

Şizofrenlerde Cinsel Yaşam, Aile Planlaması ve Sterilizasyon

Meltem EFE SEVİM *, Salih Yaşar ÖZDEN **, Ferah VEDİ

ÖZET

Cinsellik yaşamın en önemli parçalarından birisi olup, yaşamın ölüme karşı çıkışı ve hayatın kalitesini artıran bir durumdur. Çocuk, cinsel aktivitenin amacı yada istenmeyen yan etkisi olabilir. Bu bağlamda kontrasepsiyon daha kaliteli bir cinsel yaşam olanağı sağlayabilmektedir. Şizofrenlerin hiposeksüel olduklarına dair kanıtlara karşın, psikotik hastaların cinsel yaşamlarının olduğu da bir gerçektir. Yapılan çalışmalar hastaların daha çok kaotik bir cinsel yaşamlarının olduğunu gösterse de şizofreniye özgü primer yapısal bir bozukluk saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda kadın hastaların cinsel akt sırasında yeterli kontrasepsiyon uygulamadığı; cinsel birlikteliklerinde, muhakeme bozukluğu, davranış bozukluğu, cinsel ilişkiye zorlanma, tecavüz, bir şeyin karşılığı cinsel aktivitede bulunma gibi nedenlerin olduğu bulunmuştur. Bunların sonucu abortus, veneryan hastalıklar, planlanmayan ve istenmeyen gebelikler görülür. Hamilelik, hastayı ve hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Doğacak çocuğun ebeveynin hastalığından etkileneceği aşıkardır. Bu etkilenmede pek çok faktör rol oynamaktadır. Tüm bunlar düşünüldüğünde kontrasepsiyon, sterilizasyon ve etiğin rolü ve önemi ortaya çıkmaktadır. Dünyada etik açıdan cinsellik, ebeveynlik, kontrasepsiyon ve sterilizasyon konusunda fikir birliği yoktur. Şizofrenlerde cinsellik, kontrasepsiyon, ebeveynlik, sterilizasyon ve etik konusunda yapılmış çok az çalışmanın varlığı, hastaların bu konuda kendilerini bilgilendiren psikiyatristlerin çok az olduğundan yakınmaları gibi sebeplerle bu konuyu tekrar hatırlayıp, pratik hayata aktarabilmek için bu derleme yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, kontrasepsiyon, sterilizasyon, cinsellik

Düşünen Adam; 2003, 16(1): 4-13

SUMMARY

Sexuality is one of the most important aspects of human life, and it is a condition which defies death and increases the quality of life. The child may be the object of the sexual activity or an unwanted side-effect. In this connection, contraception may offer a more qualified possibility of sexual life. Although there are some convictions that schizophrenics are hyposexual, it can not be overlooked that psychotic patients do have sexual lives. A primary structural disturbance specific to schizophrenia has not been established, although the studies carried out show that these patients have mostly chaotic sexual lives. In these studies the following are seen frequently: female patients not having efficient contraception, disturbance of judgment, disturbance of behaviour, to be the subject of forceful sexual intercourse, rape, sexual activity in return for something. As a consequence, there have been abortions, venereal diseases, and unplanned and unwanted pregnancies. Pregnancy affects the patient and the course of the disease unfavourably. It is obvious that the unborn child will be affected by the disease of his or her parents. A variety of factors play a role in this condition. When all these are considered, the role and importance of contraception, sterilization, and ethics become obvious. There is no worldwide consensus regarding the ethics on the subjects of sexuality, contraception, parenthood, and sterilization for the schizophrenics, and the complaints of patients that there are so few psychiatrists to inform them on these subjects have caused this study to be carried out to remind this problem to those interested and to realize the practical aspects of the subject.

Key words: Schizophrenia, contraception, sterilization, sexuality

Cinsellik

Psikotik hastaların cinsel yaşamları olduğu şüphesizdir. Çoğu klinisyenin kronik şizofrenlerin hiposeksüel olduklarına dair inançlarına karşın, yapılan çalışmalar bu hastaların daha çok kaotik bir cinsel yaşamları olduğunu göstermektedir. Şizofreniye özgü, primer yapısal bir bozukluk saptanmamıştır (41). Psikotik hastalarda cinsel istek ve aktivite hastalığın başlangıç evresinde artabilmektedir. Hastalığın kronikleşmesi ile azalabilir ve normal seviyelerin altına iner. Hastaların, normal popülasyona kıyasla çok daha az fiziki ve emosyonel doyuma ulaştıkları bildirilmektedir (3). Erkek hastalarda genelde sabit olmasına karşın bazı kadın şizofrenlerin seksüel aktivitelerinde dalgalanmalar görülmektedir. Aşırı bir cinsel aktivite döneminin ardından hiç seksüel aktivitenin olmadığı aylar gelebilir. Bazı kadın şizofrenlerin seksüel aktivitelerindeki azalmanın, isteksizlikten çok sosyal beceri eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik psikotik hastaların cinsel davranış biçimini açıklamaya yönelik birkaç hipotez vardır. Bu hipotezler şunlardır:

- Yapısal görüşe göre seksüel davranış kalıbı hastalığın ilk, çekirdek safhasında ortaya çıkmıştır. Gerçek disinhibisyonun, perversiyonların veya aseksüalitenin pek görülmemesi bu görüşün değerini düşürmektedir.
- Cinsel davranış kalıbı, hastalığa sekonder olarak değişmektedir. Çalışmalar, otizm, sosyal geri çekilme ve sosyal beceri eksikliğinin hastanın cinsel davranışlarını direkt olarak etkilediğini göstermektedir.
- Medikal ve sosyokültürel bariyer: Şizofren hastalar tipik olarak ya koruyucu bir çevrede yaşadıklarından cinsel aktiviteleri baskılanmaktadır veya hapishane, işsizlik gibi sosyal açıdan baskılanmış bir ortamda yaşadıklarından doğal olarak doyurucu ya-kınlıklar kuramamaktadırlar. Primitif, regresif, rep-resif ve çoğunlukla sömürücü ilişkilerin olduğu bir ortamda karşılıklı doyum sağlayan bir cinsel ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi beklenemez. (41).

