

Psikiyatri tıbbın içinde mi sayılmalı, dışında mı?

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine Eğitim Hastanesi'ne dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Geçtiğimiz Haziran ayına kadar bu görevi sürdüren Dr. Bilici, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na geçerek akademik hayata döndü. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Tıp fakültesine girdiğimde en çok ilgimi çeken konulardan birinin insan davranışları olduğunu fark ettim. Belki de bu ilgim daha öncelere dayandığı için tıbbi seçtim. Neden insanlar öyle değil de böyle düşünüyor, neden şu şekilde davranıyor ve neden bu şekilde hissediyor diye çok merak etmişimdir. Bu merak beni tıp

birinci sınıfta davranış bilimleri hocamın peşine düşürdü. Ders anlatmaktan zaten yorulmuş hocamı, bıktırıcı sorularıyla biraz daha yoruyordum.

Zaman geçip üçüncü sınıfa vardığımda arkadaşlarımla çoğunun kendilerine çeşitli hastalık teşhisleri koymaya başladıklarını fark ettim. Sanki anlatılan hastalıklar kendilerinde varmış gibi hissediyorlar

ve bu yüzden dersi anlatan hocanın peşine düşüp tedavi olmak istiyorlardı. 5 ve 6. yıllarda psikiyatri servisinde staj yapmaya başladıktan sonra insan davranışlarına ilgim had safhaya ulaştı. Hiç unutmadığım bir bayan hasta, beyinde uzaylılar tarafından yerleştirilmiş bir aletle yönlendirildiğini ve davranışlarının kontrol edildiğini söylüyordu. Bu hasta, böyle bir şeye nasıl inanıyor olabilir?





Tıp fakültesini bitirip psikiyatri ihtisasına başladıktan sonra psikiyatrinin tıptaki yerini sorgulamaya başladım. Tıpta her branşın bir organı vardı. Mesela kardiyoloji kalple, oftalmoloji gözle ilgili hastalıkları tedavi etmeye çalışıyordu. Peki, psikiyatri hangi organla ilgili hastalıkları tedavi ediyordu? Psikiyatrinin ilgilendiği bir organ var mıydı? Bu sorular bir ara “ruh” kavramının psikiyatri ile ilişkisini irdelememe yol açtı. Sonuçta ilahiyatçıların ve maneviyatçıların ilgilendikleri ruhla psikiyatrinin bir bağlantısı olmadığını anladım.

Yaptığımız beyin tetkikleri ile beyinde bir alet olmadığını göstersek bu inancından vazgeçer miydi? Ya da bu düşüncesiyle ilgili bir tartışmaya girsek ve “uzaylılar bu aleti beyne nasıl koymuş olabilir”, “bak kafa derinde herhangi bir ameliyat izi yok”, “neden senin beyne koydular da başkasınıninkine değil”, “beyne bir alet yerleştirilirse bir tarafının felç olması lazım, ama senin kolunun bacağının sağlam olması tuhaf değil mi” şeklinde sorular sorsak ve karşı deliller getirsek hasta bu düşüncesinden uzaklaşır mıydı?

Tıp fakültesini bitirip psikiyatri ihtisasına başladıktan sonra psikiyatrinin tıptaki yerini sorgulamaya başladım. Tıpta her branşın bir organı vardı. Mesela kardiyoloji kalple, oftalmoloji gözle, üroloji böbreklerle, KBB kulakla, nöroloji beyinle ilgili hastalıkları tedavi etmeye çalışıyordu. Peki, psikiyatri hangi organla ilgili hastalıkları tedavi ediyordu? Psikiyatrinin ilgilendiği bir organ var mıydı? Eğer bir organ yoksa nasıl bir tıp branşı olabilirdi? Bu sorular bir ara “ruh” kavramının psikiyatri ile ilişkisini irdelememe yol açtı. Sonuçta ilahiyatçıların ve manevi-

yatçıların ilgilendikleri ruhla psikiyatrinin bir bağlantısı olmadığını anladım.

