

## BİR VAKA: KÜLTÜREL FENOMENLERİN PSİKİYATRİK TANILARA ETKİSİ

Erol GÖKA\*, M. Hakan TÜRKÇAPAR\*, Ayhan ŞİRİN\*,  
M. Sezal BERBER\*, Şükrü K. ELVERİCİ\*, Haldun SOYGÜR\*

**Özet:** *Kültürel fenomenlerin psikopatolojiye içeriklerini vermelerinden dolayı önemi açıktır. Bunun dışında giderek çok kültürlü bir mozayikli andırmaya başlayan insan ilişkilerinin dünyasında kültürel fenomenler aslında öyle olmadıkları halde psikopatolojik bir görünüm verdiklerinden dolayı da önem kazanmaktadır. Bu sorunun bir örneğini, uzunca bir süredir Almanya'da yaşayan ve bir süreden beri geçimini işsizlik sigortası ile sağlayan bir Türk vatandaşının Almanya'da psikiyatri klinikleriyle ilişkisinde göstermek istiyoruz.*

*İslam dininde yaygın olmayan bir ibadet tarzı olan 'itikaf'ı bilinçsiz biçimde uygulamaya kalkışan vatandaşımızın akut psikoz tanısıyla kaldırıldığı bir Alman psikiyatri kliniğinde altı ay süren hospitalizasyonu ve iki yıldır antipsikotik kullanımı eleştirel bir bakışla tanı ve tedavi açısından gözden geçirilecektir.*

### GİRİŞ

Ruhsal rahatsızlıkların belirtileri sözler ve davranışlarla dışarı yansıdığından, ruhsal bozukluklar temelde, biyolojik bulgulardan çok düşünce, duygu ve davranış anormallikleriyle tanınır (1). Ruhsal yapıyı oluşturan düşünsel, duygusal, algısal süreçlerdeki bozukluklar belirtiler halinde sözlere ve davranışlara dökülürken, kişinin önceden edindiği sözel ve davranışsal birikimi

kullanır. Bu birikimin oluşması ve şekillenmesi büyük ölçüde kişinin içinde yaşadığı kültürden etkiler taşır. En geniş anlamıyla toplumun yaşama biçimini imleyen kültür, paylaşılan inanç ve duyguları, kişinin gerçekliği tanımlaması ve ona karşı tavır almasına rehberlik eden bilgiyi içeren bir kavramdır (2). Kültürün insan davranışları, düşünce ve duygularına olan bu etkisi, doğaldır ki patolojik durumları da etkileyecektir. Doğrudan belli bir kültüre özgü patolojik örüntü ve ruhsal hastalıklar, çok az görülen bazı tablolarla sınırlı kalmakla birlikte; genel olarak ruhsal hastalıkların en azından belirti içeriği ve hatta zaman zaman biçimi ve tanımı açısından toplumdan topluma çeşitlilik gösterebileceği de kabul gören bir olgudur. Davranışın normal-anormal olarak tanımlanması veya sınıflandırılması tabiidir ki kültüre bağlıdır (3). Homoseksüelliğin kültürel alandaki farklılaşmayla hastalık kategorisinden çıkartılması bunun en tipik örneklerindedir. Kültürün ruhsal olaylarla olan ilgisi sadece anormalin tanımıyla sınırlı değildir. Değerler ve inançların kişilerarası ilişkilere, kişilik gelişimine de etkileri vardır. Bir toplumun belli bir özelliğe, örneğin yaşlılığa, bakış tarzı, yaşlılara karşı takınılan tutumları etkileyecektir (2).

Belirtilerin ifade edilmiş şekilleri yani içerikleri kültüre özgü farklılaşabilmektedir. Buna benzer biçimde nasıl anormal olanın içeriği ve tanımı kültüre göre değişmekteyse, normalin tanımı ve içeriği de kültüre göre değişebilmektedir. Bu

\* Dr. SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

nedenle de çeşitli tanı sistemlerinde kişinin yaşadığı kültüre göndermelerde bulunmakta ve kimi belirtilerin ancak kişinin içinde bulunduğu veya yetiştiği kültürle uyumsuzsa anormal olarak nitelendirilmesi istenmektedir (4).