Cinsel aktivitedeki azalma nedenleri arasında düşünce bozuklukları, regresyon, uzun süreli hospitalizasyona bağlı desosyalizasyon, kültüre ve inanca bağlı nedenler, motivasyonel defisitler, ilaçlara

bağlı oluşan cinsel işlev bozuklukları ve serotonin-dopamin düzeylerindeki değişiklikler sayılabilir (8,14,25).

Serotonin cinsel davranış üzerinde inhibisyon, dopamin ise stimülasyon yapmaktadır. Psikoz tedavisinde kullanılan nöroleptikler de dopamin ve serotonin yollarını üzerinden etki etmektedir. Nöroleptiklerin antikolinergik yan etkileri ereksiyon ve lubrikasyon problemleri, α -adrenerjik blokaj ise ejakulasyon ve orgazm bozukluklarına neden olmaktadır. Fakat ilaca bağlı cinsel işlev bozukluklarının genelde spontan olarak çözüldüğü görülmektedir. Bu olay şizofrenlerde tolerans düzeyinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir (7). Seksüel aktif şizofrenlerde, cinsel obsesyonlar, hiperseksüalite, uygunsuz seksüel yargı ve davranışlar gibi değişiklikleri hastalığın dekompanseasyonunu gösteren erken belirtiler arasında görülebilir.

Kronik kadın hastalar ile yapılan kontrollü çalışmalarda, hastaların çoğunun cinsel yönden aktif oldukları, düzenli kontrasepsiyon kullanım oranının çok düşük olduğu ve abortus endüksiyonunun veya çocuğun bakım için başkalarına verilmesinin sık görüldüğü ve hamilelik döneminde sıklıkla şiddete maruz kaldıkları gösterilmiştir. Psikotik hastaların bir kısmı düşünce bozukluğu, tecavüz, para, uyuşturucu madde ve kalacak yer karşılığında cinsel ilişkide bulunma gibi nedenlerden dolayı pekçok partnerlerle cinsel ilişkiye girmektedir. Bu da hastaları veneryal hastalıklar ve AIDS açısından yüksek risk altındaki grubuna sokmaktadır. HIV pozitif kadınlarda virusun fötusa geçme riskinin % 30 olduğu düşünülmektedir. Bundan dolayı bu kadınlara mutlaka prenatal HIV testi uygulanmalıdır (10,12,18,27).

Psikiyatri hastanelerinde yatan hastaların zaman zaman birbiriyle cinsel ilişkiye girdikleri bilinmesine karşın, güvenilir oran tespiti mümkün olamamaktadır. Bu davranış literatürde psikolojik ve dinamik açıdan;

- sağlık ekibinin beklentilerine karşı gelmek,
- erkekte maskülen kimlik gösterisi,
- seksüel aktivite aracılığı ile agresyon dışı vurumu,
- bağımlılık ihtiyacını karşılama,
- yalnızlık, boşluk ve can sıkıntısı gibi duyguların telafisi

- hezeyan ve hallüsinasyonlara cevap ve
- terapisteye karşı duyulan transferansın dışı vurumu şeklinde yorumlanmaktadır (7).

İlişki sonrası reddedilme hastalarda dekompanzasyon ve hatta suicide neden olabilmektedir. Yatan hastalar arasında olan cinsel ilişki ego parçalanması psikotik reaksiyon, bağımsızlık isteğinde ve olgunlaşmada azalmaya sebep olabilir. Tüm bunlar iki kişi arasında emosyonel sembiyozun nedeni olabilmektedir (7).

Zaman zaman görülen homoseksüel aktiviteler ise bastırılmış homoseksüel istekten çok samimiyetten kaçma ve ilgi yetersizliğini yadsıma şeklinde açıklanmaktadır (40). Günümüzde, yatarak tedaviden çok, sosyal uyumun daha fazla olacağı ayaktan tedavi şekline doğru kayması, hastaların hastane dışında daha fazla cinsel partnere ulaşabilmesine neden olabilmektedir. Bu da aile planlamasının önemi ve ciddiyetini bir kez daha ortaya koymaktadır. Şizofren kadınlar için çocuk bakımından kaynaklanan stres hamilelik veya doğumun kendisinden çok daha zararlıdır (1,6,17).

Şizofrenlerde evlenme oranı genel toplumdaki düşük, evli şizofrenlerde ise doğum oranı yüksek bulunmuştur. Kontrolsüz üreme sonuçları arasında istenmeyen sevilmeyen, gayri meşru çocuklar, fakirliğin artması ve daimileşmesi, post partum psikoz ve aşırı nüfus artışı görülmektedir (1,37). Karl Menninger: "Bir psikiyatrist açısından kontrasepsiyonun iyi bilinmesi ve uygun danışmanlığın verilmesinin asıl nedeni erişkinin iyiliği değil, çocuğun iyiliği olmalıdır. Hiç bir şeyin sonucu bir çocuğun istenmediğini fark etmesi kadar önemli ve trajik değildir" sözü de bu gerçeği ifade etmektedir (38).

Kontrasepsiyon:

Yapılan çalışmalar kadın hastaların çoğunun cinsel açıdan aktif olduklarını, yeterli kontrasepsiyon uygulamadıklarını veya uygulayamadıklarını, canlı doğum yapanların yarısının, çocuklarının bakımını başkalarına devretmek zorunda kaldıklarını göstermektedir (16,21,25).

Akıl hastalarının, kontrasepsiyon uygulamalarının aşırı bağımlılık ihtiyaçlarından, erkeklere karşı pasif

agresif bir şekilde ifade edilen ambivalan duygulardan ve yadsıma mekanizmasını aşırı kullanmalarından dolayı efektif olmadığı düşünülmektedir. İstemeden hamile kalan kadınların tutumunu açıklamaya çalışan 3 hipotez geliştirilmiştir:

1. Kadın, hastalığını kadere veya eşinin kendisini ihmaline bağlamakta ve aşırı bağımlılık ihtiyacı duymaktadır. Bu ihtiyacı karşılanmayınca çaresiz, kendine muhtaç bir çocuk doğurarak kendi ihtiyacını ona projekte etmektedir.

2. Çözülmemiş pasif agresif ihtiyaçları erkeklere karşı ambivalans gelişimine neden olmaktadır. Hamilelik ile kadın hem kendisini, hem de erkeği istemediği bir evliliğe bağlı tutarak cezalandırmaktadır. Bu tür ambivalan duygular evde çekişmelere sebep olmakta ve efektif bir şekilde kontrasepsiyonun planlanmasını önleyebilmektedir.

