

Psikiyatride hekim-hasta ilişkisi

Prof. Dr. Kemal Sayar



1966 yılında Ordu'da doğdu. İlkokulu Zonguldak'ta, liseyi Eskişehir'de tamamladı. 1989'da Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlığını Marmara Üniversitesi'nde tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve Kanada McGill Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak bulundu. En son Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde ergen ve genç kliniğini kurdu ve dört yıl boyunca klinik şefliğini yürüttü. Yurtdışında pek çok ülkede çeşitli eğitimlere katıldı, eğitimler verdi. Birçok kitabı olan Sayar, ulusal ve uluslararası dergilerde editörlük ve yayın kurulu üyelikleri yapmaktadır. Sayar, evli ve iki çocuk babasıdır.

Psikiyatri hastası olmak zordur fakat iyi bir doktor bu zorluğu azaltabilir. Kafa karışıklığı ve korkunun, bilgi ile üstesinden gelinbilir. Tedaviye direnç sıklıkla karşımıza çıkar ama şefkat ve akıllı telkinler ile tedaviye uyum sağlanır. Psikiyatrik bir tanı koyduğumuz zaman hastalar hem rahatlar hem de korkarlar. Rahatlarlar, çünkü uzun bir süredir acı ve endişe içindedirler. Korkarlar, çünkü teşhisin

ne anlama geldiğini ve ne tür tedavileri içerdiğini bilmezler. Bir zamanlar oldukları kişi olabilecekler midir? Reçete edilen tedavi işe yarayacak mıdır ve işe yararsa bu tedavinin onlara maliyeti ne olacaktır? Tatsız yan etkiler, aile üyelerinin, arkadaşların, meslektaşların, işverenin tepkileri nasıl cereyan edecektir? Depresyonları, psikozları, endişeleri acaba hayatlarının bir parçası olarak kalmaya devam edecek midir? Doktorun neyi, nasıl söylediği işte bu noktada kritik önem kazanmaktadır.

Tıp pratiği modern teknolojiye giderek daha fazla yaslandıkça, doktor ve hasta arasındaki karmaşık etkileşimler giderek daha fazla inceleniyor ve ciddi eleştirilere muhatap oluyor. Eleştirmenler, tıbbın bilim ve teknoloji yönüne çok fazla vurgu yapılmasının sanat yönünü gölgede bıraktığını dile getiriyor. Hekim ve hasta arasındaki ilişki ciddi aşınmaya uğramış durumda. Bütün tıp dallarında olduğu gibi, psikiyatri uygulamasında da doktor-hasta ilişkisinin niteliği büyük önem taşıyor. Tıbbın hiçbir dalında psikiyatride olduğu kadar bir hasta-





Bazen insanlar biz psikiyatristlere “kiralık sır kasası” gibi davranırlar. Hayatta hiç kimseye söyleyemedikleri, hiç kimseye paylaşamadıkları sırlarını, gelip sizin beyninize kilitler ve oradan çıkmayacağı güveniyle rahatlamış olarak ofisinizden ayrılırlar. İyi bir psikiyatrıst, karşısındaki insanı yargılamaz. Ona kendi dünya görüşünü empoze etmekten kaçınır. İyi bir psikiyatrıst-hasta ilişkisi iki tarafın da birbirine saygı duyduğu, demokratik, tahakkümcü olmayan bir ilişkidir.

İliğin gidişatı doktor-hasta arasındaki duyarlı etkileşimden etkilenmiyor. Yüzlerce çalışma, psikiyatride doktor-hasta ilişkisindeki gücün, başarılı terapötik sonuçların en önemli belirleyicisi olduğunu gösteriyor. İlk temas anından itibaren, terapist veya doktor, hastanın iyileşip iyileşmeyeceğine dair bir dizi etkenin içinde buluyor kendisini. Bu süreçte hastanın kişiliği, tedavinin birincil odağını oluşturuyor. Terapistin kişiliği, tedavi aracı ve ikisi arasındaki etkileşim, tedavinin başarıya ulaşımaya çalışmasını belirliyor. İlk karşılaşmanın niteliği, sağlıklı bir değerlendirme olup olmayacağını da belirliyor. İlk etapta iyi bir bağ kurmak, hem daha doğru teşhise, hem de daha doğru bir tedaviye sebep oluyor. Eğer psikiyatrıst hastasına içten bir ilgi gösteriyorsa, bu durum konumundan, görünümünden, şöhretinden, klinik deneyiminden, eğitiminden ve teknik veya kuramsal bilgisinden çok daha önemli bir hale geliyor. Yakın ve ayrıntılı bir ilgi, mesleki sınırlar içinde kalarak, hastaya patronluk taslamadan ve onu biricik bir insan olarak görerek yaklaşmak, terapistin hastasına içten bir ilgi duyduğunun göstergesi olarak beliriyor.

