerin üzerine günümüzde yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen verilerin eklenmesiyle, biyoloji ve genetik alanındaki gelişmelerin yapacağı katkılarla kişiliği daha iyi anlayabileceğiz. Bütün bu sistemler sonuçta şu soruyu araştırmaktadır. Gerçekte doğada var olan hangi modelin en iyi açıkladığını ilerleyen çalışmalar gösterecektir.

Halen kullandığımız sınıflayıcı model yetersizliklerine rağmen klinisyenler arasında ortak bir dil oluşturma açısından yararlıdır. Bununla birlikte boyutsal değerlendirmenin tamamlayıcı bir değerlendirme olarak yakın bir gelecekte sınıflandırma sistemine girmesi yararlı olacaktır. Ayrı bir eksen olarak huy özelliğinin değerlendirildiği günler hiç te uzak değildir.



## KAYNAKLAR

- Aiken LR P (1996) Personality assessment, method and practices, second edition. 1996, Hofrege&Huber Publishers.
- Ball SA (2001) Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: introduction to special edition. *Journal of Personality* 69, 147–153.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel R: *The Temperament and Character Inventory: A Guide to Its Development and Use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, 1994.
- Cloninger CR, Svrakic DM: Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry* 1997, 60: 120.
- Cloninger CR, BayonC, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types *Journal of Affective Disorders* 51 1998: 21–32.
- Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders, In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Sadock B, Sadock V. Eds) Seventh Edition, 2000 Lippincott Williams&Wilkins USA 1723-65.
- Crits-Christoph P ve Barber J. Empirical research on the treatment of personality disorders. *Handbook of Personality Disorder*. (Ed Magnavita)John Wiley Sons, Inc. 2004 USA, s: 513-528.
- Detlen von Zersen. Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders, *Journal of Affective Disorders*, Volume 68, Issues 2-3, April 2002, Pages 143-158.
- Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Battaglia M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, Novella L, Prolo F. (2000) Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Compr Psychiatry*, 41(3):206-15.
- Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Psychopathy as a taxon: evidence that psychopaths are a discrete class. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62:387–397.
- Haslam N. Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:696–704.
- Haslam N. The dimensional view of personality disorders: a review of the taxometric evidence. *Clinical Psychology Review*, 2003, 23 (1): 75-84.
- Joshua D. M. Lyman D R., Widiger T A., Leukefeld C Can the Five Factor Model Adequately Represent Psychopathy? *Journal of Personality*, 2001, 69, 2.
- Kernberg OF. *Borderline Personality Disorder nd Borderlien Personality organisation*. *Handbook of Personality Disorder*. (Ed Magnavita) John Wiley Sons, Inc. 2004 USA, s: 92-120.
- Lynam DR, Widiger TA (2001)Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *J Abnorm Psychol*, 110(3):401-12.
- Miller, Joshua D. Lyman, Donald R.; Lynam, Donald R.; Widiger, Thomas A.; Leukefeld, Carl. *Personality Disorders as Extreme Variants of Common Personality Dimensions*:
- Millon T, Davis R. *Personality Ddisorders in mModern lLife*. John Wiley Sons, Inc. 2000 USA.
- Millon T, Davis RD. *Disorders of Personality DS-MIV and Beyond*, A wiley interscience, New york. 1996.
- Morey LC, Gunderson JG, Quigley BD, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Stout RL, Zanarini MC. The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *J Personal Disord*. 2002;16(3):215-34.
- Rosemann M. Larstone, Kerry L. Jang, W. John Livesley, Philip A. Vernon and Heike Wolf The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction, *Personality and Individual Differences*, 2002: 33, 1- 5, 25-37.
- Rothschild L, Cleland CM, Haslam N, Zimmerman M. A taxometric study of borderline personality

- disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112 (4): 657-66.
- Schultz D, Schultz SE (1998) *Theories of Personality*, Brooks/Cole Publishing Company.
- Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R.J. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Disord* 1998; 12(4): 302-15.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Dimensional diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50:991, 1993.
- Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR: A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Dev Psychopathol* 8:247, 1996.
- Toton N, Jacobs M *Character and Personality Types*, Open University Press, Philadelphia, 2001.
- Trull TJ, Widiger TA, Guthrie P. Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 99:40-48.
- Tyrer P (1988) *Personality Disorders. Diagnosing management and Course*, Butterworth&Co Ltd.
- Watson DC, Sinha BK. Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *J Clin Psychol* 1998 Oct;54(6):773-80.
- Widiger, T.A., Trull, T.J., Clarkin, J.F., Sanderson, C., & Costa, P.T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality*, Second Washington, DC: American Psychological Association. Edition s: 89-99.

# Sertleşme Güçlüğü Nedeniyle Başvuran Tamamlanmamış Evlilik Olgularında Vajinismus ve Tedaviye Direnç: Olgu Sunumu

Ejder Akgün YILDIRIM\* - Peykan GÖKALP\* - Münewver HACIOĞLU\*  
Ercan DALBUDAK\* - Fatma AKYÜZ\* - Şeref ÖZER\*

## Abstract

*Unconsummated marriage is a condition which is frequently seen at outpatient clinics for sexual disorders. Erectile dysfunction, vaginismus, premature ejaculation and desire disorders are factors inherent in the etiology of sexual disorders.*

*With similar clinic picture, two couples are involved in this article: The first couple, was married for 16 years and the second couple for 11 years. There was no coitus for the both couples. The presenting problem was erectile dysfunction for the males. Both male partners had treatment histories for erectile dysfunction previously. The male partners were diagnosed as severe primary premature ejaculation. Erectile dysfunction is secondary to premature ejaculation. Although both of the female partners had no presenting complaint, vaginismus was diagnosed in both of the female partners. In unconsummated marriages taking history from both sexual partners, including both partners in the treatment, determining primary and secondary sexual problems and examining dynamics of the relationship have major significance in diagnoses and treatment. In this paper, approach to unconsummated marriage, treatment strategies and treatment difficulties are discussed in the context of two cases.*

## Özet

*Tamamlanmamış evlilik (unconsummated marriage), cinsel işlev bozukluğu polikliniklerine başvuruda sık rastlanılan bir durumdur. Etiyolojide cinsel işlev bozukluğu olarak sertleşme güçlüğü, vajinismus, erken boşalma ve istek bozuklukları görülmektedir.*

*Bu yazıda benzer klinik tablolar ile başvuran iki çiftte yer verilmiştir. Birinci çift 16 yıllık, ikinci çift ise 11 yıllık evliydi, her iki çiftte de hiç cinsel birleşme olmamıştı. Başvuru nedenleri erkekte sertleşme güçlüğü olmasıydı. Her iki erkek hastada da sertleşme güçlüğü nedeniyle uzun süreli tedavi öyküsü mevcuttu. Cinsel işlev değerlendirmesinde her iki olguda da erkeklerde birincil ağır boşalma saptandı. Hastalarca tanımlanan sertleşme sorunu ikincildi. Hastaların eşleri yakınma belirtmiyordu ancak her iki çiftte de kadınlarda vajinismus saptandı.*

*Tamamlanmamış evlilik olgularında cinsel eşten öykü alınması ve cinsel eşin tedaviye dahil edilmesi, cinsel sorunun ayrıncı tanısı, birincil ve ikincil cinsel sorunların doğru tespit edilmesi ve ilişki dinamiklerinin sorgulanması tanı ve tedavideki önemli adımlardır. Burada tamamlanmamış evlilik olgularına yaklaşım, tedavi stratejisi ve tedavide zorluklar ele alınmıştır.*

Keywords

**Consummation  
of marriage  
Vaginismus  
Premature  
ejaculation**

Anahtar Kelimeler

**Tamamlanmamış  
evlilik  
Vajinismus  
Erken boşalma**

\* Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

## Giriş

Bir cinsel sorun olarak çiftlerde cinsel birleşmenin gerçekleşmediği durumu tanımlamada “tamamlanmamış evlilik” (TE) ya da “birleşemeyen çift” terimi kullanılmaktadır. Bu olguda daha önce Türkçe yayınlarda yer aldığı şekliyle tamamlanmamış evlilik tanımlaması kullanılacaktır. TE ülkemizde cinsel sorun ile başvuranlar arasında sık rastlanılan bir başvuru nedenidir. (Özdemir ve ark 2008). Bir işlev bozukluğunu değil, bir durumu tanımlamaktadır. Birden fazla nedene bağlı olabilmesi ve çiftlerin farklı yakınmalar ile başvurmaları nedeniyle (Addar 2004) etiyojisindeki cinsel sorun/sorunlar ya da ilişki sorunu iyi irdelenmelidir. Altta yatan cinsel sorun bir çok nedene bağlı olabilir. Cinsel birleşmeyi isteyen çiftlerde birleşme eyleminin gerçekleşebilmesi için uyarılmış, erekte bir penise ve girişe izin veren uyarılmış bir vajinaya ihtiyaç vardır. İstek ve uyarılma evresinde sorun olduğunda ya da vajinada kasılma, birleşme korkusu, erkekte birleşme öncesi boşalma varsa cinsel birleşme gerçekleşemez (Masters ve Johnson 1966). Etiyoloji farklılık göstermekle birlikte TE olgularında sağlık kuruluşlarına başvuruda sertleşme güçlüğü (SG), vajinismus, erken boşalma (EB) ve istek bozukluklarına sık rastlanmaktadır. Sıklık sırası başvuru kliniklerine göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde TE olgularında vajinismus %81, SG %10.5, EB %5 olarak bildirilmiştir (Özdemir ve ark 2008). Kadın doğum kliniğine başvuranlar üzerinde yapılan bir çalışmada vajinismus %63.9 ile en sık neden olarak saptanmışken SG %11.2, ağır EB %8.3, düşük cinsel istek %16.6 olarak bulunmuştur (Addar 2004). Androloji kliniğine başvuranlarda ise SG en sık rastlanan nedendir (Badran ve ark 2006, Ghanem ve ark 2006, Zargooshi 2000). 5 yıldan uzun süren olgular nadirdir (Chakrabarti ve Sinha 2002).

Çift yaşamının kendine has özellikleri vardır. Cinsel bir sorunun ortaya çıkması ile bu sorunun ikincil başka bir soruna ya da cinsel eşte bir soruna yol açması mümkün olabilmektedir. Bazen cinsel sorun bir ilişki sorununa ya da bir ilişki sorunu, ciddi bir cinsel soruna neden olabilir (Yetkin 2001, Leibrium 2000). Diğer taraftan ilişki sorunu ve cinsel sorun arasındaki geçişler her zaman görünür olmayabilir. Çiftler tarafından, birincil sorun yadsınabilir ve çözüm

için ikincil sorun aşırı zorlanabilir. Cinsel sorunlarda birincil sorun sıklıkla başka bir cinsel soruna ya da cinsel eşte cinsel soruna yol açmaktadır. Birincil nedenin bilinmesi ve çiftin tedaviye yaklaşımı prognoz açısından önemlidir (Leibrium 2000, Kaplan 1974).

Benzer klinik tablolar ile başvuran, uzun süreli TE olan iki çiftin ele alındığı bu yazıda birleşme korkusu, kadınlık algısı, cinsel eş kavramı, annelik rolü gibi kadın cinselliğinin yaşanmasındaki psikik ve toplumsal belirleyicilerin tedavi süreci ve ikincil cinsel sorunlar üzerine etkileri tartışılmış, uzun süreli TE olgularındaki tedavi zorluklarına dikkat çekilmek istenmiştir. Olguların geçmiş tıbbi tedavi öyküleri irdelenerek EB'ye bağlı sertleşme sorunlarının tanı ve tedavi sürecinde cinsel öykü ve terapi tekniklerinin önemi vurgulanmıştır...

### Çift 1

Bay A; 48 yaşında, erkek, ilkökul mezunu, inşaat ustası olarak çalışıyor, 16 yıllık evli, kendilerine ait bir evde eşi ile birlikte yaşıyor.

**Yakınma:** “Sertleşme olmuyor, cinsel birleşme hiç gerçekleşmedi, olabileceğini sanmıyorum, zaten sertleşme olsa da hemen boşalma oluyor” şeklinde ifade ediyordu.

Bayan A; 47 yaşında kadın, lise mezunu, çalışmıyor.

**Yakınma:** “Eşimde sertleşme olmuyor, birleşemedik, ben şikayetçi değilim aslında olmasa da olur”

**Öykü:** 16 yıl önce evlenen çiftin ilk gece cinsel birleşmesi olmamış. Bay A birleşme öncesi boşalmış. Evliliğin 1. yılında Bay A özel çalışan bir üroloji uzmanına başvurmuş. Üroloji uzmanınca yürütülen tedavide tetkikler yapıldığı, Bay A'nın 2 yıl kadar kontrol muayenelerine gittiği, bu dönemde penise yapılmak üzere bir enjeksiyon önerildiği (muhtemel papaverin enjeksiyonu) öğrenildi. Bu dönemde Bay A'da cinsel isteksizlik başlamış ve tedaviye ara vermiş. Başka bir üroloji uzmanına başvurmuş, sertleşme sorununun devam etmesi ve iyileşme umudunun azalması üzerine psikiyatri uzmanına yönlendirilmiş. 4 yıl kadar daha çok cinsel sorunu nedeniyle düzensiz olarak psikiyatri uzmanına

başvurmuş, birkaç kez çift olarak gelmeleri istenmiş ancak tedaviyi tek başına sürdürmüş ve hemen hiç iyileşme olmamış. Bu sürede Bayan A eşinin sorununa yönelik oldukça anlayışlıymış.

Panik bozukluğu nedeniyle tedavisi sürmekte olan Bayan A'nın isteği ile çift olarak başvurmuşlar. Bayan A başlangıçta cinsel sorun için eşini gelmeye ikna etmiş olsa da daha çok eşindeki öfkelenme, aşırı kaygı, takıntılar gibi yakınmaların tedavisini talep ediyordu.

### Cinsel Öykü

Bay A; 13 yaşında sünnet olmuş, bununla ilgili sorun bildirmemiştir. Masturbasyonu 17 yaşında öğrenmiş, ergenlikte haftada 2 kez yapıyormuş. Evlendikten sonra hiç masturbasyon yapmamış. Flörtü olmamış. İlk cinsellik paralı ilişkiler şeklinde, birleşme öncesi boşalmış ve birleşme gerçekleşmemiş. Genellikle cinselliği istemiyor, boşalmaktan ve sertleşmemekten korkuyormuş. Hiç cinsel birleşmesi olmamış. Evliliğin ilk yıllarında birleşme öncesi boşalma oluyormuş. Sertleşme sorunu daha sonra gelişiyormuş. Haftada birden az sevişme oluyor, sevişme başladığında boşalıyormuş.

Bayan A; Menarşi 12 yaşında. İlk flörtü 19 yaşında olmuş. Evlilik öncesi cinsel deneyimi yokmuş. Masturbasyonu bilmiyor, cinsel ilişkide ıslanması var ancak istekli değilmiş. Cinsel ilişki sırasında sürtünerek orgazm oluyor. Yoğun birleşme korkusu ve geçmişte birleşme denemelerinde vajinada kasılma tanınıyor. Cinsel öykü derinleştirildiğinde Bay A'da ereksiyonun olmasına rağmen Bayan A'nın istememesi ve kasılma nedeniyle gerçekleşmeyen birleşme denemeleri var.

Psikiyatrik muayene sonucunda Bay A'da obsesif kompulsif kişilik özellikleri, Bayan A'da remisyonda Panik bozukluğu ve bağımlı kişilik özellikleri saptandı.

Tanı: Kadında Vajinismus;

Erkeklerde Erken Boşalma ve ikincil Sertleşme Güçlüğü

### Çift 2

Bay B: 40 yaşında erkek, lise mezunu, 11 yıllık evli, görüşme sırasında işsizdi.

**Yakınma:** "Cinsel birleşme olmuyor, yeteri kadar sertleşmiyorum daha önceleri de eşim izin vermiyordu" şeklinde ifade ediyordu.

Bayan B 37 yaşında kadın, lise mezunu, ev hanımıydı.

**Yakınma:** "Cinsel birleşme olmuyor, eşimin penisi yeteri kadar sert değil" diyordu.

**Öykü:** 11 yıl önce evlenen çiftin evliliklerinin ilk gecesi Bayan B'de korku olduğu için birleşme olmamış, Bayan B ilk denemelerini "eşimin penisi yeterince sert olsa olurdu" şeklinde tanımlıyor. Bay B uzun süre ürolojiden takip edilmiş. Hastada erken boşalma şikayeti ilk cinsel birleşmeden itibaren tanımlanıyor. Papaverin enjeksiyonu ile cinsel birleşme denememiş ancak bu denemede Bayan B korku yaşamış. Çiftin jinekolojiye ve psikiyatriye başvuruları olmuş. Erkeğin ön sevişme sırasında boşalması oluyormuş. Çeşitli kas gevşetici ilaç ve anestetik pomadlar kullanmışlar. Bu süre içinde cinsel birleşmeyi denemeleri devam etmiş. Giriş öncesi boşalmalar ve kadında kasılma nedeniyle cinsel birleşme gerçekleşmemiş. Son iki yıldır Bay B'nin iflası nedeniyle Bayan B'nin annesi ile birlikte yaşıyorlar.

### Cinsel öykü:

Bay B: 3 yaşında sünnet olmuş, ayrıntılı hatırlamıyor. İlk masturbasyonunu 17 yaşında yapmış, düzenli masturbasyon yapıyormuş (sıklığı haftada 1-2 kez). Cinsellikle ilgili bilgileri arkadaşlarından edindiğini belirtiyor. İlk flörtü 17 yaşındayken yaşamış, duygusal bir ilişkiymiş, fiziksel yakınlık olmamış. İlk cinsel birleşme 20 yaşında, paralı ilişki şeklinde, erken boşalma sorunu yaşamış. Evlenmeden önce nadiren para karşılığında cinsellik yaşamış. Eşiyle tanışarak evlenmiş. İlk gece birleşme olmamış, eşi korkmuş ve utanmış, sonraki denemede giriş öncesi boşalma olmuş. Sertleşme olduğunda ön sevişmede boşalma oluyor. Uzun süredir sertleşme olmadığını belirtiyor.

Bayan B: Menarşi 12 yaşında, Ergenlik döneminde flörtü var ancak evlilik öncesi cinsel ilişki ya da cinsel yakınlaşma olmamış. İlk gece yoğun korku yaşamış. Birleşme denemesinde vajinasının kasıldığını söylüyor. Vajinasına dokunamıyor, birleşmeden bahsedemiyor. Jinekolojik

muayeneyi reddetmiş. Cinsel uyarılma ve cinsel istek sınırlı. Cinsel ilişkiye katılımı sınırlı. Sür-tünme ile nadiren orgazm oluyor. Son bir yıldır cinsel ilişki yok.

Psikiyatrik Muayene sonucunda Bay B'de depresif belirtiler, Bayan B'de bağımlı kişilik özellikleri saptandı.

**Tanı:** Kadında Vajinismus ve ikincil Cinsel İsteksizlik

Erkeklerde Erken Boşalma ve ikincil Sertleşme Güçlüğü

## Terapi Süreci

Çiftler cinsel terapiye alındı. İlk görüşmeler yapıldıktan sonra olgular tedavi ekibi tarafından değerlendirildi. Tedavinin haftalık görüşmeler ile yürütülmesi planlandı.

### Çift 1

Çift cinsel sorun açısından değerlendirildi. İlk görüşmede çift, erkeklerde sertleşme olmaması nedeniyle birleşmenin hiç olamadığını ve bu sorunun ilk gecedan itibaren var olduğunu belirtti. Bay A, tedavinin ikinci oturumunda eşinin cinsel birleşmeden korktuğunu, kendisini kastığını, cinsel ilişki sırasında bacaklarını açmadığını belirtti. Bayan A ise eşinin sertleşme sorunundan bahsediyor ve birleşemeden şikayetçi olmadığını söylüyordu. Cinsel terapinin ilk oturumlarında terapötik ilişkinin kurulmasına çalışıldı., Bayan A tedavi konusunda istekliydi, Bay A'nın tedavi motivasyonunun artırılmasına ağırlık verildi. Cinsel bilgilendirme dört terapi oturumuna yayıldı. Performans anksiyetesi, hata yapma kaygısı, cinsel performansa yönelik cinsel mitler klasik cinsel terapiye göre daha uzun sürede işlendi. Cinsel öykü alımı sırasında saptanan vajinismus ile ilgili Bayan A'nın kaygıları eş zamanlı konuşuldu. Cinsel ödevlere sıralı sevişme ile başlandı, erkeklerde her hangi bir uyarılma sorunu bildirilmedi. Bay A'nın tedavi motivasyonu yükseldi.

Devam eden cinsel ödevlerde sertleşme probleminin olmaması üzerine eş zamanlı erken boşalma ve vajinismus tedavisine geçildi. Vajinismus ile ilgili başlangıç ödevlerinde zorlanmalar oldu. Erken boşalmada ıslak el masturbasyonda

25 dakika süreye ulaşılması ve vajinismusta eş parmağında kasılmanın olmaması üzerine penis girişi ödevine geçildi. Çift daha sonraki randevularına gelmedi. Yoğun marital çatışma yaşadıkları öğrenildi. Bayan A annesinin evine kısa süreliğine taşındı. Tedavinin eşi nedeniyle aksadığını bildirdi.

### Çift 2

Cinsel terapinin başlangıç oturumlarında vajinismus ve erken boşalma tanılarına yönelik bilgilendirme oturumu yapıldı, performans kaygısı ve sertleşme fizyolojisi anlatıldı. İlk bilgilendirme oturumu sonrası Bay B sertleşmenin kısmen gerçekleştiğini belirtti. Erken boşalma ve vajinismus tedavisi ile ilgili cinsel ödevlerin verildiği 2. terapi oturumu sonunda Bayan B özel görüşme talep etti. Israrla sorunun eşinde olduğunu söyleyerek tedaviye eşinin yalnız gelmesi gerektiğini belirtti. Eşi ve annesi arasındaki sorundan bahsetti. Görüşme sırasında kaygılı ve zaman zaman öfkeli olması nedeniyle Bayan B ile bireysel görüşme planlandı. Bayan B ile yapılan bireysel görüşmede eşinin yetersiz kendisinin ise normal olduğunu ve hiçbir koşulda tedaviyi kabul etmeyeceğini söylemesi üzerine tedavi ekibince durum değerlendirmesi yapıldı ve cinsel terapi sonlandırıldı. Bayan B'ye bireysel terapi önerildi. Bay ve Bayan B bilgilendirildi, çift ilişki terapisine yönlendirildi.

## Tartışma

Olgular yazında tamamlanmamış evlilik (unconsummated marriage) olarak tanımlanan duruma uymaktadırlar (Addar 2004, Masters ve Johnson 1966, Yetkin 2001). Her iki olguda da evlilik süresinin oldukça uzun olması (16 yıl ve 11 yıl) terapi sürecinde dikkatli değerlendirilmesi ve üzerinde önemle durulması gereken bir durumdur.

Sertleşme güçlüğü her iki olguda da ikincildir. SG'nin oluşumunda cinsellik, cinsel eş ve ilişki ile ilgili psikososyal nedenler ön plandadır (Badran ve ark 2006). Sertleşme güçlüğü olan TE olgularında başka bir cinsel soruna sıklıkla rastlanmaktadır (Kaplan 1974, Perelman 2002). Olağan yaşanmış sertleşme kaybının kişi tarafından yoğun anksiyete ile karşılanması, daha sonraki cinsel deneyimlerde yoğun anksiyete ile sinanması ya da kurgulanması psikojen nedenli



SG'de sık gözlenen patofizyolojik süreçtir. Ağır EB olgularında refrakter dönemde hedeflenen ikinci sertleşmenin gerçekleşmemesi, boşalmanın cinsel eylemin hemen başında oluşu, cinsel performans ve cinsel eşle ilgili kaygılar SG gelişmesine neden olmaktadır. Cinsel birleşmenin henüz gerçekleşmemiş olması bu kaygıları daha da arttırmakta, birleşme eylemi giderek törensel bir hal almaktadır. Özetle anksiyete yaratan hemen her durum cinsel eylem sırasında erkekte uyarılma sürecini etkileyecektir. Cinsel eşin erkekteki cinsel performans kaygısını artıracak yaklaşımı da yukarıda tanımlanan patofizyolojik süreci pekiştirir.

Gerek hastalar gerek geçmiş tedavi girişimlerinde sertleşme gücünün merkeze alınmış olması ve zorlanması olgular özelinde tartışılması ve yorumlanması gereken bir durumdur. Olgularda hem erkekler hem de eşleri için sertleşme gücünün hemen hemen tek ve iyileşmez bir yakınma olarak sunulmuştur. Çift 1'de kadın eşindeki bu durumu kabullendiğini belirtirken çift 2'de kadın eşinde sertleşme olmadığından birleşemediklerini, kendisinde bir sorun olmadığını söylemektedir. Cinsel terapinin başlangıç oturumlarında cinsel bilgilendirme ile bu uyarılma sorununun ortadan kalması sertleşme gücünün hastalarca tanımlandığı kadar ağır değildir.

Burada tartışılması gereken diğer durum olgulardaki SG tanısına yönelik uzun süreli hem üroloji hem de psikiyatri tedavilerine rağmen EB'nin gündeme gelmemesidir. Olgulardaki birincil tanı olan EB'nin sorgulanmamış olması, sorgulandığı varsayılabilir hastaların böylesi bir sorundan bahsetmemesi, geçmişteki tedavi süreçlerinde fazla yer almadığını düşündürmektedir.

Benzer şekilde tanı ve tedavi sürecini önemli derecede etkileyen diğer bir durum da cinsel eşten öykü alınmaması ve tedaviye dahil edilmemesidir. SG ile başvuran erkeklerde organik nedenlerin araştırılması gerekir. Diğer taraftan etiyoloji organik nedene bağlı bile olsa tablo ruhsal pekiştiriciler açısından değerlendirilmeli, varsa cinsel eşten öykü alınmalıdır (Masters ve Johnson 1966, Yetkin 2001, Kaplan 1974). Sorun yalnızca erkekte bile olsa cinsel eşin tedaviye katılımı cinsel terapilerde başarıyı önem-

li derecede artırmaktadır (Masters ve Johnson, Kaplan 1974, Özdemir 2003, Perelman 2002, Gindin ve Resnicoff 2002). Bu olgularda kadınlardan öykü alınmamış ve tedaviye dahil edilmemiş olunması, önceki tedavilerdeki tanı ve tedavi gücünün önemli sebeplerindedir. Cinsel terapide çift terapisi yöntemi seçilmemiş olsa bile tedavi aşamasında cinsel eşin işbirliği tartışmasız zorunludur (Özdemir 2003). Sorunun her iki tarafta da olabileceği, bir tarafın sorununun görünür hale gelebileceği göz önüne alınmalıdır. Vajinismus sık rastlanılan nedenlerdendir ancak her zaman birincil neden olarak sunulmayabilir.

Tedaviye direnç doğru tanı ve uygun tedaviye istenilen yanıtın alınmamasıdır. Burada direnç kavramı içsel ve dışsal anlamda tedaviyi sürdürme ya da sorunu çözme motivasyonunun olmaması şeklinde ele alınmıştır. Her iki çiftte de tedavinin kadınlar tarafından sonlandırılması ya da durdurulması önemlidir. Çift 1'de tedavi sürecinde işlevsel iyileşme tamamlanmış, Çift 2'de ise başvuru gerekçesi olan SG tedavi sürecinde düzelmiştir. Bu aşamada tedavinin bırakılması kadınlarda birleşmeye ve birleşen kadın olmaya yönelik içsel kaygıları düşündürmektedir. Her iki kadında da terapi sürecinde fark edilen bağımlı kişilik özellikleri mevcuttu. Benzer şekilde anneleri ile sembiyotik yaşantıları vardı. Her ne kadar Çift 1'de tedavi kadın tarafından istenmiş olsa da tedavi motivasyonu daha çok eşindeki diğer psikiyatrik sorunların ele alınmasını sağlamaktı. Görüşmelerde eşini tedaviye ikna edemediğini söylüyordu. Gerek birinci gerek ikinci çiftte kadınlar anneleri ile daha çok vakit geçirmekteydiler. Özellikle ikinci çiftte daha belirgin olan eşleri ile ilgili doğrudan ya da dolaylı "tam erkek değil" şeklinde erkek cinsel rol kimliğine vurgu yapan tanımlamalarına karşılık geleneksel kadın rolüne uzaktılar. Örneğin çocuk sahibi olma motivasyonları yoktu.

Olguların tedaviyi sonlandırma biçimleri değerlendirildiğinde cinsel tedavilerdeki bilişsel davranışçı çift terapisinin sınırlı yönleri öne çıkmaktadır. Bireylerin aslında ebeveynleri üzerinden aldıkları kadınlık ya da erkeklik cinsel rol kimliği gerek cinsel davranışları, gerekse çift yaşamında karşılıklı ilişkide önemli bir değişkendir (Leibrium 2000). Yapılandırılmış cinsel terapide cinsel rol kimliği oluşumundaki psi-

kodinamik süreçlerin ayrıntılı irdelenememesi, bireysel değerlendirmelerin sınırlı olması ve sorun odaklı yaklaşımlar nedeniyle olası direnç noktaları atlanabilir.

## Sonuç

Uzun süreli TE olgularında bildirilen klinik yakınmanın dışında altta yatan karmaşık ruhsal sorunlar olabilir. Sorunun uzun süredir yaşamalarına rağmen tedavi girişimleri sınırlı olan çiftlerde klinisyen dirençler konusunda dikkatli

olmalıdır. Tedavi yöntemi ne olursa olsun cinsel eşten öykü alınmalı, tedavi ekibince cinsel sorunun ayırıcı tanısı yapılmalı, birincil cinsel sorun doğru tespit edilmelidir. Cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ile ilgili sosyal ve psikodinamik etmenler ayrıntılı bir biçimde araştırılmalıdır. TE'de çiftin birlikte tedavisi ve yapılandırılması bir cinsel terapi hedeflenmelidir; ancak tedavi süreçlerinin bir ekiple değerlendirilmesi, tıkanma noktalarında hızlı karar verme, tedavide esneklik önemlidir.