3. Yadsıma mekanizmasının aşırı kullanılması kadının neden-sonuç ilişkisini görmesini önlemektedir. Bu durum o anda cinsel ilişkide bulunduğunu veya bulunmak üzere olduğunun farkında olmasını engelleyebilmektedir.

Kronik psikotik hastalarda cinsel ilişkiye zorlanma, tecavüz, kalacak yer, para veya madde karşılığında cinsel ilişkiye girme, muhakeme bozukluğu ve davranış bozukluğu nedeniyle cinsel aktivitede bulunma sık görüldüğünden, bunların sonucu olarak abortus, veneryan hastalıklar planlanmayan ve istenmeyen ebeveynlikler sık görülmektedir (15).

Hastaların, otistik yaşam şekilleri ve kullandıkları nöroleptikler dikkate alınarak uzun zaman fertilitelerinin düşük olduğu zannedilmiştir. Fakat 1970'de Stevens'in, 1992'de Lane'in yaptığı araştırmalar da da bulunduğu gibi genel popülasyonla aralarında fark olmadığı bugün bilinmektedir (9).

Ebeveynlik:

Hamilelik ve postpartum dönem, emosyonel stresin, dolayısıyla ruhsal bozukluk potansiyelin en yüksek olduğu dönemdir. Ruhsal bozukluk belirtilerinden emosyonel hassasiyet, labilite, anksiyete ve depresif duygudurum hamilelikte ve postpartum dönemde sık görülmektedir. McNeil T. F. ve ark.'nın (1984)

(27) yaptıkları araştırmada hamile şizofren kadınların % 82'sinde psikolojik problemler görülmesine karşın sağlıklı hamile kadınlardan oluşan kontrol grubunda bu oran % 14 olarak tespit edilmiştir. Bu dönemde nörotik semptomlar da artma olabilmektedir (23,27). Doğum sonrası ilk ayda psikotik atakla hastaneye yatma riskinin doğum öncesi son 2 yıllık döneme göre 20 kat daha fazla olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. Östrojenler SSS'de monoaminerjik ve özellikle de dopaminerjik nörotransmitter sistemlerini modüle etmektedir. Hamilelikte görülen, seks steroid hormonunun hızlı düşüşünün predispose kadınlarda psikoza presipite ettiği düşünülmektedir (1,41). Retrospektif çalışmalarda, emosyonel bozuklukların en sık görüldüğü dönem postpartum periyod olarak tanımlanmıştır. Ancak hamileliğin ilk 6 ayında hastalık görülme oranının diğer dönemlerden 3-4 kat daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. İsveç'te McNeil ve ark. tarafından bu konuda yapılmış olan tek prospektif çalışmada ise kronik psikotik hastaların % 58'inde hamilelik döneminde aktif ruhsal bozukluk belirtileri bildirilmiştir. Davidson ve ark. yaptıkları bir follow up çalışmada postpartum dönemi psikoza alevlenmelerinin oldukça malign seyrettiğini, suisid, homosid ve infantisid davranışları görüldüğünü tespit etmişler (26).

Psikotik hastalar realite ile bağlarının kopmaması için sürekli mücadele etmektedirler. Hastalar, aile sorumluluğu, abortus, hamileliğin devamı gibi sorunlar veya hamilelik döneminde nöroleptiklerin kesilmesiyle kolaylıkla psikotik regresyon yaşayabilmektedirler (29,33).

Hamileliği yadsıma, obstetrik ve psikiyatrik kontrol ihtiyacını reddetme, irrasyonel davranışlar anne ve fötüs için tehlike potansiyeli oluşturur. Bu hastalar genelde sürekli nöroleptik kullanmak zorundadırlar. Nöroleptikler, letarji, isteksizlik, gibi sebepler kişinin günlük işlerini yapmasını azaltabilmektedir. İlaç alan hastalar tüm gün uyuyup bebeklerini ihmal edebilirler. Bu ihmale rağmen çocuklarına karşı oldukça sahiplenici davranabilirler. Hatta hastalıklarının akut safhasında, kendilerinin hiç ilgilenemedikleri dönemlerde bile onların bakımlarını başkalarına bırakmayı reddedebilirler (2). Sağlıklı annelerle yapılan karşılaştırmalı çalışmalar psikiyatrik hastalığı olan annelerin anne-çocuk etkileşiminin ve çocu-

ğun bireyselleşmesinin önemine daha az inandıklarını ve genelde çocuk bakımı ile ilgili ambivalan duygularını inkar ettiklerini tespit edilmiştir. Bu kadınlarda görülen davranış bozukluğu, annelik, eş, arkadaşlık ve komşuluk rolünde ve kendi ebeveynlerine karşı evlatlık rolünü de kapsayan sosyal uyum yetersizliği ile bağlantılıdır. Aile sorumluluğu çoğunlukla hastaların sosyal rehabilitasyonu yolunda engel teşkil etmektedir (13).

Freud, bebek-anne ilişkisinin hayatın daha sonraki sevgi bağlarının temelini oluşturduğunu ifade etmiştir. Bowlby de, bebeğin sıcak ilişki ihtiyacının, beslenme ve koruma gibi temel ihtiyaçlar arasında olduğunu vurgulamıştır. Bebeğin annesine karşı geliştirdiği bağlılık "attachment" terimi ile tanımlanmaktadır. Anne bebek arasındaki ilişki bozukluğu çocuğun erişkin yaşamında ciddi psikopatoloji gelişmesi için predisposan faktör teşkil etmektedir (32).

Bir ebeveynin epizodik olarak hastaneye yatması, diğerinin de boşanma veya ayrı yaşama nedeniyle olmaması, çocukların ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Psikotik annelerin çocuklarında tespit edilen yüksek yatkinlik nedenleri arasında annelerin şiddet uygulamaları, ihmal, reddetme, rijidite, hostilité, öfke, irritabilite, onunla iletişimden zevk almayan, sevgisiz, düzensiz ve tutarsız davranışlar sayılabilir (32). Gerek genetik predispozisyon gerek tecrübe eksikliği gibi faktörler yanında yetersiz sağlık kontrolleri çocukta psikososyal uyum bozukluğu riskini önemli ölçüde artırmaktadır (16).