Hastanın görünürde beraberinde getirdiği sorun ve sendromları ne olursa ol-

sun, psikiyatrıstın, hastayı öncelikle tıpkı kendisi gibi bir insan olarak algılaması ve kabul etmesi gerekiyor. Hasta, sosyal, duygusal, ekonomik, entelektüel boyutlarda nasıl durursa dursun, özünde psikiyatrıstten ya da terapistten hiç de farklı olmayan bir önemle; “insan oluşunun getirdiği değer” ile duruyor. Psikiyatrıstın bildiği tüm kuramlar, teknikler ve vaka örnekleri, psikiyatrıstın hastanın kim olduğunu, onun sorunlarının temelinde yatan etkenleri anlayabilmesi için asla yeterli olamıyor. Psikiyatrıst, hasta ile kabullenici ve değer verici bir ilişki kurabildiği müddetçe bu engeli aşabiliyor ve hastasına yardımcı olma da daha başarılı olabiliyor.

Psikiyatrıstın, hastasına kendi ailesinden bir bireye davrandığı kadar ilgili ve nazik davranması, bununla birlikte onunla olan ilişkisinde kendi bilgi ve deneyimlerini kullanması gerekiyor. Hastayı güler yüzle karşılamak, ona elini uzatmak ve buyur etmek, her sosyal ilişkide yer alması gereken unsurlar olduğu kadar hekim-hasta ilişkisinde de göz ardı edilmemesi gereken unsurlar olarak yer alıyor. Basit bir sosyal ilişkiden farklı olarak psikiyatrıstın hastanın endişe ataklarını, tereddütlerini, kuruntularını, kızgınlık ve sevgi gösterilerini kabul edebilecek ve onları yatıştırıp düzenledikten sonra hastaya sosyal geri bildirim de verebilecek olması önem kazanıyor.

Hastalar doktorlara, sadece sorunlarının ve rahatsızlıklarının çözümünde yardımcı olabilecek insanlar gözüyle bakmamaktadırlar. Hasta için doktor, aynı zamanda bir otorite, bir başarı ve kabul ya da ret figürü olarak da görülmetedir. Doktorun hastaya sosyal ilişkilerin gerektirdiği insani yakınlığı dahi çeşitli kuram ve teknikleri sebep göstererek esirgemesi, bu sebeple hastanın bir otorite tarafından da reddinin ilanı olarak algılanabiliyor. Özellikle hayati bir başa duyulan ihtiyacın en yüksek sınırlarda olduğu durumlarda doktorun hastaya karşı takındığı bu yaklaşım, hastanın kendi varlığına duyduğu değerlerin de düşmesine sebep olabiliyor. İnsani bir ilişkinin varlığı, böylece varoluşsal bir anlam ve hayati bir değer taşıyor. (Nicholi, 1988)

İyi psikiyatrik bakım almadığından yakınan hastaların çoğu, doktorların kendilerine pek az zaman ayırdığı konusunda hemfikirdirler. Doktorlar, hastalık ve tedavisi üzerine aile üyeleriyle görüşmemekte, tahakküm edici bir tutum takınmakta ve hastanın ne söylediğini yeterince dikkat etmemektedirler. Hastanın soru sormasını teşvik etmemekte ve hastanın ilgilerine yeterince açık olmamaktadırlar. Alternatif tedavileri, tedavinin risklerini veya hiç tedavi etmemenin bir riski olup olmadığı

yeterince tartışmamakta ve ilaçların yan etkileri konusunda ön uyarılarda bulunmayabilmektedirler. Bu yakınmaların çoğu, aslında bertaraf edilebilir yakınmalardır. Tedavinin başında hastalarımızın kafa karışıklığı ve ümitsizliği doruk noktadadır. Yine tedavinin başında intihar riski ve ilaç uyumsuzluğu yaygın olarak görülebilir. O halde, tedavinin başında hastamız için ayıracak olduğumuz geniş zaman, dikkat ve ilginizin ona cömertçe sunulması, hem tedaviye uyumu kolaylaştıracak, hem de bu tedaviden daha kolay sonuç almamızı sağlayacaktır.

Doktorun her şeyden önce hastaya ve ailesine umut verebilen bir kişi olması gerekir. Bu umut hastanın kendisine inancını arttıracaktır. Ancak yine de kayıtsız şartsız bir umut vermek yerine bu umudu muhtemel riskler ve ilaç yan etkileriyle dengelemek, ara sıra hastalığın alevlenme istidadı gösterebileceğini hastamıza önden söyleyerek şevkinin kırılmasını önlemek, bütün kriz anlarında bizim onun yanında olacağımızı ona hissettirmek çok daha doğru bir tutum olacaktır. Viktor Frankl (1999), gecenin bir yarısında kendisini arayarak intihar edeceğini söyleyen bir hastasıyla olan görüşmesini anlatır. Yarım saate yakın konuştuktan sonra hasta intihardan vazgeçtiğini söyler. Usta terapist Frankl, hastasına kendisini intihardan vazgeçirenin ne olduğunu sorar. Hasta şöyle cevap verir: “Eğer gecenin bir vaktinde beni saatbir menfaat beklemezsizin yarım saat dinleyebilecek bir insan bu dünyada varsa yaşamak için de ümit var demektir.”

