

üçlü etkileşime girmekte çok zorlandı, annenin çok heyecanlı ve sözel bir ilişkiye girmesine rağmen M hem kaçmak hem sarılmak istiyordu. 5. oturumda ilk kez babasıyla oturuma başlamak için çaba gösterdi, oturum boyunca da çok iyi göz-kontağı kurdu ve anneye birlikte şarkı söyledi; soru-cevap şeklinde konuştu. M artık annesiyle olduğu kadar babasıyla da daha bir etkileşim içinde, ilk oturumlarda olduğu kadar ikili duygular içinde değil, ancak zaman zaman içine kapanıp, çok az etkileşim içine girdiği oturumlar da olmaktadır...

Bugün 2. ayın sonunda anne-baba evde M'in gösterdiği olumsuz davranışların hemen hemen hiç kalmadığını, aralarında olumluya doğru giden bir ilişki olduğunu ve morallerinin yüksek olduğunu bize belirtiyorlar... Ama henüz başındayız ve yolumuz uzun...

#### KAYNAKLAR

DSM III (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition).

*Psikoloji Dergisi*  
Ağustos 1988, Cilt VI. Sayı 22.

## DAVRANIŞCI YÖNTEMLERLE İYİLEŞTİRİLEN BİR HİSTERİ OLGUSU\*

Yrd. Doç. Dr. Orhan DOĞAN (\*)  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ahmet GÖĞÜŞ  
H.Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı

İkel çağlardan bu yana bilinen histeri zaman zaman hastalık, zaman zaman doğa üstü güçlere bağlı bir durum olarak görülmüştür. Son yüzyılda histeri bilimsel olarak ele alınmış; nedenleri, epidemiyolojisi, sağaltımı gibi konulara yönelik çalışmalar yapılmıştır. 19. yüzyılda çok görülen büyük histeri nöbetlerine günümüzde fazla rastlanmamakla birlikte, ülkemizin de içinde bulun-

duğu az gelişmiş ülkelerde histerik nevroz, ya da histerik belirtilere her iki eşyede de çık sık rastlanmaktadır. Bu tür durumlarda değişik ele alma ve sağaltım yöntemleri uygulanmaktadır.

Bu yazıda diğer sağaltım yöntemlerine dirençli, davranışçı sağaltım yöntemlerine duyarlı ve, 4 yıldır düzenli olarak izlenmekte olan süregenleşmiş bir histerik nevroz olgusu sunulmaktadır.

\* XIX. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde sunulmuştur.

Hasta başvurup yatırıldığında 38 yaşında, bayan, ortaokul mezunu, evli, ev hanımı, iki çocuklu ve kentte oturmaktaydı. Polikliniğe sıkıntı, uykusuzluk, geçirme yakınmaları ile başvurmuştu.

Hasta altı çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olarak bir köyde doğmuş; uysal, sakin, çevresine sevilen bir çocukken ailesi tarafından öğrenimini sürdürmesi engellenmiş; 16 yaşındayken sevmediği, çirkin bulunduğu, bir çocuklu, dul bir erkekle evlenmesi için baskı yapılmış ve evlenmiş. Eşi titiz ve çabuk öfkelenen bir kişi olmasına karşın, ailede egemen kişi hasta olmuş. İlk çocukları bir yaşında iken hastalanmış. Yatırılarak sağaltım görmesine karşın bitkisel yaşama girmiş ve evde bakıma alınmış. Bu dönemde ailenin ekonomik durumu iyi olmadığından, hasta ve eşi yeterince bakım ve ilgi gösteremediklerini düşünerek kendilerini suçlamışlar. Çocuğun beslenme, temizlik gibi gereksinmelerinin tümüyle hasta ilgilenmiş. Bu gereksinmelerle uğraşmak çok yorucu ve uzun süreli olduğu halde bir kez bile yakınmamış. Yatırılmadan 15 yıl önce çocuğunun iyi olamayacağı aklına geldikçe geçirmeye başlamış. Bu belirtiyi önemsememiş ve bir rahatsızlık olarak görmemiş. İlk yıllarda ailesi ve arkadaşları hastanın geçirmesini yadurğamışlar, ancak zamanla alışarak olağan bir durum gibi kabul etmişler. Çocuğunun 11 yaşında ölümünün ardından geçirme sıklığında artış olmuş. Önceleri haftada bir kez geçirirken, her gün geçirmeye başlamış. Bu geçirmeler Bazan birkaç saat sürermiş. Arkadaşlarının geçirmesini "gaklamak" olarak adlandırmaları ve onların alaycı tutumları onu etkilememiş, hatta durumunu tam olarak yansıttığını düşünerek bu sözcüğü benimsemiş. Ailesinin hekime başvurma önerilerini ise, hasta olmadığı gerekçesiyle sürekli reddetmiş. Belirti hastanın sosyal yaşamını etkilememiş. Geçirmesinin diğer insanları rahatsız etmesi ve onların tepkilerine ilgisiz kalmış.