Ruh hastalarının eşleri ile yapılan çalışmalarda, dengi dengine karşılaşma, "assortative meeting" denen, birbiri ile benzer özellikleri olan çiftlerin eşleşme eğilimi gösterdikleri saptanmıştır. Reed ve arkadaşları 1973'te yaptıkları bir çalışmada fonksiyonel psikoza olan hastaların sadece % 12-16'sının eşlerinin ruhsal açıdan sağlıklı olduklarını tespit etmiştir. Kendisinde ruhsal bozukluk olan bir partner ile kooperasyon kurarak hastayı AIDS, veneryal hastalıklar ve istenmeyen gebeliklerden korumanın zorluğu açıkça görülmektedir. Bu da çocuklar üzerindeki genetik ve sosyal yükü artırmaktadır (31).

Evliliğin, hastalanma sıklığı açısından "koruyucu faktör" olduğuna dair delil olmamasına rağmen 1975'te Eaton'ın "şizofreni ve evlilik" araştırma-

sında hiç evlenmemiş hastalarda morbidite oranı boşanmış hastalarla karşılaştırılmış ve önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Boşanma oranı genel topluma kıyasla şizofrenlerde 8 kat fazla bulunmuştur. Norveç'te, 28511 hospitalize şizofren hastada yapılan bir çalışmada bekar hastalarda psikiyatrik morbiditenin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şizofrenlerin evlenme ve evlendikten sonra evliliği sürdürme şansları oldukça düşüktür, gayri meşru çocukları olma ihtimali ise yüksektir (11,13,35).

Hastanın anamnezinde fiziki şiddet ve homosidal davranışların bulunması dürtü kontrol zayıflığını, buna bağlı olarak da çocuk suistimal potansiyelinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hastaların yabancılara nazaran, aile bireylerine ve kendilerine yakın gördükleri insanlara karşı irritabilite ve şiddet göstermeleri daha sık karşılaşılan bir durumdur. Vulnerabilite ve bağımlılığın aile içi şiddetle ilişkisi çocukları ve yaşlıları özellikle etkilemektedir. Küçük çocuklar ebeveynlerinin zararlı davranışta bulunabileceğini önceden kestirip uygun tedbirler alamadıklarından akut psikotik ataklarda ciddi tehlikelerle karşılaşabilirler (33). Patolojik ortamda büyüyen bu çocuklarda ailedeki ihmal, kötüye kullanım ve psikolojik problemler nedeniyle evden kaçma gibi olumsuz davranışlar sık görülmektedir (11).

Anne-çocuk etkileşimi incelenen kontrollü çalışmalarda hasta grubunun anlamlı derecede olumsuz olduğu görülmüştür. Kronik psikotik anneler çocuklarının gelişimine uyum sağlamakta zorlanmaktadır. Maternal hezeyanlar annenin kendisini çocuğundan ayırmasında güçlükler doğurabilir ve hatta daimi bir anne-çocuk sembiyozu gelişmesine veya hamileliği inkar etme nedeni olabilir (32). Evlilik problemleri, annenin tekrar hastaneye yatması, künt veya uygunsuz affekt, motivasyon fakirliği, çocuk bakımında çok az inisiyatif kullanabilme, koruma gerektiren durumla karşılaşınca kendisini çaresiz hissetme, çocuğa karşı davranış bozukluğu, ihmal, fiziki zarar, çocuğun isteklerine ve ihtiyaçlarına yetersiz cevap verme sağlıklı anne-çocuk ilişkisini ve sağlıklı çocuk gelişimini bozmaktadır. Anne-çocuk arasındaki bu ilişki bozukluğu çocukta ileride sosyal davranış bozukluğuna ve problem çözme yetersizliğine neden olabilir. Ebeveyni psikoza girdiği dönemde çocuğun yaşı ne kadar küçükse üzerindeki etki o kadar fazla olur. Kaotik ortamda

büyüyen çocuklar ebeveynlerinin hastalığından dolayı utanç duyabilirler, psikozun kendilerine veya çocuklarına geçmesinden endişelenebilirler. Bu çocuklar öğretmenleri tarafından diğer çocuklara kıyasla çok daha itaatkar, somurtkan, hassas ve frustre edilebilir olarak tanımlanırlar. Kişiler arası ilişkilerde de genelde ürkek, çekingen, sessiz, kendilerine güvenmeyen, pek arkadaşı olmayan şizoid özellikler gösterirler. Bu çocuklarda, adolesan çağda ciddi psikotik, şizoid veya suç işleme natürlü abnormal davranışlar şeklinde uyum sorunu kontrol grubuna kıyasla 24 kat fazla bulunmuş (5).

Hastalar, muhakeme bozukluğu ve kognitif defisitlere bağlı olarak çocuk sahibi olma konusunda sağlıklı karar vermemekte ve dolayısıyla yeterli doğum kontrol yöntemleri uygulayamamaktalar. Sıklıkla istemeden çocuk sahibi olduklarından abortus veya çocuklarının bakımını tamamen başkalarına devretmek durumunda kalabilmekte. Çocuklarına bakamayanlarda alkol ve madde kullanımının daha sık görüldüğü literatürde bildirilmektedir. Sokakta yaşama, yetersiz beslenme, yetersiz tıbbi bakım ve sık travmaya maruz kalma gibi sosyal komplikasyonlar da sık görülebilmektedir (15,29).

Araştırmalar, bu hastaların çoğunun uygun jinekolojik ve prenatal sağlık kontrollerinden ve aile planlaması kurumlarından yararlanamadıklarını ve tedavi ekibinin de bu konuları ihmal ettiklerini göstermektedir. Tedavi ekibinin % 82'si cinsel öykü alındığında hastalarda anksiyete ortaya çıktığını söylemelerine karşın hastaların sadece % 27'sinin bunu doğrulaması, konunun personel tarafından aşırı anksiyete ile değerlendirildiğini düşündürmektedir. Hastaların aile planlaması ihtiyaçlarını, AİDS ve veneryal hastalık risklerini değerlendirebilmek için detaylı seksüel anamnez ve fizik muayene şarttır. Yapılan çalışmalarda % 87 hekimin aile planlamasının önemini vurgulamasına karşın bunlardan sadece % 25'inin kontrasepsiyonu hastalarıyla konuştuğu bildirilmiştir. Ancak, hastaların sadece % 10'u hekimlerinin kendileriyle kontrasepsiyon ve cinsel konuları konuştuklarını bildirmişlerdir (16).