Psikiyatri hastaları, tıbbın başka alanlarına başvuran hastalardan birkaç önemli biçimde ayrılır: Kişinin aklını kaybetmesi veya felç edici bir depresyonun pençesine düşmesi deşet vericidir. Tek başına hiçbir ilaç iyi bir doktorun klinik uzmanlığının yerini tutamaz. Ruhsal hastalığın tıbbi ve psikolojik cephelerini anlayabilen bir doktorun nezaket ve ilgisi, sadece ilaçlarla temin edilemez. Hiçbir ilaç tek başına iyi bir doktorun, başlarına ne geldiğini anlamaya çalışan hastaların korku ve ümitsizliğini dinleme kabiliyetinin yerini tutamaz. Bir hastam yeni bir depresif epizoda girdiği zaman, daha önce kullandığı ilaca yeniden başladığını, fakat bu ilacın bu kez kendisine tesir etmediğini söylüyordu. “İlaç, sizin yazdığınız günkü kadar tesir etmedi; galiba bu ilacı sizin yazmanız ve en çok da beni dinledikten sonra yazmanız çok önemliydi.” demişti.

Hasta-hekim etkileşimi, hekimliğin bütün branşlarında olduğu gibi psikiyatride de çok önemlidir. Bugün, işlevsel bedensel sendromlar olarak tanımlanan huzursuz bağırsak sendromundan

fibromiyalji rahatsızlığına kadar pek çok alanda kendisini gösteren müphem tıbbi belirtilerin, hasta-hekim etkileşimindeki yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Yeterince anlaşılmadığını düşünen hastalar, çeşitli bedensel belirtiler ile rahatsızlıklarını dışa vurmaktadırlar. Doktorlar, sorulara cevap verirken kendi anlayışlarının sınırlarını bilmeli, gerektiğinde diğer uzmanlardan konsültasyon istemeye hastayı özendirmeli ve sorulara doğrudan cevap verebilmelidirler. Doktor, hastaların ve ailelerinin kendilerini özgür hissettikleri bir tedavi iklimi yaratmalıdır. Öyle ki, gerek duydukları zaman tedaviyle ilgili çekincelerini rahat bir şekilde dile getirebilmeleri ve ikinci bir fikir istemeleri mümkün olabilsin. Tedaviye uyumsuzluk, hastalığın nüksetmesi, hastaneye yatırma ve intihar gibi önemli konular daha baştan etraflıca ele alınmalıdır. Genç erkeklerin hastalıklarının başında bütün nasihat ve telkinlere rağmen ilaçlarını bıraktıkları ve bu sonucun da ölümcül olabildiği bilinmektedir.

Eğitim, her hastalık için iyi tedavinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Bu durum, özellikle süregelen ve yineleyebilecek hastalıklar için daha doğrudur. Hastalar ve aile üyeleri, akıllarındaki bütün soruları sormaya özendirilmelidir. Pek çok hasta ve hasta yakını, doktorun ofisine geldiğinde kendilerini güçsüz, sesi kısalmış bir biçimde hisseder. Sözel olarak hastalara verilen bilgiler, gerekiyorsa birkaç kez tekrar edilebilmeli ve hatta mümkünse yazılı bir biçimde de onlara iletilebilmelidir. Kitaplar, kitapçıklar, görsel yardımcı materyaller, hastalarımızın hastalıklarını anlama ve değerlendirmeleri konusunda çok yardımcı olabilir. İntihar, ciddi psikiyatrik hastalıkların en önemli erken ölüm sebebidir ve onun önlenmesi, bütün psikiyatristler için öncelikli bir meseledir. İntihara yol açması muhtemel rahatsızlıklar (duygu durum bozuklukları, eşlik eden alkol ve madde kötüye kullanımı, şizofreni), yoğun bir biçimde mümkün olan en erken sürede ve tedavi süresine sınır koymaksızın tedavi edilmelidir. Bugün modern tıp, on yıl önce olmayan bazı seçenekleri bize sunuyor ve psikofarmakoloji alanında olsun, teşhis teknikleri alanında olsun, büyük bir hızla ilerleme kaydediliyor. Ancak yine de doktor-hasta ilişkisi bizim mesleğimizin özünü oluşturuyor. Bir hastanın yıllar önce söylediklerini hiçbir zaman unutmamalıyız: *"Ben hiçbir şeye inanmazken doktorlarım bana ihtimam gösteriyor ve hâlâ bana inaniyorlardı. Onlara kendi hikâyemi anlatmak için hayatta kaldım."* (Redfield & Jed, 2000)