## KAYNAKLAR

Addar MH. The unconsummated marriage: causes and management. Clin Exp Obstet Gynecol. 2004, 279-81.

Badran W, Moamen N, Fahmy I, El-Karakasy A, Abdel-Nasser TM, Ghanem H. Etiological factors of unconsummated marriage. Int J Impot Res. 2006, 458-63. Epub 2006 Jan 19.

Chakrabarti Ni Sinha VK. Marriage consummated after 22 years: a case report. J Sex Marital Ther. 2002, 301-4.

Ghanem H, Zaazaa A, Kamel I, Anis T, Salem A, El Guindi A. Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsummated marriages. Int J Impot Res. 2006, 52-4.

Gindin LR, Resnicoff D. Unconsummated marriages: a separate and different clinical entity. J Sex Marital Ther. 2002, 85-99.

Kaplan HS. The New Sex Therapy. Brunner/Mazel, New York, 1974.

Leibrium SR, Rosen RC. Principles and Practice of Sex Therapy. 3rd Ed. Guilford Pres, New York. 2000

Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Little, Brown, Boston, 1966.

Ozdemir O, Simsek F, Ozkardeş S, Incesu C, Karakoç B. The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. J Sex Marital Ther. 2008, 268-79.

Özdemir Ö. Tamamlanmamış Evlilik: İki Olgu. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2003, 174-180.

Perelman MA. FSD partner issues: expanding sex therapy with sildenafil. J Sex Marital Ther. 2002, 195-204.

Yetkin N. Cinsel işlev bozukluklarında anamnez, tanı ve ayırıcı tanı. Sık Görülen iki cinsel işlev bozukluğu: Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler. Kayır A, Şahin D (ED). Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul, 2001.

Zargooshi J. Unconsummated marriage: clarification of aetiology; treatment with intracorporeal injection. BJU Int. 2000, 75-9.



# Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Gelişim Süreçleri ve Yaşamı

Erol OZAN\* - İsmet KIRKPINAR\* - Nazan AYDIN\* - Tülin FİDAN\*\* - Meltem ORAL\*

## Abstract

*In Narcissistic Personality Disorder, the person feels like a highly important and unique being, is in need of being admired and lacks empathy towards others. Particularly, Object Relations and Self-Psychology theories have contributed immensely in understanding and treatment of psychological processes in this disorder. In both theories, it is emphasized that impaired or insufficient parent-infant relationships during early childhood contributes to formation of this disorder. Not only the parent fails to attend to the infant's needs peculiar to the developmental phase, but also abuses the infant. The child then starts using some primitive defense mechanisms in order to survive in this kind of an environment. His life and interaction with others is composed of maladaptive behavior repertoire that he formed as a reaction to the helplessness he learned during early childhood. This paper reviews Narcissistic Personality Disorder in the context of Object Relations and Self-Psychology Theories.*

## Özet

*Narsisistik kişilik bozukluğu; çok önemli, üstün ve eşi bulunmaz birisi olduğuna ilişkin yaygın bir duygu, beğenilme gereksinimi ve eşduyum yapamama ile belirli bir kişilik bozukluğudur. Özellikle Nesne İlişkileri ve Kendilik Psikolojisi Kuramları, bu bozukluğun oluşumundaki ruhsal süreçlerin anlaşılması ve tedavisi konusunda önemli katkılar sağlamıştır. Her iki kuramda vurgulanan nokta, yaşamın erken evrelerinde ebeveyn-çocuk ilişkisindeki bozukluk ya da yetersizliğin bir ürünü olduğudur. Ebeveyn; gelişim evresine özgü gereksinimlerini karşılamak bir yana çocuğunu kötüye kullanır. Böylesi bir ebeveynle birlikte büyümek zorunda kalan çocuk, ilkel bazı savunma düzenekleri kullanarak yaşamda kalabilme çabası içine girer. Güncel yaşamı ve etkileşim biçimi, çocukluk döneminde çaresiz bırakıldığı koşullara karşı geliştirdiği ilkel ve uyum bozucu davranış dağarcığından oluşur. Bu yazı, narsisistik kişilik bozukluğunun yapısı ve oluşumu ile ilgili temel kavramları, ilgili kuramların açıklamaları bağlamında ele almaktadır.*

Keywords

**Narcissistic  
personality disorder  
Object relations  
theory  
Self-psychology  
theory**

Anahtar Kelimeler

**Narsisistik kişilik  
bozukluğu  
Obje ilişkileri kuramı  
Kendilik psikolojisi  
kuramı**

## Giriş

Narsisistik kişilik bozukluğu; çok önemli, üstün ve eşi bulunmaz birisi olduğuna ilişkin yaygın bir duygu, beğenilme gereksinimi ve empati yapamama ile belirli bir kişilik bozukluğudur. Psikanalizin son otuz yılda üzerinde en fazla durduğu çalışma alanıdır. Özellikle Nesne İlişkileri ve Kendilik Psikolojisi Kuramları; bu bozukluğun oluşumundaki ruhsal süreçlerin anlaşılması ve tedavisi konusunda önemli katkılar

sağlamışlardır. Ancak, bozukluğun bugünkü önemine kavuşması, DSM-III sınıflama sisteminin diğer kişilik bozuklukları ile birlikte bunları ayrı bir eksene taşıyarak tanı ölçütlerini verdiği 1980'den sonra gerçekleşebilmiştir. Narsisistik bozukluğun oluşumunda rol oynayan biyolojik ve diğer etyolojik etmenler üzerinde de durulmakla birlikte, psikodinamik açıklamalar daha kapsamlı görünmektedir. Nesne İlişkileri ve Kendilik Psikolojisi kuramlarının gelişiminde bu bozuklukla ilgili gözlemlerin önemli payı

\* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

\*\* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

vardır. Bu yazı, narsisistik kişilik bozukluğunun yapısı ve oluşumu ile ilgili temel kavramları, ilgili kuramların açıklamaları bağlamında ele almaktadır.

### Kendilik kavramı

Ruhsal-cinsel gelişim dönemlerinden geçerek benliğin gelişimi; ruhsal ve bedensel alandaki büyüme, duygulanma ve tasarlama yetilerinin olgunlaşması; gerçeği değerlendirme, algılama, içgörü ve fikir yürütme yetilerinin güçlenmesiyle birlikte kendilik imgeleri gelişir. Kendilik imgeleri ve kendilik tasarımları içlerinde örgütlenip çevre, nesne ve kendisiyle ilgili daha gerçekçi tasarımlara dönüşerek bütünleşir. Gerçekçi bir kendilik imgesi bireyin bedenini ve dış görünüşünü, benliğini, bilinçli ve bilinçdışı istek, davranış, eğilimlerini, bedensel ve ruhsal işlevlerini, bilinçli ve bilinçdışı değerleri ve ülküleri kapsar. Bütünlüğe ulaşan bu ruhsal yapıya kendilik adı verilir. Kendilik; içinde örgütlenmiş, zaman ve uzamda ayrılmış, sınırları olan temel ruhsal yapıdır. Tüm bedensel ve ruhsal öğelerin tasarımları gerçekçi bir beden imgesini oluşturur. Bu imgeyi geliştirmiş bir kişinin kendisini gelişmiş, örgütlenmiş, zaman ve uzamda ayrılmış, sınırları olan, çevreden değişik özellikler gösteren; sürekliliği, aynılığı ve bütünlüğü olan bir varlık olarak tasarlaması ve algılaması kendilik olarak tanımlanır (Odağ 2001).

### Kendilik gelişimi

Kohut'un bipolar (iki uçlu) kendilik adını verdiği gelişim kuramı, göstermeci-büyüklenen kendilik ve ülküleştirilmiş ebeveyn kavramlarından söz eder (Kohut 1971, 1977). Bebek dünyaya geldiğinde, bilişsel ve duygusal yönden olgunlaşmamıştır. Bebeğin ilk nesnesi, tüm dikkatini ve algısını ondan gelen duyumlara odakladığı minik bedenidir. Büyüyüp geliştikçe, annesiyle kurduğu ortak yaşam ilişkisi içinde, annenin kendisinden ayrı bir nesne olduğunu kavrar. İkincil nesnesi olan annesiyle girdiği etkileşimde bebek göstermeci-büyüklenen kendilik işlev biçimindedir. Kendi varlığını gösterme, beğeni toplama gereksinimi ve arayışı, libidinal bir güç ile beslenir. Yaşamın ilk döneminde duyum-sadığı kendisinin ne olduğunu adeta anneye sormaktadır. Anneden beklentisi: "Ben mükemmelim ve sen benim hayranımsın" biçiminde özetlenebilir. Annesiyle kurduğu ilişkide bebek,

bedensel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmasından duyduğu hoşnutluğu annesine yansıtır. Gülüşleri, hizmetinden dolayı annesine sunduğu teşekkürü simgeler. Bebeğin varlığıyla coşku, haz, kıvanç duyan ve bu güdülenmeyle bakım veren bir annenin aynalayıcı tutumu, bebek için yaşamsal öneme sahiptir. Annenin gözlerinden yansıyan ışıltı: "Evet, sen mükemmelsin, ve ben sana hayranım" iletisini taşır (Kohut 1959). Bebek, anne aynasından yansıyan bu ışıltının içine gömülmüş olan kendi görüntüsüyle özdeşim kurar. Bu, kendisi hakkında zihninde oluşan ilk değerlendirmedir. Bebeğin göstermeci-büyüklenen kendiliği, ancak bu tür bir aynalamayla olgunlaşabilir ve gelişimin ileri dönemlerinde şiddetli istek unsurlarına dönüşür. Işıltı yoksa gelişim aksar. Narsistin her türlü gereksinimini ıskalayan annesinin, donuk bakışları gibi.

Kendilik gelişiminin ikinci evresinde çocuk, yitirdiği mükemmelliği bulmak için yeniden harekete geçer. İlgisi başta baba olmak üzere ebeveynleri üzerinde yoğunlaşır. Bu evrede çocuk ebeveynlerini ülküleştirir. Ülküleştirildiği ebeveynle kurduğu özdeşim sonucu onun yüceliğinden pay alır. Çocuğun ebeveynine yönelik tutumu: "Sen mükemmelsin ve ben senin bir parçanım" biçiminde özetlenebilir. Kohut bu evreyi, ülküleştirilmiş ebeveyn kavramıyla tanımlar. Babayla özdeşleşme; yapışkan, yutucu, tehlikeli anneden çocuğu koruyan bir etmenidir. Baba; anneden ayrışma sürecinde çocukta etkinleşen saldırgan eğilimleri yumuşatır, bedensel etkinliklerini geliştirmesi için çocuğun elinden tutar, özerk ve bağımsız bir kişi olma çabalarına güç katar. Annesiyle kurduğu ilişki yoksunluk ve düş kırıklıklarıyla yüklü ise, babayla kurduğu ilişkide şansını en verimli düzeyde kullanarak ruhsal bir az gelişmişlikten kendini kurtarabilir.

Ancak, gerek anne gerek babayla kurulan ilişkideki doğa üstü beklentiler, gerçeklik ilkesinin etkisiyle kaçınılmaz bir aşınmaya uğrar. Zamana yayılan ve çocuğun sindirebileceği boyuttaki bu düş kırıklıkları, babayla kurulan ilişkideki beklentileri de olgunlaşmaya zorlar. Bu olgunlaşma, ülküleştirilmiş benlik tasarımlarının oluşumuyla sonuçlanır. Ebeveynlere yapılan yatırım soyut bir alana kaydırılır. Bu evreleri sorunsuz geçirip ayrılmayı tamamlamış sağlıklı bir erişkin, istek

ve ihtiraslarının itici gücüyle, ülkü ve tutkularının peşinde gider.

Daha sonra Kohut, gelişim kuramına üçüncü bir kutup (tripolar self) eklemiştir. Bu uçta, bebeğin doğuştan getirdiği beceri ve yetenekleri yer alır. Hem anne hem de babadan yana şansı olmayan bir çocuk, doğuştan gelen beceri ve yeteneklerini kullanarak; az gelişmiş bir ruhsal yapıyla büyümekten kurtulup, gerçek bir kendilik saygısı geliştirebilir. Ancak bu üçüncü kutup da, çocuğu kurtaran bir yol olamayıp narsistik bir yapılanmayla sonuçlanabilir. Oysa zeki ve üstün yeteneklere sahip izlenimi uyandırır. Aslında bu, çevresindekilere yaşattığı bir yanılısamadır. Her eylemi bir savunma olan narsistin davranışlarının ardındaki inceliği kavrayınca onu çok zeki sanırsınız. Ama bu incelik onun zekasının ürünü değildir. O, kendi iç dünyasının kuklasıdır; otomatik pilotta gider. Yetenekli olduğu yanılısamamıza gelince: yaşamında ebeveynin onayladıkları dışında başka bir etkinlik yoktur. Bir tek bu alanda bireyselliğine izin verilmiştir. Büyükleme tutumu, çevresindeki insanların içinde bir yetersizlik duygusu uyandırır. Yüzeydeki büyükleme sahte kendiliğinin “En iyi benim” iletisini, boyun eğen çevresindekilerin “En iyi sensin” yanılısamasıyla güçlendirir. Hiç kimseyle gerçek anlamda bir rekabete girmez. Başarı ve gelişmeye hizmet eden rekabetten kaçınıp, düşlem dünyasında ülküleştiirdiği nesnelere birlikte olmayı yeğler. Rekabeti tetikleyen insanları, ya değersizleştirip kıskanmaktan kurtulur ya da haset ürünü yıkıcı öfkesiyle devre dışı bırakır (Kernberg 1984, 1992).

Freud'un kuramına göre anne, bebeklik döneminde çocuğun ikili ilişki nesnesidir; bebeğiyle birlikte ikili bir birim oluşturur. Baba, ödipal evrede bu ikiliye katılır. Böylece ikiliden üçlüye geçilmeye, ikili ilişkiler üçlü ilişki yönünde evrilmeye başlar. Annesi, narsistin ayrışma çabalarını desteklemek şöyle dursun baltalar bile. Çocuğun, anneden ayrışma süreçlerinde kullandığı söylenen baba nesnesi; narsistin, yüzünü babaya dönüp anneden ayrışma çabasına ne oranda katkı sağlamıştır? Baba, bedeniyle evde var olsa bile duygusal anlamda da var mıydı? Ödipal üçgen oluşabilirdi mi? (Fenichel 1945, Rothstein 1964)

### Kendilik bozukluğu

Bilişsel, duygusal ve bedensel yönden olgunlaşmamış olarak dünyaya gelen bebeğin ilk keşfettiği nesne, tüm dikkatini ve algısını ondan gelen duyumlara odakladığı minik bedenidir. Yaşamın 6-8. ayına kadar annenin kendi bedeninden ayrı bir nesne olduğunu bile kavrayamaz. Yaşadığı her türlü gereksinimi anlama ve karşılama görevini, bedeninin bir uzantısı olarak algıladığı anneye verir. Ağlayan bir bebek, ağlama nedenini saptama ve giderme işini, annenin zihinsel yetilerine yükler. Acıktığında kullandığı nesne annenin memesidir. Üşüdüğünde onu ısıtan annenin tenidir. Olumsuz duygular yaşadığında, kendisini yatıştırmak için annenin avutma ve güven verme yetisine sığınır. Coşkusu annesiyle paylaşır. Gereksinimi saptayan annenin, bunu karşılama yönündeki duyarlı ve gönüllü tutumunu, minik varlık duyumsar. Görevini bu kadar istekle yapan bir anneyi bebek ödüllendirir. Gülüşleri, hizmetinden duyduğu hoşnutluk ve teşekkürü simgeler. Bu ödül, bir annenin yaşamı boyunca aldığı en değerli armağandır. Her türlü gereksinimi anlama ve karşılama görevini, bebek için ve bebeğin kendisi yerine yürüten anne, kuramsal adıyla bebeğin kendilik nesnesidir (self-object) (Kohut 1959, 1971). Kendilik nesnesini göreve güdüleyerek sağlıklı bir gelişimi güvence altına alan güç, annelik içgüdüdür.

Bebek kendisini, bütünlüğü ve zaman içinde sürekliliği olan bir varlık olarak algılayamaz. Bir uzantısı olarak algıladığı annenin sürekli ve aynı insan olduğunu görmek, aynı bedenin diğer ucunu oluşturan kendisinin de bütün ve zaman içinde sürekliliği olan bir varlık olduğu algısını oluşturur. Sözcük öncesi dönemde anne, bebeğin istek ve gereksinimlerini eşduyum yeteneğiyle anlayıp giderir (Kohut 1959). Annesiyle sürdürdüğü ortak yaşam ilişkisi içinde bebek, annesinin yansıttığı her türlü duygu ve yaşantıyı kendisininmiş gibi algılamaya başlar. Annenin bu tutumunu aynalara (mirroring) kavramıyla tanımlayan Kohut, bu duygu ve yaşantıların bebek tarafından edinilmesi sürecine ise dönüştürerek içselleştirme (transmuting internalization) adını vermiştir. Bu bir anlamda görerek ve yaşayarak öğrenme sürecidir. Uygun bir aynalamayla kazanılabilen bu olgun yetiler, olumlu ilişki yaşantılarıyla yüklü olan anı adacıklarında (Mahler 1968) birikir. Aynalayan bir

anne bebekte; kendisinden ayrı, kalıcı, bütün ve zaman içinde sürekliliği olan bir varlık olduğu algı ve inancını oluşturur. Böylece bebekte anneden ayrı, farklı ve özgün bir kendilik gelişir. Bu özgün yapı, kendisini avutma, yatıştırma, eşduyum yapma, sevgi alıp verebilme gibi olgun yetilerle donanmıştır. Annenin kısa süreli yokluğunda devreye giren bu yetiler, bebeği anksiyeteden korur. Anne birazdan gelecektir. Engellenme ve yoksunluğa, süresi giderek artan bir dayanma gücü gelişir. Dürtüler evcilleşir. Ancak, uygun aynalama yapılmamış ise, bebek kendini değerli, bütünlüğü olan, özerk ve bağımsız bir varlık olarak algılayamaz. Dolayısıyla kendilik işlevlerinin yürütülebilmesi için bir kendilik nesnesinin varlığına gereksinim sürer. Bu kişiler dışarıdaki bir kendilik nesnesinin desteği olmazsa kendilerini değersiz, çaresiz, eksik, boş ve denetimlerini yitirmiş hissederler. Narsist, uygun bir aynalamayla kazanılabilen bu olgun yetilerden yoksun bırakılmıştır. Kohut'un kuramında bu durum kendilik bozukluğu (disturbance of self) olarak tanımlanır.

### Narsistin ebeveyni

Çok küçük çocuklarda kendilik saygısı; yaşamındaki önemli diğer kişilerce derinden ve koşulsuz sevildiği, kabul edildiği, önemsendiği, bedensel ve duygusal olarak beslenmeyi hak eden bir varlık olduğu inancına bağlıdır. Sağlıklı bir anneyle kurulan ilişkide, bebeğin iç dünyasında olumlu yaşantı anıları birikir. Kendisinin önemli, değerli, sevmeyi ve bakımı hak eden bir varlık olduğu duygu ve inancı gelişir. Birincil narsisizmden daha üst düzeyde yer alan öz değerlilik duygusu ve kendilik saygısı yönünde bir gelişim olur.

İhmal edilme, reddedilme sonucu çocuğun bu gereksinimleri karşılanmazsa kendini değersiz bir varlık gibi hisseder. Bebek, kendi bedeninden sonra keşfettiği ikincil nesnesi olan annesinin tutarsız, değişken, reddedici, duygusal olarak terk eden tutumu nedeniyle düş kırıklığı ve dış dünyaya karşı bir güvensizlik geliştirir. Sevgi yatırımı için seçtiği ikincil nesne olan annesinin yanlış bir yatırım alanı olduğunu sezinler. Ardından, bu sevgi yatırımını geri çekip, birincil nesne olarak keşfettiği ve güvendiği kendiliğine yatırır. Tutarlı, dengeli ve öngörülebilir tek alan kendi iç dünyasıdır. Bu tutum, narsisizmin ilkel biçimine savunma amaçlı bir dönüş olup zaman

boyutunda bir gerilemedir (Freud 1957). Bu tür bir anne-bebek ilişkisi çocukta, dış dünyanın tehlikeli, düşmanca, değişken ve öngörülemez bir ortam olduğu inancı ve temel güvensizlik duygusunu geliştirir. Toplum, çocuğun iç dünyasına, ebeveynin açtığı kapıdan girebileceksen, kapının dışında bırakılır. Tek çıkış yolu anneye sınımsız sarılarak sadık ve bağımlı kalmaktır. Ayrıca annenin bu olumsuz tutumu, narsistin üstbenliğine katılan ve ona olumsuz sözler söyleyen, değersizleştiren bir ses haline gelir.

Ashında narsistin ebeveyni de zavallı bir insandır. Sıkıca yapıştığı çocuğu olmasa O bir hiçtir. Çocuğunu tersler; soğuk, buyurucu, baskıcı ve duygusal olarak uzak davranır. Çocuğuna yönelik kötüye kullanım niteliğindeki tutumu, "Kendini ayrı bir birey olarak var edebilirsin, bu çabanı onaylıyorum; her eyleminin ve başarının benimle bağlantılı olması koşuluyla." biçiminde özetlenebilir. Doğumuyla başlayıp süren preö-dipal örselenmesi, duygusal ve bedensel anlamda onu terk eden ebeveyniyle arasındaki etkileşimdir. Terk edilmesi; aklını yitirmek, çıldırmak kadar yoğun bir korku uyandırır. Ebeveyniyle olan narsisistik bağlantılarının kopmasına izin verilmeyip kendisinin özel bir kişi olduğu inancı oluşturulmuştur (Volkan 1982). Bu özel olma durumu, ebeveynin nesne ilişkileri dünyasında bütünlüğü sağlamakla görevlendirildiği özel bir alanda ebeveynin bir uzantısı yani kendilik nesnesi olduğu; eylemlerinin bu alanda bireyselleşebileceği ve aralarındaki bağlantı kopmadığı-ayırışmadığı sürece bireysel bütünlüğünü sağlamasına izin verildiği anlamına gelir. Özerk ve bağımsız davranmasına izin verilen tek yaşam alanı vardır. Bunu yitirmesi, yaşamaması demektir. Ebeveynin çocuğunu kullanarak ulaşmayı amaçladığı hırslı beklentileri, üstbenlik içinde içselleşerek; gerçekçi olmayan, yüksek ve ulaşılmaz bir kendilik ölküsü oluşturur (Kohut 1971). Çocuk, bu koşullu iletiye uyum yapmaya kendini zorunlu hisseder. Bireyselleşmesini bir dereceye kadar sağlar ama yoğun baskıya direnemediği için ayrışma sorunlarının yeterince üstesinden gelemeyip gelişimin bu evresinde saplanıp kalmış olur (Kohut 1971, Mahler 1977). İlkel kişilik yapılanmasına karşın, belirli bir alanda ulaşabildiği başarı düzeyi bununla ilgilidir (Rinsley 1989).

Narsistin tüm yaşamı ebeveyninin emrindedir. İkili birimin ortak yaşamında başka nesneye yer yoktur. Ebeveyninin sömürgesidir. Ve ebeveyni, asla bir ortak istemez. Çocuğunu ayrı bir insan değil, kendisinin bir uzantısı gibi görür. Beklentilerine, çocuğunu kullanarak ulaşmaya çalışır. Eşduyum yapamayan bir davranış biçimi sergiler. Çocuğunun acılarıyla değil, ulaşamadığı kendi beklentisiyle ilgilenir. Birçok yolla çocuğunu kötüye kullanır (Nemiah 1961, Kohut 1971). Acımasızca suçlar ve azarlar. Yaşamını baskıyla denetlemeye çalışır. Tepkilerindeki oransızlık, çocuğunu denetlemekte kullandığı en güçlü silahıdır. Kişisel sınırlara ve gizliliğe saygı göstermez; hem gizli hem de açıkça çocuğunun özel yaşamına sızmaya çalışır. Yalan söyleyerek bu tutumunu yadsır. Çocuğunun gereksinimlerini görmezlikten gelir ya da aldırış etmez (Kohut 1959, Volkan 1982). Eğitimi ve mesleği konusunda onu sömürür, kendi hoşnutluğu için bir gereç gibi kullanır. Çok fazlasını umar ve bekler. Değişken, vefasız, keyfi hareket eden ebeveyn çocuğunu, bedensel ve ruhsal olumlu duygulardan yoksun bir ortamda yetiştirir. Çocuğunu; memnurluk, haz ve kıvanç duygularıyla tanıştırmamış olmasının yanı sıra diğer insanların onu ödüllendirme çabasını da boşa çıkartır. Kötüye kullanan ebeveyniyle kurduğu ilişki (Kohut 1971) nedeniyle, dış dünyanın güvenilmez, tehlikeli, düşman ve uğursuz bir ortam olduğu inancı yerleşir. Düşman olarak algıladığı toplumu dışarıda bırakır. Kötüye kullanıyor da olsa ebeveyne sınıksız sarılıp sadık ve bağımlı kalmak narsist için tek kurtuluş yolu olarak sunulmuştur. Narsist, kurbanı olan nesneye de aynı şeyi yaşatır. Dengesi bozulan nesne, narsistten kurtulamaz.

### **Değersizleştirilmiş Gerçek Kendiliği ve Büyüklenen Sahte Kendiliği**

Bir narsisti en iyi tanımlayabilecek iki kavram, varlık ve hiçliktir. Yüzeyde görünen ve var sanılan yönü, yakın çevresinin isteklerine boyun eğen, oluşturmak zorunda bırakıldığı sahte kendiliğidir (Akhtar 1989). Bu karadelik, narsistik doyum kaynaklarını içine çekip yutar. Yüzeyde görünmeyen ve yok sanılan yönü ise değersiz gerçek kendiliğidir. Narsist, bu iki kendiliği tek bedende barındıran bir varlıktır. Kişiliği çok ilkel ve dağınıktır. Tam oluşmuş, bütünleşmiş bir insan değildir. Birbiri içinde eriyen geçici görüntülerdir. Tasarıları geçici, beraberlikleri gösteriş

ve sahtedir. Bir narsistle yaşamak, yalnızca nasıl bir kişi olduğu değil nasıl bir kişi olmadığından dolayı da diğer insanların içini bulandıran bir deneyimdir.

Bir narsistin hem değersiz gerçek kendiliği hem de büyüklenen sahte kendiliği aslında aynı bedende yaşar. Ancak hiçbir zaman bir araya gelmezler. Biri varken diğeri yoktur. Ve beden çoğu zaman büyüklenen sahte kendiliğinin yönetimindedir. Değersiz gerçek kendiliğiyle ilgili her şeyden, bastırma ya da bölme-yadsımayansıtma yöntemiyle kurtulmaya çalışır. Ender olarak varlığını hissettiren incinmiş çocuk, özdeğer duygusu ve kendilik saygısında gözlenen dalgalanmadan sorumludur. Duyulduğu an, büyüklenen sahte kendiliği toparlanıp yönetime el koyar ve duyguları bastırır. Ayrıca, değersiz olduğuna inandırılan gerçek kendiliği, bir dış nesnenin yokluğunda savunmasız, güçsüz ve çaresiz hisseder. Kendilik nesnesi işlevi gören bu dış nesne, kendisine acı çektirmesine karşın ayırtmadığı ebeveynidir. Durumundan yakınma ama ayırtmama, preödüpal patolojilerin temel özelliğidir.

Belirli bir alandaki yeteneği elle tutulur tek olumlu özelliğidir. Çünkü ebeveyni bireyselleşmesine bir tek bu alanda izin vermiştir. Narsist aslında keyiflenemeyen, gülemeyen, yeteneklerinin kıvancını yaşayamayan bir mazlumdur. Memnurluğun, neşe ve kıvancın ödüllendirici özellikleri ile tanıştırıldığını söylemek güçtür. Gerçek kendiliğini yadsıyıp bağımsız olmayan, ebeveyninin istek ve beklentilerine boyun eğmek zorunda bırakılan biri olarak yetişmiştir. Yüzeyde görünen, geliştirmek zorunda kaldığı büyüklenen sahte kendiliğidir (Volkan 1982, Akhtar 1989).

Görülmeyen, duyulmayan, aldırış edilmeyen, reddedilen, duygusal ve bedensel gereksinimleri karşılanmayan küçük bir çocukta değersizlik duygusu gelişir (Kohut 1959). Bu duygu ve inançla büyüyen çocuk sihirli bir biçimde; reddedildiği, aşağılandığı, terk edildiği ortamlar oluşturur. Kehanet kendini gerçekler. Narsistin içinde yasayan bu çocuk, bastırılan ya da bölme ile ayrılıp yansıtılan değersiz gerçek kendiliğidir. O da kehaneti gerçekleyen bir ortam oluşturur. Sağlıklı bir insanı bile, kendisini aşağılayan ve terk eden biri haline getirebilir. Birbiri



içinde eriyen geçici görüntüler sunan narsist hiç sevilmemiş ve sevmeyi öğrenememiştir (Akhtar 1989). Sevmekten nefret eder, nefret edilmeyi sever.

### **Savunmaları: Bastırma, Yadsıma, Değersizleştirme, Bölme ve Yansıtma Özdeşim**

Narsist, sadistik üst benliğinin yasakladığı ve büyüklenen sahte kendiliğinin görmek istemediği; gerçek kendiliğine ait olan her türlü duygu, düşünce ve dürtüden kurtulmak için aynı yöntemi uygular. Ya bastırıp gömer ya da bölme ile ayırdıktan sonra yadsıyıp dış dünyadaki nesnelere yansıtır. Bu yansıtma biçiminin özelliği, nesnenin üzerine değil içine ulaşmasıdır. Bu tür düşünce, duygu ve dürtülerini yüklediği nesne dışarıda olunca daha kolay denetleyeceğini sanır. Denetleme gereksinimiyle, zehirlediği nesneden uzaklaşamaz. Bastırmayı da kullanabiliyor olması, soydaşı olan Borderline'dan onu üstün kılan bir özelliğidir. Alt ve üst düzey arasındaki gelişmişliği, sarkaç bölme-yadsıma-yansıtmadan uzaklaşıp bastırma ucuna yaklaştığı oranda artar.