Tüm bu belirlemeleri altalta sıralarsak kültürel özellikler, kültüre özgü belli özel ruhsal hastalıklar tanımlanması; ruhsal rahatsızlıkların belirti ve içeriklerinin kültüre göre değişebilmesi ve bir belirtinin anormal olarak nitelenmesinde kültürel çevreyle uyumluluğunun karar verdirici olması nedeniyle psikiyatrik değerlendirmede çok önemli bir yere sahiptir.

Bizim bu bilgiler ışığında ele alacağımız vaka Almanya'da çalışırken İslam dininde az bilinen bir ibadet biçimi olan "itikafı" uygulaması nedeniyle şizofreni tanısı alarak tedavi edilen bir vatandaşımız olacaktır.

#### VAKA:

33 yaşında erkek hasta. Evli 4 çocuklu. Almanya'da işsizlik ve hastalık sigortasından yararlanarak yaşayan ve bu haklarını yitirmemek için yaşamını Almanya'da sürdüren hasta. Türkiye'de kaldığı bir sırada, sıkıntı şikayetiyle kendi isteğiyle kliniğimize başvurdu. Alınan öyküde hastanın ilk rahatsızlığının 1989 yılında başladığı öğrenildi. Bu dönem içe kapanma, iş yapamama, az konuşma ve uykusuzluk yakınmaları olan hastaya sinsi belirtilerle seyreden şizofreni tanısı konmuş ve antipsikotik tedavi başlanmış. Dönemler halinde bu rahatsızlığı süren hasta, 1990 yılında da benzer bir atak geçirmiş. İlk rahatsızlandığı zamandan beri depo nöroleptik te olmak üzere antipsikotik tedavi alan; 1989 ve 1990 yıllarındaki rahatsızlıkları ve ara dönemde iyileşmesinin düzeyi hakkında yeterince bilgi sahibi olamadığımız hastanın biz daha çok 1993 Mart ayında başlayan son rahatsızlık atağı üzerinde durmak istiyoruz.

En son rahatsızlığı 1993 Mart ayında başlamış; Mart ayını Almanya'da bir klinikte geçiren hasta, taburcu edildikten kısa bir süre sonra adinami, iç

huzursuzluk ve hareket etme isteksizliği nedeniyle yeniden hospitalize edilmiş; Nisan ve Ekim 1993 tarihleri arasında 6 ay boyunca hastanede ve psikiyatrik rehabilitasyon merkezinde antipsikotiklerle tedavisi sürdürülmüş, hastanın başlangıçta belirtilerinde bir miktar düzelme olmasına rağmen tam düzelme sağlanamadığı ve Türkiye'de yakınlarının ve dilini bilen tedavi ekibinin bulunduğu bir ortamda daha iyi olacağı düşüncesiyle ülkesine gönderilmiş. Hastanın önceki rahatsızlıkları hakkında tıbbi kaynaklardan bilgi edinememiş olmamıza rağmen bu son rahatsızlığı ile ilgili elimizde ayrıntılı bir epikriz bulunmaktadır. Bu epikrizde hastanın izlemi esnasında yavaş seyreden şizofrenik belirtiler taşıyan psikoz tanısı konduğu, hastanın muayenesinde adinami, iç huzursuzluk, hareket isteksizliği, konsantrasyon ve kavrama eksikliği olduğu, yavaş düşündüğü ve düşünce üretmediği, sınırlı davrandığı, zayıf tepki verdiği, ancak buna rağmen ego sınırlarında zorlanma ve halüsinasyon saptanmadığı belirtiliyor; ayrıca yapılan organik araştırmalardan bir sonuç alınmadığı anlaşıyordu. Hastanın kendisi ise, önceden bir takım ruhsal rahatsızlıkları olduğunu kabul etmesine rağmen, daha sonra tümüyle düzeldiğini; bu son rahatsızlığında hekimlerin kendisine tavırlarını, bu kadar hastanede tutmalarının nedenini anlayamadığını ifade ediyordu. Hastaya göre "galiba hekimleri ve kendi yakınlarını, iyileştikten sonra bir tarikata girmesi ve dine daha düşkün bir hale gelmesi, evde itikaf'a girmiş olması böylesine telaşlandırmış olmalıydı." Hasta, 1993 Mart ayında itikaf adı verilen bir ibadeti gerçekleştirmek üzere evine kapandığı, adı geçen ibadetin gereği olarak kimseyle konuşmadığı ve çok az yemek yediği bir sırada eşinin isteği ve başvurusuyla Almanya'da bir psikiyatri kliniğine yatırıldığını söylüyor; itikaf'a camide değil de evde girdiği için başına tüm bunların geldiğini, tarikattaki arkadaşlarından itikaf'ın ne olduğunu tamamen öğrenmeden itikaf'a girmiş olmasını hatalı buluyordu. Şu anda sıkıntı, yerinde duramama dışında hiç bir yakınması bulunmuyordu. Bir an önce Almanya'ya gitmek, kendisine bir iş bularak eşine ve çocuklarına daha iyi bakmak istiyor, gelecek planları yapıyordu.