Psikiyatrik rahatsızlıkların en önemli engellerinden biri de, halkın belli bir yafta-

lama ile bu rahatsızlıklara yaklaşmasıdır. Bunların arasında, psikiyatrik rahatsızlıkların gerçek hastalıklar olmadığı, sorumluluktan kaçmak için uydu- rmuş durumlar olduğu, psikiyatri hastalarının zayıf ve tehlikeli olabileceği gibi önyargılar sayılabilir. İşte doktor, psikiyatri hastalığına yönelik bu önyargılarla da savaşmak zorundadır. Bize başvuran pek çok hasta, inançlarında veya karakterlerinde bir zayıflık olabileceği düşüncesiyle suçluluk duy- yarlar. Pek çoğu, yakınlarının rahatsızlıklarına göstereceği tepkiyi kabul edilemez bulduğu için rahatsızlığını gizler. Doktor, hastanın bu endişesini çok iyi anlamalı ve ona bu endişeyi giderme konusunda iyi bir rehberlik sunabilmelidir. Bir aile terapistinin bildik bir sözü vardır: *"Psikiyatrik bir tedavi söz konusu olduğunda, çoğu zaman ailenin yanlış üyesi psikiyatriste gelir."*

İnsanlar dinamik bir sosyal çevre içinde yaşarlar. İyi bir psikiyatrist-hasta ilişkisi, hastayı sadece izole bir varlık, çevresiz, bağsız, tarihsiz ve kültürsüz yalnız bir organizma olarak değerlendirmez. İyi psikiyatrik yaklaşım, kişinin bağlamını da hesaba katan yaklaşımdır. Dolayısıyla iyi bir hasta-hekim münasebetinin kurulabilmesi, hekimin, bu rahatsızlığı ortaya çıkaran sosyal ve kültürel etkenleri de anlayabilmesi ile mümkün olur.

Bazen insanlar, süregiden politik karmaşanın, toplumsal adaletsizliğin, ağır iş koşullarının kurbanı da olabilirler. İyi bir hasta-hekim ilişkisi, insanların sosyal koşullarını anlayabildiğimizde ve onlara yeterince empati gösterebildiğimizde ortaya çıkar. Buradan psikiyatri ve psikolojinin sihirli kelimesi empatiye geçebiliriz. Empati sadece karşımızdaki- ni anlamak değildir. Aynı zamanda, onun, bizim onu anlayabildiğimizi de anlayabilmesidir. Kızılderililerin ifadesiyle "Başkalarının çarıkları içinde birkaç mil yürümek" demektir empati. Hastaya, bozulmuş bir obje olarak değil, bir özne olarak bakabilmek, onun ıstırabının arkasındaki sosyal dünyayı görebilmek demektir. Modern tıbbın karşımıza çıkan önemli sorunlarından biri, hastaya bir insan olarak değil, bir patoloji olarak yaklaşmasıdır. Hâlbuki her insan, anlaşılmalı, dinlenilmeyi, içten bir şekilde yaklaşılmalı hak eder. İnsanlar, hikâyeleri işitilsin isterler. Onlara sadece patoloji ekseni yaklaşmak, onların bir insan olarak taşıdığı değeri görmezden gelmek demektir.

Psikiyatri asistanlığımın ilk aylarında, o sıralarda mensubu bulunduğum üniversitede sabbatical için gelmiş olan Türk kökenli ABD'li bir psikiyatri profesöründen unutulmaz bir hayat dersi almıştım. Poliklinikte ilk psikiyatri hastamı alıyor-

İyi hekimliğin yolu, iyi insan olmaktan geçer. Kendi narsistik ihtiyaçları için hastalarını manipüle eden, onları azarlayan, onlara kötü davranan, onlara insanca bir davranışı çok gören bir hekim, mesleğinin ruhuna yabancılaşmış bir hekimdir. Şefkat, merhamet ve adaletin sacayaklarını oluşturmadığı bir hasta-hekim ilişkisi sadece hayal kırıklığı üretir. Bunun için de hekimin, kendi kusurlarını fark edebilen, patronluk ya da "Tanrılık" taslamayan, empati bakımından cömert, mütevazı duruşlu bir kişiliği olması gerekir.