Bir sonraki aşamada, sadistik üst benliğinin gerçek kendiliğini hedef alan yasak, engel, baskı ve saldırılarını hedef şaşırtıp nesneye yönlendirir (Winnicott 1965). Yönlendiremezse, özkıyım düşüncelerine neden olacaktır. Böylece bir süre işkenceden kurtulur. Nesne; çocukluk yıllarında benzer baskı ve acıları yaşayan, büyüklenen sahte kendiliğinin yok saydığı incinmiş çocuğun dış dünyadaki görüntüsü ve sözcüsü olur. Engellenen, yoksun bırakılan, acı çeken, etkisiz ve çaresiz duruma getirilen nesnenin görüntüsü, narsistin bedeninde yaşayan her iki kendiliğini de hoşnut eder. İncinmiş çocuk, nesnenin bedenini kullanarak isteklerini ve yoksun kalışının acısını gösterebilmenin rahatlığını yaşar. Nesne, kendisine yüklenen acıyı haykırdıkça incinmiş çocuk rahatlar. Duygularını bastırmaya koşullanmış olan narsist, yüzeydeki büyüklenen sahte kendiliğini rahatsız etmeyecek uyum bozucu bu zorlu yöntemle de istek ve acılarından kurtulmaya çalışır. Öte yandan, değersiz gerçek kendiliği ile aynı bedende yaşadığını duyumsamak, büyüklenen sahte kendiliğinin görkemli duruşunu zedeleyebilecek en büyük tehlikedir. İstek ve acılarını yüklediği nesnenin görüntüsü, büyüklenen sahte kendiliğini de rahatlatan bir

yanılsama oluşturur. İncinmiş ve değersiz kendiliği, içinde değil dış dünyada yaşayan bir nesne olarak algılanır. Sıradan bir insanın düşünce, duygu ve gereksinimlerini taşımayan, tüm güçlü ve bağımsız bir varlık olduğu inancı pekişir. Görkemli duruşu güçlenir. Bölme ile ayrılan değersiz kendiliği yadsınıp yansıtılınca, ondan kurtulmak için kullandığı bastırmaya gerek kalmaz. Narsistin ilkel sandığımız iç dünyasının, kusursuz işleyen bu savunmasının kuramsal adı yansıtma özdeşimdir (Kernberg 1984).

Cinsel arzuları, anal sadistik dönem yaşantılarıyla bağlantılı olup olgunlaşmamıştır. Acıları dışında cinsel istek ve dürtüleri gibi insani gereksinimlerinden de bu yöntemle kurtulmaya çalışır. Karşısındaki kişiyi uyaran bir görüntüsü olmasa bile, kurbanı olan nesneyi baştan çıkarabilir (Akhtar 1989). Bu tutumu, kamçılıyıp engelleme sözüyle tanımlanabilir. Arzuların sahibi değersiz gerçek kendiliği kurbanı kamçılarken, büyüklenen sahte kendiliği ve sadistik üst benliği engeller. Bir bütün olarak narsist hoşnut olur. Sadistik üst benliği ve büyüklenen sahte kendiliği, eksikleri olan ve bir dış nesneye gereksinim duyan sıradan bir varlık olduğunu düşündürecek cinsel ilişkiyi engellemiş olmaksızın hoşnuttur. Narsistin bir kısır döngüden oluşan bu etkileşim ezberinden hoşnut olmayan kişi ise yoksun bırakılan değersiz kendiliğinin dış dünyadaki sözcüsü olan kurbandır. Kamçılanıp engellenen kurbanın sitemi, engellenme ve yoksun bırakılmaya dayanamayışı değildir. Narsistin patolojik düzeydeki kamçılıyıp engelleme ezberini, sağlıklı bir insanın haklı protestosudur. Ama narsist bunu sorun etmez. Çünkü kurbanını insan değil, yalnızca kullanabileceği bir nesne olarak algılar (Kohut 1971).

Narsist; engellenme, yoksun bırakılma ve haset ürünü olan yıkıcı saldırgan eğilimlerinden de bu yolla kurtulmaya çalışır. İç dünyasını sırlı-sıklam eden yıkıcı öfke ve saldırganlığı yadsıyıp nesneye yükler. Kendisinin masum, dış dünyadaki nesnelere saldırgan olduğunu kanıtlanmayı tasarlar. Nesne, narsist tarafından zehirlendiğinin farkına varsa da artık çok geçtir. Yansıtma özdeşim enjektörüyle verilen zehir kana karışmıştır. Nesne için, kendisine yüklenen yıkıcı öfkeyi dışa vurmaktan başka çare kalmaz. Narsist, kendi içinde biriken öfke ve saldırganlığı yüklediği nesneyi denetleme gereksinimiyle

uzaklaşamaz ve kurban yine kendisi olur. Bu, senaryosunu narsistin yazdığı bir dramdır. Saldırgan, bir gün mutlaka kendi silahı ile vurulur (Kernberg 1984).

Büyüklenen sahte kendiliğinin katı savunmacı tutumunun yumuşadığı ve bastırmanın azaldığı durumlarda, çok derinde saklanan incinmiş çocuğun istek ve acıları yüzeye yaklaşır. Böyle zamanlarda narsist gerginlik ve huzursuzluk yaşar. Ancak büyüklenen sahte kendiliği ve sadistik üst benliği çok geçmeden toparlanıp yönetime el koyar ve duyguları bastırır. Duygusuzmuş izlenimi veren görüntüsü ve mimiksiz yüz ifadesi aslında duygu yalıtımı ve bastırmanın ürünüdür. Her sözünün ve eyleminin birçok anlam ve etkisi vardır. Ayrışmamışlık, savunma işlevi gören tutum, beklenti ve tasarımlarında da kendini gösterir. Tek çatı altında toplanan savunma ailesidir.

### **Narsistin yalnızlığı**

Bebeğin dış dünyada kurduğu ilk insan ilişkisi, çoğu kez annesi olmak üzere, bakım veren kişiyle olan ilişkisidir. Bu ilişkinin niteliği, ilerleyen yaşamındaki ilişki kurma biçimini belirler. Toplum, çocuğun iç dünyasına ebeveynin açtığı kapıdan girebilir. Olgun, sevgi dolu, eşduyuma ve karşılıklı güvene dayanan ilişkiler kurabilme yetisi, sağlıklı bir anne-bebek etkileşiminin yaşanmış olmasını gerektirir. Sağlıklı bir insanın çocukluğu, ebeveynleriyle sürdürdüğü sevgi ve güvene dayalı ortak yaşam ilişkisi içinde geçer. Yoksunluk ve terk edilmeye dayanma gücü ve bununla baş etme yetileri kazanır. Dış dünyayı bütünüyle tehlikeli algılamaz. Aldırış edilmediği, terk edildiği ve yok sayıldığı durumda, kendi içine kapanmayıp kısa bir toparlanma süreci ardından dikkatini yeniden dış dünyaya yöneltir. Yaşadığı bu düş kırıklığından kurtulup duygusal yatırım yapabileceği başka nesnelere arar.

Oysa narsistin annesiyle başlayıp süren ilişkisi; reddedildiği, gereksinimlerinin görmezlikten gelindiği, olumlu duygulardan yoksun bırakıldığı, düş kırıklığı ve güvensizliğin egemen olduğu anı adacıklarından (Mahler 1968) oluşur. Yakın ilişki, sömürülme ve kötüye kullanılma korkularını uyandırır. Dış dünyayı tehlikeli ve güvenilmez bir ortam olarak algıladığı için daha fazla etkileşime girmez. Tutarlı, dengeli ve öngörülebilir tek alan kendi iç dünyasıdır. Li-

bidinal yatırımını kendiliğine yapar, içe çekilir (Freud 1964). Her zaman sevilen, saygı duyulan ve kendi kendisine yeten biri olarak düşlediği görkemli imparatorluğunu kurar (Kohut 1971). Düşlem dünyasında, ülküleştirildiği ve özdeşim kurarak yüceliğinden pay aldığı nesne tasarımlarıyla baş başa bir yaşam sürer. Bu nedenle, yalnız olmasına karşın, bir dış nesneye açıklık düzeyinde gereksinim duymaz. Bu yönü, çarpık da olsa bir denge kurmasını sağlayıp, soydaşı olan Borderline kişilik yapılanmasından onu ayırır (Kernberg 1975, Volkan 1982).

Çocukken yaşadığı gibi reddedileceği ve sömürüleceği korkularından dolayı her türlü yakın ilişkiden kaçınan narsist (Reich 1972), cinselliği de görkemli düşlem dünyasında yaşayabilir. Düşlem dünyasına sığınmak, eksikleri olan ve başkalarına gereksinim duyan sıradan bir insan olduğunu görmekten Onu korumuş da olur. Göstermecici ve gözetlemeci davranışları, bu durumun görüngüsel dışa vurumu olabilir.

### **Serinkanlı görünümü**

Bir narsist, gereksinimleri hep ıskalanmış, yoksun bırakılıp değersizlik duygusu filizlendirilmiş, zavallı ve küskün bir çocuktur. Çok derinlerinde sıkıca sakladığı bu değersiz çocuk; korunmak, gizlenmek, acısını dindirmek ve çevrenin isteklerine uyum yaparak dengesini kurmak adına girişmiştir büyüklenmeye. Oluşturduğu büyüklenen sahte kendiliği aslında bir maskedir. Savunmasız, güçsüz, acı ve korku dolu olduğunu gizlemeye çalışan bir maske. Korkusuzluk, yenilmezlik, yaralanmazlık, serinkanlılık, kendine hakim oluş, üstünlük, beceriklilik gibi nitelikler, bu maskenin rengini belirler (Gabbard 1990).

### **Nesne gibi algıladığı insanları kötüye kullanması**

İnsanlarla kurduğu ilişki, gizli başlayıp görünür hale gelen kötüye kullanım biçimindeki davranış dağarcığından oluşur. Kötüye kullanım, kurbanı kuşatan ve aldırış etmediği duygusunu uyandıran davranışıyla başlar. Yapılan tek bir hatayı bile affetmez. Tepkisindeki oransızlık, yalnızca bir nesne olarak gördüğü çevresindeki insanları denetlemede kullandığı en güçlü silahıdır. Beğenmemek, kötülemek, değersizleştirmek, yıpratmak, yüksek beklentiler beslemek ve cesaretini kırma tutumu, kötüye kullanımın açık

örnekleridir: ebeveynin kendisine yönelik davranışının aynısı. Aldırış etmemesi, kötülemesi ve değersizleştirilmesi, çevresindekileri kıskanmaktan Onu koruyan bir savunma işlevi de görür (Kernberg 1975). Kötüye kullanma davranışına başkalarını ortak etmede ustadır. Bir insanı yok sayma, alay etme, suçlama, küçük düşürme, engelleme, yoksun bırakma ve başından atma gibi kötüye kullanma tutumunu diğer insanlara da bulaştırır. Ortamdaki her insanı kötüye kullanır (Kohut 1971). Kötüye kullanıcı haline getirdiği diğer insanlar, bu yolla kendilerinin kötüye kullanıldığının farkına bile varamaz.

### **Ulaşma isteği uyandıran tutumu ve ona ulaşmanın zorluğu**

Bir insanla karşılaştığı ilk andan itibaren onu, narsisistik gereksinimlerinin doyum kaynağı haline getirme konusunda ustadır. Kurbanı olan kişi için, kendi çocukluğunda duygusal yönden yoksun bırakıldığı ortama benzer bir ortam oluşturur. Kuşandığı bir tür zırh ile kendisini ulaşılmaz bir varlık gibi hissettirirken (Akhtar 1989), yoğun bir ulaşma isteği de uyandırır. Çocukluk yıllarında görmeyen, duymayan ve aldırış etmeyen ebeveynin; onda uyandırdığı görülmeye, duyulmaya ve anlaşılma isteği gibi. İtici davranışlarının ardına gizlenen çekiciliği bu gizli etkiyle ilgilidir. Hem engellenen hem kamçılanan kurbanın ona ulaşma çabası zorlantı boyutuna ulaşır. Zorlantı niteliğindeki kendini gösterme çabası amacına ulaşamaz ise, kurban değersizlik duygularıyla baş başa kalır: bir narsistin, çocukluğunda yaşadığı gibi (Kohut 1959).

Bir insanla yakınlaştığı ilk andan itibaren onu narsisistik doyum aracı olarak kullanmak için biçimlendirmeye başlar (Akhtar 1989). Bu tutumu, ilkel iç dünyasının verdiği bir refleks yanıtı sayılır; tamamıyla bilinç dışı olarak devreye girer. Öncelikle, o kişi hakkında işine yarayacak bilgiler toplar. Edindiği bilgileri de kötüye kullanarak kendisine yönelik hayranlığı artırmayı amaçlayan bir etkileşime girer. İnsanlarla kurduğu yakınlaşma gerçek bir ilişki değil, yalnızca bir etkileşimdir. Etkileşimin temel hedefi, çekim gücüne kapılıp yörüngesine giren kurbanını, büyüklenen sahte kendiliğini tavaf eden sadık bir kul haline getirmektir. Hayranlık duyulan bir varlık olduğunu hissetmek bir narsist için yaşamsal öneme sahiptir. Çevresindekilerin hayranlık yüklü aynalayıcı tutumu, yüzeydeki

büyüklenen kendiliğinin sahte değil gerçek olduğuna kendisini inandırmak için bağımlı olduğu bir sunudur (Nemiah 1961, Kernberg 1975, Akhtar 1989). Duyulan hayranlıkla büyüklenen sahte kendiliği beslenir (Akhtar 1989) ve çarpık dengesi güçlenir.

Narsist; ulaşılmazlığını, dokunulmazlığını simgeleyen bir cam fanus içinde yaşadığını düşler (Volkan 1982). Tıpkı, paha biçilmez bir mücevherin kalın camlar ardında beğenimize sunulması gibi. Cam fanus içinde yaşayan bu yüce varlık lütfedip insanlarla konuşur. Oysa yakından bakıldığında durum hiç de öyle değildir. O yüce varlık insanlarla değil insanlara konuşur (Bach 1977). İletişim tek yönlüdür. Bir nesne olarak gördüğü karşısındaki insanın duygu ve düşünceleriyle ilgilenemeyecek kadar yoğun bir kendisiyle uğraşa tutsaktır (Kohut 1971). Uyumlu ve tutarlı davranmayı, kendisini alçaltan bir özellik olarak görür. İnsanlardan ayrı ve uzak duruşu, cam fanus içinde yaşadığı düşleminin bir diğer dışı vurumudur (Volkan 1982).

Gerçeküstü dünyasında sözcükleri savunma silahı olarak kullanır (Bach 1977, Akhtar 1989). Nutuk atar, ders verir bir tutum içindedir. Anlatıyor, açıklıyor gibi görünüp anlaşılmasız kılar, ustaca saklar. Gizleme bürünür, soyuta gizlenir. Soruya soruyla karşılık verir. Dinleyen kişiyi kuşku ve belirsizlik içinde bırakır. Sankilik, -miş gibilik yüklüdür. Sanki anlatıyor, sanki gösteriyor, evet evet sanki kavradım... Anlat kavraddıklarını denilse; ...ık-mık, ...mırın-kırın. Preödüpal patolojilerin simgesi Borderline'in eski adı olan "as if personality" ifadesinde olduğu gibi; sözcükler yetersiz kalır.

Narsistin gerçeküstü dünyasında, sözcükler gibi suskunluk da bir savunma ve saldırı silahına dönüşür. Ülküleştirdiği suskun kalma tutumu, denetimi sağlamak amacıyla kullandığı diğer bir yöntemdir. Denetimi yitirmek, çocukluğunda yaşadığı gibi yaralayıcı olacaktır. Konuşmaz, gizlenir, kaçınır. Bekler ve beklemenin ne getireceğini görür. Kaçınma ve ertelemeyi, yaşamda kalmanın bir yolu olarak kullanır. Sonu gelmeyen bir suskunluk ve tepkisizlik. En güçsüz anında bile saldırgan. Saldırganlığın biçimi tepkisizlik.



### Sadistik üst benliği ve nesne gibi algıladığı insanları denetleme gereksinimi

Çocukluk yıllarında narsist; kendisini görme-yen, duymayan, aldırış etmeyen, yoksun bırakan, haz yaşantılarını yasaklayan, baskı yapan, gözdağı veren, acımasızca suçlayan, azarlayan, cezalandıran, felç eden, sömüren ve terk eden ebeveynine karşı savunmasız kalmıştır. Yaşamda kalabilmek için istek ve gereksinimlerini bastırmıştır. Baskıcı çevresinin istek ve beklentilerine boyun eğen büyüklenen sahte bir kendilik geliştirmiştir. Büyüklenen sahte kendiliğinin en önemli yandaşı, sadistik üst benliğidir (Kernberg 1984, 1992). Sadistik üst benliği ise, ebeveynin kendisini kötüye kullanma tutumunun içselleştirilmesiyle oluşmuştur. Narsist, yaptığı değil yapmayı hep arzuladığı şeylerle suçlanır. Ancak ebeveynin gözbağcı ustalığı, isteklerini eylemleriymiş gibi algılatır. Bu algı yoğun bir suçluluk doğurur. Ebeveyn tarafından bir nesne gibi görülen ve kukla gibi yönetilmiş olan narsist, kurbanı olan insanlara da aynı şeyi yaşatır (Kohut 1971). Büyüklenen sahte kendiliği, dış dünyadaki her şeyi ve herkesi denetleme çabasıdır. Bu tutum, çocukken çaresiz bırakıldığı koşullara karşı geliştirdiği, ilkel ve olgunlaşmamış bir savunmadır. Denetimi yitirmek, çocukluğunda yaşadığı gibi yaralayıcı olacaktır. Kurduğu yoğun baskıyla, nesneyi kıpırdayamaz duruma getirir. Felç edilen kurban, tehlike olarak gördüğü kendi istek ve beklentilerini yok sayarak yaşamda kalmaya çalışır. Çünkü bunlar, Tanrı gibi gördüğü narsistin gazabına neden olacaktır. Acıyla büyüyen ama acısını bastırma-ya koşullanmış olan narsist, büyüklenen sahte kendiliğinin bu ezberini kurbanı olan nesneye de dayatır. Nesnenin kendini yadsıması, narsistin yüce bir varlık olduğu inancını güçlendirir. Bu inancı her ikisi de paylaşır.

Zorla(n)ma ve yoksun bırak(ıl)ma, narsistin yaşadığı ve yaşattıklarının ana dokusunu oluşturur. Çoğu kez yıkıcı eylemlerinin hedefi, kendisinden yaş ve mesleki olarak alt kademedeki insanlardır. Bu davranışı, ebeveynin baskıcı tutumunun sadistik üst benliğine katılıp, güncel yaşamında benzer bir yön izlediğini gösterir.

Dış dünyada kendisinden başka kimse yokmuş, diğer insanlar kendisinin bir uzantısıymış gibi davranır (Kohut 1971, 1977). Zihninde, üç boyutlu tek gerçek insan kendisidir. İnsanların

önünden duraksamadan geçip yürümeyi sürdürür. Adeta o yürürken tüm evren durmaktadır.

Değişmeyen bir öfke, kin, nefret, bastırılmış saldırganlık ve haset içinde yaşayan narsist, denetimi sağlamak için öngörülemeyen, zor ya da olanaksız durumlar da oluşturur. Süreci yapay bir çıkmaza sokup, devre dışı bıraktığı bir rakibinin yerine en uygun kişi olarak kendisini ortaya koyar (Horowitz 1975).

### Özerk ve bağımsız davranan bir nesneye yönelik tutumu

Bir narsistin, insanlarla girdiği etkileşimde temel beklentilerini anımsayalım. Etkileşimin ilk aşaması sakin görünüyor. Çekim gücüne kapılıp yörüngesine giren nesneyi, büyüklenen sahte kendiliğini tavaf eden sadık bir kul haline getirir (Akhtar 1989). Bunu yaptığı sırada, değersiz gerçek kendiliği bastırılıp gömülmüş durumdadır. Büyüklenen sahte kendiliği, yalnızca yüce bir varlıktan oluştuğu inancını bu yolla korur. Nesnenin vecd ve hayranlık içinde tavafını sürdürmesi, büyüklenen kendiliğinin sahte değil gerçek olduğu inancını güçlendirir. İnsanların kendisine hayran olmasını doğal bir şey, çevresindekilerin asli görevi gibi algılar. Nesneye yönelik tutumu, Tanrı-kul ilişkisini çağırıştır. Etkileşimin ikinci aşaması çok acımasızdır. Bu etkileşim biçiminde kullandığı savunma yansıtma özdeşimdir. Bu aşamada, değersiz gerçek kendiliğiyle ilgili her şeyi bölme ile ayırdıktan sonra yadsır ve dış dünyadaki nesneye yansıtır. Bastırmayı kullanmaya gerek kalmaz. Bu yansıtma, nesnenin üzerine değil içine ulaşır. Değersiz gibi gördüğü bu nesne, hedef şaşırttığı sadistik üst benliğinin yeni hedefi haline gelir. Bir süre için kendini işkenceden kurtarmış olur. Baskı ve işkencenin yeni hedefi olan dış nesne, önemli iki işlev görür. Bir işlevi, gerçek kendiliğinin acılarını onun yerine haykırma ve gidermektir. Diğer işlevi ise acı çeken değersiz nesnenin içerde değil dışarıda olduğu yanılsamasını sunup, büyüklenen sahte kendiliğinin görkemli duruşunu güçlendirmektir (Kernberg 1984). Hepsini bu kadar.

Tutum ve beklentileri bu kadar katı olunca, narsistin girdiği her etkileşim bir kısır döngüye dönüşür. Karşısına çıkan insanları farklı kişiler olarak göremez (Kohut 1971). Yalnızca bir nesne olarak gördüğü için, onların duygu ve dü-

şüncelerini anlayamaz. Eşduyum yeteneğinden yoksun oluşu hem bununla hem de eşduyumu öğrenmemiş olmasıyla ilgilidir (Kohut 1977). Katı etkileşim biçimi içinde üzerine düşen görevi yapan nesne, bu süreç boyunca narsistin dikkatini çekmez. Ancak nesne, özerk ve bağımsız davranmaya başlarsa narsist iki yol izler (Volkan 1982). Ya değersizleştirip yok sayar ya da tüm dikkatini o nesneye yöneltir. Kendisinin bir uzantısı, adeta bedeninin bir parçası gibi algıladığı nesnenin denetimini sağlamak, bir narsist için yaşamsal bir gereksinimdir (Mahler 1977). Nesneyi denetleyememek, kendi bedenini denetleyemediği inancını oluşturur. Bu ise, bütünlüğü koruyamayıp parçalanacağı korkusunu yaşatır.

Bu gibi dönemlerde sarkaç salınır. Davranışları; değişken, tutarsız ve çelişkili hale gelir. Acımasız uzak kalma tutumu yerine duygusallığını kanıtlamaya çalışan yapay davranışlar geçer. Nesnenin dengesini bozarak, onun yaşamındaki sürekli ve değişmeyen tek varlık oluşunu güvence altına almaya yönelir. Sanal gezegen, nesneyi yörüngesine geri çekmeye çalışır. Ebeveynin ona yaşattığı gibi. Ancak, erişkin ilişkilerinde narsistin yetersiz olduğunu kanıtlayan bu davranışlar, diğer insanları inandırmak bir yana, onları tiksindirir.

Nesneyi denetleyemeyen, cezalandıramayan narsist yine terk edilir. Çılgına döndüğü o an parçalanma duygusu yaşar. Terk edilen küçük çocuğun bütün acıları ve çaresizliği canlanır. İncinmiş çocuk yeniden bedenine egemendir. Ancak bu egemenlik uzun sürmez. Büyüklenen sahte kendiliği toparlanıp yönetime el koyar. Yaşadığı derin keder bir anda bastırılır. Yandaşı olan sadistik üst benliği devreye girer. Donuk mimiklerini yırtarak dışa vuran yıkıcı öfke ve saldırganlığa dönüşür. Öfkesini nesneye yönlendiremeyen narsist, varlığını hissettiren değersiz kendilik ve nesne tasarımlarını cezalandırmak adına özyıkım (self-mutilation) eyleminde bulunabilir (Kernberg 1975,1984,1992).

### **Malign narsisizm**

Narsist ile girdiği ilişkide, nesnenin görevi belirlenmiştir: ya hayranlık duyguları içinde tavaf ettiği büyüklenen kendiliğinin sahte değil gerçek olduğuna narsisti inandırmak (Akhtar 1989) ya da narsistin kendisine yüklediği acıları onun ye-

rine yaşamak ve gidermek. Çarpık dengesini bu yolla koruma çabasıdır. İnsanları gerçek bir varlık değil, iç dünyasının uzantısı olan nesnelere gibi algılar (Kohut 1971). İnsanlar üzerindeki denetimi yitirmek, kendi bedeni üzerindeki denetimi yitirmek anlamına gelir. Nesnenin özerk ve bağımsız davranması; dünyanın merkezi olduğu inancını yıkan, çarpık dengeyi bozarak parçalanmaya yol açan bir etki oluşturur. Bu korkunç durum, narsistin iç dünyasında çıldırmak kadar yoğun bir tepki doğurur. Tuzağa düştüğü duygusuna kapılan narsist, kendisine acı çektiren ya da yoksun bırakan olarak gördüğü kişiye, vahşi bir hayvan gibi saldırır. Benliğiyle uyumlu, suçluluk yaşatmayan, antisosyal boyuttaki saldırgan eylemleri bir dış nesneyi hedef alır (Kernberg 1984, 1992). İç dünyasının, bu şiddette saldırgan eğilimlerle sınırlı olmaması yanında; zafer tınlı özyıkım eylemleri (self-mutilation) ve paranoid özellikler, narsisizmin malign düzeyde olduğunu gösterir (Kernberg 1989). Sadistik üst benlik öğelerinin baskınlığı söz konusudur. Ödipal çok uzaktadır.

### **Mazoşizm (Özezerlik)**

Kendisini kötüye kullanan ebeveynin tutumu, narsistin sadistik üst benliğine katılan bir ses haline gelir. Bu ses Ona değersiz, kötü ve cezayı hak eden bir varlık olduğunu söyler. Sesin hedefi, değersizleştirilmiş olan gerçek kendiliğidir. Suçlu olduğu ve cezayı hak ettiği inancı yerleşen gerçek kendiliği, duygusal bir acı çektiği ya da yitim yaşadığı durumda, kısa süreli ve oransız bir zevk duyar. Suçlu bulunup cezalandırılan bir tutsağın, cezasını çektikten sonra yaşadığı rahatlama gibi. Zincirden kurtulma ve özgür olmanın verdiği haz duygusu. Bu sayede narsist kendini bulur, bir bebek gibi yeniden doğduğu ve doğduğundaki güç ile yüklendiğini hisseder. Bu his, bir narsistin evrensel özlemidir. Kendisini suçlu bulan yargıcın gözü önünde cezayı çekmesi, özgür olmanın verdiği haz ve kıvancı artırır. Yargıca meydan okuyacak güce kavuşur (Cooper 1989).

Mazoşizmin dar anlamdaki tanımında, yaşadığı acıdan cinsel bir haz duyma söz konusudur. Narsistin, mazoşistlik hatları, düşlemleri ve tasarımları dikkatle incelendiğinde, beklentisinin cinsel bir haz duymaktan öte bir şey olduğu anlaşılır. Sadistik üst benliğinin kurucusu olan ebeveynini simgeleyen bireylerin gözü önünde

aşağılanma ve cezalandırılma isteği vardır. Bu sayede yargıç susacak, cezasını çekip zincirden kurtulan tutsak özgürlüğünü haykıracaktır.

### **Narsist, alışılmışın dışında bir sadisttir de**

Aslında bir narsist, gereksinimleri hep ıskalanmış, yoksun bırakılıp değersizlik duygusu filizlendirilmiş, zavallı ve küskün bir çocuktur. Ve O bu yönünü hep duyumsar ama hiç sevmez. Çok derinlerinde sıkıca sakladığı bu değersiz çocuk, dengesini kurmak, acısını dindirmek adına girişmiştir büyümeye. Ancak; korunmak, gizlenmek ve çevrenin isteklerine uyum yapmak için oluşturduğu büyümeye sahte kendiliği yönetimi ele geçirerek yaşamına egemen olur (Volkan 1982). Narsistin bir kısır döngüden oluşan yaşamı başlar. Ardından, yanına hiç ama hiç yakışmayan bu değersiz kendiliği, ya bastırılıp gömülür ya da benliğinin sihirbazlığı sayesinde bölünerek ayrılır. Yadsınıp dış dünyadaki bir nesneye yansıtılır. Kurduğu ilişki; bölme ile ayrılan, yadsınan ve dış dünyadaki nesneye giydirilen, değersiz kendilik ve nesne tasarımlarıyla girdiği etkileşime dayalı yanılmasadan başka bir şey değildir. Dışarıdaki nesne boyun eğe ve üzerine giydirilen bu değersizlik üniformasını koşulsuz kabul ederse sorun yoktur. Bu sayede büyümeye kendiliği, bu tutumunda ne kadar da haklı olduğunu görüp rahatlar. Yaşadığı gerilim geçici bir süre için giderilmiş ve çarpık denge korunmuş olur (Kernberg 1992). Ama nesne kabul etmez ve ileri gidip üniformayı gerçek sahibine iade etme cüretinde bulunursa, bu onun son eylemi olabilir. Çünkü, zavallı çocuğu yeniden incitmeye hiç kimsenin hakkı yoktur. Nesne, yıkıcı öfke ve saldırganlığın hedefi olur.