Yatırılmadan 1.5 yıl kadar önce geçirmesine ek olarak sıkıntı, terleme, çarpıntı, göğsünün sol yanında ağrı yakınmaları başlamış. Daha sonra çökkün (deprime) durumda olan eşini bir psikiyatriste götürdüğünde geçirmesi farkedilmiş. Önerilen sedatiflerle sıkıntısının azalmasına karşın, geçirmesinde değişiklik olmamış. Hekimin önerisi ve ailesinin de ısrarı ile hastaneye yatmayı kabul etmiş.

Hastanın kişilik yapısı incelendiğinde uysal, kolay etkilenebilir, özverili, duyu ve düşüncelerini açığa vuramayan, yeterli sosyal uyum yapabilen bir kişilik yapısına sahip olduğu görüldü. Kendisi ve yakınlarınınca iyimser, yardımsever, arkadaş gruplarına kolayca uyum yapabilen, titiz, üzüntüye karşı dayanıksız bir kişi olarak tanımlandı. Öğrenimini sürdürmesinin engellenmesi ve istemediği bir evliliğe zorlanması... bu olaylarda olumsuz duyu ve düşüncelerini açığa vuramaması, yukarıdaki gözlem ve tanımlamalar için önemli ipuçları olarak değerlendirildi. Hastanın hastalık öncesi kişilik yapısının Öztürk ve Göğüş (1973) tarafından histeride tanımlanan ve "uysal uyum" olarak nitelendirilen kişilik yapısı ile uyumlu olduğu dikkati çekti.

#### Yapılan İncelemeler

Bedensel muayenesi ve organik yönden gerekli incelemeleri yapılan, klinik belirtileri gözlenen hastaya Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Rorschach ve Draw-A-Man testleri uygulandı. Testlerin değerlendirilmesinde ağırlık, olgunlaşmamış (immature) kişilik özellikleriyle histerik özelliklerin belirgin olduğu, öfke ve bağımlılık duygularının görüldüğü, beklenen performans gösterilemediği konularındaydı.

#### Sağaltım

Hastanın sorunlarının ruhsal olmadığına inandığı, daha önce kullandığı sedatiflerden yararlanmadığı ve özellikle geçirme yakınması yakınlarınınca ilk sorun olarak düşünüldüğü için kısa sürede sonuç alınabilecek bir yöntem uygulanmalıydı. Sorunun tamamen çözümü (ortadan kaldırılması) için gerekli olan içgörü (insight) kazandırmak uzun zamanı gerektirecekti. Oysa kurumdaki beklentinin yerine getirilmesi için aile o süreyi bekliyemiyordu. Beklenti kısa sürede özellikle geçirme belirtisinin ortadan kaldırılmasıydı. Kısa süreli sağaltım yöntemi araştırılırken içgörü kazandırılmasının daha uzun zamana bırakılması tasarlandı. Bunun için de davranışçı sağaltım yöntemlerinin denebileceği düşünüldü.

Yapılan sağaltım tasarısına göre günde iki kezden bir keze, 15 dakikadan 5 dakikaya doğru azalan istemli geçirme seanslarına başlandı. Bu uygulama 17. günde sonlandırıldı.

Hasta uygulanan yöntemi garip bulduğunu belirterek bir oyuna benzetiyor ve yararı olmayacağını söylüyordu. Daha odaya girerken yüzünde alaycı bir gülümseme beliriyor, ancak istemli geçirme seanslarına uyuyordu. Hastanın izni alınarak seanslar kasete kaydedildi.