dum. Hocam Daniel Nahum, sol köşemde oturuyordu ve benim hastamla görüşmeme tanıklık edecekti. Hastamı karşıladım, buyur ettim, kendimi ve hocayı tanıttım ve görüşmeye başladık. Bir panik hastasıydı. Semptomlarının nasıl ve nerede başladığını, ne şekilde çoğaldığını sorgulayan dört dörtlük bir tıbbi görüşme yaptığımı düşünüyordum. Kendimden emin bir şekilde hastamı yolcu ettim. Odaya döndüğümde hoca gözlerimin içine bakarak bir tek soru sordu: "Bu insan kim Kemal?". Kafamdan aşağı kaynar sular döküldü. Psikiyatri hekimliğimin ilk büyük dersini aldığım bu kıymetli hocama ki- kendisi artık bir dostum ve çeşitli uluslararası panellerde birlikte konuştuğum bir meslektaşımıdır- hala minnet duyuyorum. Evet, ben hastamın semptomlarını gayet güzel sorgulamış, ona yakışıklı bir psikiyatrik tanı koymuş ve tıbben tartışılmayacak bir şekilde doğru bir reçeteye kendisini uğurlamıştım. Fakat gerçekte bu insan kimdi, ne yer, ne içerdi? Neye üzülürdü? Eşi, dostu, akrabası var mıydı? Nasıl bir sosyal çevreden geliyordu? Hayattaki ümit ve beklentileri nelerdi? İşte bütün bunları, onun sosyal dünyasını, anlam dünyasını es geçen, oralara bakmayan bir görüşme gerçekleştirmiştim. Hocanın bana verdiği bu ders, meslek hayatım

boyunca aklımdan hiç çıkmamıştır. İyi bir hekim-hasta ilişkisinin sırrı, hastalarımıza “insan olarak” değer vermektir, onların yaşadığı ıstıraba saygı duymaktan ve bu ıstırabın onlar için biricik olduğunu anlamaktan geçer.

Bir başka hatırayla devam edelim. 11 yıl önce, Trabzon’da, “Kültürel Psikiyatri” konulu uluslararası bir toplantı düzenlemiştim. Buraya gelen dünyaca tanınmış bilim adamlarından birinin asistanı, Harvard’da doktora sonrası çalışmaları yapan, Zeynep adında, Mısırlı, cevval bir genç kadındı. Bir akşam, serin bir tepede, bir meslektaşım, ben ve Zeynep çay içip konuşuyorduk. Hararetili bir tartışma vardı. Türk meslektaşım Zeynep’in sözünü kesiyor, tartışmayı devamlı harlıyordu. Bir yerde misafirimiz durdu ve şöyle dedi: “Bak, ben senin hastan değilim. Siz doktorlar insanın sözünü kesmeye çok alışmışsınız. Karşınızdaki herkesi bir süre sonra hikâyesi alınacak bir hasta olarak görmeye başlıyor ve konuşmasını yönlendirmek istiyorsunuz. Onu konuşmasının doğal seyri içinde dinlemiyorsunuz; sabırsızsınız. Kısa süre içinde istediğiniz hikâyeyi almak derdiniz...” Arkadaşım ve benim için bu cümlelerin şifalı olduğunu söyleyebilirim. (Sayar, 2009)

Emanuel Levinas’a göre, ıstırap, temelde ahlaki bir meseledir. Bakım verecek kişi, öncelikle ıstırabı tanımalı, onun bir ıstırap olduğunu anlamalıdır. Böylece, acı çeken kişinin yaşadığı şeyin gerçekliği ve ciddiyeti meşrutiyet kazanır. ıstırapın ahlaki bir yükü, bir yandan bakım verecek kişinin üzerindedir. Diğer kişinin neyi kaybedebileceğini bilmek ve yaşamakla, bakım veren kişi de ıstırabı ahlaki bir yaşantı olarak paylaşır. Bu tarz empati ve kader arkadaşlığı, dünya üzerinden giderek siliniyor. Artık benlik değişiyor, neye inandığımızla birlikte nasıl davrandığımız, birey olarak şimdilerde ne olduğumuz sorularının cevabı değişiyor. Böylece kendimizi ve başkalarını nasıl gördüğümüz gerçeği de öncesinden farklılaşıyor. İnsanlar arasındaki bağ ve yakınlık zayıflıyor. Doktorlar ve hastaların ilişkisi salt bir uzmanlık alanına, hastalık ve sıkıntı üstüne teknik bir tahakküme ve reçete yazma işlemine dönüşüyor. Hastalar ve doktorlar birbirlerini tedirginlik, güvensizlik ve ikircilikli olma gibi duygularla karşılıyor. Zamanımızın kültürü, mesleki ilişkileri bürokrasiye boğuyor, mesafeli ve denetlenebilir kılmak istiyor. Böylece ıstırap içindeki insan gözden kaçırılıyor. Onunla anlamlı bir konuşma geliştirilemiyor. Hastaların doktorlardan yana en büyük yakınması, “Bizi yeterince dinlemiyor ve bizi yeterince anlamıyorlar.” Şeklinde oluyor. Hasta, bir insan olarak saygı duyulmak, görülme, işitilmek, hissedilmek

istiyor. Modern tıbbın, musluk tamirciliğinden daha farklı bir yerde durması gerektiğini, bize başvuran insanlarla anlamlı bir konuşma geliştirmesek, yaptığımız işin tamircilikten farkının kalmayacağını görmeliyiz.