Nesneyi, çok derinlerde sakladığı incinmiş çocuğun dış dünyadaki uzantısı ve sözcüsü durumuna getirir. Kendisine yüklenen acıyla kıvranan nesne, narsistin iç dünyasını yansıtan ayna olur. Güçsüz, savunmasız ve çaresiz duruma getirdiği nesne, narsistin içinde saklanan incinmiş çocuğun acılarını haykırır ve giderir. Kendisini doğrudan ifade etme ve açığa vurma yükünden bu yolla kurtulan narsist, geçici süre de olsa acılarından arınmanın rahatlığını ve hazzını yaşar. Kötüye kullanmak, acı çektirmek ve insanları denetlemekten tuhaf ve gerçek bir haz duysa da, saf sadizmden farklı olarak, zevk almak adına bu ilişkinin içinde kalmaz. Bir amaca yönelen sadistik davranışları aslında

yansıtımalı özdeşim düzeneğinin bir parçasıdır. İnsanlardan beklentisi, onun iç dünyasını yansıtması ve göstermesidir. Bunu başarıp amacına ulaştığında geri çekilir; artık gidebilir. Daha da ilginç olanı, nesne ile kurduğu ilişkide katı ve acımasız tutumu yumuşayabilir. Kendisinden beklenmeyen destekleyici ve yakın davranışlara dönüşebilir. Yoğun bir kötüye kullanım nöbetini, büyük kaygı, üzüntü ve yumuşak özürler izler. Sadizmle özgecilik, kötüye kullanımla sevgi, aldırış etmemekle önemsemek, terk etmekle sınıksız sarılmak, gaddarlıkla vicdan azabı, zulümle şefkat arasında hızla salınan ve değişen davranışları, narsisti esrarengiz kılar. Narsistik sarkaç, diğerlerine işkence etme ile acıyla yüklediği insanları eşduyumla yatıştırma uçları arasında salınır durur. Bu salınımlar, narsistin çevresindeki insanların içinde, duygusal anlamda bir güvensizlik, özdeğer duygusunda aşınma, bunaltı, gerilim ve korku oluşturur. İnsanları, kendi kişilik hatlarını yitirmeye ve kendisininkini benimsemeye zorlar. Çıldıracak noktaya getirene kadar zihinsel işkence ettiği insanları, zorbalık ve şiddete zorlar. Sürekli ve hedefe yönelik bu kötüye kullanıma tepki olarak insanlar küfürbaz, kötüye kullanıcı, öç alan, acımasız, eşduyum yoksunu, saplantılı, saldırgan bireyler durumuna gelir. Duyguları giderek felç olan kurban, olumlu duygulardan yoksun çorak bir dünyada yaşamaya başlar. Bu dünya, narsistin doğduğu günden beri sürgünde yaşadığı çorak gezegendir.

### **Son söz**

Narsist: Erişkin bir bedende saklanan ruhsal bir az gelişmişlik örneği. Preödüpal çocuğun erişkin bedende yaşayışı. Ebeveynlerince terk edilmiş bir küçük çocuk. Ortak yaşam ilişkisi içinde kötüye kullanılmış ve sömürülmüş bir nesne. Acılarını bastırmaya koşullanan ve ülküleştirdiği nesneyle bütünleşmeye çalışan bir mazlum. Yaşamda kalabilmek için sığındığı ilkel savunmalardan kurtulamayan bir tutsak. Gösterme-ci-büyümeye kendilik evresine saplanmış ve yatırımları kendi iç dünyasına yapmış bir bebek. Düşlediği görkemli imparatorluğun tahtında yaşamaya çalışan sanal prens(es).

Narsistin bir kısır döngüden oluşan esrarengiz yaşamını anlama serüvenimiz bitti. Kendimizi toparlayıp çekim gücü ve yörüngeden kurtularak süreci dışarıdan görebilirsek, kimi ya da

neyi alkışlamalıyız? Narsisti mi? Ama narsist, davranışlarının ardında gizli olan inceliklerin farkında bile değildir. O, ilkel iç dünyasının kuklasıdır. Otomatik pilotta gider. Narsistin ilkel sandığımız ama kusursuzca işleyen iç dünyasını mı? Yoksa, sessiz ve kusursuz işleyen bu iç düzenekleri, yalnızca keşfeden ama icat etmişçesine kibirlenen kendimizi mi? Birincil süreçle ilgili yaşantılara tanık olduktan sonra bizi tutsak eden yoğun bunaltı ve ezinç (eziyet), ayrışmamanın bir göstergesidir. Tutsaklıktan kurtulabilmek için, bu yaşantıların ikincil sü-

reçteki karşılığını gösteren zorlu bir çeviri işine gireriz. Bu çevirinin kuramsal adı yorumlama. Anlama ve kavramamızı sağlayan çeviri çabamız, zorlantı boyutuna ulaşır. Yorumlayıp tutsaklıktan kurtulma çabamızı yansıtan sayfalar dolusu çağrışım, bu zorlantının bir ürünüdür. Zorlantı niteliğindeki “çevirme ve anlama” çabamız amacına ulaşamadığı anlarda, içimizde biriken bunaltıyla baş başa kalırız. Bu zorlu süreç bir soru getirir aklımıza: *Güvendiğimiz ve dayandığımız psikanalitik olgu formülasyonu, kanıta dayalı bilim midir, varsayıma dayalı kurgu mu?*

## KAYNAKLAR

- Akhtar S (1989) *Psychiatry Clin North Amer* 12: 505-530. Narcissistic personality disorder: Descriptive features and differential diagnosis.
- Bach S (1977) *Int J Psychoanal* 58: 209-233. On the narcissistic state of consciousness.
- Cooper AM (1989) *Psychiatry Clin North Amer* 12: 541-552. Narcissism and masochism,
- Fenichel O (1945) Norton Press, New York. Psychoanalytic theory of neuroses.
- Freud S (1957) Standart baskı, 14. cilt, Hogart Press, London, 67-102. On narcissism: An introduction.
- Freud S (1964) Standart baskı, 7. cilt, Almanca'dan İngilizce'ye çeviren: Strachey J. Hogart Press Ltd, London, Three Essays on the theory of sexuality.
- Gabbard GO (1990) American Psychiatry Press, Washington DC, 369-395. Psychodynamic psychiatry in clinical practice.
- Horowitz MJ (1975) *Int J Psychoanal Psychother* 4: 167-180. Sliding meanings: A defense against treat in narcissistic personalities.
- Kernberg OF (1975) Jason Aronson, Newyork. Borderline conditions and pathological narcissism.
- Kernberg OF (1984) Yale University Press, New Haven. Severe personality disorder.
- Kernberg OF (1989) *Psychiatry Clin North Amer* 12: 553-570. The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior.
- Kernberg OF (1992) Yale University Press, New Haven. Aggression in Personality disorders and perversions.
- Kohut H (1959) *J Amer Psychoanal Assoc* 7: 102. Introspection, Empathy, Psychoanalysis.
- Kohut H (1971) International University Press, New York. The analysis of the self.
- Kohut H (1977) International University Press, Newyork, Restoration of the self.
- Mahler MS (1968) International University Press, New York. On human Symbiosis and the vicissitudes of individuation.
- Mahler MS (1977) Kaplan L: Developmental aspects in the assesment of narcissistic and so-called borderline personalities. Hartocollis P (ed): Borderline personality disorders. International Universities Press, New York,71-86
- Nemiah JC (1961) Oxford University press, Newyork, Foundations of psychopathology.
- Odağ C (2001) *Nevrozlar-2*, HOPPV yayımları, No:2, s: 123-4
- Reich W (1972) Newyork, Farrar, Strauss, Giroix, 3. ed. Character analysis.
- Rinsley DB (1989) *Psychiatry Clin North Amer* 12: 695-707. Notes on the developmental and pathogenesis of narcissistic personality disorder.
- Rothstein A (1964) *Int J Psychoanal* 45: 332-337. Oedipal conflicts in narcissistic personality.
- Volkan VD (1982) Brodie HKH and cavenar JO, Jr. (ed.) Critical problems in psychiatry. J.B. Lippincot Company, Philadelphia. Narcissistic personality disorder.
- Winnicott D (1965) New York, International University Press, 179-192. Communicating and non-communicating leading to a study of certain opposites. Maturation processes and the fascilitating environment.



# Otizm ve Şizofreni İlişkisi: Yanlış Tanı mı, Komorbidite mi?

(“Erişkin otizminin şizofreniden farkları” adlı yazıya yanıt)

Emre BORA\*

## Abstract

Schizophrenia and autism are two separate neurodevelopmental disorders that impair social functioning. In the past, these two syndromes were considered to be related, however currently they can be reliably separated from each other and they seem to be associated with different etiological factors. Despite the fact that autistic spectrum disorders are not rare, adult psychiatrists frequently misdiagnose these conditions. In some cases, autistic and schizophrenic symptoms coexist and both disorders are associated with social cognitive deficits. This fact may reflect problems in current classification systems, comorbidity or shared neurodevelopmental risk factors. This article reviews the related literature and discuss the meaning and implications of cooccurrence of autistic/schizophrenic symptoms.

## Özet

Şizofreni ve otizm, sosyal işlevselliği önemli ölçüde etkileyen iki ayrı nörogelişimsel hastalıktır. Geçmişte çocukluk çağı şizofrenisi ve otizmin birbiriyle ilişkili sendromlar olduğu düşünülmüş olsa da günümüzde bu iki hastalık güvenilir biçimde birbirinden ayrılabilen ve farklı etiyopatogenetik süreçlerle ilişkili gözükmektedir. Otistik spektrum bozuklukları, çok nadir olmadıkları halde sıklıkla erişkin psikiyatristlerince tanınmamaktadır. Bazı olgularda otistik ve şizofrenik bulgular birlikte bulunmaktadır ve her iki hastalık da sosyal bilişsel bozuklukla ilişkilidir. Bu durum, tanı kriterlerindeki sorunlar, komorbidite ya da her iki hastalığın paylaştığı ortak nörogelişimsel risk faktörleriyle ilgili olabilir. Bu makale, konuyla ilgili literatürü gözden geçirmekte ve otistik/şizofrenik semptom birlikteliğinin anlamını tartışmaktadır.

Keywords

**Autism**  
**Schizophrenia**  
**Social cognition**  
**Neurodevelopment**

Anahtar Kelimeler

**Otizm**  
**Şizofreni**  
**Sosyal biliş**  
**Nörogelişim**

## Giriş

Ceylan ve ark (2007) “erişkin otizminin şizofreniden farkları” adlı yazılarında, otistik semptomatolojiyle erişkin yaşta psikiyatriye başvuran iki olguyu bildirmiş ve erişkinlikte otizm ve şizofreni ayrıncı tanısını tartışmışlardır. Yazarların da bildirdiği gibi erişkin yaşta psikiyatriye başvuran hastalarda otistik spektrum bozukluklarına ender olarak tanı konmaktadır ve bu olguların tanılarının konması/gecikmesi tedavi açısından önem taşımaktadır. Ancak, otizm spektrum bozuklukları ile şizofreni ilişkisinin olası yanlış tanı sorunu dışında birçok düşün-

dürücü özellikleri vardır. Otizm tanısı şizofreniyle komorbid (eştanı) olarak görülebilir ve komorbiditenin olmadığı bazı olgularda da benzer semptomlar bir arada bulunabilir. Bu anlamda, Ceylan ve ark (2007) sundukları ve emir veren işitsel varsanıları olan birinci olguda iki ayrı tanı ve benzer semptomların bulunduğu düşünülebilir. Yanlış tanının tedaviye olası olumsuz etkileri de göz önünde bulundurulursa otizm-şizofreni komorbiditesinin anlamını irdelemek ve paylaşılan semptomların özgül olan ya da olmayan nörogelişimsel faktörlerle ilişkisini incelemek önem taşımaktadır. Bu yazıda, bu konudaki veriler kısaca özetlenecek ve tartışılacaktır.

\* Melbourne Neuropsychiatry Centre, University of Melbourne Alan Gilbert Building, NNF level 3 Carlton, 3053, Victoria, Australia



## Erişkinlikte otistik spektrum bozuklukları

Otizmin geçmişte sanıldığı kadar nadir bir hastalık değildir. Otistik spektrum bozuklukları arasında yer alan Asperger Sendromu ve başka türlü adlandırılmayan otizm (Otizm BTA) gibi klinik tablolar da düşünüldüğünde otizmin erişkin psikiyatrisinde daha çok karşımıza çıkması beklenebilir. Ancak erişkin psikiyatrisinde otizm ve ilişkili bozukluk tanılarının seyrek konmasının birkaç nedeni bulunmaktadır. Birinci neden bu hastaların erişkin dönemde psikiyatri başvurusunun çocukluk çağına göre daha seyrek olmasıdır. Otistik spektrum bozukluklarında tanı çoğunlukla çocukluk çağında konur ve yine aynı dönem içinde etiyojolojiye yönelik tetkikler tamamlanır. Bu yıllarda hastalar stereotipik davranışlar gibi çeşitli psikiyatrik semptomları için tıbbi tedavi alırlar ve rehabilitasyon programları çoğunlukla erişkinlik öncesinde sonlanır. Tedavi ile rehabilitasyon süreçlerinin sonlanması ile hastalar, hastanın bakımverenleri ve çevresi kronik bir hastalıkla yaşamaya alışır. Üstelik otistik semptomların şiddeti ve uyum bozucu özellikleri yaşla azalır (Shattuck ve ark 2006). Bu nedenle yeni bir psikiyatrik sorun ortaya çıkmadığı sürece ya da adli bir sorun olmaksızın bu hastaların erişkin psikiyatrisine başvuruları düşük kalır. Ancak diğer yandan, Ceylan ve ark (2007) da belirttiği gibi otistik spektrum bozukluklarının erişkin psikiyatristlerince tanınmaması da bu tanının az konmasıyla ilişkilidir. Otistik spektrum bozukluklarının hafif formları, psikiyatride ilk kez erişkin dönemde başvurabilir ya da bu hastalar psikoz gibi komorbid durumlarla psikiyatri hizmetine gereksinim duyabilir ve psikiyatriste başvurabilir. Az sayıdaki çalışma, otistik spektrum bozukluklarını erişkin psikiyatri popülasyonunda incelemiştir. Nylander ve Gillberg (2001) 1323 poliklinik hastasında (499'unda belirgin yetiyitimi bulunan) otistik spektrum bozukluklarını taramışlardır. Bu örneklerden 66 hasta, otistik semptomları tarayan bir ölçekte yüksek puan almıştır. Bu hastalardan 35'inin, çoğunluğu şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olmak üzere başka kesin tanıları bulunan hastalar olduğu, kalan 31 hastadan ise 19'unun (tüm örneklemde %1.4) ayrıntılı psikiyatrik inceleme sonrası kesin otistik spektrum tanısı aldığı bildirilmiştir. Ciddi yetiyitimi olan

grupta ise bu oran %3.2 olarak bulunmuştur. Otistik spektrum tanısı alan 19 hastadan sadece ikisinin Asperger bozukluğu tanısıyla izlendiği, yedisinin şizofreni ve diğer psikotik bozukluk, ikisinin mental retardasyon, diğer sekizinin ise diğer psikiyatrik tanılarla izlendiği bildirilmiştir. Bu sonuçlar, Asperger Sendromu yaygınlığını yatan hastalarda %1.5-2.4 arasında bulunan diğer çalışmalarla uyumludur (Scragg ve Shah 1993, Hare ve ark 1999).

## Otistik spektrum bozuklukları ve psikoz

Bazı yazarlara göre otistik bozukluk gelecekteki şizofreni riskini artırmaktadır (Clarke ve ark. 1989). Aksi yöndeki bazı verilere rağmen (Volkmar ve Cohen 1991), otistik spektrum bozukluklarında şizofreni prevalansı yüksek olarak bildirilmiştir. Stahlberg ve ark (2004) otistik spektrum bozukluklarında %15 oranında şizofreni ya da psikotik bipolar bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir.

Konstantareas ve Hewitt (2001) 14 şizofreni hastasıyla 14 otistik bireyin DSM-III R tanılarını, pozitif, negatif ve disorganizasyon bulgularını ayrıntılı olarak inceledikleri çalışmalarında her iki gruba aynı otizm değerlendirme ölçeğini uygulamışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, şizofreni hastalarının hiçbirisi otizm tanısı almazken, otistik hastaların yedisi şizofreni tanısı almıştır. Ancak şizofreni tanısı konan hastaların sanrı ve halüsinasyonlarının bulunmadığı ve dezorganizasyon semptomlarının belirgin olduğu bildirilmiştir.

Asperger Sendromu ve Otizm BTA tanı sistemlerine eklendikten sonra, otizm, şizofreni ve bazen de obsesif kompulsif bozukluk arasında belirtiler gösterip tanı karmaşasına yol açan hastalar otizmden daha çok bu iki tanıyı almıştır. Otistik Asperger Bozukluğunda paranoid düşüncelerin ve diğer sanısal belirtilerin sık görüldüğünü gösteren çalışmalar vardır (Blackshaw ve ark. 2001; Abell ve Hare, 2005).

## Şizofreni ve otistik bozukluklar

Çocukluk şizofrenisi, erişkin şizofreniden daha ağır seyreden ve nörogelişimsel bulguların daha çok eşlik ettiği bir sendromdur. Çocukluk şizof-



renisi ile otizmin ayrımı, geçmişte tartışmalara yol açmıştır. Ancak Rutter'in çalışmalarından itibaren, bu ayırıcı tanının güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Rutter 1972). Her iki hastalığın bulguları, hastalıkların cinsiyet dağılımı, başlangıç yaşı, ailede şizofreni öyküsünün varlığı ya da yokluğu, hastalıkların organisiyete ilişkisi, bu iki kategoriyi birbirinden ayırmada yararlıdır. Ancak çocukluk şizofrenisinde de premorbid düşük sosyal işlevsellik ve dil problemleri çok sık bulunmaktadır ve bu nedenlerle hastaların kayda değer kısmı otistik spektrum bozukluğu tanısı alabilir (Watkins ve ark. 1988; Russell ve ark. 1989; Russell 1994; Alaghand-Rad ve ark. 1995; Sporn ve ark. 2004). Sporn ve ark (2004) 72 çocukluk şizofreni olgusunu incelemiş ve 19 hastada otistik spektrum bozukluğu (1 otizm, 2 Asperger, 16 Otizm BTA) bildirmiştir.

### Şizofreni ve otizm spektrumu

Hem otizm hem de şizofreni semptomları toplumda, en ağır belirti biçimlerinden sağlıklı bireylerdeki eşikaltı semptomlara kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde görülür. Şizofreni akrabalarında şizotipal kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu sık görülür (Asarnow ve ark. 2001) ve ailesinde şizofreni olan bireylerde eşikaltı şizotipal özellikler daha sıktır (Yaralian ve ark. 2000). Psikotik bozuklular gibi otizmde belirtilerin toplumda dağılımı açısından spektrum özelliği gösterir. Otizmin, Asperger sendromu ve otizm BTA gibi daha hafif formları dışında, otistik bireylerin akrabalarında görülen sosyal beceri ve iletişim alanlarındaki sorunlar da bu spektrumun bir parçası olabilir (Bishop ve ark. 2004). Ayrıca, otistik özellikler normal toplumda da aile bireyleri arasında kalıtılırlar (Constantino ve Todd, 2003). Sağlıklı erişkinlerde eşikaltı şizotipal özellikler ve otistik özellikler arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir (Hurst ve ark., 2007). Her iki hasta grubunun hafif formları arasında (Asperger, Şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu) birçok semptom ortaktır ve bu sendromların birbirlerinden ne ölçüde farklı oldukları, ne ölçüde farklı tanı kategorileri oldukları tartışmalıdır (Rutter, 1996; Wolff, 2000). Bu bulgular, her iki spektrumun bir ölçüde kesiştiği yönünde yorumlanabilir, ancak diğer yandan da bu kesişme sadece tanımlanan hafif formların geçerliliğiyle ilgili sorunların bir yansıması olabilir. Ayrıca otizm BTA ve şizoti-

pi gibi kategoriler, ait oldukları spektrumların daha ağır formları olan şizofreni ve otizme göre olasılıkla daha heterojen kavramlardır.

### Otizm ve şizofrenide sosyal biliş

Otizmde sosyal işlevsellikte bozukluk, temel bulgulardan birisidir. Evrimsel süreç içinde karmaşıklaşan sosyal ortama uyum sağlamak için bazı özelleşmiş bilişsel yetilerin gelişmesi gerekmektedir. Sosyal biliş adı altında toplanan bu yetiler zihin teorisi, empati, emosyon tanıma gibi becerileri içerir. Otizmde zihin teorisi (ZT) ve diğer sosyal bilişsel yetilerde belirgin bozulma vardır ve bazı yazarlara göre bu sorunlar otistik semptomların pek çoğunu açıklamaktadır (Baron-Cohen, 2002). Zihin teorisi bozuklukları, otistik bireylerin sağlıklı akrabalarında da bildirilmiştir (Losh ve Piven, 2007; Gökçen ve ark 2007).

Otizmde zihin teorisi bozukluğu ilk kez 1980'li yıllarda gösterilirken (Baron-Cohen ve ark. 1985), daha sonra şizofrenide zihin teorisi bozukluğu bildirilmiştir (Frith ve ark. 1996). Orijinal olarak Frith şizofrenideki ZT bozukluğunu akut psikotik döneme özgü geçici bir bulgu olarak ele almıştır ve Frith'e göre ZT bozukluğu, sanrıları ve diğer bazı pozitif bulguları anlamakta önemlidir. Otizmde ise zihin teorisi kapasitesinin gelişmesinde bir gecikme ve yetersizlik vardır. Ancak sonraki bulgular, şizofrenide ZT bozukluğunun negatif bulgular ve dezorganizasyonla da ilişkili olabileceğini göstermiştir (Brune, 2005). Şizofrenide ZT bozukluğunun remisyondaki hastalarda sosyal işlevsellikte bozulma (Roncone ve ark. 2002; Bora ve ark. 2006), empati yoksunluğu (Bora ve ark, baskıda-A) ve içgörü bozukluğuyla (Bora ve ark. 2007) ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Üstelik otizmde olduğu gibi, en azından bazı şizofreni hastalarında ZT bozukluğunun kalıcı özellikte olabileceğini gösteren veriler de artmaktadır (Henri ve ark. 2002; Jannsen ve ark. 2003; Bora ve ark. baskıda-B). Beyin görüntüleme çalışmaları hem otizm hem de şizofrenide sosyal bilişsel işlevlerdeki sorunların benzer beyin bölgelerinin disfonksiyonundan kaynaklandığını göstermiştir (Abdi ve Sharma, 2004). Bu nedenle sosyal bilişle ilgili beyin yapılarındaki bozukluğun her iki hastalığın da ortak bir özelliği olduğu düşünülebilir.

## Yanlış tanı mı, komorbidite mi?

Komorbidite (eştanı) değişik anlamlara gelen bir kavramdır<sup>1</sup>. Alta yatan genotipin farklı fenotipik dışavurumları,<sup>2</sup> rastlantı sonucu birliktelik<sup>3</sup>, aynı hastalığın farklı gelişim dönemlerindeki yansımaları<sup>4</sup>, farklı ama ilişkili iki hastalığın (bir ölçüde ortak genetik ve çevresel etkenler) göstergesi olabilir. Otizm ve şizofreni arasındaki ilişki, komorbidite kavramı ya da tanı kriterlerindeki sorunlardan kaynaklanan yanlış tanının bir yansıması olabilir.

Nylander ve Gillberg'in yukarıda bahsedilen çalışmasının sonuçları (2001) erişkin otistik hastalara yanlış tanı konduğunu göstermektedir. Çalışma öncesi 19 otizm spektrum bozukluğu hastasının sadece ikisi doğru tanı alabilmiştir. Ancak yine aynı çalışmada 35 hastanın şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluk tanıları yanında otistik özellikler taşıdığı da saptanmıştır. Bu durum, komorbiditeye ya da ağır negatif bulgular ve dezorganizasyonu olan hastaların otizm yanlış tanısı almalarının da olası olabileceğine işaret edebilir. Ayrıca tanı karmaşası sendromların geçerlilikleriyle ilişkili sorunlardan kaynaklanabilir. Örneğin, Konstantareas ve Hewitt'in (2001) bildirdiği otistik hastaların yansıma ek şizofreni tanısının konabilmesi durumu, şizofreni tanısının sadece negatif ve disorganizasyon bulgularıyla konmasına bağlı yanlış pozitif tanılardan kaynaklanabilir.

Ancak pozitif bulguları olan şizofreni hastalarında da otistik spektrum bozukluklarının sık görülmesi, gerçek komorbiditenin en azından bazı olgularda önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir.

## Şizofreni ve Otistik spektrum bozukluklarının etiyopatofizyolojisinde bir kesişme olabilir mi?

Şizofreni etiyopatolojisini açıklamada nörogelişimsel model önem taşımaktadır. Sinir sisteminin gelişimi sırasında meydana gelen genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili kusurlar şizofreni riskini artırır. Prenatal ve obstetrik komplikasyonlar gibi perinatal sorunların şizofreni riskini artırdığı yaygın kabul görmektedir (Jones ve ark. 1998). Sinir sisteminin gelişimindeki sorunlara

eşlik edebilen minör fiziksel anomaliler de şizofrenide sık gözlenir (Trixler ve ark. 2001). Prenatal/perinatal komplikasyonların ve minör fiziksel anomalilerin otistik spektrum bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren bulgular artmaktadır (Kolevzon ve ark. 2007; Tripi ve ark. 2007). Ayrıca diğer nörogelişimsel sorunlar hem şizofreni hem de otizm riskini artırmaktadır. Düşük IQ her iki hastalıkla da ilişkilidir ve örneğin ve-lokardiyofasiyal sendromda otizm ve şizofreni sıklığı artmaktadır (Gothelf ve ark. 2007). Yakın zamanlı ve ilginç bir çalışmada ise (Kilpinen et al. 2007) şizofreni riskini artırdığı bilinen DISC1 (Disrupted in Schizophrenia 1) geninin otizmle de ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Bu bulgular, hastalıklara özgül olmayan nörogelişimsel risk faktörlerinin olduğunu göstermektedir. Bu faktörlerin aynı anda birçok nörogelişimsel hastalığın riskini artırabilir ve farklı nörogelişimsel hastalıklarda paylaşılan semptomları açıklayabilir. Sosyal bilişte rol alan beyin bölgelerinin her iki hastalıkta da etkilenmiş olması nörogelişimdeki sorunların bir yansıması olabilir. Ancak bu bulgular farklı kategorilerle ilişkili özgül nörogelişimsel belirtilerin de olduğu gerçeğini dışlamaz. Örneğin erken dönemde farklı beyin bölgelerinde hacim artışı otizmde saptanan bir bulguyken şizofrenide bildirilmemiştir (Courchesne ve ark. 2001). Ayrıca her nörogelişimsel durum, her iki hastalığın da görülme sıklığını eşit derecede etkilemez, örneğin Tuberoskleroz daha çok otizm riskiyle ilişkilidir (Raznahan et al. 2006).

Bu bulguları birkaç şekilde yorumlamak mümkündür. Birincisi, her iki spektrum tanıları arasında semptom paylaşımı, ortak genetik/etiopatofizyolojik risk faktörleri ya da gerçek bir komorbiditeye işaret edebilir. Ancak otistik özellikler gösteren şizofreni hastalarında da belli beyin bölgelerinde hacim artışı olduğu gibi bulguların gösterilmesi ya da bu bireylerde otizmle ilişkili genetik risk faktörlerinin sık gözlenmesi gerekir. Bu konuda henüz elimizde fazlaca bir veri bulunmamaktadır. Sporn ve ark. (2004) otistik spektrum ek tanısı olan ve olmayan çocukluk şizofrenisi hastalarının genetik özelliklerini ve beyin görüntüleme özelliklerini karşılaştırmıştır. Otizmle ilişkili olma olasılığı olan genler her iki grupta ilişkili bulunmamıştır ve otistik özellikleri olan grupta beyin hacminde büyüme saptanmamıştır. Alternatif olarak, bu sendromların birlikte bulunması nörogeli-

şimsel sorunların özgül olmayan bir göstergesi olabilir. Yukarıda bahsedilen prenatal/perinatal sorunlar, minör fiziksel bulgular, diğer nörogeleşimsel sendromlar ve düşük IQ ile bulgular bu görüşle uyumlu gözükmektedir. Ayrıca, Sporn ve ark (2004) komorbid otistik spektrum tanıları olan şizofreni hastalarında gri cevherde daha hızlı hacim azalması saptamışlardır. Ancak bu konuda kesin bir yargıya varmak henüz mümkün değildir. Otizm ve şizofreni komorbiditesinde genetik ve nörobiyolojik göstergeleri daha ayrıntılı inceleyen çalışmalar gereklidir.

Sonuç olarak otistik ve şizofreni spektrumlarında paylaşılan semptomlar ve komorbidite gibi konuların incelenmesi önemlidir. Bu çaba, hem bu hastalıkların etiyopatogeneziyle ilgili bilgilerimizi artırabilir, hem de tanı ve tedavi yönünden yaklaşımları etkileyebilir. Ayrıca erişkin psikiyatristlerinin klinik ortamda otistik spektrum tanılarını daha fazla gözönünde bulundurmalarını sağlayabilir.