Eğitimi lise terk olan 1982'den beri Almanya'da olan, az miktarda Almanca bilen 1988 yılında şimdiki eşiyle 2. evliliğini yapan ve 4 çocuklu hastanın 1989 yılında ilk hastalığına kadar gelişim öyküsünde ve özgeçmişinde, soygeçmişinde dikkate değer bir özellik bulunmuyordu.

Hastanın yatışından sonra yapılan ruhsal durum muayenesinde yerinde duramaması ve gerilimin motor belirtileri gözleniyordu. Anlatımı duraklayaraktı. Konuşması alçak sesle idi. Görüşmeciyile bağlantı kurması yeterli, duygu durumu gergin huzursuz ve can sıkıntısı içinde, duygulanımı kaygılı idi. Algılama ve düşünce bozukluğu yoktu. Hastaya yatışından sonra, psikolojik testleri verildi ve geliş tanısına göre 15mg haloperidol, 6mg biperiden ve lorezepam 3mg/gün başlandı. Bu dönemde yapılan psikolojik testlerde psikotik bir bulguya rastlanmadı. MMPI'da depresyon ve histeri skalaları yüksekti. Muayene bulguları, öykü, psikolojik test sonuçları ve yirmi günlük bir klinik gözlem bulguları bir araya getirilince, hastada sosyal geri çekilme ve garip davranış olarak nitelendirilen eve kapanmanın ibadet amacıyla olduğu göz önüne alınarak bunun hastanın dinsel kültürüyle uyumlu olduğuna şizofrenik bir tabloda olmadığına karar verildi ve yatışının 20. günü, antipsikotik ilaçları kesildi, akatizi olasılığı nedeniyle biperiden bir hafta daha aynı dozda sürdürüldü. Hastanın sonraki izleminde yakınmaları azalarak kayboldu ve bu süre içerisinde sosyal izolasyonunun düzeldiği servise uyumunun iyi olduğu belirlendi.

İlaç kesildikten sonra 55 gün daha klinikte izlenen hastada bu süre içinde herhangi bir psikotik bulgu gözlenmedi. Bu tablo öykü ve muayene bulguları ile hastanın önceden geçirdiği rahatsızlıklarının şizofrenik bir bozukluktan çok, unipolar depresif bozukluk olduğuna; hastanın 1993 Mart'ından beri devam edegelen hospitalizasyonlarına ve hastaya yapılan tıbbi işlemlere neden olan durumun ya yeni ama hafif seyirli bir depresif atak ya da tümüyle kültüre özgü tümüyle normal bir durum olduğuna; ilk rahatsızlık sırasında konan şizofreni tanısıyla hastanın yanlış biçimde etkilenmesinin ve hastaya yüksek dozda

antipsikotik tedavi verilmesinin tabloyu bu kadar karıştırarak hastanın mağduriyetine neden olduğuna karar verilerek hasta taburcu edildi.

### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Yukarıda kısaca özetlemeye çalıştığımız hastanın öyküsüne kültür-psikiyatri bağlamında baktığımızda ilk dikkatimizi çeken şey hastanın belirti ve bulguları değerlendirilirken içinde yetiştiği kültürün özelliklerinin pek dikkate alınmadığıdır. Dil bilmemesi nedeniyle zaten kendini ifade zorlanan hastanın kendisinden yeterli bilgi alınamaması, belirti ve bulguların psikopatoloji lehine yorumlanmasına yolaçan bir diğer etken olabilir. Neden ne olursa olsun burada kültürel özelliklerin iki açıdan geri planda bırakıldığını görüyoruz:

Birincisi içerik düzeyinde bir ihmal: Belirtilerin ifade ediliş şekilleri yani içeriklerinin kültüre özgü farklılaşması kültür psikiyatri ilişkisini vurgulayan zengin alandır. Psikiyatrik hastalıkların ikincil görünüşleri örneğin düşünce içeriğinde olan bozukluklar, varsanı ve sanrıların içerikleri, kültürün etkisiyle şekillenir ve kültürden kültüre değişir (5). Psikiyatrik bozuklukların belirtisel ifadelerinin hastaların kültürüne bağlı olarak değişebileceği kültürlerarası araştırmalarda gösterilmiştir (2). Bu olgu hasta özelinde, rahatsızlık döneminde ortaya çıkan ibadet yoğunlaşmasının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu yoğunluk bize göre şizofrenik bir uğraşından çok hastanın içinde bulunduğu çökkün duygudurumun getirdiği suçluluk ve günah düşünceleriyle ilintilidir; ibadet hasta tarafından bir tür arınma yöntemi olarak kullanılıyor olabilir.

İkinci önemli olan nokta ise anormalin bu hasta özelinde tanımlanmasıyla ilgili: DSM III-R, psikiyatrik hastalık tanısı koyarken özellikle psikotik bozukluklar tanı grubunda kültürel öğelerin dikkate alınmasını istemiştir. Bir belirtinin bizar sanrı olarak nitelendirilmesi için kişinin ait olduğu kültürün tam anlamıyla inanılmaz bulacağı bir olguyu kapsamaması, bir davranışın acaip olarak nitelendirilmesi için kültürel değerlere uyumlu

olmamasını şart koşması gibi koşullar (5) kültürel değerlerin psikopatolojiyi belirlerken muhakkak dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir. Burada belirtilerin doğası araştırılırken kültürel ortamın iyi bilinmesinin önemi birkez daha açığa çıkmaktadır.

Sözlük anlamı bir yere kapanıp ibadet etme olan itikaf, İslam dininde az bilinen ve uygulanan bir ibadet şeklidir. Belli bir süre camiye kapanarak gerçekleştirilen itikaf sırasında kişinin kendisiyle hesaplaşması, günahlarını düşünmesi, yaşamına yeni bir çeki düzen vermeye çalışması amaçlanır.

İtikafa giren kişi ibadetle meşgul olur, Kur'an okur, az konuşur, zorunlu gereksinimleri dışında bulunduğu mescid dışına çıkamaz, cinsel ilişkide bulunmaz (6, 7). İslam dininde az bilinen bu ibadet şeklini biraz bilinçsiz bir şekilde uygulamaya çalışan hastamızın bu davranışının daha önceki doktorlar tarafından kültürel bağlantılar yeterince araştırılmadığı için şizofrenik bir belirti olarak nitelendirildiği görülüyor. Ama kültürel değerler eşliğinde değerlendirme yaptığımızda bu belirtinin tek başına patolojik olarak yorumlanamayacağını, kişinin dinsel kültürüyle uyumluluk içinde olduğunu görüyoruz.

#### KAYNAKLAR

1- Murphy JM CrossY-cultural psychiatry Psychiatry Ed R Michels Vol 3, Chapter 2 Philadelphia, JB Lippincott Company, 1990

2- Griffith EEH Psychiatry and culture Textbook Of Psychiatry Ed Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC Chapter 35 1097-1115, 1989

3- Lipsedge M· Culture and psychiatry Current Opinion in Psychiatry 5 284-289, 1992

4- DSM III-R Amerikan Psikiyatri Birliği Çev E Koroğlu Hekimler Yayın Birliği Ankara 1989

5- Kiev A Transcultural Psychiatry Chapter 1 1-13, 1972

6- Buyuk Larousse 12 Cilt, İnterpres Yay İstanbul, Tarih-sz

7- Ana Britannica 12 Cilt, Ana Yay İstanbul, 1986, 1987, 1988