

Takıntılar, Saplantılar ve Zorunlu Hareketler (Obsesif Bozukluklar)

Zwangserkrankungen

Sayfa 10-13

? Hastalar nasıl davranırlar?

? Wie verhalten sich die Erkrankten?

Belli ölçüde kontrol ve tekrarlama insan davranış ve düşüncesinin doğasında vardır. Evden çıktıktan sonra, acaba elektrikli aletler ve gaz vanası kapalı mı diye biraz tedirgin olma duygusunu herkes bilir. İnsan eve geri gelir ve herşeyi yeniden kontrol eder. Buna rağmen, acaba gözden kaçan bir şey oldu mu veya kontrol esnasında kazayla kapalı bir şey açıldı mı diye evden çıktıktan hemen sonra yeniden kuruntu başlar. Belli ölçülerde kontrol etmek doğrudur. Ama bu iş aşırı ölçülere vardığı zaman, düşünce ve faaliyetlerin tamamen bloke olması söz konusu olabilir.

Zorunlu davranışlı insanlar, oldukça saçma olan ve bitip tükenmek bilmeyen kuruntularının, durmadan bastıran bazı düşüncelerinin veya törensel tekrarlamalarının neticede saçma olduğunu iyi bilirler. Yıkama veya kontrol saplantılı bir insan aslında günde 10, 20 veya 30 kez ellerini yıkaması gerektiğini „bilir“. Aynı zamanda, eğer bu işe zaman ayırdığından dolayı diğer günlük işlerini de aksatıyorsa, evden zamanında çıkamıyor, iş yerinde görevlerini zamanında bitiremiyorsa, yerlerinde muntazam duran şeylerin kontrolünün saçma olduğunu da bilir. Ama insanın, bu yaptıklarının „saçmalığını“ „bilmesinin“ yanısıra paralel başka bir düşünce ve duygu vardır. Bu paralel duygu ve düşünce, kısmen somut, kısmen de darımağın korku ve endişelerce yönlendirilir. Bu „ikinci,, davranışlar, davranış itkileri ve düşünceleri sistemi, nerdeyse sihirli bir törenmiş gibi, insanı kontrol ve tekrarlamaya çağırır.

Eşlerin ve aile üyelerinin sınırları, hastanın bu sürekli tören halini almış tekrarlanan davranışlarından

dolayı aşırı ölçüde yıpranır. Ancak zorunlu hareket rahatsızlığı geçiren kişi, bu saplantı ve zorlamaların saçma sapan olduklarını fark etse dahi, düşünce ve davranışlarının önünü alamaz. Bu davranışları yapmadığı takdirde bedensel olarak rahatsızlık duyar, gerilim yaşar, huzursuz olur ve korkar; ama bu tören halini almış tekrarlar ile en azından belli bir süre rahatlar. Ancak daha sonra zorunlu düşünce ve davranışlar kendilerini yeniden gösterirler. Fakat sonuçta, hareket alanı öylesine daralmış olur ki, artık saplantı tüm günlük yaşamı berirler hâle gelir.

? Takıntılar ve zorunlu hareketler hangi sıklıkta görülürler?

? Wie häufig kommt der Zwang vor?

Saplantı, takıntı ve zorunlu hareket türünden bozukluklar sanıldığından daha sık olarak görülürler. Söz konusu kişiler utanarak bundan söz etmedikleri için ve de eskiden bu konuda etkili bir yardım hemen hemen olanaksız olduğu için, gizli rakam oldukça yüksektir. Toplumun yüzde 1-2'si bu bozukluktan rahatsızdır.

Saplantı ve zorunlu davranış rahatsızlıkları tüm yaş gruplarında, erkeklerde ve kadınlarda aynı derecede görülür. İlk belirtiler, genellikle çocuk yaşta veya erken yetişkinlik çağında başlar. Bunlar genellikle uzun bir müddet farkedilmez, tuhaf ve abartılı davranışlar olarak reddedilirler veya rahatsız kişi bu düşüncelerinin ve eylemlerinin anlamsızlığını bildiği için, gizli gizli yapılırlar. Aniden kaybolmaları enderdir. Çoğunlukla aşama aşama veya fark ettirmeden artış eğilimi gösterirler.

? Takıntı ve zorunlu hareket hastalığı nasıl oluşur?

? Wie entsteht die Zwangskrankheit?