## KAYNAKLAR

- Abdi Z, Sharma T. Social cognition and its neural correlates in schizophrenia and autism. *CNS Spectrum* 2004, 335-343.
- Abell F, Hare DJ. An experimental investigation of the phenomenology of delusional beliefs in people with Asperger syndrome. *Autism* 2005, 9: 515-531.
- Alaghband-Rad J, McKenna K, Gordon CT et al. Childhood onset schizophrenia: The severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34: 127-1283.
- Antshel KM, Aneja A, Strunge L et al., Autistic Spectrum Disorders in Velo-cardio Facial Syndrome (22q11.2 Deletion). *J Autism Dev Disord*. 2007 (baskıda)
- Asarnow RF, Asarnow JR. Childhood onset schizophrenia: Editors introduction. *Schizophr Bull* 1994, 20: 591-597.
- Asarnow RF, Nuechterlein KH, Fogelson D et al. Schizophrenia and schizotypal personality disorders in the first degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58: 581-588.
- Baron-Cohen S. The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Science* 2002, 6: 248-254.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition* 1985, 21: 37-46.
- Bishop DVM, Mayberry M, Maley A et al. Using self-report to identify the broad phenotype in parents of children with autistic spectrum disorder: a study using the Autism Spectrum Quotient. *J Child Psychol Psychiatr* 2004, 45: 1431-1436.
- Blackshaw AJ, Kinderman P, Hare DJ et al., Theory of mind, casual attribuion and paranoia in Asperger syndrome. *Autism* 2001, 5: 147-163.
- Bora E, Eryavuz A, Kayahan B et al. Social functioning, theory of mind and neurocognition in patients with schizophrenia; Mental state decoding can be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res* 2006: 145: 95-103
- Bora E, Şehitoğlu G, Aslier M et al. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia; is poor insight a mentalizing deficit? *Eur Arch Clin Neurosci Psychiatry* 2007: 257; 104-111.
- Bora E, Gökçen S, Veznedaroğlu B. Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res (Baskıda-A)*
- Bora E, Gökçen S, Kayahan B et al. Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspects of Theory of Mind in remitted patients with schizophrenia: impact of residual symptoms. *J Nerv Ment Dis (Baskıda-B)*
- Brüne M. Theory of mind in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005, 31: 21-42.
- Ceyhan ME, Özgün F, Türkcan A. Erişkin otizminin şizofreniden farkları. *RCHP* 2007, 1: 51-54.
- Clarke DJ, LittleJohns CS, Corbett JA et al. Pervasive developmental disorders and psychoses in adult life. *Br J Psychiatry* 1989, 155: 692-699.
- Constantino JN, Todd RD. Autistic traits in the general population. A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60: 524-530.
- Courchesne E. Brain development in autism: early overgrowth followed by premature arrest of growth. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2004;10(2):106-11.
- Courchesne E, Karns CM, Davis HR et al. Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: an MRI study. *Neurology*. 2001, 57:245-54.
- Gökçen S, Bora E, Eremiş S et al. Theory of mind and working memory deficits in parents of the patients with autistic disorder (under review).
- Frith CD, Corcoran R. Exploring theory of mind in people with schizophrenia. *Psychol Med* 1996, 26: 521-530.
- Gothelf D, Feinstein C, Thompson T et al. Risk factors for the emergence of psychotic disorders in adolescents with 22q11.2 deletion syndrome. *Am J Psychiatry*. 2007, 164:663-9.

- Hare D, Gould J, Mills R et al. A preliminary study of individuals with autistic spectrum disorders in the three special hospitals in England. London: National Autistic Society, 1999.
- Herold R, Tenyi T, Lenard K et al. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychol Med* 2002, 32: 1125-1129.
- Hurst RM, Nelson-Gray RO, Mitchell JT. The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a nonclinical sample. *J Autism Dev Disord* 2007
- Jannsen I, Krabbendam L, Jolles J et al. Alterations of theory of mind in patients with schizophrenia and nonpsychotic relatives. *ACTA Psychiatr Scand* 2003, 108: 110-117.
- Jones PB, Rantakallio P, Hartikainen AL et al. Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 north Finland general population birth cohort. *Am J Psychiatry* 1998, 155: 355-364.
- Kilpinen H, Ylisaukko-Oja T, Hennah W et al. Association of DISC1 with Autism and Asperger syndrome. *Mol Psychiatry* 2007 (baskıda)
- Kolevzon A, Gross R, Reichenberg A. Prenatal and perinatal risk factors for autism: a review and integration of findings. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007, 161:326-33
- Konstanteras MM, Hewitt T. Autistic disorder and schizophrenia: Diagnostic overlaps. *J Autism Dev Disord* 2001, 31, 19-28.
- Losh, M., Piven, J. Social-cognition and broad autism phenotype: identifying genetically meaningful phenotypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007
- Nylander L, Gillberg C. Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric outpatients: a preliminary report. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 103: 428-434.
- Raznahan A, Joinson C, O'Callaghan F, Psychopathology in tuberous sclerosis: an overview and findings in a population-based sample of adults with tuberous sclerosis. *J Intellect Disabil Res*. 2006, 50:780.
- Roncone R, Falloon IR, Mazza M et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 2002, 33: 246-251.
- Russell AT. The clinical presentation of childhood onset schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994, 20: 631-646.
- Russell AT, Both L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28: 399-407.
- Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr* 1972, 2: 315-337.
- Scragg P, Shah A. Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. *Br J Psychiatry* 1994, 165: 679-682.
- Rutter M. Autism research. Projects and priorities. *J Autism Dev Dis* 1996, 17: 159-186.
- Shattuck PT, Seltzer MM, Greenberg JS et al. Change in autism symptoms and maladaptive behaviours in adolescents and adults with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2007
- Sporn AL, Addington AM, Gogtay N et al. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: Comorbid disorders or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry* 2004, 55: 989-994.
- Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M et al. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm*. 2004 Jul;111(7):891-902.
- Tripi G, Roux S, Canziani T et al. Minor physical anomalies in children with autism spectrum disorder. *Early Hum Dev*. 2007 baskıda
- Trixler M, Tényi T, Csábi G et al. Minor physical anomalies in schizophrenia and bipolar affective disorder. *Schizophr Res*. 2001, 52:195-201
- Volkmar FR, Cohen DJ. Comorbid association of autism and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1991, 148: 1705-1707.

Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 1988, 29: 865-878.

Wolff S. Schizoid personality in childhood, Asperger syndrome. In A. Klin, F. Volkmar, S. Sparrow (Eds). *Asperger syndrome* (278-305). New York 2000: Guilford Press

Yaralian P, Raine A, Lencz T et al. Elevated levels of cognitive perceptual deficits in individuals with family history of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2000, 46: 57-63.



# Türkiye’de Şizofreni Hastalarının Bakımı ve Rehabilitasyonu İlgili Yasal Düzenleme

Erhan KURT\*

## Abstract

The rights of disabled people related with their rehabilitations and care are guaranteed by the laws and regulations in Turkey. There is no law and regulation in the legal systematization especially for the rehabilitation and care of schizophrenic patients but it is evaluated in the laws and regulations for disabled people’s rights. The legal dimension of these laws and regulations are not known clearly by our colleagues and patients so it may cause some desperations. However these laws and regulations have superiorities there are some deficiencies. Most of the state services are aimed at mental and psychical disabled people whereas there is no state services especailly for schizophrenic patients. But the ration for disabled people must be shared into equals for mental/psychical disabled people and psychiatric patients. In this rewiev, we aimed to shed lights on the legal systematization for the rehabilitation and care for schizophrenic patients and inform the caregivers, patients and our colleagues.

## Özet

Ülkemizde yapılan kanun ve yönetmeliklerle, özürliülerin bakımları ve rehabilitasyonlarıyla ilgili hakları garanti altına alınmış, özürliüler tanımı içinde ruhsal özürliüler de hizmet verilecek kişiler içinde sayılmıştır. Yasal düzenlemelerimiz içinde, genelde ruhsal özürliüler, özelde şizofreni hastalarının bakımı ve rehabilitasyonu için özel kanun ve yönetmelikler olmayıp, bu konudaki haklar özürliülerle ilgili mevzuat içinde değerlendirilmiştir. Konunun yasal boyutu hem meslektaşlarımız hem de hastalarımız tarafından tam olarak bilinmemekte ve bu nedenle mağduriyetler oluşmaktadır. Ülkemizdeki kanun ve yönetmeliklerin oldukça ileri düzeyde olduğu söylenebilir ancak, bu kanun ve yönetmeliklerin pek çok getirisi olmakla birlikte aksayan yönleri de vardır. Verilen hizmetler daha çok fiziksel ve zihinsel özürliülere dönüktür. Ruhsal özürlü olanlara, özellikle şizofrenlere hizmet veren bir işleviş olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Halbuki, ülke kaynakları ölçüsünde özürliülere ayrılan pay ne ise, zihinsel, fiziksel ve ruhsal özürliülere adil olarak paylaşılmalıdır. Bu gözden geçirme makalesi ile amaç, şizofreni hastalarının bakım ve rehabilitasyonu konusunu direkt ya da dolaylı ilgilendiren yasa, yönetmelik ve genelgeler gibi yasal düzenlemelerde, hastalarımıza sağlanan haklar konusunda detaylı bir bilgi sunmak, hem hizmet alanları ve verenleri bilgilendirmek, hem de yasa ve yönetmelik yapanlara ışık tutmaktır.

Keywords

**Disabled people  
Schizophrenia  
Care  
Rehabilitation  
Law  
Regulation**

Anahtar Kelimeler

**Özürlü  
Şizofreni  
Bakım  
Rehabilitasyon  
Yasa  
Yönetmelik**

## Giriş

Yasal düzenlemelerimiz içinde, genelde ruhsal özürliüler, özelde şizofreni hastalarının bakımı ve rehabilitasyonu için özel kanun ve yönetme-

likler olmayıp, bu konudaki haklar özürliülerle ilgili mevzuat içinde değerlendirilmiştir. Konunun yasal boyutu ise hem meslektaşlarımız hem de hastalarımız tarafından tam olarak bilinmemekte ve mağduriyetlere yol açmaktadır.

\* Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Türkiye’de şizofreni hastalarının bakımı ve rehabilitasyonu konusu ihmal edilmiş olmasına karşın, bu günlerde gerek meslek camiamız, gerekse ilgili kurumlar nezdinde güncel hale gelmiş ve bir takım çabalar içine girilmiştir. Türkiye’de ruh sağlığı alanı için bakım yatağı sayısı 750’dir ve 488’i hastanemizde, geri kalanı diğer Ruh Sağlığı Hastanelerindedir. Yani bakım işinin asıl muhatabı olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’nun (SHÇEK) bu konuda bir hizmeti halen mevcut değildir.

Özürülülerle ilgili yasal düzenlemeler, kalın bir kitap hacminindedir. Anayasa’dan başlayarak, bu konuyla ilgili bütün yasa ve yönetmelikler gözden geçirilmiştir. Bütün bu kanun ve yönetmeliklerdeki genel hükümleri gözden geçirmekten ziyade, hedefe dönük, bu alanı ilgilendiren yasa ve yönetmeliklerin bir kritiği yapılacak, işleyen ve işlemeyen tarafları analiz edilmeye ve önerilerde bulunulmaya çalışılacaktır. Başka bir deyişle, bu gözden geçirme makalesi ile amaç, özürülülerin bakım ve rehabilitasyonu konusunu direkt ya da dolaylı ilgilendiren yasa, yönetmelik ve genelgeler gibi yasal düzenlemelerde hastalarımıza sağlanan haklar konusunda detaylı bir bilgi sunmak, hem hizmet alanları ve verenleri bilgilendirmek, hem de yasa ve yönetmelik yapanlara ışık tutmaktır.

Genel olarak ülkemizde, özürülüler alanında yapılan yasal düzenlemeler oldukça yeterli ve hatta ileri düzeydedir. Sorun daha çok işleyiş, mali kaynak, mali kaynakların dağılımı, yasal düzenlemelerin sağladığı haklara ulaşım, bu alanda hizmet verenlerin sayı ve nitelik açısından yeterliliği ve asıl konumuz itibarıyla, ruhsal özürülülerin hizmet almasındaki engeller olarak sayılabilir.

**Temel prensip:** Geleneksel olarak özürülü denince akla gelen zihinsel ve fiziksel özürülüler dışında da özürülü bulunduğu sıklıkla akla gelmeli ve ruhsal özürülüler hatırlanmalıdır. Yapılan yeni mevzuatlarda teorik olarak bulunmakla birlikte, zihin işleyişi ve refleksler, pratik uygulamanın tamamen böyle olmadığını göstermektedir.

Bundan sonraki bölümde konumuzla ilgili yasa, yönetmelik ve genelgeler tek tek ele alınıp değerlendirilmesi yapılacaktır.

## Özürülüler Kanunu

01.07.2005 tarihinde kabul edilen 5378 sayılı “Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” özürülülüğün tanımı, sınıflandırılması, özürülülerin bakımı, rehabilitasyonu, eğitilmesi, istihdamı ve verilecek diğer hizmetlerle ilgili genel bir çerçeve çizmiş ve özürülülerin haklarını garanti altına almıştır. Bu kanunun özellikle özürülülüğün tanımı, rehabilitasyon ve bakımla ilgili bazı bölümleri şu şekildedir:

## Amaç

### Madde 1.

Bu kanunun amacı; özürülülüğün önlenmesi, özürülülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmaktır.

## Tanımlar

### Madde 3.

- a. **Özürülü:** Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi,
- e. **Bakıma muhtaç özürülü:** Özürülülük sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır özürülü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereksinimlerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişileri,
- f. **Korumalı işyeri:** Normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürülüler için mesleki rehabilitasyon ve istihdam oluşturmak amacıyla Devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklendiği ve çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği işyerini,

h) *Rehabilitasyon*: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşan özürlü ortadan kaldırmak veya özürsüzlüğün etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmek, özürsüzlüğe yeniden fiziksel, zihinsel, psikolojik, ruhsal, sosyal, mesleki ve ekonomik yararlılık alanlarında başarabileceği en üst düzeyde yetenekler kazandırarak; evinde, işinde ve sosyal yaşamında kendine ve topluma yeterli olabilmesi ve özürsüzlüğün toplum ile bütünleşmesi, ayrımcılığa karşı tüm tedbirlerin alınması amacıyla verilen koruyucu, tıbbi, mesleki, eğitsel, rekreasyonel ve psikososyal hizmetler bütünüdür, ifade eder.

## Bakım

### Madde 6.

Özürlü kişilerin yaşamlarını öncelikle buldukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esastır.

## Mesleki rehabilitasyon

### Madde 13.

Özürlülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, meslek kazandırılması, verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla mesleki rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması esastır.

Gerçek veya tüzel kişilerce açılacak olan özel mesleki rehabilitasyon merkezleri, yetenek geliştirme merkezleri ve korumalı işyerlerinin değişik tipleri ile özel işyerlerinde bireylerin bireysel gelişimleri ve yeteneklerine uygun iş veya becerilerini geliştirici tedbirler alınır. Bu alandaki hizmetler ihtiyaçlara göre iş ve meslek analizi yapılarak hizmet satın alınması suretiyle temin edilebilir.

Sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri belediyeler tarafından da verilir.

## SHÇEK Kanunları ve Bakım Yönetmelikleri

24.05.1983 tarihinde kabul edilen 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu “özürsüzlü” tanımında “ruhsal özürsüzlü” de hizmet verilecek kişiler içinde saymıştır. Bununla birlikte SHÇEK geleneksel olarak daha çok bedensel ve zihinsel özürsüzlü grubuna hizmet vermiştir. Ruhsal özürsüzlü alanına verilecek hizmetler konusunda deneyimleri ve yönelimleri nispeten azdır.

24.05.1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu’na dayanılarak “Bakıma Muhtaç Özürsüzlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, “Bakıma Muhtaç Özürsüzlüye Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ve “Bakıma Muhtaç Özürsüzlüye Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği” adlarında üç yönetmelik çıkarılmıştır.

01.02.2007 tarihinde kabul edilen 5579 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ise, hizmet verilecek özürsüzlülerin kapsamını biraz daha genişletmiştir. Önceki kanuna göre bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olan özürsüzlüler, bu kanun ve bu kanuna dayanarak çıkarılan yönetmelikler gereği, özellikle evde ya da kurumda bakım hizmetlerinden yararlanamamaktaydı. Bu durum hem eşitlik ilkesine aykırı bir durum oluşturmakta hem de özürsüzlüler mağdur olmaktaydı. Nihayet 23.10.2007 tarihinde “Bakıma Muhtaç Özürsüzlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, “Bakıma Muhtaç Özürsüzlüye Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ve “Bakıma Muhtaç Özürsüzlüye Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği” yenilenmiştir. Şimdi bu yönetmeliklere, konumuzla direkt ilişkili olması nedeniyle, biraz daha yakından bakalım.

23.10.2007 tarihinde yayımlanan *Bakıma Muhtaç Özürsüzlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik* incelendiğinde öne çıkan ve önceki şekline göre değiştirilen kısımlar şöyledir:

## Kapsam

### Madde 2–(1)

Bu Yönetmelik, her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olan bakıma muhtaç özürülleri, bu özürüllere verilecek bakım hizmetlerini, hizmetlerin ücretlendirilmesini ve ücretlerin ödenmesini kapsar.

Yukarıda da ifade edildiği gibi, bu maddeye göre, bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olan ancak ekonomik yoksunluk içindeki bakıma muhtaç özürüllere de kapsama dahil edilmiştir.

## Tanımlar

### Madde 4–(1)

Bu Yönetmelikte geçen;

- a. **Akraba:** Bu Yönetmeliğin uygulanmasında, üyeler dahil olmak üzere bakıma muhtaç özürülünün; eşi, çocukları ile çocuklarının eşleri, ana ve babası ile bunların ana ve babası, torunları ile torunlarının eşleri, kardeşleri ile kardeşlerinin eşleri, kardeşlerinin çocukları ile kardeş çocuklarının eşleri, eşinin ana ve babası, eşinin kardeşleri, eşinin kardeşlerinin eşleri ile çocukları, amcaları ve amcalarının eşleri, amca çocukları ile bunların eşleri, halaları ile halalarının eşleri, hala çocukları ile bunların eşleri, dayıları ve dayılarının eşleri, dayı çocukları ile bunların eşleri, teyzeleri ve teyzelerinin eşleri, teyze çocukları ile bunların eşlerinden her birini,

denilerek tanımlar bölümünde “akraba” tanımı tekrar yapılmış, sınırları biraz daha genişletilmiştir.

- b. **Bakıcı personel:** Bakıma muhtaç özürüllere bakım hizmeti sunabileceğine ilişkin Milli Eğitim Bakanlığı onaylı sertifikası veya başarı belgesi olan kişiyi,

denilerek, başarı belgesi ibaresi eklenmiştir.

- c. **Bakıma muhtaç özürülü:** Bu Yönetmeliğin uygulanmasında, özürüllük sınıflandırmasına göre ağır özürülü olduğu belgelendirilenlerden; günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olduğu, her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarının, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olduğu bakım raporu ile tespit edilenleri,

denilerek yine sosyal güvenlik kapsamında olmayan özürüllere de dahil edilmiş,

- d. **Bakım raporu:** Bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin; özürülüye ait veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayısına göre özürülüye düşen ortalama aylık geliri belirlediği; özürülünün ve ailesinin sağlık ve psiko-sosyal durumunu tahlil ettiği; özürülünün bakıma muhtaçlığını, ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerini ve özürülüye verilecek bakım hizmet modellerini tespit ettiği ve genel çerçevesi Genel Müdürlükçe belirlenen raporu,

tanımına göre özürülünün ekonomik yoksunluk içinde olduğunu tespit görevini de bakım hizmetleri değerlendirme heyetine vermiş,

- h. **Bakmakla yükümlü olunan bireyler:** Bu Yönetmeliğin uygulanmasında, üyeler dahil olmak üzere bakıma muhtaç özürülünün kendisi ile birlikte aynı evde yaşayan; eşi, çocukları ile ana ve babası, çocuklarının eşleri, evli olmayan torunları, ana ve babasının ana ve babası, evli olmayan kardeşleri, eşinin ana ve babası, eşinin evli olmayan kardeşleri, başka bir adreste bulunsada evli olmayan ve eğitimini devam ettiren 25 yaşını tamamlamamış çocukları ile aynı durumdaki kardeşleri ya da eşinin kardeşlerini,

denilerek bakmakla yükümlü oluna kişilerin tanımı yapılmıştır.

## İstenecek belgeler

### Madde 6-(1)

- ç. *Yatılı ve sürekli bakımı için resmi veya özel bakım merkezine yerleştirilecek olan*; 18 yaşını tamamlamamış bakıma muhtaç özürülü için ilgili mahkemelerden alınacak, koruma altına alınması ve bir bakım merkezine yerleştirilmesi kararı ile velayet altında değil ise vesayet altına alınması ve vasi atanması kararı; 18 yaşını tamamlamış olup akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini görememesi veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gerekmesi ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokması nedenleriyle kısıtlanması gerekli bakıma muhtaç özürülü için ilgili mahkemelerden alınacak, kısıtlanması ve bir bakım merkezine yerleştirilmesi kararı ile velayet altında değil ise vesayet altına alınması ve vasi atanması kararı,

denilerek mahkeme ve vesayet kararı istenmiştir. Bu bölüm sorunlu bir bölüm olabilir, çünkü ilerde de söz edileceği gibi, her ne kadar bazı özel durumlarda vasi bulmayı kolaylaştırıcı tedbirler düşünülmüş olsa da, deneyimlerimize göre kimsesi olmayan özürülüler için vasi aday bulunması ve vesayet kararı çıkarılması oldukça güçtür.

### Madde 10-(1)

- a. *Bakım hizmetleri değerlendirme heyeti*; sosyal çalışmacı, psikolog, çocuk gelişimci, tabip, fizyoterapist, hemşire, sağlık memuru unvanına sahip kişiler arasından farklı mesleki unvanlara sahip en az üç kişiden Valilik onayıyla oluşturulur

denilerek, daha önceki yönetmeliklerde mevcut mesleklerle fizyoterapist eklenmiş,

- e. İlde bulunan diğer resmi kurum ve kuruluşların imkanları çerçevesinde de üç farklı meslekten kişilerin bulunamaması durumunda, bakıma muhtaç özürülülerin mağdur edilmemesi ve gerekli işlemlerin yapılması için tercihen özürülülük alanında kurumda çalışan lisans eğitimi almış en az üç personel ile bakım hizmetleri değerlendirme heyeti tamamlanır.

- f) İhtiyaç duyulması halinde, il müdürü hariçindeki il müdür yardımcıları, ilçe müdürleri, şube müdürleri, kuruluş müdürleri ve kuruluş müdür yardımcıları ile iki veya üç yıllık yüksek öğretim programlarından mezun olarak öğretmen unvanına sahip personel de bakım hizmetleri değerlendirme heyetinde görevlendirilebilir.

denilerek bu konudaki en önemli değişiklik yapılmış ve esneklik sağlanmıştır.

## Bakım ücretleri

### Madde 13

1. Bakıma muhtaç özürülülere verilecek bakım hizmeti karşılığında ödenecek ücret tutarları aşağıda belirtilmiştir.
  - a. Yatılı bakım merkezlerinden, günde yirmi-dört saat süreyle bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özürülüler için iki aylık net asgari ücret tutarında,
  - b. Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde sekiz saat süreyle tam gün hizmet alan bakıma muhtaç özürülüler için bir aylık net asgari ücret tutarında,
  - c. Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde dört saat süreyle yarım gün bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özürülüler için bir aylık net asgari ücretin yarısı tutarında,
  - ç. Gündüzlü veya yatılı bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özürülünün ikametgahında günde üç saat süreyle hizmet alan bakıma muhtaç özürülüler için bakım merkezine bir aylık net asgari ücret tutarında,
  - d. Akrabaları tarafından günde yirmidört saat süreyle bakılan bakıma muhtaç özürülüler için bir aylık net asgari ücret tutarında,

ödeme yapılır.

2. Birinci fıkranın (a) ve (d) bentlerinde belirtilen hizmetlerin, tatil günleri dahil haftanın yedi günü verilmesi esastır. Aynı fıkranın (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen hizmetlerin haftanın altı günü, dini ve milli bayramlar hariç olmak üzere verilmesi esastır.



3. Birinci fıkranın (ç) bendine göre bakıcı personel bir günde en çok üç bakıma muhtaç özürliye hizmet verebilir. Ancak, bir bakıcı personelin haftalık toplam çalışma süresi, yıllık fazla çalışma süresi dahilinde yapılacak fazla çalışmalar hariç, 4857 sayılı İş Kanununun 63 üncü maddesinde belirtilen çalışma süresini geçemez ve bakım hizmetleri ücretlerinin ödenmesinde, haftalık çalışma sürelerine uyulup uyulmadığı takip edilir. Bakıcı personele fazla çalışma yaptırılmasından dolayı Kurum tarafından ilave bakım ücreti ödenmez. Bir akraba, (d) bendi kapsamında bakıma muhtaç bir özürliye veya bakmakla yükümlü olunan bireyler tanımındaki aynı evde yaşayan bakıma muhtaç iki özürliye bakım hizmeti verebilir.

Yukarıda da görüldüğü gibi 24 saat yatılı veya tam-yarım gün gündüzlü bakım merkezlerinde, bakım hizmetlerine ödenecek ücrette bir değişikliğe gidilmemiştir. Ancak, gündüzlü veya yatılı bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından, bakıma muhtaç özürliyunün ikametgahında günde üç saat süreyle hizmet verilmesi karşılığında, bakım merkezine bir aylık net asgari ücret tutarında ücret ödenmesi öngörülerek, 4 saatlik süre 3 saate indirilmiş ve günde iki yerine üç bakıma muhtaç özürliye hizmet verebileceği belirtilmiştir. Ayrıca bir akrabanın daha önceki yönetmeliğe göre bakımını üstlenebileceği özürli sayısını birken, ikiye çıkarılmıştır.

Ayrıca, “Bakıma muhtaç özürliyunün veya vasisinin resmi veya özel bakım merkezinden bakım hizmeti almayı istememesi ve bakımını üstlenecek akrabası da bulunamaması halinde; vasisinin bakım hizmetini vermeyi talep etmesi ve bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin uygun görmesi şartıyla, vasi bu Yönetmelikteki esaslar dahilinde akraba kabul edilerek bakıma muhtaç özürliye bakım hizmeti verebilir ve bu hizmet karşılığında bakım ücreti alabilir” denilerek, bir bakıma, kimsesi olmayan özürliye vasi bulunmasını kolaylaştırabileceği düşünülmüştür.

23.10.2007 tarihinde yayımlanan “Bakıma Muhtaç Özürliylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” incelendiğinde öne çıkan ve önceki şekline göre değiştirilen yönler şöyledir:

En önemli değişiklik merkezde çalıştırılacak personel sayısı ile ilgilidir. Bu konuda yeni bir düzenlemeye gidilerek vardiyalar yeniden tanımlanmış ve nispeten pasif olan saatlerde bakıcı personel sayısında azaltmaya gidilmiştir.

### Zorunlu çalıştırılması gereken personel sayısı

#### Madde 28–(1)

Merkezde sorumlu müdürün haricinde zorunlu çalıştırılması gereken personel sayısı aşağıda belirtilmiştir.

- Gündüzlü hizmet veren merkezde, bakılan her kırk sekiz bakıma muhtaç özürli için iki mesleki personel ve bir sağlık personeli; her altı bakıma muhtaç özürli için bir bakıcı olmak üzere personel çalıştırılır.
  - Yatılı hizmet veren merkezde, ulusal bayram ve genel tatil günleri haricindeki haftanın altı iş gününde gündüz postasında, merkezde bakılan her kırk sekiz bakıma muhtaç özürli için iki mesleki personel ve bir sağlık personeli çalıştırılır. Merkezde ulusal bayram ve genel tatil günleri ile gündüz postası haricindeki çalışma saatlerinde ise nöbet sorumlusu olarak bir mesleki personel veya sağlık personeli çalıştırılır. Merkezde, 07.00-15.00 saatleri arasında her 6 bakıma muhtaç özürli için bir bakıcı personel; 15.00-23.00 saatleri arasında her 12 bakıma muhtaç özürli için bir bakıcı personel; 23.00-07.00 saatleri arasında her 24 bakıma muhtaç özürli için bir bakıcı personel görev yapacak şekilde bakıcı personel çalıştırılır. Bakıcı personelin çalışma saatleri işlerin yoğunluğu dikkate alınarak en fazla iki saat kadar ileriye veya geriye alınabilir.
- Merkez gerekli görmesi halinde, 1 inci fıkranın (b) bendinde belirtilen çalışma saatlerinde toplam çalıştırılması gerekli bakıcı personel sayısından az olmamak şartıyla, farklı özürli gruplarında farklı sayıda bakıcı personel çalıştırabilir.
  - Sorumlu müdürün 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (g) bendinde belirtilen unvanlara sahip kişilerden olması halinde, merkezde



çalıştırılması gereken zorunlu mesleki personel sayısına dahil edilir.

Ayrıca personel istihdamı konusunda geçici bir maddeyle, “23.10.2007 tarihinden itibaren bir yıl süresince, sağlık meslek lisesi ve kız meslek lisesi çocuk gelişimi ve eğitimi bölümü mezunu olan ve merkezde bakıcı personel olarak çalışmak isteyen kişilerden Milli Eğitim Bakanlığı onaylı sertifika veya başarı belgesi sahibi olma şartı aranmaz.” denilmiştir.

Belki de daha acil sorun olduğu için bakımla ilgili düzenlemeler gündemde kalmış olmakla birlikte, hem resmi bakım merkezleri hem de özel bakım merkezleri yönetmeliklerinde rehabilitasyona da vurgu yapılmıştır. Bu alanda yönetmeliklerin amir hükümleri aşağıdaki gibidir:

#### **Madde 32- 2. fıkra;**

##### **b. Psiko-sosyal destek hizmetleri;**

1. Bakıma muhtaç özürlü ailesinin, özürünü ve özür durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,
2. Bakıma muhtaç özürünün özrünü, mevcut durumunu ve yerleştirildiği ortamı kabul etmesine, bilgilendirilmesine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,
3. Özürlü ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,
4. Özürünün bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetleri,
5. Özürünün terk edilme, ret edilme, özür durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik gibi olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon ve stres gibi durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,

gibi psiko-sosyal destek hizmetlerini içerir.

23.10.2007 tarihinde ayrıca Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği de yayımlanmıştır. Bu yönetmelikteki değişiklikler de özel bakım merkezleri yönetmeliğinde yapılanlar gibidir. Ancak, bu yönetmeliğin bir önceki versiyonunda olduğu gibi, şimdiki halinde de, bakılacak özürülüler için bir ücret ödenmesi öngörülmektedir.

#### **Bakımla İlgili Genelgeler**

SHÇEK ayrıca iki genelge yayımlayarak uygulamada sorunlarla karşılaşan bakıma muhtaç özürlü ve ağır özürlü kavramalarını açıklamaya çalışmış ancak, hem alanı biraz daha daraltmış hem de verilen örnekler ve açıklamalar daha çok fiziksel ve zihinsel özürülülük alanında kalmıştır.