Tibbileştirmenin kendisi ayrı bir sorun. Doktorlar bir odaya girer ve tanımları koyarlar. Hastanın şu veya bu hastalığı vardır. Hatta çoğu zaman hastalığının adı “bozukluk”tur. Böylece insanların mutsuzluk, sıkıntı, korku veya toplumsal dönüşüm gibi yaygın durumları yaşayan kişiler olduğu unutulur. Kendi sahadından bir örnek vermem gerekirse, kanserin son dönemlerini yaşayan pek çok hasta nesnel ölçütlere göre depresyon belirtileri gösterir. Ama bu, onların depresyonda oldukları anlamına gelmez. Onlar çok ciddi bir ıstırap çekmekte ve çok önemli bir ahlaki dönüşüm noktasında bulunmaktadırlar. Onlar, geçmiş nesillerde doktorların çok iyi tanıdığı bir durumla boğuşmaktadır. Bir anlamda yaşamak ve ölmek duygusudur bu. Onlara depresyonda demek konuşmayı hiç başlamadan bitirecektir, antidepresan verir ve uzaklaşırsınız. Oysa gerçekte ihtiyaç duyulan şey bir konuşmanın, bir sohbetin başlamasıdır. Ta ki hayatlarının sonundaki insanlar, insani korku ve ilgilerini açıklayıp keşfedilsin.

Hastalık toplumsal bir hadisedir. Onun verdiği ıstırapın arkasında bir insan, bir aile, bir iç dünya vardır. Ancak konuşmaktadır ki, karşımızda acı çekerek duran kişinin bir insan olduğunu fark ederiz. Ancak konuşmak ve acı çeken insanı dinlemektedir ki, biz doktorlar kendimizin de insan olduğunu fark ederiz.

ıstırapı yok sayan bir tıp anlayışı, tıbbi, bir şefkat mesleği olmaktan alkoyuyor. Şefkat, hemhal oluşla mümkündür. Empati üzerine kurulmayan bir hekim-hasta ilişkisi, hastanın yaşantısını önemsiz sayar. Hastanın ve ailenin yaşantısını yok saymak suretiyle ıstırapın ahlaki gerçekliği de gözden kaçırılır. Hekimler günümüz modern tıbbında hatalığın nasıl yaşandığı, kişinin sadece bedensel değil ama anlam sağlığını da nasıl etkilediği konusunda pek az fikir yürütüyorlar. Anlam meselesi, tıbbın temel rükünlerinden birisi olarak kabul görmüyor. Bu da ister istemez tıbbi insansızlaştırıyor. Bu insansızlaştırıcı ethos, hastane ve kliniklerde, mustarip kişinin yalnızca bir müşteri veya bir tüketici olarak algılanmasına yol açıyor. Dünyada kültürel psikiyatri yaklaşımının öncüsü olan Arthur Kleinman (1989), ilk hastasıyla olan macerasını anlatıyor:

“İlk hastam yedi yaşında duygulu bir kız çocuğuydu. Bedeninin neredeyse

tamamı çok kötü bir şekilde yanmıştı ve ölü dokuların, bir pansuman işlemiyle her gün yeniden çıkarılması, derinin her seferinde soyulması gerekiyordu. Bu yaşantı, ona çok büyük acı veriyordu. Ağlıyor, çığlık atıyor, kendisini incitmemeleri için tedavi ekibine yalvarıyordu. Yeni bir klinik öğrencisi olarak benim görevim, onun hasar görmemiş elinden tutmak ve cerrah yaralarını temizlerken çocuğu sakinleştirmeye çalışmaktan ibaretti. Bütün pansuman boyunca onunla bir ilgi kurmaya; ailesinden, evinden bahsetmeye çalışıyordum. Bütün bunların çocuğun dikkatini pansumandan alacağını sanıyordum. Onun yaşadığı dehşete, doğrusu ben de zor tahammül ediyordum. Ama bir gün aramızda bir ilişki kuruldu. Kendi yetersizliğim ve bilgisizliğime hayıflanmışım ve onun elini tutmaktan başka bir şey yapmadığıma yazıklandığım bir sıra, ona bütün bunlara nasıl tahammül ettiğini sordum. Böylesine berbat biçimde yanmış olmak ona ne hissettiriyordu? Günbegün bu berbat cerrahi ritüele maruz kalmak nasıl bir şeydi? Birden durdu. Şaşırılmıştı. Sonra belirsiz bir yüz ifadesi ile ve doğrudan basit bir cümle ile anlattı. Konuşurken elimi giderek daha sıkı tutuyor, ne çığlık atıyor ne de cerrah ya da hemşireyi uzaklaştırmaya çalışıyordu. O günden sonra güveni giderek pekişti ve duygularını bana daha çok anlatmaya, hissettirmeye çalıştı. Bu rehabilitasyon birimindeki eğitimim sona erdiğinde, yanık hastası küçük kız, pansuman işlemine daha iyi katlanır olmuştu. Ancak onun benim üzerimdeki etkisi çok daha büyüktü. Bana hasta bakımıyla ilgili bir ders vermişti. Hastalarla konuşmak mümkündür. En sıkıntılı olanlarıyla dahi hastalığın yaşanma biçimi üzerine konuşabilirsiniz ve bunun tedavi edici bir değeri olabilir.” (Sayar, 2010)