Belli ölçülerde törenleşmiş tekrarlar ve kontroller anlamlı olabilir. Hayvan davranışlarıyla ilgili araştırmalar, hayvanların, örneğin, kendi bölgelerini emniyet altına almak amacıyla, dinlenmeye çekilmeden veya yemek yemeye başlamadan önce, defalarca ve tekrarlayarak aynı hareketleri yaptıklarına, dönüp etraflarına baktıklarına, bu şekilde „her şeyi göz altında buldurdularına“ dair ipuçları vermiştir. Tekrar tekrar yapılan törensel denetimler insanda da biyolojik kökenli gibidir. Saplantı hastalarının bu konudaki tanımlaması sanki hayvansal bir „iç güdüyü“ anlatır. Düşünce ve hareketlerini, saplantılar belli ölçüde sona erene kadar, tekrarlamaları gerektiğini söylerler. İnsan beyindeki bazı devrelerin bozulması beyin araştırmaları tarafından ortaya konmuştur. Bu durum mecaz anlamında „bir plağın takılmasına“ benzetilir. Böyle hâllerde, doğal şekilde son bulmadığı veya dışardan bir etki araya girmediği sürece, düşünce ve hareketler her defasında yeniden tekrarlanır. Psikoanalitik açıdan baktığımızda, biyolojik yani kalıtsal faktörlerin yanı sıra, erken çocukluk dönemlerinde uygulanan yetiştirme tarzı da, takıntı ve zorunlu hareket bozukluğunun oluşmasında bir faktör olarak tartışılmaktadır; örneğin, eğer temizlik eğitiminin ilk dönemlerinde temizlik olayı anne tarafından aşırı ölçülerde vurgulandıysa. Bu tez oldukça spekülâttir. Sigmund Freud tarafından, aşağı yukarı tüm takıntı hastalarının sağlıklı günlerinde çok intizamlı, oldukça titiz ve aşırı ihtimamlı oldukları yolunda ileri sürülen varsayım da kanıtlanmış değildir. Ancak tesadüf olamayacak kadar bir yığılma da vardır. Hastalananların yüzde altmış, hastalığın oluşmasından önceki devrede „anankastik“ şahsiyet özelliği gösterirler.

? Takıntı ve zorunlu hareket hastalığı nasıl tedavi edilebilir?

? Wie kann die Zwangsstörung behandelt werden?

Takıntılar ve zorunlu hareket türünden rahatsızlıkların nedenleri üzerine olan bölümde iki faktörün rol

oynadığını göstermiştik. Birinci faktör, biyolojik olarak „azmış“ fonksiyon bozukluğudur. İkinci faktör, yanlış öğrenilmiş „abartılı“ reaksiyon biçimleri ile ilgilidir. Bilgisayar diline çevirmek gerekirse, aksama nedenlerini hem donanımda (beynin yapısıyla ilgili nörofizyolojik ve biyokimyasal bozukluklarda), hem de yazılım sisteminde (hatalı öğrenme süreçlerinde) aramak gerekir.

Dolayısıyla, takıntı ve zorunlu hareket bozukluğuna yönelik tedavi yaklaşımı iki yönlü olmalıdır. Duruma göre iki yoldan birinin tercihi faydalı olabilir.

Biyolojik fonksiyon bozukluğu açısından düşünüldüğünde, belirli beyin devrelerinin küçük uyarılar nedeniyle sürekli olarak aynı şekilde işlemesi söz konusudur. Takıntılı ve zorunlu hareketli hastaların beyinde bozulmuş nörofizyolojik ve biyokimyasal süreçler vardır. Bu doğrultuda, netice itibarıyla ilaçla tedavide ağırlık noktası serotoninin geri alınmasını seçici olarak engelleyen ilaçlarda ve trisiklik antidepressanlarda bulunur. Bu ilaçlar, yeterli bir süre zarfında (aylarca) ve yeterli dozlarda (bazen depresyon tedavisi için gereken dozun üç misli kadar) alındıkları takdirde, tedavi gören hastaların üçte birinde takıntılarının ve zorunlu hareketlerin yavaş yavaş kaybolmaya başladığı görülür. İlaçların zorunlu düşünce ve davranışların şiddetini azaltışı çok sık görülür. Tamamen yok edilmeleri ise maalesef çok enderdir. Elbette birçok insanın psikolojik tedavi ilaçlarına karşı antipatisi ve ön yargısı vardır. Bu nedenle, bozuk biyolojik süreçlerin normalleşmesinin sağlandığına dair bir açıklama önemlidir. Adı verilen ilaçların etkileyiş prensibi, bedene mahsus serotonin maddesinin geri alınmasının engellenmesinden ibarettir. Bu maddenin beyinde mevcudiyet düzeyi tekrar normal „sağlıklı“ ölçülere çıkartılmaktadır. Burada biyolojik bir etki prensibi söz konusu olduğundan, bağımlılık doğuran bir alışkanlıktan korkmak gereksizdir. Ancak, takıntılı hasta örneğin, takıntılı doğan huzursuzluk ve korku nedeniyle uzun bir süre benzodiazepin türü sakinleştirici kullanırsa, o zaman bağımlılık söz konusu olabilir.