17.04.2007 tarihinde yayımlanan genelgede “bakıma muhtaç özürlü” kapsamına kimlerin dahil edileceği konusunda aşağıdaki açıklama yapılmıştır.

Öncelikle özürlü sağlık kurulu raporu ile özürünün “ağır özürlü” olduğunun belgelenmesi gerekmektedir.

Ancak her ağır özürünün bakıma muhtaç özürlü olarak kabul edilmeyeceği, durumu günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olarak değerlendirilenlerin bakıma muhtaç özürlü olarak kabul edileceği, burada belirtilen değerlendirmenin, bakım hizmetleri değerlendirme heyeti tarafından yapılacağı belirtilmiştir.

#### **Buna göre;**

“Günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gerekleri” ifadesi:

- a. Öz bakım ihtiyaçlarını giderebilmeyi (beden temizliğini yapabilmeyi, tuvalet ve beslenme ihtiyacını giderebilmeyi, tuvalet sonrası temizliğini yapabilmeyi)

- b. Güvenlikte olmayı (kendisine ve çevresine zarar verme riskinin olmamasını, tehlike anında tehlikede olduğunu algılayabilmesini, tehlikeden kurtulmak için çaba sarf edebilmeyi)
- c. Hareket edebilir olmayı (yürüyeabilmek, giyinip-soyunabilmek, merdiven inip çıkabilmek gibi kaba motor aktivitelerini)
- d. Ev işlerini ve idaresini yapabilmeyi (bir evde kendi başına yalnız ve başkasının yardımı olmadan yaşabilmeyi, alışveriş yapabilmeyi, yemek pişirebilmeyi, evi temizleyebilmeyi, bulaşık ve çamaşır yıkayabilmeyi, sobasını yakarak ısınabilmeyi)

hususlarını kapsar.

“Önemli ölçüde yerine getirememesi” ifadesi; günlük hayatın alışılmış tekrar eden gerekleri kapsamında belirtilen aktivitelerden en az birisinde başkasına tam bağımlı olmayı veya söz konusu aktivitelerden en az ikisinde başkasına kısmen bağımlı olunmayı kapsar.

“Başkasının yardımı ve bakımı” ifadesi ise özürünün hayatını devam ettirebilmesi için günlük hayatın alışılmış tekrar eden gereklerini yapmada veya sağlamada başka kişiye ihtiyaç duymasını kapsar” denilmiştir.

01.11.2007 tarihinde yayımlanan Bakım Raporu genelgesiyle bakım raporuna ilişkin uygulamada karşılaşılan bazı hususlara açıklık getirilmiştir.

#### **Buna göre;**

1. Bakıma muhtaç özürüne ait sağlık kurulu raporunun, 16.07.2006 tarih ve 26230 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, “Özürülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürülülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olup olmadığına, sağlık kurulu raporunun ön yüzünde “ağır özür” ibaresinin karşısında (evet) ifadesinin bulunup bulunmadığına ve özre ilişkin; klinik bulgulara, radyolojik tetkiklere, laboratuvar bilgilerine dikkat edilecektir.
2. Bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin her ne kadar özürünün ağır özür” olup

olmadığını tespit etme görevi ve amacı olmamasına rağmen, özürünün “ağır özür” kapsamında olmadığını gözlemlenmesi ve kanaatinin oluşması halinde [sağlık kurulu raporunda ağır zihinsel özür” olarak tespit edilen özürünün; eğitim aldığı veya hafif zihinsel özür” (eğitilebilir ve öğretilebilir) olduğunun gözlemlenmesi veya tespit edilmesi gibi durumlar nedeniyle tıbbi tespitin eksik veya yanlış yapıldığı kanaatinin oluşması durumunda], konu gerekçeleri ile birlikte bakım raporu formunun değerlendirme bölümünde belirtilerek Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğin 7 nci Maddesinin dördüncü fıkrası doğrultusunda sağlık kurulu raporuna itiraz edilir.

Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğin “bakıma muhtaç özür” tanımında ve 17.04.2007 tarihli, 1339 sayılı ve 2007/06 nolu Genelgede belirtildiği şekilde her “ağır özür” tespiti yapılan özürünün bakıma muhtaç özür” olarak kabul edilmediği dikkate alınarak, bakım raporu hazırlanırken özürünün bakıma muhtaçlığına ilişkin değerlendirme yapılacaktır. Aşağıdaki iki örnekte de belirtildiği şekilde bir özür” tıbbi olarak ağır özür” kabul edilmekle birlikte yaşadığı çevre, sahip olduğu imkanlar ve kendisine sağlanan destekler neticesinde bakıma muhtaç özür” kapsamında değerlendirilemeyebilir. (Örnek: Sağlık kurulu raporunda yüzde yüz görme özürüne istinaden tıbbi olarak ağır özür” tespiti yapılan özür”e ilişkin tıbbi tespit doğru kabul edilmekle birlikte söz konusu özür”ün almış olduğu eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri sayesinde 17.04.2007 tarihli, 1339 sayılı ve 2007/06 nolu Genelgede belirtildiği çerçevede günlük hayatın alışılmış tekrar eden gereklerini başkasının yardımı olmadan yerine getirebildiğinin gözlemlenmesi ve tespit edilmesi halinde söz konusu özür” bakım muhtaç özür” olarak değerlendirilmez.

#### **Yukarıdaki Kanun ve Yönetmeliklerin Değerlendirilmesi**

Sayılan bu kanun ve yönetmelikler oldukça ileri adımlar olarak değerlendirilebilir. Bu kanun ve yönetmeliklerin pek çok getirisi olmakla birlik-

te aksayan yönleri de vardır ve olacaktır. Şimdi bu hususları gözden geçirmeye çalışalım.

Önceki yönetmeliği inceleyip ilgili kurumlara bazı önerilerde bulunmuştuk. Bir önceki yönetmeliğe göre yatılı hizmet veren bir merkezde, bütün vardiyalar hesaplandığında, sekiz özür- lüye bir mesleki ve sağlık personeli, iki özür- lüye bir bakıcı personel istihdam etmek gerek- mekti. Halbuki ruhsal özür- lüler için bu kadar personel istihdamına gerek yoktur. Ruhsal özür- lülerin bakım ve gözetime ihtiyacı olmakla birlikte, birebir bedensel bakıma ihtiyacı çoğu kez bulunmamaktadır. Bu nedenle ruhsal özür- lülerin bakımı için personel sayısının düşürül- mesini teklif ettik ancak, yönetmeliğin yeni ha- linde ruhsal özür- lüler için farklı bir uygulamaya gidilmesi yeğlenmemiş, bunun yerine yeni yö- netmelikle, daha önceki yönetmeliğe göre 96 kişilik bir özür- lü grubuna 24 saatlik yatılı ba- kım hizmeti vermesi için zorunlu çalıştırılması gereken (mesleki personel, sağlık personeli, ba- kıcı personel, güvenlik vs.) tüm personel sayısı, 63'ten 36'ya düşürülmüştür.

Daha önceki yönetmeliğe göre 24 saatlik bakım için ödenecek ücret tutarı iki asgari ücretle sınırlanmıştı, yeni yönetmelikte de bu hü- küm aynen muhafaza edilmiştir. Personel sayısı azaltılarak maliyetin düşürülmesi ve bu yolla özel bakım merkezlerinin teşviki düşünül- müş olmakla birlikte, yine de özür- lülerin, özelli- kle bakım merkezlerinde bakımı için ödenecek ücret artırılmalıdır. Ayrıca özel merkezlerin bir süre (örneğin 5 yıl) vergiden muaf tutulması teşvik edici olacaktır. Bu husustaki önerimiz de ilgili kurumlara iletilmiştir.

Bu arada, özel merkezlerin iyi denetlenmesinin gerektiğini vurgulamaya gerek yoktur.

Yeni yönetmeliklerle bakım merkezlerinin sayı ve nitelik açısından seyrini hep birlikte görece- ğiz. Özel müteşebbislerin bu alana daha fazla girip girmemesi, yeni yönetmeliği işletmecilik açısından uygulanabilir ve yatırım yapılabilir bulmalarına bağlıdır.

Özel bakım merkezlerinin sahip ve yöneticile- riyle konuştuğumuzda, şizofreni hastalarıyla il- gili kafalarında bir stigma olduğu, korktukları ve bakım hizmeti vermenin zor olduğunu düşün-

ükleri görülmektedir. Bu konuda bilgilendiril- meleri bu endişelerini ortadan kaldıracaktır.

Ülke kaynakları ölçüsünde özür- lülere ayrılan pay ne ise zihinsel, bedensel, ruhsal özür- lülere adil olarak paylaştırılmalıdır.

Müşahade ettiğimiz bir başka aksayan nokta Bakım Hizmetleri Değerlendirme Heyeti ile il- gildir. SHÇEK il müdürlüklerinde bu alanda görevlendirilecek kişilerin sayısı artırılmalıdır. Çünkü, kurumda görevli uzmanlar özür- lülerin başvurularına yetişememektedir. Her ne kadar yeni yönetmeliklerde bu konuda da bir açılım getirilmiş olmakla birlikte (birden fazla heyet oluşturulabileceği, ilçelerde de heyet oluşturu- labileceği gibi) sonuçları uygulamada takip ede- bileceğiz. Ayrıca bu kurumda çalışan uzmanlara ruhsal özür- lülükle ilgili hizmet içi eğitim veril- mesi yerinde olacaktır. Çünkü SHÇEK fiziksel ve zihinsel özür gruplarıyla uzun yıllardır il- gilenmesine rağmen, ruhsal özür- lülere nispeten yabancısıdır.

“Bakıma Muhtaç Özür- lülerin Tespiti ve Ba- kım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” te, özellikle ülkemiz şartlarına ve sosyo-kültürel dokusuna uygun, evde bakım gibi bir seçeneğin sunulmuş olması yerindedir. Bununla birlikte kimsesi olmayan veya evde ba- kılması mümkün olmayan bir grup özür- lünün resmi ya da özel kurumlarda bakılması kolay- laştırılmalıdır.

Bir başka olumlu nokta, resmi ve özel bakım merkezleri yönetmeliklerinde, özür- lülerin yaş, cinsiyet ve özür durumlarına göre sınıflandırıl- masıdır.

Bütün bu öneri ve değerlendirmelere ilave ola- rak, Resmi bakım merkezleri yönetmeliğinde de bir değişiklik yapılarak bakım hizmetlerinin ücretlendirilmesinin sağlanması uygun olacaktır. Örneğin belediyelerin bakım merkezi açma ve özel bakım merkezi gibi ücret almalarının önündeki engeller kaldırıldığı takdirde, pek çok belediyenin bu tür merkezler açabileceğini ve kar etme amacı gütmeyen masraflarının karşı- lanmasıyla yetineceğini düşünmekteyiz.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünün “Ruhsal Özür- lüler İçin

Bakım Raporu Formu” ve “Ruhsal Özürlüler İçin Bireysel Bakım Planı Formu” nun orijinal bilgileri korunarak hem şekil olarak düzenlemeye gidilmiş ve hem de ruhsal özürlüler için ihtiyaç duyulacak bazı bilgiler eklenmiştir. Çünkü SHÇEK geleneksel olarak zihinsel ve bedensel özürlülere hizmet verdiği için ruhsal alandaki bilgiler eksik kalmaktaydı. Bu konudaki değişiklik önerileri, SHÇEK özürlüler dairesi başkanlığına iletilmiştir. Ancak, bu formların yeni versiyonlarında da formda bulunması teklif edilen pek çok bilgi yoktur.

## Özürlü Sağlık Kurulu Raporu ve Öneriler

Özürlülere verilecek bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine, sağlık kurulları tarafından verilecek bir rapor mesnet teşkil etmektedir. Bu raporun çerçevesi “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” ile çizilmiştir. Yönetmeliğe göre;

**Özürlü:** Doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi,

**Ağır Özürlü:** Özur durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %50 nin üzerinde olduğu tespit edilen özürlülerden; beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi öz bakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etmede veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşadığına ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen kişileri,

şeklinde tanımlanmıştır.

Bu yönetmelikte de aksayan ve değiştirilmesi gereken bazı yönler vardır. Bu konudaki önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır:

Ağır özürlünün tanımı gerek hastane sağlık kurullarında, gerekse SHÇEK il müdürlüklerinde

çelişkili yorumlara ve dolayısıyla özürlülerin mağduriyetine ya da devletin gereksiz maddi kaybına yol açmaktadır. Ayrıca, zihinsel, fiziksel ve ruhsal özürlü bütün gruplar tek bir madde altında tanımlanmış ve bu da muğlaklığa neden olmuştur. Bu madde aşağıda görüleceği üzere üç alt başlığa bölünerek fiziksel, zihinsel ve ruhsal özürlüler için ayrı tanımlamalar getirilmiş ve konunun sarahate kavuşması sağlanmaya çalışılmıştır. Yönetmelikte “Ağır Özürlü” ibaresi geçen yerlerin “Ağır fiziksel özürlü, Ağır zihinsel özürlü, Ağır ruhsal özürlü” şeklinde değiştirilmesini önermekteyiz.

### Madde 4-(1)

Bu yönetmelikte geçen:

**a.a. Ağır fiziksel özürlü:** Fiziksel özürlüden dolayı tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %50 ve üzerinde olduğu tıbbi olarak saptanan özürlülerden, işlevselliklerini yitirmiş veya ileri derecede kısıtlanmış, bu nedenle kişisel temizlik, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme, beslenme, barınma gibi temel fiziksel ve temel sosyal yaşam becerilerini kendi başına yerine getirmeyeceğine ya da bunları yapabilmek için bir başkasının yardım, yönlendirme veya denetimine gerek duyduğuna tıbbi olarak karar verilen kişileri kapsar

**a.b. Ağır Zihinsel Özürlü:** Özürlülük ölçütlerine göre %50 ve üzerinde zihinsel özürlüye sahip olduğu tıbbi olarak saptananlardan, işlevselliklerini yitirmiş veya ileri derecede kısıtlanmış, bu nedenle kişisel temizlik, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme, beslenme, barınma gibi temel fiziksel ve temel sosyal yaşam becerilerini kendi başına yerine getirmeyeceğine ya da bunları yapabilmek için bir başkasının yardım, yönlendirme veya denetimine gerek duyduğuna tıbbi olarak karar verilen kişileri kapsar

**a.c. Ağır Ruhsal Özürlü:** Özürlülük ölçütlerine göre %50 ve üzerinde ruhsal özürlüye sahip olduğu tıbbi olarak saptananlardan, yeti yitimine veya bozulmasına uğramış, işlevselliklerini yitirmiş veya kısıtlanmış olduğu tıbbi olarak saptanan kişileri kapsar.

Ancak bu önerilerimiz şu ana kadar dikkate alınmamış ve bu yönde bir değişiklik yapılmamıştır.

Ağır özürlelikle ilgili hekimler, sağlık kurumları, hastaneler arasında farklı tutumları asgariye indirmek ve mümkün olan azami standardı yakalamak için, Sağlık Bakanlığı'nda Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, Başbakanlık Özürleliler İdaresi'nden yetkililer, SHÇEK Özürleliler Dairesi Başkanı, Hastanemiz Başhekimliği ve ilgili diğer kuruluşların yetkilileri ile yapılan toplantıda aldığımız görev sonucu, hastanemizce bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekle belli bir puanın üstünde işlevsellik kaybı olan hastaya verilecek özürlel sağlık kurulu raporuna "ağır özürlel" ibaresinin eklenmesi planlanmıştır.

## İşleyişte Aksamalar

Şimdi işleyişte bizim karşılaştığımız aksamaları basamaklar halinde özetleyelim ve çözüm önerilerimizi sunalım:

Özürlelere verilecek sağlık kurulu raporu: Ağır özürlelünün tanımı gerek hastane sağlık kurumlarında, gerekse SHÇEK İl Müdürlüklerinde çelişkili yorumlara yol açmaktadır. Ayrıca, zihinsel, fiziksel ve ruhsal özürlel bütün gruplar tek bir madde altında tanımlanmış ve bu da muğlaklığa neden olmuştur. Bu madde yeniden düzenlenerek fiziksel, zihinsel ve ruhsal özürlel için ayrı tanımlamalar getirilmelidir. Ruhsal özürlelerde ağır özürlelülük kriteri için, bizim geliştirdiğimiz ölçeğin kullanımı en azından şimdiki karışıklığı azaltacaktır.

Değerlendirmede gecikme: SHÇEK özürlel başvurularına insan gücü azlığı vs. nedenlerle yetişememekte, uzun bekleme sıraları oluşmaktadır. Bakım hizmetleri değerlendirme heyeti sayı ve nitelik olarak artırılmalıdır.

Yasa, yönetmelik ve genelgeler arasında, ağır özürlelülük ya da bakıma muhtaç özürlelülüğe kimin (hangi kurumun) karar vereceği konusunda çelişki vardır.

Bakım merkezi olmayışı ve ruhsal özürleliler için bakım merkezi açmada çekinceler: Ruhsal özürlelilere hizmet verecek, ne resmi ne de özel bakım merkezi vardır. Özel kurumların, şizofreni

hastalarına bakım vermekle ilgili bazı çekinceleri vardır, bunlar giderilmelidir.

## Yerel Yönetimler, Bakım ve Rehabilitasyon

5393 sayılı Belediye Kanunu ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nda konumuzla ilgili düzenlemeler aşağıdaki gibidir.

### Belediye Kanunu

Belediye başkanının görev ve yetkileri

#### Madde 38.

Belediye başkanının görev ve yetkileri şunlardır:

- n. Bütçede yoksul ve muhtaçlar için ayrılan ödeneği kullanmak, özürlelere yönelik hizmetleri yürütmek ve özürleliler merkezini oluşturmak.

### Belediyenin giderleri

#### Madde 60.

Belediyenin giderleri şunlardır:

- i. Dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile özürlelere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar.

### Diğer kuruluşlarla ilişkiler

#### Madde 75.

Belediye, belediye meclisinin kararı üzerine yapacağı anlaşmaya uygun olarak görev ve sorumluluk alanlarına giren konularda;

- c. Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, kamu yararına çalışan dernekler, özürlel dernek ve vakıfları, Bakanlar Kurulunca vergi muafiyeti tanınmış vakıflar ve 507 sayılı Esnaf ve Küçük Sanatkarlar Kanunu kapsamına giren meslek odaları ile ortak hizmet projeleri gerçekleştirebilir.

### Belediye hizmetlerine gönüllü katılım

#### Madde 77.

Belediye; sağlık, eğitim, spor, çevre, sosyal hizmet ve yardım, kütüphane, park, trafik ve kültür hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, özürlelere, yoksul ve düşkünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve



katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygular.

### **Büyükşehir Belediyesi Kanunu**

Büyükşehir, ilçe ve ilk kademe belediyelerinin görev ve sorumlulukları

#### **Madde 7.**

Büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- v. Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak.

İlçe ve ilk kademe belediyelerinin görev ve yetkileri şunlardır:

- d. Birinci fıkrada belirtilen hizmetlerden; otopark, spor, dinlenme ve eğlence yerleri ile parkları yapmak; yaşlılar, özürülüler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik sosyal ve kültürel hizmetler sunmak; mesleki eğitim ve beceri kursları açmak; sağlık, eğitim, kültür tesis ve binalarının yapım, bakım ve onarımı ile kültür ve tabiat varlıkları ve tarihi dokuyu korumak; kent tarihi bakımından önem taşıyan mekanların ve işlevlerinin geliştirilmesine ilişkin hizmetler yapmak.

### **Büyükşehir belediye başkanının görev ve yetkileri**

#### **Madde 18.**

Büyükşehir belediye başkanının görev ve yetkileri şunlardır:

- m) Bütçede yoksul ve muhtaçlar için ayrılan ödeneği kullanmak, özürülülerle ilgili faaliyetlere destek olmak üzere özürülü merkezleri oluşturmak.

### **Büyükşehir belediyesinin giderleri**

#### **Madde 24.**

Büyükşehir belediyesinin giderleri şunlardır:

- j) Dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile özürülülere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar.

Büyükşehir Belediyesi Kanunu’na dayanılarak 16.08.2006 tarihinde Büyükşehir Belediyeleri Özürülü Hizmet Birimleri Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğin ilgili bölümleri şu şekildedir:

### **Amaç**

#### **Madde 1–(1)**

Bu Yönetmeliğin amacı; büyükşehir belediyesi ve mücavir alanları içerisinde yaşayan özürülülerin, toplum hayatına katılımını kolaylaştıracak ve toplumsal fırsatlardan özürülü olmayan diğer bireyler gibi eşit faydalanmalarını sağlamak üzere; büyükşehir belediyelerinde özürülülerle ilgili bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, bakım, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri verecek olan özürülü hizmet birimlerinin kuruluş, işleyiş ve görevleri ile bu birimde çalışan personelin, yetki, sorumluluk ve görevlerine ilişkin usul ve esaslarını düzenlemektir.

### **Tanımlar**

#### **Madde 4–(1)**

Bu yönetmelikte yer alan:

- a. **Bakım:** Durumları gereği toplum içerisinde bağımsız yaşama becerilerini kazanamayan veya kaybeden, rehabilitasyondan yararlandığı halde özel ilgi destek ve korunmaya gereksinim duyan bireylere verilen hizmetleri,
- e. **Mesleki rehabilitasyon:** Fiziksel, zihinsel ve duygusal yetersizlik sonucu emniyetli ve uygun bir işe ihtiyacı olan özürülü bireylerin yaşanılan bölgenin işgücü talebi dikkate alınarak iş ve meslek sahibi olmasını, uygun çalışma becerileri kazanmasını, yerleştirildiği iş yerinde izlenmesi ve uyumu çalışmalarını,



- g. *Sosyal rehabilitasyon*: Özürlü bireyin ve ailesinin sosyal hayatta karşılaştığı her türlü sorunlarının tanımlanmasına ve çözümlenmesine yönelik çalışmalarla, özürlü ve ailesinin sosyal hayata katılımlarını amaçlayan çalışmaları,
- h. *Toplum temelli rehabilitasyon*: Özürlülerin rehabilitasyonunda halkın sorumluluk alması, hizmet dağılımının geliştirilmesi, eşit fırsatlar sağlanması ve özürlü haklarının iyileştirilmesi ve korunmasını hedefleyen çalışmaları,

ifade eder.

### Özürlü Hizmet Birimi

Birimin görevleri

#### Madde 8-(1)

Birimin görevleri şunlardır:

- c. Üniversiteler, özel kuruluşlar, özürlülere hizmet amacıyla kurulmuş vakıf, dernek ve bunların üst kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarıyla ortak çalışmalar yaparak özürlülere yönelik toplum temelli rehabilitasyon programlarını uygulamak.
- ç. Birime başvuran özürlü ve ailelerine psiko-sosyal danışmanlık ve rehberlik hizmetleri vermek, özürlülükle ilgili konularda eğitimlerini, bilgilendirilmelerini ve bilinçlenmelerini sağlayıcı, konferans, seminer, sempozyum gibi etkinlikler düzenlemek.
- ğ. İhtiyaç halinde özürlülerin durumlarına uygun araçlarla buldukları mekanlardan hastane, okul ve rehabilitasyon merkezi gibi yerlere ulaşmalarını sağlamak.
- h. Bakıma muhtaç özürlülere ve yaşlılara bakım hizmeti sunmak veya bu hizmeti ilgili mevzuat gereğince satın almak.

Görüldüğü gibi belediye yasa ve yönetmelikleri son derece kapsayıcıdır. Özellikle İstanbul Büyükşehir Belediyesi olmak üzere belediyelerin özürlülere dönük geniş hizmetlerini biliyoruz. Ancak bu hizmetler daha çok fiziksel ve zihinsel özürlülere dönüktür. Ruhsal özürlülere

özellikle şizofrenlere hizmet veren bir işleyiş olduğunu bu kadar rahat söyleyemeyiz.

Bütün bu yasal alt yapıya ve diğer özürlüler alanında pek çok hizmetin hayata geçmesine rağmen, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müessesesi bünyesinde açılma hazırlıkları yapılan Psikiyatri Hastalar Bakım Merkezi ve Bahçelievler Belediyesi ve hastanemiz işbirliği ile hayata geçmiş olan ve ilerleyen Bahçelievler Psikiyatri Hastaları Toplumda İzleme Projesi dışında şizofrenlerin bakım ve rehabilitasyonu konusunda henüz belediyelerin üslendiği somut bir girişim mevcut değildir. Ancak İstanbul Büyükşehir Belediyesi başta olmak üzere, belediyelerin bu konularda hizmete istekli oldukları, yaptığımız görüşmeler sonunda edindiğimiz izlenimdir. Yakın gelecekte çok çeşitli ve kapsayıcı projeler somut olarak ortaya çıkabilir.

Bir yerel yönetim olan İl Özel İdaresi'nin kanununda ise bu konudaki hükümler şöyledir:

### İl özel idaresinin görev ve sorumlulukları

#### Madde 6.

İl özel idaresi hizmetleri, vatandaşlara en yakın yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulur. Hizmet sunumunda özürlü, yaşlı, dükün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulanır

### İl özel idaresinin giderleri

#### Madde 43

İl özel idaresinin giderleri şunlardır:

- h. Yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile özürlülere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar.

### İl özel idaresi hizmetlerine gönüllü katılım

Madde 65- İl özel idaresi sağlık, eğitim, spor, çevre, trafik ve kültür hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, özürlülere, yoksul ve dükünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında ilde dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygulanır.

Görüldüğü gibi, yerel yönetimlerin kanun ve yönetmelikleri derneklerle işbirliğinden söz etmektedir. Sivil Toplum Kuruluşları (STK) olan

şizofreni dernekleri ve vakıflar sisteme katılmalı ve işin içinde olmalıdır. Aslında batı ülkelerinde STK’lar bu tür hizmetlere öncülük etmiş, resmi kurumlar arkasından takip etmiştir.

Ülkemizdeki şizofreni dernekleri şimdilik bakım hizmetlerine katkıda bulunmuyor olsa da, rehabilitasyon konusunda yararlı hizmetler görmektedir ve bunu çok cüzi giderlerle ve gönüllülük esasına göre yapmaktadır. Ama yine de bu hizmetlerin sürdürülebilirliği onlar açısından oldukça zordur. Bu konuda belediye-dernek işbirliği çok iyi bir yöntemdir. Örneğin Şişli Belediyesi ile Şişli’de hizmet veren Şizofreni Gönüllüleri Dayanışma Derneği işbirliği yapmışlar ve Şişli Belediyesi onların bu faaliyetlerini bir protokolle destekleme cihetine gitmiştir. Zaten yukarıda söz edildiği gibi, Belediye Kanunu’nda da dernekler gibi organizasyonlarla işbirliğinin yasal alt yapısı vardır.

### Özürünün Çalışması

Özürülerin çalışarak hayatını kazanması tercih edilen bir durumdur. Ayrıca konumuz rehabilitasyon olduğuna göre, çalışmaktan daha iyi bir rehabilitasyon da yoktur. Aşağıda, özürülerin çalıştırılması ile ilgili mevzuatın bir özeti mevcuttur:

**Devlet Memurları Kanunu, İş Kanunu, Özürü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmelik:**

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na kurum ve kuruluşlar çalıştırdıkları personele ait kadrolarda %3 oranında özürü çalıştırmak zorundadır.

Yine 4857 sayılı İş Kanunu ve Özürü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmelik’ göre elli ve daha fazla işçi çalıştırılan işyerleri, çalışma gücünün en az yüzde 40’ından yoksun olduğunu özürü sağlık kurulu raporu ile belgelendiren özürüleri %3 oranında istihdam etmek zorundadır.

Bakanlar Kurulunca belirlenecek oranların üstünde özürü ve eski hükümlü ve terör mağduru çalıştıran işverenlerin, kontenjan fazlası işçiler için özürü ve eski hükümlü çalıştırmakla yükümlü olmadıkları halde özürü çalıştıran

veya çalışma gücünü yüzde seksenden fazla kaybetmiş özürüyü çalıştıran işverenlerin bu şekilde çalıştırdıkları her bir özürü için 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre ödemeleri gereken işveren sigorta prim hisselerinin yüzde ellisini kendisi, yüzde ellisini hazine öder.

Kanunun 30 uncu maddesindeki hükümlere aykırı olarak özürü ve eski hükümlü çalıştırmayan işveren veya işveren vekiline çalıştırmadığı her özürü ve çalıştırmadığı her ay için yediyüzelli milyon lira para cezası verilir.

### Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik

5378 sayılı Özürüleri ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 13 üncü maddesine dayanılarak, en az %40 oranında özürü, Türkiye İş Kur il müdürlüklerine kayıtlı, 15 yaşını bitirmiş olan özürülerin mesleki rehabilitasyonunu amaçlayan 02.05.2006 tarihli bir yönetmelik çıkarılmıştır.

Bu yönetmeliğe göre:

#### Amaç

##### Madde 1–(1)

Bu Yönetmeliğin amacı; özürülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla kurulacak özel mesleki rehabilitasyon merkezlerinin açılışı, denetlenmesi ve işleyişine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

#### Tanımlar

##### Madde 4–(1)

Bu Yönetmelikte geçen;

- a. **Kurs:** Mesleki rehabilitasyon merkezlerinde herhangi bir mesleği olmayan ya da bir mesleği olmakla birlikte mesleğinde iş bulamayan Türkiye İş Kur il müdürlüklerine kayıtlı özürü işsizler veya mesleğinde yeterli olmayan özürüler için düzenlenen mesleki eğitim faaliyetlerini,
- ç. **Mesleki rehabilitasyon:** Özürülerin işgücü piyasasında ihtiyaç duyulan, ilgi ve yeteneklerine uygun mesleklerde yetiştirilerek

istihdamlarını kolaylaştırmak ve mesleklerinde ilerlemelerini sağlamak amacıyla devamlı ve koordinasyon içinde sosyal ve tıbbi rehabilitasyon, mesleki rehberlik, mesleğe hazırlık, meslek edindirme, geliştirme ve geliştirme eğitimi, işe yerleştirme ve takibini,

ifade eder.