Etik açıdan Aile Planlaması

Her insanın kendi doğurganlığını kontrol etme hakkı vardır. 1974 yılında Bükreş'te düzenlenen Dünya

Nüfus Konferansında Birleşmiş Milletler tarafından oy birliği ile alınan karar şöyledir: "Tüm insanlar, çocuk sayısı ve iki çocuk arasındaki süreyi özgürce saptamak, bunu yapabilmek için de gerekli bilgi, eğitim, araç ve gereçten yararlanma temel insanlık hakkına sahiptir." (19). Fakat yargı ve muhakeme bozukluğu olan psikiyatri hastalarının içinde buldukları durum ve şartları doğru değerlendirmesi ve uygun kararlar alması oldukça güçtür. Bazı hastaların hamileliğin olumsuz yönleri hakkında bilgilenmek istememeleri bu problemi iyice zorlaştırmaktadır. Kronik ruh hastalar aynı zamanda otonomi, etik ve klinik açıdan önemli özellikler arz etmektedirler.

Otonomi, kendi kendini idare etme, sağlıklı erişkinlerin, hayat hakkında rasyonel ve sorumlu kararlar alma ve uygulama kabiliyetini ifade etmektedir (22). Kronik psikotik hastalarda, kronik ve zaman içinde değişken bir otonomi bozukluğu karakteristiktir. Otonomi, hastalığın değişik safhalarında değişik derece ve sürede bozulmaktadır. Otonomi bozukluğu, cinsel ilişkiye zorlanmada ve tecavüzde etkili olabilmektedir (24).

Hastaların otonomisine saygı göstermek, etik prensibin mihenk noktasını oluşturmaktadır. Hastalar, sağlık, aile planlaması ve doğum kontrol konularında sağlıklı kararlar için, bilgilendirilmiş onam denen, aşağıda anlatılan, birbirini tamamlayan ve 6 basamaktan oluşan süreci yerine getirmelidirler:

1. Hasta hekimin kendisine verdiği bilgiyi dinlemeli.
2. Hasta kendisine verilen bilgiyi anlamalı, hafızasında tutmalı ve daha sonra hatırlamalıdır.
3. Hasta bu bilgilerin kendi hayatı ve başkalarının, örn. ebeveynler, eş, partner, fütüs veya müstakbel çocukların hayatı açısından değerini takdir etmeli. Hasta, sağlıkla ilgili kararlarının geleceğini etkileyeceğini anlamalı ve şimdi aldığı kararlar ile gelecekte görülebilecek sonuçlar arasında bağlantı kurabilmelidir. Bunun için kognitif yeteneklerin en azından bir kısmı sağlam olmalıdır. Bu kognitif anlama olarak tanımlanır.
4. Hasta elde ettiği sonuçları kendi inanç ve değer yargıları bazında değerlendirebilmelidir. Bu değerlendirilmiş anlama olarak tanımlanır.
5. Belirli bir düzeye erişmiş bir hasta kognitif ve de-

ğerlendirilmiş anlama yeteneğini ifade edebilmelidir.

6. Yeterli düzeye erişmiş bir hasta böyle bir anlayış bazında aldığı bir kararı sunabilmelidir.

Bu basamakların ruh hastalarına uyarlanmış, biraz daha ayrıntılı yorumları şöyledir:

1. ve 2. basamak: Kronik akıl hastaları, verilen bilgiyi anlamada sorun yaşayabilir. Bu sorun hastanın hastalığından kaynaklanan dikkat eksikliğine bağlı olabilir. Örn. işitsel hallüsinasyonlar veya paranoid hezeyanlar hastanın dikkatle dinlemesini, söyleneni hafızasında tutmasını ve tekrarlamasını etkileyebilir.

3. ve 4. basamak: Burada birbiriyle bağlantılı fakat birbirinden farklı 2 anlama yönü mevcuttur. Bu ayırım kronik ruh hastalarının bilgilendirilmiş onayı açısından önemlidir. Akıl hastalığı, kognitif ve değerlendirilmiş anlamayı birbirinden bağımsız ve değişik şekillerde etkileyebilir. Kognitif anlama kognitif defisitten olumsuz etkilenebilir. Örn., cinsel ilişkide bulunan kadınlar yadsıma mekanizmasını aşırı kullandıkları zaman 3. basamaktaki problemler görülebilir. Bir hastanın değerleri ve bu değerler bazında karar verme yeteneği, paranoid veya grandiyöz düşünceler, hezeyanlar veya ciddi depresyon gibi affektif bozukluklardan olumsuz etkilenebilir. Örn., hastada oral kontraseptiflere karşı paranoid hezeyanlar gelişebilir veya hasta ebeveynlik yeteneğini gerçekçi olmayan bir şekilde aşırı olumlu değerlendirebilir.

5. ve 6. basamaklar: Kronik ruh hastalarında kognitif veya değerlendirilmiş anlamayı gösteren iletişim bozuklukları sıktır. Bu bozukluklar, sirkumstansiyalite, tangensiyalite, enkoherans veya çağrışım bozukluğundan kaynaklanabilir (24).

Etik açıdan Sterilizasyon

Yaşam kalitesi terimi, 1950'li yıllardan beri gerek günlük dilde gerekse etik tabir olarak kullanılmaktadır. Yaşam kalitesinin iyi olması, o bireyin hayatının değerli, arzulanabilir, kutsal, güzel olduğunu gösterir. Prenatal muayene sonucu genetik hastalık teşhisinde insanın refahı baz alınarak fütüsün hayatının devamına veya sonlandırılmasına karar verilebilir. Selektif abortus, sağlıklı, bağımsız ve fay-

dalı bir hayat sürdürme amacıyla sağlıklı nesil oluşumu için bir araç olarak kullanılmaktadır. Bi-reysel iyilik halini ihtiva etmeyen bir yaşam değer-sizdir. İyilik hali toplumun çoğunluğu için mutluluk anlamı taşımaktadır. Yaşam kalitesi sosyal nedenlerin yanında fötüsün kendisi açısından da önemlidir. Her insanın "sağlıklı doğma hakkı" vardır. İnsan hayatı-nın sonlandırılması, kişinin, mutluluk, sıhhat gibi yüce değerlerinin insanlık niteliklerin derecesine göre ahlaki açıdan doğru da olabilir, yanlış da ola-bilir (*1).