Takıntı ve zorunlu hareket bozukluklarında, ilaçla tedaviye paralel olarak „donanımın yeniden programlanmasını“ sağlayacak davranış terapisi tekniklerinin uygulanması gerekir. Takıntılı düşünceler ve zorunlu hareketlerin nedenleri konusundaki bölümde, bu tür bozuklukların esas olarak öğrenme yoluyla edinilen yanlış hareketler olarak algılanmaması gerektiğini ifade ettik. Ancak, yanlış öğrenme süreçleri de kaçınma reaksiyonlarının oluşmasında katkıda bulunurlar.

Örnek olarak: Defalarca el yıkama, başlangıçta lokanta malzemelerinin kullanılması esnasında oluşan korku ve iğrenmeye karşı yardımcı olur. Söz konusu kişiler iyi bir yıkamanın gerilimi azalttığını öğrenirler. Topluluk tarafından kullanılan yemek kaplarını kullanmamayı veya sürekli daha fazla yıkanmayı öğrenirler. Davranış terapisti, hastanın „otomatik olarak cereyan eden“ takıntılarını kabullenmesi ve bunları adım adım yenmesi için uğraşır. Kaçınma hareketlerinin, daha önce takıntıların oluşmasına yol açan durumlar içerisinde yok edilmesi, davranış terapisinin her şeyden önce ana hedeflerinden birisidir. Söz konusu kişi, ona korku veren durumlarla karşı karşıya getirildiği hâlde zorunlu hareketleri tekrarlamaz. Davranış terapisti, terapiye hazırlık için hasta ile zorunlu davranışı en ayrıntılı biçimde konuşur. Takıntılar hakkında böyle ayrıntılı konuşmalar ve noksatsız bir durum analizi yaparak, çoğu kez hastaya eziyet hâline gelen takıntılar kaosuna bir ilk düzen getirilmiş olur. Bunu yaparken, zorunlu hareket doğuran durumların hastada hangi düşünceleri ve hangi duyguları oluşturduğu olabildiğince ayrıntılı olarak konuşulur. Takıntılar hakkındaki „yanlış“ yargıların karşısına, sabırla ve adım adım, durumun yeni bir analizi koyulur. Beyinde hatalı olarak yerleşmiş düşünsel ve duygusal uyarılar, aynı zamanda düşünce, irade ve herşeyden önce de alıştırma yoluyla yeniden programlanır. Burada hasta, davranış terapisti ile birlikte, zorluk derecesi gözetilerek kolaydan zora doğru çalışır. Son olarak yeni davranış ve reaksiyon biçimleri üzerinde çalışılır. Yeni bir şey öğrenilir. İşte böyle bir öğrenme metoduna dayanan psikoterapi biçimine „davranış terapistisi“ denir (bakınız sayfa 83). Tedavinin alıştırma kısmında ilgili kişiler yeni tecrübeler edinirler. Korku ve zorunlu hareket doğuran durumlara yeterli derecede maruz kaldıkları takdirde, ruhsal gerilimin ve huzursuzluk düzeyinin otomatik olarak düştüğünü öğrenirler („korkunun dönüm noktası“). Korkunun bu azalışı otomatik fizyolojik süreçlerce sağlanır, örneğin, habitüasyonlar (alışma) ve parasempatik karşı düzenleme ile. Bir zorunlu hareket hastası, korku ve huzursuzluğun zorunlu hareket yapmadan da azaldığını defalarca gördükçe, böyle durumlar tehdit edici karakterlerini kaybederler.

Davranış terapisinin sonunda elbette korku yaratan durumla yoğun bir karşılaşma da uygulanır; buna (flooding) tahrik seli denir. Örneğin, yıkama takıntısı olan hastaya saatlerce ellerini yıkamama ödevi verilir. İrrasyonel davranışların sürekli olarak, olabildiğince detaylı ve açıkça dile getirilmesi, bu davranışların

gerçeklik testine tabi tutulması ve somut davranış tarzlarının çalışılması çok önemlidir. Bu süre zarfında paralel olarak günlük faaliyetlerle, örnek olarak, boş vakitlerle ilgili davranışlarda veya diğer insanlarla olan ilişkilere yönelik davranışlarda „çalışma“ yapılır; çünkü takıntısız törenler günlük yaşamı tamamen doldurarak bu alanların tıkanmasına yol açmıştır.