## Korumalı İşyerleri Hakkında Yönetmelik

5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 14 üncü maddesi hükümlerine dayanılarak Korumalı İşyerleri Hakkında Yönetmelik çıkarılmıştır.

Bu Yönetmeliğin amacı, normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürlüler için açılacak, gerekli teknik donanımı devletçe sağlanacak olan işyerlerinin korumalı işyeri statüsü kazanması, işleyişi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Bu Yönetmelik, normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürlüler için mesleki rehabilitasyon ve istihdam oluşturmak amacıyla gerçek ve tüzel kişilerce açılan ve açılacak olan işyerlerini kapsar.

**Korumalı işyeri:** Normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürlüler için mesleki rehabilitasyon ve istihdam oluşturmak amacıyla, Devlet tarafından teknik donanımın sağlandığı ve mali yönden desteklendiği, çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği işyeridir.

Korumalı işyerinde istihdam edilebilmek için; En az %40 oranında zihinsel, ruhsal-duygusal ve davranışsal özürlü olmak veya diğer özürlü gruplarından ise %60 ve üzeri özürlü olmak gerekmektedir.

## Diğer Sosyal Haklar

Her şeye rağmen çalışamayan, muhtaç durumda bulunan özürlülere ve bunlara bakmakla yükümlü olanlara bazı sosyal haklar tanınmıştır. Aşağıda bunların detayları mevcuttur.

65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması”

Hakkındaki 2022 Sayılı Kanuna göre muhtaç olmak koşulu ile, 65 yaşını doldurmuş yaşlılar ile 18 yaşından büyük özürlüler ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özürlü yakını bulunan Türk vatandaşlarına aylık bağlanmaktadır. 1585 gösterge rakamının, memur maaşlarına uygulanan katsayı ile çarpımında bulunacak tutarda (01.07.2007 tarihi itibarıyla  $1585 \times 0,04835 = 76,63$  YTL) aylık ortalama geliri bulunanlar muhtaç sayılmazlar ve kendilerine aylık bağlanmaz.

Anılan Kanuna göre yukarıda açıklanan şartları taşıyanların ikametgahlarının bağlı bulunduğu Defterdarlık veya Malmüdürlüklerine başvurmaları gerekmektedir.

Yukarıda sayılan şartları bir arada bulunduran özürlülere aylık bağlanmaktadır. Bağlanacak aylık miktarı 203,35 YTL dir. Bu gruba özürlü oranı yüzde 70 ve üzerinde olanlar girmektedir. 18 yaşını dolduran ve çalışma güçlerini yüzde 40 ila 69 arasında kaybeden özürlülere de 135.56 YTL aylık bağlanmaktadır.

On sekiz yaşını tamamlamayan özürlüye aylık bağlanabilmesi için kanunen bakmakla yükümlü kişinin aylık ortalama gelirinin 76,63 YTL'den az olması gerekmektedir. Bu halde 18 yaşın altındaki özürlü için 135.56 YTL aylık bağlanacaktır. Bu aylık on sekiz yaşından küçük özürlüye bakan yakınına verilmektedir.

3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında, İl ve İlçelerde bulunan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Vakıfları aracılığıyla; yoksul ve muhtaç durumdaki, kanunla kurulu sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olmayan ve bu kuruluşlardan aylık geliri olmayan vatandaşlara, geçici olarak küçük bir yardım veya eğitim ve öğretim imkanı sağlanması halinde topluma faydalı ve üretken olabilecek kişilere yönelik aynı ve nakdi yardımlar yapılmaktadır.

Anılan bütün bu mevzuat ve yapılan değerlendirmelerin üstüne son söz olarak; son derece modern ve ileri olan yasal düzenlemelerimizin, özellikle ruhsal özürlüler için daha işlevsel olması, ruh sağlığı alanında çalışan bir uzman olarak hastalarım adına beklentimdir.

## KAYNAKLAR

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Türk Medeni Kanunu

5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun

Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununu

Belediye Kanunu

Büyükşehir Belediyesi Kanunu

Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği

Devlet Memurları Kanunu

İl Özel İdaresi Kanunu

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu

İş Kanunu

Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik

Korumalı İşyerleri Hakkında Yönetmelik

Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik

Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği

Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik

Özürlülerin Korunma Altına Alınmasına Yönelik Genelge

Özürlü Müracaatlarının Değerlendirilmesi Genelgesi

Bireysel Bakım Planına İlişkin Genelge

Bakım Raporuna İlişkin Genelge

Bakım Hizmeti Genelgesi

Özürlü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmelik

Bakıma Muhtaç Özürlü Genelgesi

65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun

65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik

# Fluvoksamin Kullanımı Sonucunda Gelişen Saç Kaybı (Olgu Sunumu)

Elif ÜNAL\* - Levent METE\* - Leyla GÜLSEREN\* - Betül ELİKÜÇÜK\*\*

## Abstract

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) have been in use since the discovery of fluoxetine in 1987 for the first time and they are still among the most frequently prescribed antidepressive drugs by physicians. The selective and robust inhibition of serotonin reuptake are the common characteristics of this class of drugs. They are used in various psychiatric diseases such as major depressive disorder, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder, panic disorder, posttraumatic stress disorder, social phobia, bulimia nervosa, premenstrual dysphoric disorder. Some side effects of SSRI drugs can be given as follows; nausea, anxiety, diarrhea, nervousness, trembling, insomnia, perspiration and headache, dystonia, rigidity of Parkinson, decrease of HVA in brain spinal cord liquid, increase in the serum prolactin, sexual dysfunction. Besides these side effects, dermatological side effects such as eruption on the skin, skin exanthema, increase in the sweat, loss of hair that may go further to alopecia can be observed. According to the available literature, side effects of SSRI drugs such as the loss of hair and alopecia are not observed frequently. The hair loss in the temporal region in our case was observed as a result of Fluvoxamin use. An organic reason which may cause hair loss was not found. Reappearance of hair has been observed within 3-6 months following the termination of the treatment.

## Özet

Seçici serotonin geri alım inhibitör (SSGI)'leri ilk olarak 1987 yılında fluoksetinin keşfiyle kullanılmaya başlanmış ve halen günümüzde hekimler tarafından sıkça önerilen antidepresan sınıfı ilaçlar olmuştur. Ortak özellikleri serotonin geri alımını selektif ve güçlü bir şekilde inhibe etmeleridir. Major depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, bulimia nervosa, premenstrüel disforik bozukluk gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklarda kullanılmaktadır. SSGİ'lerinin mide bulantısı, anksiyete, diyare, sinirlilik, titreme, uyku hali, terleme ve baş ağrısı, distoni, Parkinson rigiditesi, beyin omurilik sıvısında HVA (Homovalinik asit) azalması, serum prolaktininde artma, cinsel işlev bozukluğu gibi çeşitli yan etkileri görülmektedir. Bu yan etkiler dışında dermatolojik olarak deride kızamık, döküntü, terleme artışı, alopesiye kadar gidebilen saç kaybı gibi istenmeyen etkiler gözlenmektedir. Literatür incelemesinde saç kaybı ve alopesinin SSGİ'lerde az olarak görüldüğü belirtilmiştir. Bizim olgumuzda da Fluvoksamin kullanımı sonucunda temporal bölgede belirgin saç kaybı gözlenmiştir. Saç kaybına neden olabilecek organik sebep bulunmamış ve tedavinin sonlandırılması ile 3-6 ay arasında yeni saçların çıktığı görülmüştür.

Keywords  
SSRIs  
Hair loss  
Alopecia

Anahtar Kelimeler  
SSGI  
Saç kaybı  
Alopesi

## Giriş

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) ilk olarak 1987 yılında fluoksetinin keşfiyle kullanılmaya başlanmış ve halen hekimler tarafından sıkça önerilen antidepresan sınıfı ilaçlardır.

Ortak farmakolojik özellikleri, serotonin geri alımını selektif ve güçlü bir şekilde inhibe etmeleridir (Stahl 2000). Bu özellik antidepresan etkinlik için önemlidir. SSGİ etkileri, noradrenalin geri alımı, alfa 1 ve histamin reseptörleri ile muskarinik kolinerjik reseptörler üzerindeki et-

\* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği, İzmir

\*\* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Psikiyatri Kliniği, İzmir

kilerinden çok daha güçlüdür (Stahl 2000). Seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSGİ) major depresif bozuklukta kullanılmaya başlanmış, ardından obsesif kompulsif bozuklukta endikasyon almış, günümüzde bu endikasyonlara yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, travma sonrası stress bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, bulimia nervoza, premenstrüel disforik bozukluk gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklar da eklenmiştir (Kaplan&Sadock 2007). Ayrıca, madde kullanım bozukluklarında ve çeşitli dürtü kontrol bozukluklarında umut verici sonuçlar gözlenmiştir (Yüksel 2003). Diğer antidepresan ilaçlara göre etkinlik açısından önemli bir farklılık göstermeseler de yüksek dozlarda güvenilir ve kolay tolere edilir olmalarıyla klinik kullanımda üstünlük sağlamışlardır (Yüksel 2003).

Yapısal olarak heterojen bir grup olmakla birlikte farmakolojik olarak birbirlerine benzemektedirler. Antikolinergik etkileri ve kadiyotoksiteleri yoktur. Bu nedenle hastaların tedaviye uyumları daha kolay olmaktadır. Ayrıca, farmakolojik olarak serotonin reseptörlerine spesifik olmaları nedeniyle yan etki riskleri azaltılmaktadır (Yüksel 2003). SSGİ'lerin karşılaştırmalı çalışmalarında birbirlerine üstünlükleri bulunmamaktadır. Ancak birine yanıt vermeyen bir olgu diğerine yanıt verebilmektedir. Diğer ilaçlarla etkileşimleri aynı şekilde değişkenlik göstermektedir.

Bu özelliklerinin yanında tüm SSGİ'lerinin çeşitli yan etkileri görülmektedir. Yan etkileri büyük ölçüde doza bağlıdır ve doz arttıkça yan etki sıklığı artmaktadır. Tedavinin başlangıcında, hastaların %25-40'ında hafif rahatsızlıktan kusmaya kadar değişen yaygınlıkta mide bulantısı ortaya çıkar. Bu durum tipik olarak günler içinde azalarak kaybolmakta veya kullanım şeklinde ki değişikliklerle olumlu sonuçlar alınabilmektedir.

Sık görülen diğer yan etkiler anksiyete, diyare, sinirlilik, titreme, uyku hali, terleme ve baş ağrısıdır. Fluvoksamin ile sedasyon, fluoksetin ile de huzursuzluk, anoreksi ve uyku sorunları olabilmektedir. SSGİ'lere bağlı akatizi ve ekstrapiramidal sistem belirtileri bildirilmiştir. Bu yan etki sıklıkla fluoksetin ve fluvoksamin de gözlenmiştir. Fluoksetinle distoni, Parkinson rigiditesi, beyin omurilik sıvısında HVA azalması, serum prolaktininde artma olmuştur<sup>3</sup>. Kadınlarda or-

gazmin gecikmesi ya da olmaması, erkelerde retarde ejakülasyon ve ereksiyon problemleri gibi cinsel işlev bozuklukları SSGİ'lerin beklenen potansiyel yan etkilerindedir. Dozun azaltılması yan etkinin hafiflemesine ya da yok olmasına sebep olabilmektedir (Kaplan&Sadock 2007).

SSGİ'ler de çeşitli dermatolojik yan etkiler gözlenebilmektedir. Paroksetinin prelinik çalışmada vazodilatasyona bağlı deride kızarıklık yaptığı gösterilmiştir. Fluoksetinde döküntü %4 oranında gözlenirken sertralinde bu oran %3 olarak bulunmuş, fluvoksamin alan hastaların küçük bir kısmında terleme artışı gözlenirken, sertralinde plaseboya oranla 3 kat daha fazla terleme artışı saptanmıştır<sup>2</sup>. SSGİ'lerinde bu dermatolojik yan etkilerinin yanında alopesiye kadar gidebilen saç kaybı gözlenmiştir (Mereke 2000).

Saçların %25-50'si dökülmedikçe klinik olarak saç kaybını belirlemek oldukça zordur. Bu nedenle saç kaybı hasta tarafından belirtilen öznel bir yakındır ve çoğunlukla saç yıkarken ya da tararken fark edilir (Guantam 1999). Dış görünüşü etkilediğinden özellikle kadın hastalar için önemli bir sorun haline gelebilmektedir. Literatür incelemesinde bu konuyla ilgili olgu ve çalışma sayısı oldukça az olduğundan yeterli bilgi edinilmemektedir. Bu bağlamda SSGİ'lerin diğer yan etkileri gibi saç kaybının ve diğer dermatolojik yan etkilerin ayrıntılı sorgulanmasının konuya ışık tutacağı düşünülmektedir.

## Olgu

Bn. A, 51 yaşında, evli, ortaokul mezunu, İzmir'de eşiyile yaşayan kadın hasta.

**Yakınması;** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine sinirlilik, ellerde ve ayaklarda titreme, eşiyile ilgili sorunlardan etkilenme, hayattan zevk alamama, uykusuzluk, iştahsızlık, yalnız kalmak isteme, sürekli el yıkama ve kاپıyı, tüpü, elektrik düğmelerini kontrol etme gibi yakınmalarla başvurmuş.

**Öykü;** Dört yıldır bu şikayetleri olan hastanın, son bir yıldır şikayetlerinin artması üzerine, hastanemize başvurmadan 5-6 ay önce bir psikiyatri tarafından verilen adını bilmediği bir ilacı kısa süre kullanıp kestiği, şikayetlerinde bir değişiklik olmaması üzerine polikliniğimize başvurdu-



ğu ayrıca öyküde uzun yıllardır olan emin olama- ma, düzen ve simetri obsesyonları ile el yıkama ve kontrol kompulsiyonları tanımlanıyordu.

**Özgeçmiş;** Daha öncesinde herhangi bir tıbbi ve psikiyatrik hastalık varlığı bildirilmedi.

**Soygeçmiş;** Babasında depresif bozukluk öykü- sü var ancak herhangi bir tedavi olmadığı be- lirlendi.

**Fizik Muayene;** Sistem bakıları olağan olarak değerlendirildi.

**Psikiyatrik Muayene;** Orta boy ve kiloda, yaşı- na ve sosyoekonomik durumuna uygun giyim- li, göz teması kuran kadın hasta. Bilinci açık, yer, zaman, kişi yönelimi tamdı. Duygulanımı depresifti ve duygu durumunu çökkün şeklin- de tanımladı, düşünce içeriği duygudurumu ile uyumluydu. Konuşması azalmış ve çağrışımları yavaşlamış olarak değerlendirildi. Anerji, anhe- doni, sosyal izolasyon, insomni, anoreksi, ken- dilik değerinde azalma, emin olamama, düzen, simetri obsesyonları ile el yıkama, kontrol kom- pulsiyonları ve marital problemler saptandı.

**Klinik İzlemi;** Hastaya polikliniğimizde Dep- resif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı Fluvoksamin 100 mg/gün, Extrait fluid de passiflora sirop 3x1 tedavisi başlandı aylık kontroller önerildi. Aylık kontrollerinde, yak- laşık altı ay sonra yapılan psikiyatrik muayene sonucunda depresif ve obsesif kompulsif bo- zuklukla ilgili yakınmalarında azalma saptandı. Ancak bu dönem içinde hastanın özellikle tem- poral bölgede belirgin saç dökülmesi yakınma- sı olması üzerine kan biyokimyası, hemogram, TFT, ANA, RF, Serolojik testleri ve dermatoloji konsültasyonu istendi. Hematolojik verileri, böbrek, karaciğer ve tiroid testlerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Tiroid antikorları, ANA, RF, serolojik olarak hepatit , HIV ve sifiliz testleri negatif olarak değerlendirildi.

Dermatoloji konsültasyonu sonucunda saç kay- bı olarak değerlendirilen hastada herhangi bir organik sebep saptanmadı. Fluvoksamin dozu kademeli olarak azatıldı ve kesildi. İlacın kesilmesinden yaklaşık üç ay sonra temporal böl- gede yeni saçların çıktığı gözlemlendi. Ancak ilacın kesilmesi ile başvuru şikayetlerine benzer ya-

kınmalar gözlenen hastaya Fluoksetin tedavisi başlandı ve belirgin düzelme gözlemlendi. Hasta halen bu tedaviyi kullanmakta ve poliklinikte düzenli şekilde kontrollere gelmektedir.

## Tartışma

Alopesi terimi her türlü fazdaki tüm kılların basit bir defluksiumdan total kılların kaybına kadar yitimini içermektedir. Çoğu ilacın büyü- me fazındaki saç folliküllerini dinlenme fazın- daki saçlara dönüştürerek alopesiye yol açtığı öne sürülmektedir (Mereke 2000 ve Guantam 1999). Bu durumun gerçekleşmesi sonrası tüm gövdedeki kıllar üç aydan sonra tekrar yerini al- maktadır (Guantam 1999). Alopesi ve saç kaybı kişilerde ruhsal hastalıklar, tıbbi hastalıklar ve tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar gibi çeşitli se- beplerle gelişebilmektedir. Bu sorunla başvuran olgularda öykünün ayrıntılı şekilde alınması önemli olmaktadır.

İnsan derisinin serotonin ürettiği, bunu melato- nine dönüştürdüğü, melatoninin de saç büyü- me siklusuna etki ettiği gösterilmiştir. Böylelikle derideki serotonin dengesinin saç çıkması ve dökülmesi arasındaki dengeyi etkilemekte ol- duğu düşünülmektedir (Slominski 2005). Tüm SSGİ'ler alopesi veya saç kaybıyla ilişkilendiril- mişlerdir. 3 ay boyunca sitalopram tedavisi kul- lanılan az sayıda olguda alopesi areata gözlenmiş, Depresif Bozukluk ve Generalize Anksiyete Bo- zukluğu tanılı olgularda da SSGİ kullanımıyla alopesi saptanmıştır (Hedenmalm 2006). Ay- rıca alopesi gelişiminin antidepressan kullanan hastalarda total vücut serotonin konsantrasyo- nundaki artışa sekonder olarak gelişebileceği de belirtilmektedir (Huang 2004).

Alopesi ve saç kaybı SSGİ'lerin yan etkisi ola- rak seyrek olarak gözlenmekle birlikte SSGİ'ler arasında bu yan etki riski farklı olabilir. Heden- malm ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sitalopramla %55, sertraline %23, paroksetinle %12, fluoksetinle %8, fluvoksaminle %1, essi- talopramla % 1 oranında alopesi gözlemlendiği bil- dirilmiştir.

Kırk bir yaşında obsesif kompulsif bozukluk ta- nısıyla takip edilen kadın hastaya 250 mg/gün dozunda fluvoksamin tedavisi ardından saç kaybı gelişmesiyle tedavinin sonlandırılma-

sından 3 ay sonra yeni saçların çıktığı ve bu arada serolojik testlerinin, romatoid faktör ve antinükleer antikor antikorlarının negatif olduğu, tüm hematolojik, böbrek, karaciğer, tiroid fonksiyon testlerinin olağan olduğu saptandığı ve saç kaybının fluvoksamin kullanımına bağlı olduğu bildirilmiştir (Parameshwar 1996).

Bizim olgumuzda da, ruhsal hastalığı nedeniyle başlanan fluvoksamin tedavisinin ardından gelişen temporal bölgede gelişen belirgin saç kaybı gözlenmiş, tüm serolojik ve rutin kan biyokimyası değerlendirilerek ayırıcı tanıda hipotiroidi, böbrek yetersizliği, karaciğer yetmezliği, demir eksikliği anemisi, otoimmün hastalıklar, hepatit, HIV ve sifiliz gibi enfeksiyöz hastalıklar dışlanmıştır. Fluvoksamin tedavisinin kesilmesi ile 3 ay sonra saç kaybı olan bölgelerde

yeni saçların çıkmaya başladığı gözlenmiş, saç kaybına fluoksaminin neden olduğu düşünülmüştür. Hastanın her iki SSGİ tedavisi ile psikiyatrik semptomlarının düzelmiş olduğu ancak bu düzelmeye olgunun takiplerinde herhangi bir değerlendirme ölçeğinin kullanılmadığı bu açıdan olgu bildirimimizin kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda bu kısıtlılığın göz önünde bulundurulması iyi olacağı düşünülmüştür.

Literatür incelmesinde bu yan etki geliştiğinde ya kullanılan SSGİ dozunun azaltılması ya da SSGİ değişikliği önerilmektedir (Hedenmalm 2006). Konuyla ilgili çalışmaların az olduğu olgu ve çalışma sayılarının artırılmasıyla SSGİ'lerin bu yan etkisinin sıklık ve şiddet bakımından daha doğru değerlendirileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

Stahl SM, Temel Psikofarmakoloji (Çeviri editörleri; Taneli B, Taneli Y). 2nd ed. UK: Cambridge University Press 2000: 135-297.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock' s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (Çevirenler) 8. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2007: 2881-2914.

Yüksel N. Psikofarmakoloji. 2. Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2003: 169-264.

Mereke Y, Sheng H, Khan T. Hair loss in psychopharmacology. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12: 35-42.

Guantam M. Alopecia due to psychotropic medications. *Ann Pharmacother* 1999; 33: 631-637.

Slominski A, Wrtzman J, Tobin DJ. The cutaneous serotoninergic/melatoninergic system: securing a place under the sun. *Faseb J* 2005; 19: 176-194.

Hedenmalm K Sundström A, Spigset O. Alopecia associated with treatment selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Pharmacoeconomics and Drug Safety* 2006; 15: 719-725.

Huang J, Gong Q, Li G. Serotonin in alopecia areata: an enzyme immunoassay study *Int J Dermatol* 2004; 43: 78-80.

Parameshwar E. Hair loss associated with fluoxamine use. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 4: 581.

# Editörün Yorumu

## Koruyucu Bir Mekanizma Olarak Psikoz

Bu yazıda, klinikte zaman zaman dikkatimizi çeken bir grup hastadan bahsetmek ve bu hastaların durumunu farklı bir yaklaşımla açıklamak istiyorum. Bu hasta grubu, iş ve sosyal performansı belli bir düzeyin altına inmeden yaşamını sürdürürken geçirilen bir travmayla beraber ani olarak gelişen çok gürültülü bir psikoz tablosunun içine düşmekte, antipsikotik ilaçlara/elektroşok tedavisine genellikle cevap vermemekte ve tablo hasta aktif tedavide değilken tedricen ve geride herhangi bir yeti yitimi bırakmadan tamamen iyileşmektedir. Yıllar önce kliğimizde gatizme kadar giden ağır bir psikotik hastayı tedavi etmeye uğraşılıyor, diğer tedavilerin yetersiz kalmasından sonra elektroşok uygulamaya çalışıyorduk. Hasta elektroşoka direnince(o zamanlar Bakırköy’de anestezi elektroşok için altyapı uygun değildi), tedaviyi yarım bırakarak elektroşoktan vazgeçmiş ve hastanın bir hafta içinde tedrici olarak tam bir düzelme gösterdiğine tanık olmuştuk. Psikoz ortadan kalkınca uygulanan MMPI, narsistik ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları lehinde bulgu vermişti. Hastanın öyküsünde eşi tarafından terk edilmek ve hemen o gün başlayan bir psikotik tablo söz konusuydu. Travmanın yaşanmasından sonra depresyon yaşanması için yeterli süre yoktu ve hasta depresyona girmeden psikoza atlamıştı.

DSM-IV kriterlerine göre, narsistik kişilik bozukluğunun en önemli özelliği, hastaların bir yandan kendini üstün birisi olarak görmeleri, diğer yandan da başkaları tarafından öyle görülme istemelelidir. Bu özellik onların depresyona girmesine karşı en önemli engeli oluşturmaktadır. Çünkü depresyondaki kişi enerji kaybı nedeniyle sözümona var olan “üstünlüğü” koruyamaz “üstünlüğün” korunamaması, başkalarının kendisine karşı olan ilgisini düşürür ve bu durumda kişi temel varolma şeklini kaybeder.

Narsistik kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu komorbiditesi seyrek olarak bulunur(Ronningstam 1996). Bu iki bozukluğu bir arada görmek güç olduğundan, daha sık rastlanan tablo birisinin bozukluk, diğerinin kişilik özellikleri düzeyinde komorbidite göstermeleridir.

Bugünkü konumuz Narsistik kişilik bozukluğunun, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ya da kişilik özellikleriyle komorbidite gösterdiği duruma ilişkindir. Son gruptaki hastalar nesne ilişkilerinde primitif denecek kadar immatür kaldıklarından travmatik bir zedelenmeyi sindirmeleri zor olmakta ve depresif bir süreçle travmayı emmeleri tamamlanamamaktadır.

Narsizm, OCD ile komorbid olmadığında, bu hastalar süreci eşikaltı bir depresyonla tamamlamaktadır. Buna karşılık OCD ile komorbid narsist hastaların sanki depresyon yaşayamamak gibi özel bir defektleri bulunmaktadır.

Ronningtam(1998) bazı narsistik hastaların depresyona girmeden intihar girişiminde bulduklarını ve depresif olmayan intiharların narsistik kişilik bozukluklarında görülebildiğinden bahseder. Yani bu hastalar intiharlarını bile depresyonu atlayarak gerçekleştirmektedirler.

Son derece frajil bir ösuygısı bulunan bu kişilik yapıları, depresyona girememe özürlerinden ötürü, doğrudan psikoza girerek süreci tamamlama yoluna sapıyorlar. Burada obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun rolü, rijit kişilik yapısını daha da sertleştirerek, narsistik grandiyöziteden ve onun oluşturduğu davranış kalıplarından hastanın geri adım atmasına izin vermeyerek ve de hastanın esnek başa çıkma mekanizmaları kullanmasını engelleyerek klinik depresyonun gerçekleşmesinin önüne engel koymasındır.

Bu durumda ego doğrudan psikoza atlayarak obsesif yapının yarattığı rijiditeden kurtulur ve narsistik yapısından taviz vermeden daha alt düzeydeki savunma düzenekleriyle travmayı sindirir.

Bu durumda gelişen pikoza, *Ego Koruyucu Psikoz* diyebiliriz, çünkü bu tablo oldukça gürültülü seyretmekle beraber birdenbire ve tam olarak ortadan kalkabilmektedir. O nedenle buradaki psikozu, egoya entegre olmamış, bazı sanatçılarda görüldüğü şekliyle “*Ego Kontrolünde Psikoz*” diye tanımlanan psikozla yakın duran, egoyu yaran değil, neredeyse zedelenen egoyu onaran bir mekanizma olarak görmek gerekecektir. Nasıl depresyon derinleştikçe ve uzun sürdükçe psikotik bir atakla (psikotik depresyon) depresyonun egoda yarattığı tahribat önlenmeye çalışılırsa, burada da narsistik yapı gerek primitif özelliklerinden gerek OCD ile komorbid olmasından ötürü kazandığı rijiditeden depresyona giremediği için travmanın tahribatını psikozla aşmaya çalışıyor gibi durmaktadır.

Obsesif yapının narsist kırılmaları (narcissistic injury) karşı mekanizma üretilmesine engel olduğu durumlarda egoyu koruyucu psikozun ortaya çıkma şansının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Öte yandan bu hastalarda ikinci bir mekanizma olarak, obsesif-kompulsif yapı, mental enerjinin tükenmesine neden olacak davranış kalıplarını kullanarak egoyu depresyon yönünde zorlarken, narsistik yapı depresyon yaşanmasını zorlaştırıp egonun bir çözüme kavuşmasını engellemektedir, yine bu durumda psikoz tek seçenek olarak kalmaktadır.

Narsizm başka bir kişilik bozukluğuyla komorbid olmadıkça, depresyona girme potansiyelinin olduğu durumda psikozla sonuçlanmamaktadır. Narsistik kişilik bozukluğunun olmadığı durumda depresyonun sonunda psikoz gelişebilirken, narsistik kişilik bozukluğunun obsesif kompulsif kişilikle komorbid olduğu durumda depresyon yaşanmadan psikoz ortaya çıkmaktadır. Bunun için narsistik yapının, ya obsesif kompulsif kişilikle kombine olması ya da narsistik yapının rijiditesini arttıracak, immatüriteyi koruyacak mailgn narsizm (Kernberg 1992) ya da Ronningstam’ın bahsettiği patolojik narsizm şeklinde ortaya çıkması gerekecektir. Her üç durumda da narsistik kişiliğin kullandığı savunma mekanizmaları, daha ilkel savunmalar olarak ortaya çıkmakta, kişilikte var olan sınırlı esneklik de tümüyle kaybolmaktadır. Ancak bu koşullarda depresyon yaşamadan doğrudan psikozla geçiş daha bir mümkün görünmektedir.

O. Kernberg; *Agression in personality disorders and perversions* 1992, New Haven , CT, Yale University Press.

E. Ronningstam, *Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders*. *Harv. Rev. Psychiatry*. 1996 Mar-Apr;3(6):326-40.

Ronningstam E, Maltzberger JT  
*Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse*  
1998 Fall; 28(3):261-71

# Yazarlara Bilgi

## Tanımlama

Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP), çift hakemli olarak ve yılda 4 sayı yayınlanacak ve hızlı yayın politikasını ilke edinmiş bir dergidir. Bu bağlamda dergiye gelen yazılar dört hafta içerisinde hakem değerlendirilmesinden geçirilerek üç ay içerisinde yayına kabul edilecek ya da reddedilecektir. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'nde öncelikle psikofarmakoloji, biyolojik psikiyatri, davranış bilimleri ile çocuk ve ergen psikiyatrisi alanlarındaki deneysel, temel ve klinik bilimlere ait yazılara yer verilir. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, ulusal ve uluslararası tüm tıbbi kurum ve kişilere ücretsiz olarak ulaşmayı hedefleyen bilimsel bir dergidir. Dergi iki formda çıkacaktır. Basılı form Türkçe; elektronik form Türkçe ve İngilizce olarak çıkacak olup; yazıların hem Türkçe hem İngilizce formları gönderilmelidir. İstendiğinde yazıların İngilizce'ye çevrilmesi editörce yapılacaktır.