Diğer tıp branşları sahip oldukları organın yapı ve işlevlerindeki bozulmaları özgün bir takım muayene ve tetkikle belirleyip hastalarına öyle ya da böyle bir teşhis koyuyorlar. Peki, psikiyatri neyi muayene ve tetkik ederek elde ettiği verileri bir teşhis için kullanabilir? Bir ortopedist kemikte bir kırık olup olmadığını muayene ve röntgenle, bir gözcü hastanın kırma kusurunu mercekler yardımıyla, bir nörolog felçli hastasının beyin lezyonunu MR kullanarak kolayca tespit ve teşhis edebiliyor. Peki, ya psikiyatri? Teşhis yöntemlerinin diğer branşlardan farklı olması psikiyatrinin tıptaki yeri konusunda kafa karışıklığının sebebi olabilir mi? İşte bu sorular yüzünden psikiyatri uzmanlığına başladığımda psikiyatrinin tıbbın içinde mi dışında mı olduğunu merak ettim durdum.

İhtisasa başladıktan kısa bir süre sonra psikiyatrinin bir organı olduğunu ve bunun da “beyin” olduğunu anladım. Beyin; karaciğer, akciğer, böbrek ve kalpten işlevi bakımından çok farklı bir organdır. Bu fark, beynin hem yapı ve işleyişinden hem de beyni diğer organlar gibi kolayca incelemekteki zorluktan kaynaklanıyordu. Böbrek, kendine gelen kirli kanı süzerek ve idrar üreterek işlevini yerine getiriyor. Bir nefrolog veya ürolog böbreğin idrar üretimine ve ürettiği idrara bakarak bir teşhise varabilir. Aynı şeyi beyne uygulayabilir miyiz? Bu soruya tabii ki kolayca evet diyemeyiz.

Beynin yapısından (anatomisi ve fizyolojisinden) başlayıp duyu ve davranışlara uzanan yolun tüm aşamalarının henüz net olarak ortaya konamaması, bir belirsizliğin ortaya çıkmasına yol açıyor. İşte bu belirsizlik, bir taraftan insan davranışlarını izah etmek için spekülasyon yapmak isteyen heveslilere müthiş bir manevra alanı sağlıyor, diğer taraftan psikiyatrinin tıptaki yerini belirlemeye çalışan kişilere hatırı sayılır bir zorluk çıkarıyor. Beyni diğer organlardan farklı kılan husus, beynin nöronların toplamından daha fazla bir şey ifade etmesinden kaynaklanır. Böbrek, sahip olduğu nefronlar sayesinde kanı süzer ve idrar üretir; hepsi bu. Ama beyindeki nöronlar diğer vücut hücrelerinden farklı olarak hep birlikte bir “davranış” üretirler. Tıpkı karmaşık bir bilgisayar gibi. Bilgisayarın nasıl bir donanımı yani parçaları ve bir yazılımı yani programı varsa beyin de bir dokusu yani nöronları ve diğer anatomik yapıları ve programı yani “zihni” ya da “aklı (ruhu)” vardır. Bilgisayardan farklı olarak insan beyne akıl dışardan yüklenmiyor, nöronların birlikteliği hep birden bilmediğimiz bir mekanizma ile zihni oluşturuyor. Bu akıl ya da zihin ise eylemlerimizi planlıyor ve uygulamaya koyuyor.

Tüm bu izahlardan sonra psikiyatrik hastalıkların diğer hastalıklar ile benzerliklerine ve ayrılıklarına geçebiliriz. Bir organın hastalığından bahsederken, o organın “normal”den farklı yapı ve işleve sahip olduğu kastedilir. Mesela böbrekler olması gerekenden büyük veya küçük boyuttaysa ya da az sayıda nefron içeriyorsa veyahut az ya da çok miktarda idrar üretiyorsa kolayca bir böbrek hastalığından bahsedilebilir. İdrarın rengi, kokusu ve içindeki maddelerin düzeyi olması gerekenden farklıysa hekimin kolayca bir böbrek hastalığı teşhisine ulaşma mümkün olabilir. Bir tedaviden bahsedilecekse, normalden farklılaşan durumların tekrar eski haline gelmesi beklenir. Söz konusu insan olduğunda hasta bir kişinin bir organ ya da organ sistemleri ile ilgili bir şikâyetinin olması, hekimin de bu şikâyetlerin normalden farklı bir duruma işaret edip etmediğini tespit etmesi (bulguları toplaması) ve düzeltmesi (tedavi) gerekir. Mesela bir hasta, idrarının kırmızı olduğundan şikâyet ederse hekim bu kişinin bir idrar yolu kanaması geçirdiğine dair muayene ve tetkiklerden elde ettiği bulguları toplar ve böbrek taşı teşhisi koyarak taşı bulunduğu yerden çıkarır.