Yaşam kalitesi etiğinin getirdiği sonuç selektif abor-tus, ötenazi veya sterilizasyondur. Toplumun yaşam kalitesi ise eugenic (eugenic: insan ırkının soya çe-kim yoluyla zihnen ve bedenlen geliştirilmesine dair; gelecek nesillerin ıslahına ait; kalıtımla geçen iyi hasletlere sahip; eugenics: insan ırkının soyaçekim yoluyla ıslahına çalışan bilim dalı), ekonomik ve de-mografik menfaat ile ölçülmektedir (*2).

Sterilizasyon, genelde cerrahi yöntemlerle daimi veya belli bir zaman için, isteyerek veya zorlanarak doğurganlığın durdurulması demektir. Sterilizasyon, terapötik, kontraseptif, sosyal, insan ırkının ıslahı (eugenic) veya ceza amaçlı yapılabilir.

Katolik kilisesi sterilizasyonu bir çeşit mutilizasyon olarak görmekte ve sadece annenin hayatı tehlike altında olduğunda terapötik sterilizasyonu kabul etmektedir. Kontraseptif amaçlı sterilizasyonu yasak-lamaktadır. Protestanlar bu konuda daha esnek dav-ranmaktalar ve kontraseptif amaçlı sterilizasyona da izin vermektedirler. Protestan din adamları, mental retarde birinin velisine sterilizasyon izni vermeden önce veliden aldığı kararı tekrar tekrar çok dikkatli bir şekilde gözden geçirmesini önermektedirler. Bir çok katolik din görevlisi ise, sadece kendi hijyenine dikkat edemeyen mental retarde kadınların menstru-el sikluslarının bastırılmasına izin vererek dolaylı bir şekilde sterilizasyona izin vermiş olmaktadır. Bir kısım katolik din adamları da erkeklerin mental re-tarde kadınlardan faydalanarak hamile bırakmalarını önlemek için direkt sterilizasyona izni vermektedir. Musevilikte, "verimli olun ve çoğalın" emrine uy-

arak her türlü kastrasyon ve sterilizasyon yasaklan-maktadır. Fakat reforme edilmiş yahudi anlayışında, eğer çocuk doğurmak kadın için tehlike arz ediyorsa, hastadan gerekli onay alındıktan sonra sterilizasyon, abstinansa tercih edilmekte ve gerekli izin ve-rilmektedir.

Hinduizmde sterilizasyon hakkında özel bir doktrin yoktur. Hintli bir çiftin, dini vecibelerini yerine ge-tirmiş olmaları için sadece yaşayan bir kızı ile bir oğlunun olması şarttır. Fakat buna rağmen çoğu hin-du aileler zorunlu kalmadıkça bu yöntemi benimse-memektedirler (*3).

İslamiyetin bu konuya bakış açısı İslam Fıkhi Ansiklopedisinde şu şekilde özetlenmektedir. Akıl evlilik için ittifakla şart değildir. Dört büyük meshebe göre baba ya da başkası olsun velinin küçük ya da büyük, bakire ya da dul kadın ya da erkek deliyi evlendirmesi caizdir. Baliğ olan deli veya akıllı olan küçük hizmet ve benzeri şeyler için evliliğe ihtiyaç duyarsa baba ve vasisinin olmaması halinde hakim onu evlendirir. Baba, vasi ve hakim dışında kimse onu evlendirmeye yetkili değildir. Deli ve küçük ihtiyacı duymazsa onları evlendirmek caiz değildir. Çünkü bu taktirde bir menfaat olmaksızın onlara zarar vermek söz konusudur (*4).

İslamiyette genel olarak kontrasepsiyon serbesttir. Sterilizasyonu yasaklayan herhangi bir ciddi delil yoktur (Musallam 1983). İmam Gazali ve İbnu'l-Kayyim al-Cevziyye, azlin (*5) caiz olduğunu kesinlikle ifade etmektedirler. Yalnız bunun karı kocanın rızasıyla yapılmasını, geçim zorluğu, evladı iyi yetiştirememesi endişesi, annenin hastalığı, zayıflığı gi-bi temiz niyetler ile tatbik edilmesini; kız çocuğu ol-maması gibi bozuk niyetlerle yapılmamasını söylerler. Süleyman Ateş (1979), azil caiz olduğuna göre gebeliği önleyici araçları kullanmanın da caiz oldu-ğunu bildirmektedir (39).

Çağdaş, zorunlu kontraseptif amaçlı sterilizasyon argümanları eski sosyal ve gelecek nesillerin ıslahı için öne sürülen argümanlara benzemektedir. İnsan

¹ Reich W. T. Encyclopedia of Bioethics; s. 828-841, 1978

² Redhouse Sözlüğü, İngilizce-Türkçe; 15th ed. İstanbul s. 328, 1986

³ Friedman J. M. Sterilization; Legal Aspects; Encyclopedia of Bioethics: 1613-1618; 1978

⁴ Zuhayli V. İslam Fıkhi Ansiklopedisi, Risale Basın Yayın s. 146-149; 1991

⁵ Azl: Cinsi münasebet sırasında meniye dışarı akıtma. (Doğan D. M. Büyük Türkçe Sözlük)

İslah Kurumu (Human Betterment Foundation) mensubu olan E. S. Gosney ve Paul Popenoe'in sterilizasyon savunması şöyledir:

1. Daimi ruh hastalığı veya bozukluğu olanlarda,
2. Herediter hastalıklarda,
3. Hastalıkla savaşmada sterilizasyonun en etkin yol olduğu durumlarda mutlaka uygulanmalıdır. Bütün insanların iyiliği için şahsi özgürlükler feda edilebilir. Gelecek nesillerin ıslahı nedeniyle yapılan sterilizasyon "planlanmış toplumun" bir parçasıdır. Burada hekim devletin çıkarını koruyarak zorunlu sterilizasyon yapmaktadır. Sterilizasyon, eugenic (gelecek nesillerin ıslahı) hedefine ulaşmak için defektli insanları ömür boyu tecrit etme veya evlenmelerini önlemeden daha ucuz ve efektif bir yöntemdir. Henüz hangi çocuğun herediter defektle doğacağını tespit etmede bilimin yetersizliğinin hatırlatılmasına karşın eugenics'ler, yeni doğanda genetik defekt olmasa bile içinde büyüyecekleri çevrenin sağlıklı olmasının bu karar için yeterli olduğunu savunmaktadır. Eugenic argumanının bilimsel temelini olmaması onu itibardan düşürmüştür. J. Fletcher ve G. Williams dışında filozofların, din adamlarının ve hekimlerin çoğu, tamamen gönüllü sterilizasyon dışındakini kabul etmemektedirler.