## Kapsadığı Alanlar

Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi psikiyatri, psikoloji, nöroloji, farmakoloji, moleküler biyoloji, genetik, nörokimya ve ilgili bilim alanlarında uzman olanlara ve bu alanlarda halen eğitilenlere hitap eder.

## Yayın Politikası

Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, yayınlanmak üzere gönderilen yazıları aşağıdaki bölümlerde dikkate almaktadır:

- Olgu sunumları,
- Derlemeler,
- Orijinal araştırmalar,
- Editöre mektuplar.

## Dil

Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'nin dili Türkçe ve İngilizce'dir.

## Genel İlkeler

Daha önce yayınlanmamış olan ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirilmedi olmaya ve her bir yazar tarafından yayınlanması onaylanan makaleler Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'nde değerlendirilmek üzere kabul edilir.

Yayın kurulu, yazarların iznini alarak yazıda değişiklikler yapabilir. Editör ve dil editörü dil, yazım ve kaynakların Index Medicus'ta geçtiği gibi yazılmasında ve benzer konularda tam yetkilidir.

Eğer makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

Bilimsel toplantılarda sunulan özet bildiriler, makalede belirtilmesi koşulu ile kabul edilir.

Editör, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'ne gönderilen makale biçimsel esaslara uygun ise, gelen yazıyı yurtiçi ve/veya yurtdışı en az iki hakemin değerlendirmesinden geçirir, hakemler gerek gördüğü takdirde yazıda istenen değişiklikler yazarlar tarafından yapıldıktan sonra yayınlanmasına onay verir. Makale yayınlanmak üzere dergiye gönderildikten sonra yazarlardan hiçbiri, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez, ayrıca yeni bir isim yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez. Yayına kabul edilmeyen ve yayınlanmayan makale, resim ve fotoğraflar yazarlara geri gönderilmez.

## Etik

### Bilimsel sorumluluk

Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Tüm yazarların gönderilen makaleye akademik ve bilimsel açıdan doğrudan katkısı olmalıdır. Bu bağlamda “yazar” yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına, dokusuna, verilerin elde edilmesine ve analizine ya da yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının müsvettesinin yazılması ya da bunun içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesinde görev yapan birisi olarak görülür.

Fon sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başlarına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler sayılan tüm ölçütleri karşılamalıdır ve ancak yukarıdaki ölçütleri karşılayan her birey yazar olarak gösterilebilir. Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını telif hakkı devri formunda imzalı olarak belirtmek zorundadırlar.

Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler “teşekkür/bilgiler” kısmında sıralanmalıdır. Bunlara örnek olarak ise sadece teknik destek sağlayan, yazıma yardımcı olan ya da sadece genel bir destek sağlayan kişiler verilebilir. Finansal ve maddi destekleri de belirtilmelidir.

Yazıya materyal olarak destek veren ancak yazarlık için gerekli ölçütleri karşılamayan kişiler “klinik araştırmacılar” ya da “yardımcı araştırmacılar” gibi başlıklar altında toplanmalı ve bunların işlevleri ya da katılımları “bilimsel danışmanlık yaptı” “çalışma önerisini gözden geçirdi” “veri topladı” gibi belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekir.

### Etik sorumluluk

Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, 1975 Helsinki Deklarasyonu'nun 2000 yılında revize edilen İnsan Deneyleri Komitesi'nin (<http://www.wma.net/le/policy/b3.htm>) etik kurallarına uymayı ilke edinmiş bir dergidir. Bu yüzden Psikiyatride Derlemeler,

Olgular ve Varsayımlar Dergisi'nde yayınlanmak üzere gönderilen klinik deneylere katılan insanlar/hastalarla ilgili olarak, bu komitenin etik kurallarına uyulduğunun mutlaka belirtilmesi ve deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazılarının yazı ile birlikte gönderilmesi ve ayrıca deneye katılan kişi/hastalardan ve hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam (informed consent) alındığını belirten bir yazı ve tüm yazarlar tarafından imzalanmış bir belgenin editöre gönderilmesi gerekir.

Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin Yöntem ve Gereç bölümünde bu ilkelere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “bilgilendirilmiş onam” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Çalışmada “hayvan” kullanılmış ise yazarlar, makalenin Yöntem ve Gereç bölümünde “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) ilkeleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Hayvan deneyleri rapor edilirken yazarlar laboratuvar hayvanlarının bakımı ve kullanımı ile ilgili kurumsal ve ulusal rehberlere uyup uymadıklarını yazılı olarak bildirmek zorundadırlar.

Olgu sunumlarında da hastanın kimliğinin ortaya çıkıp çıkmamasına bakılmaksızın hastalardan “bilgilendirilmiş onam” (informed consent) alınmalıdır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, yayınladığı makalelerin konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olmasını, buna karşılık ticari kaygılara dayanmaması koşulunu getirmektedir.

Editör ve yayıncı, reklam amacı ile dergide yayınlanan ticari ürünlerin özellikleri ve açıklamaları konusunda hiçbir garanti vermemekte ve sorumluluk kabul etmemektedir. Eğer makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum bulunuyorsa yazarlar; kaynak sayfasında kullanılan ticari ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişki-



sinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadırlar.

### **Hastalar ve çalışmaya katılanların gizlilik ve mahremiyeti**

Hastalardan izin alınmadan mahremiyet bozulamaz. Hastaların ismi, isimlerinin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soyağacı bilgileri v.b. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba ya da vasi) yazılı aydınlatılmış onam vermedikçe basılmazlar.

Özellikle olgu bildirimlerinde, çok gerekli olmadıkça hasta ile ilgili tanımlayıcı ayrıntılar çıkarılmalıdır. Örneğin, fotoğraflarda göz bölgesinin maskelenmesi kimliğin gizlenmesi için yeterli değildir. Eğer veriler kimliğin gizlenmesi için değiştirildiyse yazarlar bu değişikliklerin bilimsel anlamı etkilemediği konusunda güvence vermelidirler. Bilgilendirilmiş onam alındığı da makalede belirtilmelidir.

### **Editör, yazar(lar) ve hakemlerle ilişkiler**

Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği, gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseyle paylaşmaz.

Editör hakemlere gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir. Hakemler gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makalenin kopyalarını yok eder. Dergi editörü de reddedilen ya da geri verilen makalelerin kopyalarını imha eder.

Hakemlerin kimliğinin gizli kalmasına özen gösterilir.

### **Yazıların Hazırlanması**

Aksi belirtilmedikçe gönderilen yazılarla ilgili tüm yazışmalar ilk yazarla yapılır. Gönderilen yazılar, yazının yayınlanmak üzere gönderildiğini ve Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'nin hangi bölümü (orijinal araştırma, gözden geçirme, ya da olgu bildirimi gibi) için başvurulduğunu belirten bir mektup, yazının elektronik formunu içeren Microsoft Word 2000 ve üzerindeki versiyonları ile yazılmış disketi ile tüm yazarların imzaladığı 'Telif Hakkı Devri Formu' eklenerek gönderilmelidir.

Yazıların alınmasının ardından yazarlara makalenin alındığı bildirilecektir.

Makaleler sayfanın her bir kenarından 2.5 cm kenar boşluğu bırakılarak ve çift satır aralıklı yazılmalıdır. Makalelerde aşağıdaki sıra takip edilmelidir ve her bölüm yeni bir sayfa ile başlamalıdır: 1) başlık sayfası, 2) özet, 3) metin, 4) teşekkür/acknowledgement 5) kaynaklar ve 6) tablo ve/veya şekiller. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır.

### **Başlık**

Başlık sayfasında, yazarların adları, akademik unvanları ve yazılacak yazarın tam adres, telefon ve faks numaraları ve e-mail adresi bulunmalıdır.

### **Özet ve anahtar kelimeler**

Özet (Türkçe ve İngilizce; Türkçe yazıların İngilizce özetlerinde mutlaka İngilizce başlık da yer almalıdır). İki yüz elli kelimedenden daha uzun olmamalı ve aşağıdaki gibi yapılandırılmalıdır: Amaç/Objective: yazının birincil ve asıl amacı; Yöntem(ler)/Method(s): veri kaynakları, çalışmanın iskeleti, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler; Bulgular/Results, Sonuçlar/Conclusion(s)

Özet çalışmanın temeliyle ilgili bilgi vermeli ve çalışmanın amacını, temel süreçleri (olguların ya da laboratuvar hayvanlarının seçimi, gözlemsel ve analitik yöntemler), ana bulguları (mümkünse özgül etki büyüklüklerini ve istatistiksel anlamlılıklarını vererek) ve temel çıkarımları içermelidir. Çalışmanın ya da gözlemlerin yeni ve önemli yönleri belirtilmelidir.

Özetler bir makalenin bir çok elektronik veritabanında yer alan en belirgin kısmı olduğundan, yazarlar özeti makalenin içeriğini doğru olarak yansıttığından emin olmalıdır.

Anahtar sözcükler, her türlü yazıda Türkçe ve İngilizce özetlerin altındaki sayfada 3-10 adet verilmelidir. Anahtar sözcük olarak Index Medicus'un Tıbbi Konu başlıklarında yer alan terimler kullanılmalıdır.

### **Giriş**

Giriş bölümünde konunun önemi, tarihçe ve bugüne kadar yapılmış çalışmalar, varsayım ve çalışmanın amacından söz edilmelidir. Girişte çalışmanın temeli ya da bağlamı (örneğin, sorunun doğası ve önemi) ve özgül amaçlar ya da

çalışmada test edilen varsayımlar belirtilmelidir. Hem ana hem de ikincil amaçlar açıkça belirtilmelidir ve tüm önceden belirlenmiş altgrup analizleri açıklanmalıdır. Sadece gerçekten ilişkili kaynaklar gösterilmeli ve çalışmaya ait veri ya da sonuçlardan söz edilmemelidir.

### **Yöntem ve Gereç**

Yöntem ve Gereç bölümünde, veri kaynakları, çalışmanın hipotezi, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, ölçekler, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler, yapılan işlemler ve istatistiksel yöntemler yer almalıdır. Yöntem bölümü, sadece çalışmanın planı ya da protokolü yazılırken bilinen bilgileri içermelidir; çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler bulgular kısmında verilmelidir.

### **Olguların seçimi ve tanımlanması**

Gözlemsel ya da deneysel çalışmaya katılanların seçimi, çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri açıkça tanımlanmalıdır. Yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin çalışmanın amacıyla olan ilişkisi her zaman açık olmadığından; örneğin yazarlar niçin sadece belli bir yaş grubunun alındığını ya da neden bir cinsin çalışma dışında bırakıldığını açıklamalıdır.

### **Teknik bilgi**

Diğer çalışmacıların sonuçları yineleyebilmesi için yöntemi ve kullanılan araçlar (üretici firma ve adres paragraf içinde belirtilerek) ayrıntılı olarak belirtilmelidir. İyi bilinmeyen bir yöntem için kaynak verilmeli ve yöntem açıklanmalı, yeni yöntemler varsa tanımlanmalı ve kullanıma nedenleri belirtilip kısıtlılıkları değerlendirilmelidir. Kullanılan tüm ilaç ve kimyasallar doğru olarak tanımlanıp jenerik isimleri, dozları ve kullanım biçimleri belirtilmelidir.

Gözden geçirme yazısı gönderen yazarlar veriyi bulma, seçme, ayırma ve sentezleme yöntemlerini belirtmelidir. Bu yöntemler aynı zamanda özetle de yer almalıdır.

### **İstatistik**

İstatistiksel yöntem, orijinal veriye erişebilecek bilgili bir okuyucunun rapor edilen sonuçları onaylayabileceği bir ayrıntıda belirtilmelidir. Mümkünse, bulgular niceliksel hale getirilmeli ve hata ölçümleri verilmelidir. İstatistiksel terimler, kısaltmalar ve sembollerin çoğu tanımlanmalıdır. Kullanılan bilgisayar programı belirtilmelidir.

### **Bulgular**

Ana bulgular istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak eksiksiz verilmeli ve bu bulgular uygun tablo, grafik ve şekillerle görsel olarak da belirtilmelidir. Bulgular yazıda, tablolarda ve şekillerde mantıklı bir sırayla, en önemli sonuçlar başta olacak şekilde verilmelidir. Tablo ve şekillerdeki tüm veri yazıda verilmemeli, sadece önemli noktalar vurgulanmalıdır. Ekstra materyal ve teknik bilgi ek kısımda verilerek yazının akışının bozulmaması sağlanmalı, alternatif olarak bunlar sadece elektronik versiyonda yer almalıdır. Veriler sonuçlar bölümünde özetlenirken sayısal sonuçlar sadece türevler (örneğin yüzde) şeklinde değil mutlak şekilde de verilmeli ve kullanılan analiz yöntemi belirtilmelidir. Sadece makaledeki fikri destekleyen şekil ve tablolar konmalıdır. Çok büyük tablolar yerine grafikleri kullanmayı denemeli, grafik ve tablolarda aynı veri tekrarlanmamalıdır.

### **Tartışma**

Tartışma bölümünde çalışmadan elde edilen veriler, kurulan hipotez doğrultusunda hipotezi destekleyen ve desteklemeyen bulgular ve sonuçlar irdelenmeli ve bu bulgu ve sonuçlar literatürde bulunan benzeri çalışmalarla kıyaslanmalı, farklılıklar varsa açıklanmalıdır. Çalışmanın yeni ve önemli yanları ve bunlardan çıkan sonuçlar vurgulanmalıdır. Giriş ya da sonuçlar kısmında verilen bilgi ve veriler tekrarlanmamalıdır. Deneysel çalışmalar için tartışmaya sonuçları kısaca özetleyerek başlamak, daha sonra olası mekanizmaları ya da açıklamaları incelemek ve bulguları önceki çalışmalarla karşılaştırmak, çalışmanın kısıtlılıklarını özetlemek, gelecekteki çalışmalar ve klinik pratikteki uygulamalarını belirtmek faydalıdır. Varılan sonuçlar çalışmanın amacıyla karşılaştırılmalı, ancak elde edilen bulgular tarafından yeterince desteklenmeyen çıkarımlardan kaçınılmalıdır.

### **Tablo Grafik ve Şekiller**

Yazı içindeki grafik, şekil ve tablolar Romen rakamıyla numaralandırılmalıdır. Şekillerin metin içindeki yerleri belirtilmelidir.

### **Tablolar**

Tablolar bilgileri etkin bir şekilde gösterir, bilginin ayrıntılı olarak verilmesini sağlar. Bilgileri metin yerine tablolarda vermek genelde metnin uzunluğunu kısaltır.

Her tablo ayrı bir sayfaya çift aralıklı olarak basılmalıdır. Tabloları metindeki sıralarına göre numaralayıp, her birine kısa bir başlık verilmelidir. MS Word 2000 ve üstü versiyonlarında otomatik tablo seçeneğinde “tablo klasik 1” ya da “tablo basit 1” seçeneklerine göre tablolar hazırlanmalıdır. Başlık satırı ve tablo alt üst satırları dışında tablonun içinde başka dikey ve yatay çizgiler kullanılmamalıdır. Her sütuna bir başlık verilmelidir. Açıklamalar başlıkta değil, dipnotlarda yapılmalıdır. Dipnotlarda standart olmayan tüm kısaltmalar açıklanmalıdır.

Varyasyonun standart sapma ya da standart hata gibi istatistiksel ölçümleri belirtilmelidir. Metin içinde her tabloya atıfta bulunulduğuna emin olunmalıdır. Eğer yayınlanmış ya da yayınlanmamış herhangi başka bir kaynaktan veri kullanılıyorsa izin alınmalı ve kaynak sahibi tam olarak bilgilendirilmelidir.

Çok fazla veri içeren tablolar çok yer kaplar ve sadece elektronik yayınlar için uygun olabilir.

### Şekiller

Şekiller ya profesyonel olarak çizilmeli ve fotoğraflanmalı ya da fotoğraf kalitesinde dijital olarak gönderilmelidir. Şekillerin basıma uygun versiyonlarının yanı sıra JPEG ya da GIF gibi elektronik versiyonlarda yüksek çözünürlükte görüntü oluşturacak biçimlerde elektronik dosyaları gönderilmeli ve bu dosyaların görüntü kaliteleri bilgisayar ekranında kontrol edilmelidir.

Röntgen, CT, MRI filmleri ve diğer tanısal görüntülemeler ve patolojik fotomikrografik preparatlar ve örnekler genelde 127-173 mm boyutlarında yüksek kalitede basılmış olarak gönderilmelidir. Bu nedenle şekillerin üzerindeki harfler, sayılar ve semboller açık ve tüm makalede eşit ve yayın için küçültüldüklerinde okunabilecek boyutlarda olmalıdır. Şekiller mümkün olduğunca tek başlarına anlaşılabilir olmalıdır. Eğer insan fotoğrafları kullanılacaksa, ya bu kişiler fotoğraftan tanınmamalıdır ya da yazılı izin alınmalıdır (etik bölümüne bakınız).

Şekiller metinde geçiş sıralarına göre numaralandırılmalıdır. Önceden yayınlanmış bir şekil kullanılacaksa, yayın hakkını elinde bulunduran izin alınmalıdır.

## Kaynaklar

### Kaynaklarla ilgili genel konular

Gözden geçirme yazıları okuyucular için bir konudaki kaynaklara ulaşmayı kolaylaştıran bir araç olsa da, her zaman orijinal çalışmayı doğru olarak yansıtmaz. Bu yüzden mümkün olduğunca yazarlar orijinal çalışmalarını kaynak göstermelidir. Öte yandan, bir konuda çok fazla sayıda orijinal çalışmanın kaynak gösterilmesi yer israfına neden olabilir. Birkaç anahtar orijinal çalışmanın kaynak gösterilmesi genelde uzun listelerle aynı işi görür.

Özetler kaynak olarak gösterilmemelidir. Kabul edilmiş ancak yayınlanmamış makalelere atıflar “basımda” ya da “çıkacak” şeklinde verilmelidir; yazarlar bu makaleleri kaynak gösterebilmek için yazılı izin almalıdır ve makalelerin basımda olduğunu ispat edebilmelidir. Gönderilmiş ancak yayına kabul edilmemiş makaleler, “yayınlanmamış gözlemler” olarak gösterilmeli ve kaynak yazılı izinle kullanılmalıdır.

Tektip kuralları esas olarak Amerikan Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine, NLM) tarafından uyarlanmış olan bir ANSI standart stilini kabul etmiştir. Kaynak atıfta bulunma örnekleri için yazar(lar) [http:// www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) sitesine başvurulabilir.

Dergi isimleri Index Medicus'taki şekilleriyle kısaltılmalıdır. Liste <http://www.nlm.nih.gov> sitesinden de elde edilebilir.

Kaynaklar yazının sonunda (Kaynaklar/References) başlığı altında alfabetik soyadı sırasına göre numaralandırılıp dizilmelidir. Metin içinde ise parantez içinde yazar soy ismi ve yıl belirtilmelidir. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir. Tüm yazarlar belirtilmeli, “ve ark.” ibaresi kullanılmamalıdır. Kaynak dergi adlarının kısaltılması Index Medicus'a uygun olmalıdır. Index Medicus'ta indekslenmeyen bir dergi kısaltılmadan yazılmalıdır. Kaynaklar için örnekler aşağıda belirtilmiştir.

### 1.Dergi makaleleri:

- Standard dergi makalesi: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

- Medline’da yer almayan ve kısaltması olmayan dergilerin makaleleri için: Üçok A, Tükel R, Özgen G, Saylan M, Nuray K, Calikusu C, Keser V. Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin ve bozukluğun sıklığı. 3P (Psikiyatri,Psikoloji,Psikofarmakoloji) Dergisi 1998; 6(2) 107-110
  - Yazar bir kuruluş ise: Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.
  - Yazar ismi verilmemişse: 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325 (7357):184.
  - Yazar hem kişi hem de bir kuruluş ise: Valancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169(6):2257-61.
  - Yazı dergi ekinde çıkmışsa: Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.
  - Yazı dergi eki içeren bir sayıda çıkmışsa: Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.
  - Yazı bölümlü ciltte çıkmışsa: Abend SM, Kullish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83(Pt 2):491-5.
  - Yazı bölümlü sayıda çıkmışsa: Ahrar K, Maddoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 1):923-8.
  - Yazı cilt numarası olmayan sayıda çıkmışsa: Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.
  - Yazıda sayı ve cilt numarası yoksa: Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.
  - Basılı şekilden önce elektronik yayınlanan yazı: Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.
  - Gerekiyorsa makale cinsinin bildirilmesi: Kline MD. Fluoxetine and anorgasmi (letter). Am J Psychiatry 1989; 146:804-5.
- ## 2. Kitap ve Diğerleri:
- Sadece yazar : Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002
  - Editör(ler)in yazar olması: Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
  - Bir kuruluşun yazar ve basımcı olması: Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.
  - Kitap bölümü: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
  - Konferans tebliğleri: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.
  - Konferans makalesi: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza’s computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tetamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.
  - Bilimsel ve teknik rapor: Yen GG (Oklahoma State University, School of Electrical and Computer Engineering, Stillwater, OK). Health monitoring on vibration signatures. Final report. Arlington (VA): Air Force Office of Scientific Research (US), Air Force Research Laboratory; 2002 Feb. Report No.: AFRLSRBLTRO20123. Contract No.: F496209810049.
  - Patent:Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positio-

ning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

- Sözlük ve benzer kaynaklar: Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.
- Yayınlanmamış kaynak: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. In press 2002.

### 3. Elektronik Kaynaklar:

- CD-ROM: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- İnternette dergi makaleleri: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/wawatch.htm>
- İnternette monografılar: Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>
- Web sayfası: Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>
- Web sayfasının bir bölümü: American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>
- İnternet veri bankası: Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

### Olgu sunumları için bilgilendirme

Klinisyenin sıkça karşılaştığı genel zorluklarına değerli çözüm önerileri getirebileceğini ve anlamlı tartışmalarla önemli klinik çalışmaları

tetikleyebileceğini ve/veya öğretici değeri olduğunu düşündüğünüz olgu örneklerinin yayınlanmasına öncelik verilecektir.

Olgu Sunumu; bir özellik, durum, komplikasyon veya girişim ile ilgili bilgiyi tıp dünyasıyla medikal dergi yoluyla paylaşmayı sağlar. Olgu sunumlarının bir amacı da klinisyenleri hastanın olağan olmayan klinik özellikleri, değerlendirilmesi ve/veya sağaltımı ile ilgili olarak eğitmektir. Klinisyenler tarafından bildirilen gözlemler, olgu sunumlarıyla yeni araştırma projelerini destekleyen hipotezler de yaratabilir.

#### Giriş

Klinik sorunun öneminin ve sıklığının açıklanması, olgu sunum amacının belirtilmesi beklenmektedir. Eğer bu olgudan yola çıkılarak bir hipotez ortaya konulacaksa, açıkça bu bölümde belirtilmeli ve olgu sunumunun okuyucu için taşıdığı önem vurgulanmalıdır.

#### Olgu sunumu

Olgu ile ilişkili verilerin özetlendiği bölümdür. Olumlu ve olumsuz önemli tüm bulgular, olgunun durumu için anlamlı olabilecek kısa öykü, demografik veriler (olgunun kimliğinin gizliliğine azami önem verilmelidir), sağaltımlar, hastalığın gidişi ve sonlanımı anlatılmalıdır. Önemsiz detay bilgilerden kaçınılmaya gayret edilmelidir. Gerektiğinde yeni uygulanan, az bilinen bir sağaltımın veya değerlendirme yönteminin detayları açıklanabilir.

Bu bölümün okuyucu için en önemli ve dikkat çekmesi gereken bölüm olduğu unutulmamalıdır.

Yazıda önerilen düzen ilk bölümde olgunun öyküsü, yapılan değerlendirmeler, kullanılan yöntemler ve diğer bölümde sağaltımlar ile sonuçları şeklindedir.

#### Tartışma

Olguyla ilgili bilimsel düşüncenin ön plana çıkarıldığı ve eldeki bilimsel veriler ışığında tartışıldığı bölümdür. İlk paragraf, olgu ile ilgili soruyu ve/veya amacı hatırlatıp olası yanıtları verebilir.

Bulguların varılan sonucu ve yanıtları nasıl desteklediği açıklanmalıdır. Bu sonuçlar var olan bilgilerle ne kadar uyumludur; daha önce aynı durumla ilgili neler yazılmıştır? Literatürden ör-



nekler verirken cömert olunmalı ancak önemsiz detaylardan kaçınılmalıdır.

Bu olguda eksik olan veriler, yapılmamış olanlar ve daha iyi anlaşılması için neler yapılması gerektiği belirtilmelidir.

Yazıda en önemli aşama vermek istenen mesajın doğrulanmaya çalışıldığı bölümdür. Hakemler ve okuyucular mesajın bilimsel açıklaması için kanıtları isteyeceklerdir. Varılan sonuç açık olarak belirtilmelidir. Olgunun önemi belirtilmelidir; bu sunumdan çıkan öneriler, sonuçlar, diğerlerinden farklılıkları, ortaya çıkan kuramlar nelerdir? Öğrenilmesi gereken dersler var mıdır?

### Sonuç

Mesaj bir iki cümleyle özetlenmelidir. Kısa ve öz olunmalıdır. Olgu sunumlarıyla ilgili ayrıntılı bilgi için: McCarthy LH, Reilly KE. How to write a case report. Fam Med. 2000 Mar ; 32(3): 190-5. Rahij Anwar et al. How to write a case report. Student BMJ Volume 12 60-61.

### Makalenin dergiye gönderilmesi

Gönderilen yazılar, hem 3 nüsha halinde yazıcı çıktısı olarak ve hem de diskette ve/veya e-mail uzantısı olarak elektronik makale gönderisi şeklinde kabul edilecektir. Elektronik gönderi hem zaman kazandırıp posta ücretinden kurtardığından, hem de yazının değerlendirilmesi sırasında (örneğin hakem değerlendirmeleri ve yazarlarla yazışma sırasında) makalenin elektronik biçimi kolaylık sağladığından yeğlenmektedir. Bu nedenle makalenin elektronik biçimi de gönderilmelidir.

### Yazışma Adresi

Dr. Mehmet Can Ger  
Zübeyde Hanım Cad. D3 Blok Daire 4  
Ataköy 1. Kısım Bakırköy-İstanbul  
Tel : +90 (212) 560 52 58-59  
Faks : +90 (212) 570 67 17  
e-posta: drcanger@hotmail.com

### Son kontrol listesi

- Editöre sunum sayfası
  - Makalenin kategorisi
  - Başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu
  - Sponsor veya ticari bir firma ile ilişkisi (varsa)
  - İstatistik kontrolünün yapıldığı (araştırma makaleleri için).
  - İngilizce yönünden kontrolünün yapıldığı
  - Telif hakları devri formu,
- Daha önce basılmış materyal (yazı-resim-tablo) kullanılmış ise izin belgesi,
- İnsan ögesi bulunan çalışmalarda Yöntem ve Gereç bölümünde Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygunluk, kendi kurumlarından alınan etik kurul onayının ve hastalardan “bilgilendirilmiş olur” (informed consent) alındığının belirtilmesi,
- Hayvan ögesi kullanılmış ise Yöntem ve Gereç bölümünde “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” ilkelerine uygunluğunun belirtilmesi,
- Kapak sayfası
  - Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı (Tercihen birer satır)
  - Yazarlar ve kurumlar
  - Tüm yazarların yazışma adresi, iş telefonu, GSM, e-posta adresleri (Bu bilgiler yalnızca makalenin orijinal nüshasında olmalı, diğer 3 kopyada bulunmamalıdır.)
- Özetler (maksimum 250 kelime) (Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar Kelimeler: 3-10 arası (Türkçe ve İngilizce)
  - Teşekkür
- Kaynaklar
  - Tablolar, resimler, şekiller



## RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi Telif Hakkı Devir Formu

Biz aşağıda imzaları bulunan:

[Yazar(lar)ın Adı]: \_\_\_\_\_

tarafından yazılmış,

(Makale Adı): \_\_\_\_\_

başlıklı makale konusunda, RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'nin yazı kendisine ulaşıncaya kadar hiç bir sorumluluk taşımadığını kabul ederiz.

Aşağıda imzaları bulunan yazar(lar) olarak, sunduğum(uz) makalenin etik kurallara uygun bir çalışma dizaynıyla yapıldığını, orjinal olduğunu, herhangi bir başka dergiye yayınlanmak üzere verildiğini; daha önce yayınlanmadığını (eğer tümüyle ya da bir bölümü yayınlandı ise yukarıda adı geçen dergide yayınlanabilmesi için gerekli her türlü iznin alındığını) ve orjinal telif hakkı formu ile birlikte RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'ne gönderildiğinin garanti edildiğini ve yayınlanacak yazı(lar)da düzeltme yapma hakkının RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi yayın kuruluna devredildiğini ve makalenin yazar(lar)ı olarak: telif hakkı dışında kalan patent ve benzeri bütün tescil haklarını; yazar(lar)ın gelecekteki kitaplar ve dersler gibi çalışmalarında; makalenin tümü ya da bir bölümünü ücret ödemeksizin kullanma hakkını ve makaleyi satmamak koşulu ile kendi amaçları için çoğaltma hakkını RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi'ne devredildiğini tasdik eder(ler).

[Yazar(lar) tarafından imzalanmak üzere]:

Adı, Soyadı: \_\_\_\_\_ imza: \_\_\_\_\_ tarih:...../...../.....

Adı, Soyadı: \_\_\_\_\_ imza: \_\_\_\_\_ tarih:...../...../.....

Adı, Soyadı: \_\_\_\_\_ imza: \_\_\_\_\_ tarih:...../...../.....

Yazışma Adresi: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Faks: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

NOT: Lütfen formu eksiksiz doldurunuz, imzalayınız ve aşağıdaki adrese metinle birlikte gönderiniz.

Dr. Mehmet Can Ger, Zübeyde Hanım Cad. D3 Blok Daire 4 Ataköy 1. Kısım Bakırköy-İstanbul

Tel : +90 (212) 560 52 58-59

Faks : +90 (212) 570 67 17

e-posta: drcanger@hotmail.com