Psikiyatrist-hasta münasebetinde en önemli konulardan bir diğeri de, etik sınırlara riayet etmektir. Psikiyatri hastaları, tabiri caizse, doktorlarının karşısında ruhları çıplak olarak yer alırlar. En incinebilir, en kederli, en zayıf taraflarını hayatlarında belki de o an ilk kez gördükleri bir yabancıya açarlar. Hekim, bu hikâyeleri dikkatlice dinler, onları anlamak için içten bir çaba gösterir ancak bunlar tek başına yeterli gelmez. Psikiyatri hekimi, bu ilişkinin mahremiyetini taşıyabilecek olgunlukta bir kişi olmalıdır. Psikiyatri hekiminin namusu, ofisinin duvarlarının sır geçirmemesinde yatar. Bizler, hastalarımızın hikâyelerini bize emanet edilmiş sırlar olarak görür ve insanların mahrem hayatlarını o ofisin dışına taşımamız. Mahremiyete bu dikkat, psikiyatrinin olmazsa olmaz kurallarından biridir. Dikkat etmemiz gereken bir diğer nokta da, hasta-hekim ilişkisinde bize başvuran insanları asla istismar etmemiz gerekti-

ğidir. Özellikle psikiyatrist-hasta ilişkisinde, cinsel sınırların ihlal edilmesi ve danışanların cinsel açıdan suiistimale uğramaları, Batı ülkelerinde meslekten men etmeye kadar gidebilen ciddi bir etik ihlali ve suçudur. Psikiyatriste başvuran insanlar en yaralı taraflarını ona gösterirler ve dolayısıyla kendilerini iyileştiren kişiye karşı bir transferans geliştirebilirler. Psikiyatristin, hasta-hekim ilişkisinde ortaya çıkabilecek aktarım tepkilerini çok iyi yorumlayabilecek, onları çok iyi analiz edebilecek bir donanıma sahip olması gerekir. Size, sevdiğini, size cinsel yakınlık duyduğunu söyleyen bir danışan, bunu nötr bir ortamda söylememektedir. Size, kendi yaşantısındaki bazı eksiklik ve yoksunlukları yansıtmakta, geçmişten gelen bazı sorunlarını terapi odasına taşımaktadır. Eğer terapist, yeterince dikkatli ve duyarlı davranmazsa hastasının yakınlaşma arzusunu istismar edebilir ve ona büyük zarar verebilir.

Bazen insanlar biz psikiyatrlistlere “kiralık sır kasası” gibi davranırlar. Buna şaşırılmamalıdır. Hayatta hiç kimseye söyleyemedikleri, hiç kimseye paylaşamadıkları sırlarını, gelip sizin beyninize kilittir ve oradan çıkmayacağı güveniyle rahatlamış olarak ofisinizden ayrılırlar. İyi bir psikiyatri uygulamasının özünde insana ve onun anlattığı hikâyelere saygı yatar. İyi bir psikiyatrist, karşısındaki insanı yargılamaz. Ona kendi değerlerini aktarmaya çalışmaz. Ona kendi dünya görüşünü empoze etmekten kaçınır. İyi bir psikiyatrist-hasta ilişkisi iki tarafın da birbirine saygı duyduğu, demokratik, tahakkümcü olmayan bir ilişkidir. Bizim mesleğimizin önemli bir parçası terapistliktir. Biz bazen insanlara sadece onları dinleyerek ve onların anlattığı öykülere yeni bir biçimde, daha olumlu bir biçimde bakmayı deneyerek yardımcı oluruz.

Psikoterapi, Irvin Yalom'un (2000) deyişiyle “Biri diğerinden daha dertli iki insanın buluşmasıdır.” Terapinin özü ilişkidir, şifa veren şey, terapist ile danışanın kurduğu o “biricik ilişki”dir. Terapide neyin etkili olduğu üzerine çalışmalar yapan Jerome Frank, “İkna ve Sağaltım” adlı kitabında terapistin tecrübesinden ve kullandığı teknikten tamamen bağımsız olarak, hastasına gösterdiği içten ilginin ve samimiyetinin terapide değişimi meydana getirdiğini söyler. Danışanlar, ancak o içten ilgiyi hissediyorlarsa olumlu yönde değişim gösterirler. Terapistin en önemli enstrümanı kişiliğidir. Eğer bizim kişiliğimizde kör noktalar var ise, kendi kusurlarımızı görmekten aciz isek, kendimizi tanımlaştırıyorsak, bize danışan insana sırf o şu anda bizden daha dertli diye tepeden bakabiliyorsak, bizden yardım bekleyen insana yardımcı olma ihtimalimiz çok azalır. Danışanlarımız, saate bakmak, odadaki diğer eşyalara gözünü kaydırmak, ilgisiz konularda ilgisiz sorular sormak gibi dikkat azalması belirtilerini hemen yakalar. Daha girişken olanları bunu yüzümüze vurur; daha sessiz olanlar ise kırılır küser ve bir daha bize gelmez. Ama her küsüş, onların ruhsal tedavilere duyduğu inancı da zedeler.