Zorunlu sterilizasyon, iki sebepten reddedilmektedir.

1. Bireysel haklara tecavüz, 2. Tehlikeli örnek teşkil etmesi

Mazhar Osman Uzman 1942'de bu konuyu şu şekilde değerlendirmiştir: Kastrasyon belki insanların yaptığı ilk ameliyatlardan biridir. İnsanlar mabudlara ilk oğullarını kurban etmek usulünü kaldırmaya yerine testislerini çıkarmayı ve bilahere sünneti koymuşlardır. Eskiden sünnet gibi kastrasyonu da papazlar yapıyordu. Afrika'da iki vahşi kabile birbirleriyle harp edince galip kabile mağlup kabilenin tüm erkek çocuklarının penislerini kılıçtan geçirirlerdi. Keza kiliselerde mezosoprano sesli sanatçı elde etmek için ergenlik çağındaki erkek çocukların testisleri (husye) çıkarılırdı. Sterilizasyon, ırkın hıfzısıhası ve güzel nesil yetiştirme kastile tedavi niyeti ile yapılmaktaydı. İhtiyari idi, az çok şahsın ve vasisinin arzusuna bırakılırdı, bir ceza değildi.

Kastrasyon ise eugenic ve terapötik amaçtan ziyade adli cepheden tensib edilen bir ameliyattır. Burada amaç yalnız şahsın impulsif zarar verici cinsel davranışlarını azaltarak, söndürerek başkalarını muhtemel zarardan korumaktır. Bunun yanında bu insanların çoğalmaları da önlenmektedir (40).

1923'de Saks hükümeti tarafından, 9 maddelik bir kanunla, anadan doğma kör, sağır ve dilsizlerin, anadan doğma aptalların daha çocuk yaşta kısır yapılmaları kabul edilmişti. Böyle insanlar sterilizasyona müsaade etmedikçe evlenmelerine müsaade edilmemekteydi.

1933 yılında Almanya'da ahlak suçuna ceza olarak zorunlu kastrasyon kanunu çıkarıldı: Bu kanuna göre;

1. Ahlak suçundan evvelce 6 aya mahkumken yenidoğmuş bir cürüm yapan tehlikeli ahlaki suçlu;
2. İki ahlaki suç için en aşağı 1 sene hürriyetten mahrumiyet cezasına çarptırılan insanlarda tehlikeli ahlaki suçlu olup, zorunlu kastrasyon kanuna dahil edilirdi (40).

Hukuki açıdan Sterilizasyon:

Zorunlu sterilizasyon kanunları, geçmişte eugenic (herediter manipulasyonla insan neslinin ıslahını elde etmek) uygulamalarını savunanlar tarafından uygulanmıştır. Çoğu eugenistler devletin, politik gücünü kullanarak bazı insanların doğurganlığını durdurması gerektiğini savunmaktadırlar. Amerika'da, 1920'lerde "sosyal olarak yetersiz oldukları düşünülen, kör, sağır ve evsizleri de içine alan büyük bir kitlenin zorunlu sterilizasyonunu savunan yoğun bir talep mevcuttu. Zorunlu sterilizasyon tarihi olarak 1940 sonrası çağrıştırdığından ideallerini çağrıştırdığından 1930'lu yıllarda bu düşünceyi savunanların sayısında büyük bir düşüş meydana geldi. Günümüzde zorunlu sterilizasyon kanunları halen birçok ülkede ve 21 ABD eyaletinde geçerlidir (*6,*7,*8).

6 Weal West's Encyclopedia of American Law; West Group, USA; Vol.7: 137-140; 1997

7 The Guide to American Law; West Publishing Company, USA; Vol. 6: 190-191; 1984

8 Friedman J. M. Sterilization: Legal aspects of Encyclopedia of Bioethics: 1613-1618; 1978

Zorunlu sterilizasyonun, Amerikan Anayasası ile uygunluğu 1927'de Buck v. Bell davası ile onaylanmıştır. Mahkemenin hakimi Oliver W. Holmes'un gerekçeli kararı şöyledir: "Bu insanlar çocuk bakım ve yetiştirme görevini tam olarak yerine getiremezler. Buna bağlı olarak da çocuklar ihmal edilmiş veya başkalarına bağımlı bireyler olarak büyüyeceklerdir. Aynı zamanda kendileri gibi mental retarde veya ruh hastası nesiller de dünyaya getireceklerdir. Dejenere bir çocuğun da suç işleyip yargılanmasını beklemektense veya embesilite nedeniyle ölüme terk edilmesindense, toplumun hasta insan nesillerinin devamını önlemesi tüm dünya için daha iyidir. Üç nesil embesil yeter artık." Buck örneğinden sonra eyalet mahkemelerinden zorunlu sterilizasyon kanununun onaylanması istenmiştir. Bu konu ile karşılaşan tüm eyalet temyiz mahkemeleri, zorunlu sterilizasyon kanunlarının geçerliliğini onaylamıştır (20).

Bazı eyalet kanunlarında, zorunlu sterilizasyon sınırları geniştir. Örneğin Oregon Sosyal Koruma İdaresi Heyeti (Board of Social Protection) hekimler ve ruh sağlığı çalışanlarından oluşan bir ekibe, doğurganlık çağındaki mental retarde veya ruh hastalarına zorunlu sterilizasyon uygulama yetkisi vermiştir. 1961 Oregon Attorney General Opinion (Oregon Adalet Bakanlığı) listesinde yer alan, zorunlu sterilizasyon adayları arasında şu gruplarda vardır:

- geri zekalılar,
- deliler,
- epileptikler,
- müzmin suçlular (habitual criminals),
- kronik sifilizliler,
- ahlakları dejenere olanlar (moral degenerates) ve
- toplum için zararlı olabilecek, cinsel sapıklık suçları işleyebilecek, seksüel perversler" (*).