Böbrek hastalık modelini psikiyatrik hastalık modeline uygulayabilir miyiz? İşin doğrusu psikiyatrinin de diğer tıp branşları gibi kendi hastalık modellerini oluşturması şart. Ama bu öyle kolay bir iş değil. Zira beyin bir böbrek gibi kolayca incelenebilen ya da işlevleri anlaşılabilen bir organ değil. Bugünkü teknolojik imkânlar ve bilgi birikimi, beyinden hareketle psikiyatrik belirtilere ve hastalıklara ulaşmayı kesintisiz bir biçimde mümkün kılamamaktadır. Bugün sadece çok az psikiyatrik hastalığın beyinden başlayarak izah edilmesi mümkün; geriye kalan pek çok ruhsal hastalık için ne yazık ki tatmin edici bir izah yapmak mümkün değil. Hal böyle olunca psikiyatrinin neyle uğraştığı, ruhsal hastalıkların patofizyolojisinin nasıl işlediği ve teşhislerin nasıl konduğu gibi pek çok konu birçok kimse tarafından tam olarak anlaşılmamaktadır. Bu anlaşılmazlık ister istemez psikiyatrinin tıbbın dışında bir yerde konumlandırılması gerektiği fikrini beslemektedir.

Aksine psikiyatriyi beyinle ilgilenen bir tıp branşı olarak kabul ettiğimizde de sorun hemen çözülmüyor. Bilindiği gibi psikiyatri, nöroloji ve beyin cerrahisi beyinle ilgilenen tıp branşlarıdır. Beyin cerrahisi beyinde anatomik bir bozulma olursa, mesela beyinde kitle ya da kanama oluşursa, hastanın yakınmaları, muayene ve görüntüleme yöntemleriyle elde ettiği bulguları toplar ve bir teşhise ulaşır; daha sonra beyindeki anatomik bozukluğu düzeltmek için cerrahi müdahaleyi planlar. Nöroloji de benzer

şekilde davranır. Ancak nöroloji beyindeki anatomik bozuklukları teşhis ettikten sonra hastayı beyin cerrahisine devreder. Ama çoğu zaman anatomik bir bozulma bulunmaz ve bu durumda nörolojinin ilaç tedavisi gündeme gelir. Nöroloji ve psikiyatri beynin işlevsel bozukluklarıyla ilgilendiği için çoğu zaman birbirleriyle iletişime girmek durumunda kalır. Mesela baş ağrısı şikâyeti ile gelen bir hasta düşünelim. Bu hastada ilave bir muayene bulgusu (mesela sol kolda kuvvet kaybı) varsa genellikle bir beyin görüntüleme yöntemi istenir. Beyinde bir kitle tespit edilirse baş ağrısı ve kuvvet kaybı bu kitleye bağlanır ve hasta beyin cerrahisine gönderilir. Eğer ilave bir muayene bulgusu yoksa bu sefer işler biraz karışır. Çünkü büyük ihtimalle baş ağrısını izah edecek bir anatomik bir bozulma söz konusu değildir. Bu durumda nörolog hastanın baş ağrısını beyinin işlevsel bir bozukluğuna bağlamaya çalışacaktır. Nörolojinin bu bağdaştırma davranışı psikiyatrinin yaptığı ile büyük bir benzerlik göstermektedir. Şöyle ki: baş ağrısının yerine “yükseklik korkusunu” koyup düşündüğümüzde bir psikiyatr hastanın bu korkusunun beyinde bir anatomik bozukluktan ziyade işlevsel bir bozulmadan kaynaklandığını düşünür. Hal böyle olunca nörologların çoğu psikiyatrik hastalıklara el atıp tedavi etmeye, hastaların çoğu da psikiyatri yerine nörolojiye gitmeye çalışır. Peki, nöroloji ile psikiyatri arasında yöntem benzerliği söz konusu olduğu için bir “ayırım” yapılabilir mi? Ben bu soruya kolaylıkla “evet” diyemiyorum. Bugün pek çok ruhsal belirti gerek nörologlar, gerekse hastalar tarafından düzgün bir biçimde değerlendirilememekte ve sınır ihlalleri kaçınılmaz olmaktadır. Bana kalırsa gaipten sesler duyan bir hasta ile baş ağrısı çeken, uykusuzluk yakınması olan, ellerinde titremeler bulunan ve bunama belirtileri gösteren hasta aynı branşın ilgi alanında olmalıdır. Bu branşa “beyin hastalıkları” ya da “nöropsikiyatri” denebilir. Bu sözlerden, ileri uzmanlaşmanın karşısında olduğum anlaşılmasın. Zaten hayat bu tür karşıt kişileri bertaraf etmiş ve bugün neredeyse sadece epilepsiyile, baş ağrısıyla, bunamalarla, depresyonla veya şizofreniyle ilgilenen hekimler türemiştir.