Komorbidite sorunu

Frage der Komorbidität

Takıntı ve zorunlu hareket bozukluklarının diğer ruhsal bozukluklarla birarada bulunması sık rastlanan bir durumdur (birden fazla hastalığın birarada oluşu = komorbidite). Takıntı ve saplantıların şekil değiştirmiş korku ve endişelere bağlı olarak ortaya çıkışı özellikle sık rastlanan bir olaydır (fobi diye bilinen olaylar, bakınız s. 2, 5). Örnek olarak, aşırı ölçüde yıkanma, duş alma ve temizlenme olayı, bulaşıcı hastalıklara yakalanma veya başkalarına da „bulaştırma“ korkusuyla ilişkilidir. Takıntı düşünceler ve davranışlar, sık sık duygulanımla ilgili can sıkıntılarıyla birlikte de mevcut olurlar (distimler, s. 29; majör depresyon, bkz. s. 33). Sayıca küçük bir grup insanda, takıntı ve saplantı olayları şizofreninin psikotik semptomlarıyla birlikte görülürler (bakınız s. 39). Ama bu olay çok ender görülür ve bir çok takıntı hastasında varolan, tekrarlanan hareketler yüzünden duyulan „delirme“ korkusuyla karıştırılmamalıdır. Son olarak da takıntı bozukluklarının yemek alışkanlıklarında görülen bozukluklarla çakışması durumu söz konusudur (bakınız s. 45).

Takıntı ve zorunlu hareket rahatsızlıklarının korku, yeme ve depresyon rahatsızlıklarıyla birlikte görülmesi „iki yönlü“ tedavi uygulamasını gerektirir. Korku, saplantı ve depresyonların ortak nörobiyolojik nedenleri olduğu açık olduğundan, antidepresan ilaçlar etkilidir. Uygulanan ilaçlar trisiklik clomipramin (klomipramin) ve daha önce adı geçen serotoninin geri alınmasını engelleyen ilaçlardır, örneğin fluvoxamin (fluvoxamin), fluoksetin (fluoksetin), sertralin, cipramil (sipramil), paroksetin (paroksetin) gibi. Serotonerg olarak etkili olan anksiyolitikler de (buspiron) destekleyici etkide bulunurlar. Bunlar, adı geçen komorbide rahatsızlıklara karşı iki yönlü tedavide etkili olurlar. Yeterli etki oluşmadığında sinir doktoruna başvurul-

malıdır. Sınır doktoru, tahminen ikincil ilaçlar olarak venlafaksin (venlafaksin), lithium (lityum) tuzları veya tipik olmayan nöroleptikler yazacaktır.

? Eşler ve aile üyeleri nasıl davranmalıdırlar?

? Wie sollten sich Partner und Angehörige verhalten?

Hastaların kendileri için olduğu kadar yakınları için de önemli olan nokta, önce hastanın özelliklerini dikkate alarak, hastalığı törensel yanları ve tekrarları ile birlikte anlamak ve kabul etmektir. Bu tür hareketler, yakışsız davranışlar ve müşkülât olarak görülmemelidirler. Ayrıca bunlara tuhaflık ve şahsiyetle ilgili acaiplikler olarak bakıp kadermişçesine katlanmak da doğru

değildir. Diğer bir çok ruhsal rahatsızlıkta olduğu gibi, burada da ölçülü bir mesafeden yaklaşmak ve sınırlı davranmak gerekir. Hasta ne kadar ısrar ederse etsin, diğer kişiler kendilerini takıntı törenlerine kaptırmamalıdır. Hasta, takıntılara karşı yaptığı çalışmada ölçülü biçimde, dikkatli ama kararlı bir şekilde hastalık terapi programı kapsamında desteklenmelidir. Takıntı rahatsızlıklarının beyinde varolan bir fonksiyon bozukluğu olduğunu da tüm tarafların bilmesi önemlidir. Bu durumda kimse kusurlu değildir. Takıntı ve zorunlu davranış rahatsızlıkları ilaçla ve davranış terapisi yoluyla gayet iyi bir şekilde düzeltilebilirler. Takıntıyı tamamen yok etmek her zaman mümkün değildir. Ama hissedilir bir azalma gerçekleştirmek sık rastlanan bir olaydır ve rahatsız kişiye bu şekilde en azından hareket alanının bir kısmı geri verilmiş olur. Bu sayede yakınlarının durumu da belli ölçüde düzelir.