Yurdumuzda hukuk, cinsel aktiviteyi sadece resmi nikah sonrası olduğu şeklinde ele almaktadır. TMK 89. Maddesi de ruh hastalarına evlenmeyi yasaklamaktadır. Bu şekilde bu insanların fertilitelerinin önlenmesi amaçlanmıştır.

24. 05. 1983 tarihli 2827 no'lu nüfus planlaması kanunu gebeliklerin sonlanması ile ilgili yasal düzenlemeleri içermektedir. 5. Maddede, annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar raimin tahliye edilebileceği kaydedilmiştir. Gebelik süresi,

on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olabileceği hallerde kadın hastalıkları uzmanı ile ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir.

Aynı kanunun 6. maddesinde, 5 inci maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz (34).

Ülkemizde zorunlu sterilizasyonu öngören bir yasa yoktur. Sterilizasyon, 24.05.1983 tarihli 2827 no'lu kanunun 4. maddesi ile düzenlenmiştir. Sterilizasyon bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsi ihtiyaçlarını temine mani olmadan izalesi için yapılan müdahale demektir. Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır (34).

KAYNAKLAR

1. Abernethy V: Toward of family planning program in psychiatric hospital. AJP 62:1638-1646, 1972.
2. Abernethy V: Family planning in two psychiatric hospitals: a preliminary report. Family planning perspectives 5:94-99, 1973.
3. Abernethy V: Sexual knowledge, attitudes, and practices of young female psychiatric patients. Arch Gen Psych 30:180-182, 1974.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (4th edition), Washington DC: American Psychiatric Association, s.337-339, 1994.
5. Appleby L: Mothering skills of women with mental illness. Br Medical J 306:348-349, 1993.
6. Bachrach L: Chronic mentally ill women: Emergence and legitimation of program issues. Hosp Comm Psych 36(10):1063-1069, 1985.
7. Binder RL: Sex between psychiatric inpatients. Psychiatric Q 57:121-126, 1985.
8. Buddeberg C: Sexuelle Beziehungsstörungen Schizophrener. Psychother. Med Psychol 28:22-26, 1978.
9. Burr WA: Fertility in psychiatric outpatients. Hosp Commu Psych 30(8):527-531, 1979.
10. Carmen E: AIDS Risk and prevention for the chronic mentally ill: Hosp Comm Psych 41:652-657, 1990.
11. Christodoulou GN: Prevention of psychopathology with early interventions. Psychothe Psychosom 55:201-207, 1991.
12. Clough L: Contraception for the severely psychiatrically disturbed: confusion, control, and contradiction. Comprehensive psychiatry 17:601-606, 1976.
13. Cohler BJ: Child care attitudes and adaptation to the maternal role among mentally ill and well mothers. Am J Orthopsych

- 46:123-134, 1976.
14. Cournois F: Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 151:228-232, 1994.
15. Coverdale J: Family planning needs of female chronic psychiatric outpatients: *Am J Psychiatry* 146:1489-1491, 1989.
16. Coverdale J: Developing family planning services for female chronic mentally ill outpatients. *Hosp Comm* 43:475-478, 1992.
17. Coverdale J: AIDS and family planning counselling of psychiatrically ill women in community mental health clinics: *Commun. Mental Health J* 28:13-20, 1992.
18. Coverdale J: Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry* 171:69-72, 1997.
19. Dervişoğlu A: Kontraseptif yöntemler Ankara, s.58, 1990.
20. Grunebaum H: Ethical issues in family planning for hospitalized patients. *Am J Psychiatry* 132(3):236-240, 1975.
21. Grunebaum H: The family planning attitudes, practices, and motivations of mental patients. *Am J Psychiatry* 128(6):740-744, 1971.
22. Kaplan ve Sadock Synopsis of Psychiatry, Mass Publishing co., Egypt, s.1312, 1998.
23. Kedell R: Epidemiology of puerperal psychoses: *Br J Psychiatry* 150:662-673, 1998.
24. McCullough LB: Ethical justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with chronic mental illness. *Am J Obstet Gynecol* 167(1):19-25, 1992.
25. McEvoy JP: Chronik Schizophrenic Women's Attitudes Toward Sex, Pregnancy, Birth Control and Childrearing Hospital and Community Psychiatry 34:536-539, 1983.
26. McNeil TF: Pregnant women with nonorganic psychosis: life situation and experience of pregnancy: *Acta psychiatr. Scand* 68:445-457, 1983.
27. McNeil TF: Women with nonorganic psychosis: mental disturbance during pregnancy: *Acta psychiatr. Scand* 70:127-139, 1984.
28. Meyer D: Die glückliche Braut hei (t Axel; *Stern Dergisi*, s.9-10, 1990.
29. Miller LJ: Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders: *Psychiatric Services* 47:502-506, 1996.
30. Miller WH: The pregnant psychiatric inpatient: a missed opportunity: *General Hosp Psychiatry* 12:373-378, 1996.
31. Musallam BF: Sex and society in islam, Cambridge University Press, GB, s.1-10, 1983.
32. Näslund B: Offspring of women with nonorganic psychosis: infant attachment to the mother at one year of age: *Acta psychiatr Scand* 69:231-241, 1983.
33. Oates M: Patients as parents: the risk to children: *Br J Psychiatry Suppl* 32:22-27, 1997.
34. Özden SY: Adli Tıp El Kitabı 2. baskı s.230-240, 1997.
35. Persson-Blennow B: Offspring of women with nonorganic psychosis: mother-infant interaction at three days of age: *Acta psychiatr. Scand* 70:149-159, 1997.
36. Rudolph B: Hospitalized pregnant psychotic women: characteristics and treatment issues: *Hosp Comm psychiatr* 41:159-163, 1997.
37. Saugstad LF: Social Class, Marriage, and Fertility in Schizophrenia; *Schizoph Bull* 15:9-43, 1989.
38. Schwartz R: The role of family planning in the primary prevention of mental illness: *Am J Psychiatry* 125:1711-1718, 1969.
39. Süleyman Ateş: Yeni İslam İlmihali, Kılıç Kitabevi, s.592-593, 1979.
40. Uzman MO: Konferanslarım; İstanbul Kader Basımevi, 1941.
41. Verhulst J: Schizophrenia and Sexual Functioning *Hosp. and Comm Psych* 32:259-262, 194, 1981.
42. Wolf P: Traung light; *Focus Dergisi* 6:66, 1977.