Nöroloji ile psikiyatrinin ilgi alanları şu şekilde farklılaşır: Nöroloji daha çok “taraf bulgusu veren”, psikiyatri ise daha ziyade “yüksek beyin işlevleri ile ilgili” bozukluklarla ilgilenir. Mesela gecenin bir yarısı evinden çıkıp sokaklarda çılgınca koşuşturan bir kişinin, nörologlara göre kol ve bacaklarında taraf veren bir muayene bulgusu olmadığı için, tedavi edilmesi gereken bir beyin hastalığı da yoktur. Ancak aynı hasta “uygun olmayan yerde ve zamanda” koşuşturduğu için büyük bir ihtimalle davranışlarını etkileyen bir beyin işlev

bozukluğuna sahiptir. Davranışın yer ve zaman “uygunluğu” psikiyatryi tıp dışı alanlarla, mesela sosyokültürel etkenlerle, ilişkili kılmaktadır. Bazen bu ilişki de kafaların karışmasına ve psikiyatrinin tıp dışında bir yerde konumlandırılmasına katkı sağlamaktadır. Konumuz tıp olduğu için psikoloji ile psikiyatri ilişkisinin yol açtığı problemlere hiç girmiyorum.

Buraya kadar anlattıklarımızdan hareketle psikiyatrinin tıbbın içinde, hatta tam merkezinde olduğu sonucu çıkartılabilir. Bu çıkarım büyük oranda doğrudur. Madem psikiyatri tıbbın göbeğinde olmalı, o halde neden gerçek böyle değil diye sorulabilir. Bence bu sorunun cevabı psikiyatrinin kendi işini iyi izah edememesinde aranmalıdır. Psikiyatri, insanlardaki ruhsal belirti ve bozuklukların, beyin işlevlerindeki düzensizlikten kaynaklandığını ikna edici bir şekilde anlatamadığı sürece psikiyatrinin tıp içindeki yerinin algılanmasıyla ilgili çarpıklık devam edecektir. Söylemesi kolay ama anlatması ve ikna etmesi zor olan bu ikna sürecini daha da zorlaştıran bazı hususlar var. Bu hususların başında bizzat psikiyatristlerin şimdiye dek ruhsal hastalıkları “kendilerine göre” izah etme gayretleri geliyor. Toprağı bol olasıca Freud “kendine göre” bir ruhsal aygıt ve bu aygıtla ilgili işlevsel bozulmalar tanımlayarak “kendinden menkul” gayretkeşlerin atası oldu. Freud’un yapmaya çalıştığı kendi içinde tutarlı bir izahattan başka bir şey değildi. Ama yaptığı bu izahı asla sinama gereği duymadı. “Bilinç dışı”, “ego”, “süperego” gibi birçok kavram türetti ama bu kavramların beyinde nereye tekabül ettiğini hiç umursamadı. İzah etmeye çalıştığı ruhsal aygıt ve hastalık modelini bilimsel yöntemlerle sinama ihtiyacı duymadı. Sonuçta yaptığı izah “kendinden menkul” bir duruma düştü ve bilimsel çevrelerce dışlandı. İşin daha da kötüsü Freud’dan sonra gelen birçok psikiyatr Freud’un dümen suyuna girdi ve bilimsel izah yerine “Freudiyana” bir izahı benimsediler. Bu durum, zaman içinde psikiyatrinin tamamen bilimsel bir alan olan tıbbın dışında konumlandığı algısının oluşmasına yol açtı. Bu algı maalesef bugün bile varlığını sürdürmektedir. Psikiyatrik hastaların toplumun ve genel hastanelerin dışına çıkarılması, yaftalanması, damgalanması, korku nesnesine dönüştürülmesi ve değersizleştirilmesi bu algının devam ettiğinin göstergeleridir.