İstemli geçirme seansları başladıktan 2 gün sonra geçirme ve sıkıntı yakınmaları büyük ölçüde azaldı. Belirtinin kalkması nedeniyle ortaya çıkabilecek bunaltı için Promazine Hidreklorid 25 mg., uykusuzluğu için gerekirse, Nitrazepam 5. mg. verildi. Seansların bitiminden sonra geçirmelerin kaydedildiği kaset hastaya dinletildi. Ne var ki, 1-2 dakikadan fazla dinliyemedi. Gülerək "Dayanamıyacağım. Bunca sene hiç farkında değildim. Nasıl katlanmışlar? Hayret." biçiminde tepki gösterdi.

İzleyen günlerde kurumda ve evindeki uyumu değerlendirilerek ilaçları kesildi ve taburcu edildi.

#### İzleme

Taburcu edildikten sonraki ilk üç ay iki haftada bir, sonra ayda bir kontrollere çağrıldı. Kontrollere önce eşyle, sonra yalnız olarak düzenli biçimde geldi. Kontrol görüşmelerinde destekleyici psikoterapi uygulandı. Temel amaç çok yavaş bir hızla da olsa, hastaya içgörü kazandırmaya çalışmak, benliğini (ego) güçlendirmek, dolayısıyla karşılaşılabileceği sorunlarla başetmesini sağlamaya çalışmaktı. Bu amaçlara ulaşılmaya çalışılırken eşi ve iki çocuğuyla da görüşülerek onların işbirliği sağlanmıştı.

Düzenli kontroller sırasında, taburculuk sonrası 15. ayda geçirme yakınmasının ruhsal olduğuna inandığını belirterek nedensel bir açıklama da getirdi. Bunu "Çocuğa baskarken çok yorulduğum, çok özveride bulduğum. Öldüğü zaman 'Kurtuldum.' diye sevindim. Fakat çevrenin beni kınayacağını düşünerek bunu kimseye söyleyemedim. Daha sonra da sıkıntı ve gılgılamam arttı." biçiminde ifade edebildi.

Taburculuktan 3 yıl sonra babası, kardeşi ve kendisini ilgilendiren önemli bir sorunda duyuğu ve düşüncelerini açığa vurabildi.

Halen kontrolleri sürdürülen hastanın belirtisi yinelememiş olup sosyal yaşamı da normaldir.

#### TARTIŞMA

Zihinsel bir kavramın bedensel bir belirtiyeye dönüşmesi olarak düşündüğümüz bu olguda uyumsuz davranışı söndürmek amacıyla bir tür karşı niyetlendirme (paradoxical intention) tekniği uygulanarak olgunun belirtisiz duruma getirilmesinde başarı sağlanmıştır. Sağaltımda önce ilaç desteği sağlanmış, izlemede ise, benlik destekleyici psikoterapi yeğlenmiştir. Davranışçı sağaltım tekniklerinin histeride uygulanması yaygın ve alışılmış bir yol değildir. Histeride bu tekniklerin uygulanmasının yarar sağlıyabilmesi için hasta seçimi ve uygulama aşağıdaki konulara özen gösterilmesi yararlı olacaktır:

1. Davranışçı tekniği uygulayacak elemanın belli bir eğitim almış olması, yeterli eğitimi yoksa mutlaka denetim olması,

2. Hasta seçiminde sorunun uzun süreli ve sağaltıma dirençli olmasının gözönüne alınması,

3. Davranışçı tekniği uygulayacak elemanın hastayı her yönüyle iyi tanıması, sosyokültürel özelliklerini gözönünde bulundurması,

4. Hastanın bilişsel ve duygusal yönlerinin işbirliği için uygun olup olmadığını saptanması,

5. Davranışçı teknik uygulanmadan önce amacın açık olarak saptanması.

6. Olası ise, sağaltım süresinin belirlenmesi,

7. Gerekirse, sağaltımın salt davranışçı sağaltım teknikleriyle sınırlandırılmayıp destekleyici psikoterapiye de yer verilmesi,

8. Elden geldiğince izlemeye önem verilmesi.

Kanımızca ülke ve hasta koşulları gözönüne alınarak düzenlenecek davranışçı sa-