Psikiyatrist-hasta ilişkisinde diğer tıp branşlarında karşımıza çok çıkmayan şiddet olgusu da dikkate değer bir konudur. Her yıl, azımsanamayacak sayıda psikiyatrist, hastalarının şiddetine maruz kalabilmektedir. Bunun için psikiyatristin çok dikkatli ve uyanık olması, tehlikeli durumlarda yalnız görüşmekten kaçınması ve hastası ile arasına makul ölçüde güvenli bir mesafe koyması yerinde olacaktır. Psikiyatri kurumlarında hekimin emniyetini önleyen tedbirlerin yaygınlaştırılması da ümit edilen bir durumdur.

Armand Nicholi (1988) ilk görüşmeyi şöyle betimler: “Hastanıza, evinize ilk defa gelen bir misafire nasıl davranırsanız öyle davranın. Evinize ilk defa gelen bir misafire alabildiğine nazik olur, onu kırmamak için elinizden gelen özeni gösterirsiniz. Nasıl misafirinizi rahat ettirmek için azami çaba gösteriyorsanız, hastanızı da misafirinizi sayıp onu bu ilk görüşmede mümkün olduğunca rahat ettirmeye çalışmalısınız.” Bu düstur, asistanlık günlerimden bu yana benim için bir rehber olmuştur. Hekimliğin en güzel süsleri, tevazu ve nezakettir.

Psikiyatride hasta-hekim ilişkisinde insan merkezli yaklaşım çok önemlidir. Bize gelen insanlar çoğu zaman bir hayat kriziyle gelirler; o krizi anlamak ve anlamlandırmak yolunda bizden yardım isterler. Psikiyatristin görevi, gerek ilaç tedavisi, gerekse de psikoterapi yöntemleriyle kişinin elinden tutmak ve onun esenliğe çıkmasına yardımcı olmaktır. Psikiyatrist, onun anlam dünyasını hor görmeden, hastalık yaşantısını anlamaya çalışmalı ve hatta karşılıklı konuşma yöntemiyle bu anlamı paylaşarak beraber üretmek yönünde bir çaba harcamalıdır.

Psikoterapinin en önemli kavramlarından bir tanesi, “*terapi ittifakı*” kavramıdır. Eğer hastanız sizin ona gerçek bir ilgi gösterdiğinizizi hissederse sizinle aynı safta yer alır. Sizin gayretlerinizi boşa çıkarmamak için elinden gelen çabayı gösterir. Bu yüzden iyi hekimliğin yolu, iyi insan olmaktan geçer. Hastalar da toplumun diğer yurttaşları gibi saygın insanlar olarak tanınmayı ve bilinmeyi bekler. Kendi narsistik ihtiyaçları için hastalarını manipüle eden, onları azarlayan, onlara kötü davranan, onla-

ra insanca bir davranışı çok gören bir hekim, mesleğinin ruhuna yabancılaşmış bir hekimdir. Şefkat, merhamet ve adaletin sacayaklarını oluşturmadığı bir hasta-hekim ilişkisi sadece hayal kırıklığı üretir. Sözün özü psikiyatrideki hekim-hasta ilişkileri; diğer tıp branşlarından bazı çok özel biçimlerle ayrılır ve bu hususiyetlerin hakkını vermek, iyi psikiyatri hekimliğinin icabıdır. Bunun için de hekimin, kendi kusurlarını fark edebilen, patronluk ya da “Tanrılık” taslamayan, empati bakımından cömert, mütevazı duruşlu bir kişiliği olması gerekir.

Kaynaklar

Frankl, Viktor (1999) *Duyulmayan Anlam Çiğliği* (Selçuk Budak, Çeviri) Öteki Yayınevi, İstanbul

Jamison, Kay Redfield & Wyatt, Richard Jed (2000) *On Being A Patient* In M. G. Gelder, J.J. Lopez & N. Andresan (Eds.) *New Oxford Textbook of Psychiatry* (sf.3-4) Oxford University Press

Kleinman, Arthur (1989) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition* Basic Books

Nicholi, Armand M. (1988) *The Therapist Patient Relationship* In Armand M. Nicholi (Eds) *The New Harvard Guide to Psychiatry* (sf: 7-28) Harvard University Press

Sayar, Kemal (2009) *Merhamet Timaş Yayınları, İstanbul*

Sayar, Kemal (2010) *Kendine İyi Bak Timaş Yayınları, İstanbul*

Yalom, Irvin (2000) *Aşkın Celladı ve Diğer Psikoterapi Öyküleri* (Handan Saraç, Çeviren) Remzi Kitabevi, İstanbul