İşin doğrusu, tıbbın birçok dalı, psikiyatrinin yaşadığı “izah” sorununu yaşamaktadır. Mesela bugün bile hipertansiyon, diyabet, kanser gibi birçok hastalığın oluşum mekanizması tüm ayrıntıları ile bilinmiyor. Bu hastalıkların birçoğuyula ilgili yüz güldürücü radikal tedaviler de söz konusu değil, ancak bu branşlar rahatlıkla tıbbın içinde ve

hastanede kendilerine yer bulabiliyor. Peki, bu nasıl oluyor? Sorunun cevabı bu branşların hastalık mekanizmalarını bilimsel yöntemlerle izah edemediği durumlarda açıkça çıkıp “hastalık mekanizması tam olarak bilinmiyor” demelerinde ve kendinden menkul bir izaha kalkışmalarında aranmalıdır. Birçok branş bilimsel bulguların desteklemediği verileri kullanmaktan imtina ederek tıbbın içinde kalmayı yeğlemektedir. Buna mukabil psikiyatristler bilinmezliğe tahammül edemeyip ruhsal hastalıkların oluşumunun ne idüğü belli olmayan ve beyinde bir karşılığı olmayan “bilinç dışı çatışmalardan” kaynaklandığını varsaydıkları için kendi elleriyle kendilerini tıbbın dışına sürüklemiş oluyor.

Psikiyatryi tam olarak tıbbın içinde konumlandırmak bir zihniyet dönüşümüyle mümkün olacaktır. Bu zihniyet dönüşümünde psikiyatrik hastalık modellerinin yeniden ve bilimsel olarak tanımlanması önemli rol oynayacaktır. Öncelikle insan denen mahlûkun birbiriyle sıkı sıkıya bağlı iki boyutlu bir yapısı olduğu net olarak bilinmeli. Bu boyutlardan birinin insan anatomisi ve organların işlevleriyle, diğer boyutunu ise beyin ürettiği davranışlarla (düşünce, duygu, uyku, cinsel istek vs.) bağlantılı olduğu açığa kavuşturulmalıdır. İlk boyutun tıbbın diğer branşlarının, ikinci boyutun ise psikiyatrinin konusu olduğu net olarak anlaşılmalıdır. Psikiyatri insan davranışlarını incelerken asla insanın ilk boyutunu görmezden gelemeyeceği, aksine sürekli bir işbirliğini yeğlemesi gerektiği bilinmelidir.

Sonuç olarak psikiyatri günümüzde tıbbın ve dolayısıyla hastanelerin içine gecikerek de olsa girmeye başlamış ve bu süreç eski safsatalardan uzaklaştıkça artarak devam edecektir. İnsan davranışlarıyla ilgilenmek diğer tıp branşlarının ilgi alanına girmeyebilir. Ancak davranış denen olgu nihayetinde “insan”la ilgili olduğu için her türlü davranış sorunu psikiyatrinin, dolayısıyla da tıbbın ilgi alanı içinde olmalıdır. Psikiyatryi tıbbın ve hastanelerin dışına itmek insanı anlamamak ve insana kötülük yapmakla eşdeğer olarak görülmelidir.